



IX CONASSS
CONGRESSO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE
XII SIMPSSS
SIMPOSIO DE SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE

22 a 24 de setembro de 2020
Edição Virtual



ANAIS

IX CONASSS - Congresso Nacional de Serviço Social em Saúde
XII SIMPSSS - Simpósio de Serviço Social em Saúde

30 anos do SUS:
Território de Lutas e o Serviço Social na Saúde

ISBN: 978-65-86378-02-3



Profa. Dra. Edvânia Angela de Souza
Coordenadora da Comissão Científica
Livro Digital - Edição I – Ano 2020

Realização:





CORPO EDITORIAL: *IX CONASSS\XII SIMPSSS "30 anos do SUS: Território de Lutas e o Serviço Social na Saúde".*

O Congresso Nacional de Serviço Social em Saúde – CONASSS e Simpósio de Serviço – SIMPSSS - são eventos desenvolvidos simultaneamente (CONASSS\SIMPSSS) por assistentes sociais da USP, UNESP e UNICAMP, desde 1997. Na sua 9ª edição, ocorrida no período de 22 a 24 de setembro de 2020, o IX CONASSS e XII SIMPSSS celebram os 30 anos do Sistema Único de Saúde – SUS, com o tema “30 anos dos SUS: Território de Lutas e o Serviço Social na Saúde” e será realizado por meio de plataforma virtual (<https://www.conasss.com.br/>).

Cabe dizer que o IX CONASSS\XII SIMPSSS ocorreria em maio desse ano, no formato presencial, todavia, em decorrência da pandemia do novo coronavírus, Covid-19, as comissões científica e organizadora aceitaram o desafio de realizar este importante evento no formato totalmente virtual, nos dias 22, 23 e 24 de setembro de 2020.

O conjunto de temas discutido neste espaço, ao longo de mais de 20 anos, tem garantido a sua legitimidade como um evento nacional, com a especificidade do debate na área do Serviço Social e Saúde.

A programação do CONASSS\SIMPSSS promove o debate interdisciplinar, envolvendo as várias profissões que se dedicam ao estudo, pesquisa e trabalho na área da saúde e afins, com a proposta de articulação de conhecimentos. Nesse sentido, o programa passa a ser reconhecido como um núcleo unificador das atividades relacionadas à formação e trabalho profissional na saúde, abordada a partir da Seguridade Social. Ou seja, há o entendimento que os problemas que comparecem nos inúmeros serviços de saúde não são (e não serão) resolvidos apenas por esses serviços, mas são necessárias outras medidas de proteção social e de infraestrutura básica, além do trabalho multiprofissional, quiçá, interdisciplinar e em equipes.

A saúde, como componente da seguridade social, integra um sistema de proteção social a partir de um bloco que reclama incisiva atuação do Estado tanto no estabelecimento institucional da rede de serviços e programas quanto no estabelecimento de medidas de proteção e prevenção. Tais medidas devem ser capazes de estimular uma nova cultura em torno da Saúde Coletiva e da Saúde Pública, bem como da atuação profissional, articulada em rede, de forma intersetorial e em equipes.

Há de frisar a importância desse evento como nítida estratégia da formação continuada e acompanhamento sistemático do debate acerca do trabalho profissional na área da saúde e da política de saúde pública brasileira. É um evento que envolve assistentes sociais, militantes em defesa do SUS, trabalhadores e trabalhadoras da saúde, gestores(a)s e profissões de áreas afins, discentes e pós-graduando(a)s, que se propõem ao debate efetivo e aprofundado dos temas que estão relacionados ao SUS, enquanto política social pública, o trabalho em rede e intersetorial e também com a práxis profissional das equipes de saúde, áreas afins, especialmente, do Serviço Social. Como se trata de um



evento que recebe trabalhos científicos é medularmente importante para criar as condições necessárias para a exposição, registro e memória do “estado da arte” no âmbito do Serviço Social na Saúde.

O traço básico dessa propositura de incentivar assistentes sociais que atuam na área da saúde e áreas afins a escrever e apresentar trabalhos científicos a respeito do seu trabalho, seja no formato de pesquisa científica, seja como relato de experiência, retêm as características gerais que inferem na produção do conhecimento a respeito do trabalho profissional do Serviço Social na saúde e na seguridade social em geral, pois não se trata apenas de escrever e encaminhar o seu texto (completo ou resumo), mas de apresentá-lo e de debater as ideias e os resultados dos estudos e do trabalho com os demais participantes.

Além disso, os textos aprovados vem sendo publicado na forma de CDROM e, mais recentemente, em sítio da internet (edição de 2014 https://conasss.com.br/upload/files/ANAIS_CONASSS_2017.pdf e edição de 2014 Volume I <https://www.franca.unesp.br/Home/Publicacoes/conass-v.i.pdf> e Volume II <https://www.franca.unesp.br/Home/Publicacoes/conass-v.ii.pdf>) e a edição de 2017 (<https://www.unicamp.br/anuario/2017/FCM/DDHR/DDHR-0010.html>), o que permite o acesso virtual, de forma ampla e irrestrita.

Os trabalhos encaminhados ao CONASSS\SIMPSSS, aprovados, apresentados e publicados congregam importantes contribuições da práxis profissional na saúde e, simultaneamente, permitem o registro e a memória desses estudos, que representam indicativos do saber-fazer profissional nessa área, bem como a posição teórico-metodológica e cultural da profissão em torno do sistema de seguridade social, garantia de direitos, cidadania, papel do Estado na ordem capitalista, política pública de saúde, problemas epidemiológicos, tecnologias da saúde, controle social e gestão da saúde, vigilância em saúde, entre outros, situando-os a partir dos vários momentos históricos.

O IX CONASSS\SIMPSSS recebeu trabalhos científicos de pesquisadores e pesquisadoras nas modalidades: relatos do trabalho profissional ou experiência profissional e resultados de pesquisa, tanto na forma de Resumo, Trabalho Completo, como também Mesas Coordenadas. A apresentação de trabalhos ocorrerá na forma Oral, Mesas e Pôsteres, todas as apresentações ocorrerão em plataformas e salas virtuais, com a presença de coordenadora\e(s) e debatedore\a(s) de trabalhos.

O programa do IX CONASSS\XVII SIMPSSS inclui a realização de dez (10) minicursos voltados à discussão das seguintes temáticas: 1) questões éticas quanto ao registro dos atendimentos profissionais em prontuários de usuários e usuárias disponibilizados na internet; 2) o trabalho na área da saúde mental; 3) a violência de gênero, com foco para a saúde; 4) cuidados paliativos em saúde; 5) metodologias de intervenção em saúde do trabalhador e da trabalhadora; 6) o trabalho com grupos; 7) as novas tecnologias e mídias sociais e o trabalho profissional do Serviço Social; 8) as metodologias de pesquisa; 9) diversidade sexual no Contexto da Saúde: Acúmulos do Conjunto Cfess/Cress sobre o tema e 10) Educação permanente em saúde. Todos esses temas foram indicados a partir de pesquisa



feita pelo CONASSS, em uma enquete on line, a partir da qual se buscou conhecer as principais demandas de assistentes sociais na área da saúde quanto à formação continuada.

A efetiva contribuição desses minicursos advém também do fato de possibilitar a participação de renomados profissionais e professores e professoras advindos das diversas instituições de ensino e pesquisa, tais como: UERJ, USP, UFRJ, UFRN, PUC\SP, UNESP e UNICAMP. Assim, esses DEZ (10) minicursos circunscrevem as necessidades atuais postas para o Serviço Social e demais profissionais da área da saúde no dia a dia dos serviços de saúde e nas políticas sociais em geral. Tal proposta torna explícita a envergadura do CONASSS e SIMPSSS na determinação do debate atualizado e de formação continuada de assistentes sociais que atuam na saúde e áreas afins.

A partir do contexto da pandemia do novo coronavírus, Covid-19, a comissão científica abriu nova chamada de trabalho científico para contemplar o debate desse tão sério problema de saúde que impacta os serviços de saúde, a economia e toda a sociabilidade. Além disso, também foi criada uma Mesa Pré Congresso intitulada: A pandemia do novo coronavírus, Covid-19, no Brasil: desafios para o Sistema Único de Saúde (SUS) e Serviço Social. Essa Mesa conta com renomado\sa(s) pesquisadore\sa(s) brasileiro\sa(s) e internacional, pois está constituída pelo Prof. Dr. Jairnilson Paim (UFBA); Elaine Pelaez (Conselho Federal de Serviço Social – CFESS) e pela Profa. Dra. Rosa M Voghon Hernández, trabajadora social de la salud em Cuba e pesquisadora, vivendo no momento na Inglaterra, com pesquisa acerca das desigualdades sociais e a política de saúde.

O Programa do IX CONASSS\SIMPSSS conta também com duas Conferências, que discutirão a desigualdade, a Saúde Pública e o Neoliberalismo no Brasil. Também serão realizadas duas Mesas Redondas, intituladas, respectivamente: “30 anos do SUS: as Desigualdades Sociais e o trabalho profissional do Serviço Social na Saúde” e “Ajuste Fiscal e as Contrarreformas que impactam a Seguridade social no Brasil” Além disso, o Programa conta com duas grandes Mesas, a de Abertura e de Encerramento, abordando: “30 anos do SUS e o subfinanciamento da Saúde: investimento em saúde e desenvolvimento” e, para encerrar, a Mesa: “Vazio social da sociedade contemporânea e as implicações para o estado de saúde e bem-estar social”.

Acompanha esse denso Programa, cinco mesas coordenadas, assim, distribuídas: 1) O trabalho profissional do Serviço Social e demais profissionais e equipes de saúde no momento do novo coronavírus, COVID-19. Coordenação: Profa. Dra. Raquel Soares (UFPE); 2) Diferentes olhares da promoção da saúde na atenção de populações. Profa. Dra. Regina Célia De Souza Beretta (UNIFRAN); 3) A política Nacional de transplantes: o debate de assistentes sociais para viabilizar direitos. Profa. Dra. Marli Elisa Nascimento Fernandes (UNICAMP); 4) Serviço Social, relações de exploração/opressão de gênero, raça/etnia, sexualidades, ênfase para a saúde. Coordenação: Profa. Dra. Rachel Gouveia Passos (UFRJ) e 5) Precarização do trabalho, condições de trabalho e saúde de assistentes sociais: reflexões introdutórias. Coordenação: Profa. Dra. Edvânia Ângela de Souza (FCH-



IX CONASSS
CONGRESSO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE
XII SIMPSSS
SIMPOSIÓ DE SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE

30 anos do SUS: Território de Lutas e o Serviço Social na Saúde
Edição virtual, 22 a 24 de setembro de 2020

UNESP). Conta ainda com lançamentos de livros, debates, apresentação de trabalhos e premiação dos melhores trabalhos.

É importante registrar que o IX CONASSS\XII SIMPSSS tem apoio e parceira com as entidades de Serviço Social: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS); Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e Conselho Regional de Serviço Social da região de São Paulo e da região de Ribeirão Preto e da Entidade de Estudantes de Serviço Social, ENESSO. Esse conjunto de entidades participam do programa científico do IX CONASSS e XII SIMPSSS colaborando para fortalecer o nosso evento e, especialmente, na defesa do projeto ético político do Serviço Social e do conjunto de políticas de proteção social

Profa. Dra. Edvânia Angela de Souza
Coordenadora da Comissão Científica do IX CONASSS / XII SIMPSSS



Comissões

Maria Cristina Ferri Santoro - HCFMRP USP

Presidente

Ariana Celis Alcantara - FSP USP

Vice-presidente

Maria Heloísa Rodrigues da Roza Genghini - CAISM UNICAMP

Coordenadora da Comissão Organizadora

Edvânia Angela de Souza - FCHS UNESP

Coordenadora da Comissão Científica

Sandra Souza Funayama - HCFMRP USP

Coordenadora da Comissão Financeira

Comissão Organizadora

Bernadete Lima de Almeida - INCOR USP

Cristhiane Ferreira - CAISM UNICAMP

Cristina Ramos Meira - HCFMRP USP

Elizete Wenzel Moreira - FOSJC UNESP

Jaine Proença Meneghette - HCFMRP USP

Laís Calori - HC UNESP

Leni Peres Cirillo - HCFMRP USP

Lucelene de Barros Ramos - HC UNESP

Maria Rita Fraga - HC UNICAMP

Maria Teresa Di Sessa Pandolfo Queiroga
Ribeiro - ICHC USP

Marília Equi Martins - PUSP RP USP

Marli Ferreira da Rocha - HC UNICAMP

Nádia Marques Alves de Oliveira -
HCFMRP USP

Tania Liotti Sandrin - HCFMRP USP

Maria Odete Simão - FM - UNESP

Marielle Cristina Ribeiro de Carvalho -
CAISM UNICAMP

Comissão Financeira

Fabiana Sisdelli Brunini - HCFMRP USP

Emanuela Pap da Silva - PUSP SC USP

Maria Odete Simão - FM UNESP

Ruth Léia de Oliveira - HC UNICAMP

Comissão Científica

Andreia Santos Cordeiro - HAS USP

Cláudia Granado Bastos - HCFMRP USP

Dalva Rossi - CAISM - UNICAMP

Daniella Tech Doreto - HRAC USP

Fernanda Silva Moura - HU USP

Flavia Brito da Silva Sinézio - CeAC HC
USP

Juliana Azenha Martins - HCFMRP USP

Lais Vila Verde Teixeira - HCFMRP USP



IX CONASSS
CONGRESSO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE
XII SIMPSSS
SIMPOSIÓ DE SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE

30 anos do SUS: Território de Lutas e o Serviço Social na Saúde
Edição virtual, 22 a 24 de setembro de 2020

Autorizamos a reprodução e divulgação total ou parcial deste material, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte. OS RESUMOS FORAM PUBLICADOS EXATAMENTE COMO SUBMETIDOS PELOS AUTORES, OU SEJA, O ESTILO, A GRAMÁTICA E O CONTEÚDO. NÃO FORAM EDITADOS PELOS ORGANIZADORES



Eixo: As novas morfologias do trabalho contemporâneo e a relação trabalho e saúde, especialmente, em tempos de pandemia	1
BREVE APREENSÃO SOBRE A ATUAL MORFOLOGIA DO TRABALHO E OS ADOECIMENTOS DOS SERVIDORES DOCENTES DAS UNIVERSIDADES EM TEMPOS DE PANDEMIA	2
O DIREITO À POLÍTICA DE SAÚDE E SEUS ARRANJOS: as Casas de Apoio no contexto das políticas públicas de saúde	17
O SERVIÇO SOCIAL NA LINHA DE FRENTE CONTRA À COVID-19	30
INDICADORES INICIAIS PARA AVALIAR O APROFUNDAMENTO DA PRECARIZAÇÃO NA SAÚDE DO TRABALHADOR NO PÓS-PANDEMIA DE COVID-19	45
MULHERES NEGRAS E O MERCADO DE TRABALHO: impactos provocados pela COVID-19 no Brasil	55
TRANSFORMAÇÕES NO MUNDO DO TRABALHO E IMPACTOS NA SAÚDE DO/A TRABALHADOR/A: UMA ANÁLISE EM TEMPOS DE PANDEMIA.....	70
A INVISIBILIDADE DO TRABALHO INFORMAL: OS IMPACTOS DA PANDEMIA DO COVID-19 NO BRASIL	86
CRISE, ESTADO E PANDEMIA: REFLEXÕES SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE NO SERVIÇO SOCIAL	100
Eixo: Classes sociais, geração e Serviço Social (infância, adolescência, juventude, envelhecimento).	113
VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS NO MUNICÍPIO DE GARANHUNS/PE - VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO: relato de experiência.....	114
A RELEVÂNCIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA: O envelhecimento na rua.....	127
ADOLESCÊNCIA: ACESSO AOS SERVIÇOS NO TERRITÓRIO E PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	138
O CUIDADO E A DEPENDÊNCIA PARCIAL OU TOTAL NA VELHICE: REALIDADE CONTEMPORÂNEA	151
TRABALHO, ADOECIMENTO E VELHICE EM TEMPOS DO CAPITAL: a insuficiência renal crônica em Manaus/Amazonas.....	165
A ASSISTÊNCIA SOCIAL E A SAÚDE MENTAL DOS/AS ADOLESCENTES EM PROCESSO DE DESACOLHIMENTO COMPULSÓRIO	181
O MOVIMENTO NACIONAL DE MENINOS E MENINAS DE RUA NA CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A INFÂNCIA NO BRASIL	192
Eixo: Ética, Direitos Humanos e Serviço Social, ênfase para a saúde	206
ESTUDO SOCIAL: REFLEXÕES SOBRE O SABER-PODER DOS DOCUMENTOS PRODUZIDOS SOBRE AS FAMÍLIAS	207
CÁRCERE E ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA: DESAFIOS PARA EFETIVAÇÃO.....	218
Eixo: Medidas de prevenção e vigilância em saúde.....	233



COVID-19 E ÀS MEDIDAS DE SAÚDE DE RECOMENDAÇÕES DA OMS: POLÍTICAS NEGLIGENCIADAS PELOS PAÍSES EM CUIDADOS DE SAÚDE, SAÚDE PÚBLICA E NA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE	234
EDUCAR PARA PREVENIR: A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE E VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DA COVID-19.....	251
Eixo: Movimentos Sociais, Serviço Social e Saúde	265
LUTAS E RESISTÊNCIAS NO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA EBSERH: A EXPERIÊNCIA DE MINAS GERAIS	266
OS MOVIMENTOS SOCIAIS DA AIDS E O SERVIÇO SOCIAL: SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA AS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS NA CONTEMPORANEIDADE.....	282
A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL EM TEMPOS DE BALBÚRDIA.....	297
ATIVISMO DIGITAL DE FAMILIARES NA SAÚDE MENTAL NO BRASIL	313
(RE) MARCANDO CLASSE SOCIAL, GÊNERO E ETNIA DA FAMÍLIA EM SAÚDE MENTAL	326
Eixo: O Estado brasileiro e o novo coronavírus, COVID-19.....	340
VULNERABILIDADE SOCIAL E (IN)SEGURANÇA ALIMENTAR DIANTE DA PANDEMIA DE SARS-COV-2: UM RECORTE DO PARQUE NOVO MUNDO, SÃO PAULO – SP	341
TRAGÉDIA ANUNCIADA: CONDIÇÕES DE TRABALHO E MORTE DOS/DAS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE MATO GROSSO NA PANDEMIA DE COVID-19	356
Eixo: O papel das políticas sociais no enfrentamento da pandemia, novo coronavírus, COVID-19	368
GRUPOS PARA MULHERES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ESPAÇO DE EMPODERAMENTO?	369
O SERVIÇO SOCIAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LONDRINA FRENTE À PANDEMIA DO COVID-19	385
PANDEMIA E DESIGUALDADES: O CASO DAS POLÍTICAS SOCIAIS NO MUNICÍPIO DE SALVADOR .	397
RESIDÊNCIA EM SERVIÇO SOCIAL E A EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL NA ATENÇÃO A SAÚDE DO ADULTO FRENTE A PANDEMIA: OS DESAFIOS PARA A MATERIALIZAÇÃO DA INTEGRALIDADE.....	414
VULNERABILIDADE EM SAÚDE COMO EXPRESSÃO DA QUESTÃO SOCIAL: AGUDIZAÇÃO EM TEMPOS DA PANDEMIA COVID 19.....	428
COVID-19, O NOVO CORONAVÍRUS: AS AÇÕES DA SEGURIDADE SOCIAL NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA.....	451
Eixo: O papel do SUS e seus desafios ante o COVID-19.....	467
AS POLÍTICAS SOCIAIS EM TEMPOS DE COVID 19: ANALISANDO A EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS DURANTE A PANDEMIA NO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ/RN	468
TEMPORALIDADES, TRABALHO COLETIVO E DINÂMICA DO AGRAVO À SAÚDE DA COVID 19 NOS TERRITÓRIOS DE POTENCIALIDADES DO ESTADO PIAUÍ	483



POLÍTICA DE SAÚDE E DE ASSISTÊNCIA SOCIAL: DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS DA ATENÇÃO, CUIDADO E PROTEÇÃO SOCIAL EM TEMPO DE COVID-19	499
A PROTEÇÃO SOCIAL NO BRASIL E A PANDEMIA DA COVID-19: IMPORTÂNCIA DO SUS E OS DESAFIOS PARA O SERVIÇO SOCIAL	511
A SEGURIDADE SOCIAL NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DO COVID-19	526
Eixo: O trabalho profissional do Serviço Social e demais profissionais e equipes de saúde no momento do novo coronavírus, COVID-19	541
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SERVIÇO SOCIAL: REFLEXÕES DO TRABALHO PROFISSIONAL NO PERÍODO DE PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS	542
A IMPORTÂNCIA DA PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO E DA DIMENSÃO INVESTIGATIVA DO TRABALHO PROFISSIONAL EM TEMPOS DE PANDEMIA	558
OS DESAFIOS NA GESTÃO DO COORDENADOR DO SERVIÇO SOCIAL DO CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER CAISM/UNICAMP EM TEMPOS DO CORONAVÍRUS	570
HOSPITAL DE ENSINO, ATENÇÃO MATERNO-FETAL: COVID 19 E OS DESAFIOS DA ATUALIDADE..	580
REQUISIÇÕES INSTITUCIONAIS X COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES PROFISSIONAIS NA SAÚDE. SERVIÇO SOCIAL EM CONTEXTO DE PANDEMIA PELO COVID-19	596
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO E SERVIÇO SOCIAL: REFLEXÕES SOBRE AS DEMANDAS DIRECIONADAS À EQUIPE DE ASSISTENTES SOCIAIS DO PROGRAMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO ADULTO DURANTE A PANDEMIA DO NOVO CORONA VÍRUS (COVID-19).	610
OS LIMITES E AS POSSIBILIDADES DO TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM CONTEXTO DE PANDEMIA DA COVID-19	626
ANÁLISE DOS IMPACTOS DA PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS NAS DEMANDAS RECEBIDAS NA OUVIDORIA DO SUS Do NATAL/RN	640
CONTEXTO DE PANDEMIA E O TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFJF - UNIDADE SANTA CATARINA.....	653
ANÁLISE SOCIODEMOGRÁFICA DOS USUÁRIOS ACOLHIDOS PELO SERVIÇO SOCIAL NA ONCOLOGIA DO HUB – A IMPORTÂNCIA DO OLHAR INTERSECCIONAL EM TEMPOS DE PANDEMIA.	668
A RELEVÂNCIA DO (A) ASSISTENTE SOCIAL EM EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS NO CONTEXTO DA PANDEMIA POR COVID-19: UMA ANÁLISE SOB A PERSPECTIVA DE CLASSE, GÊNERO E RAÇA/ETNIA	683
Eixo: Política Social e serviço social na saúde.....	698
DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL.....	699
O ESTÁGIO EM SERVIÇO SOCIAL NA ONCOLOGIA: UMA ANÁLISE DA APROXIMAÇÃO COM O CONCEITO DE CUIDADOS PALIATIVOS E O IMPACTO DO DESMONTE DAS POLÍTICAS SOCIAIS	712
POLÍTICAS SOCIAIS E SERVIÇO SOCIAL: REFLEXÕES EM TORNO DA CONSOLIDAÇÃO DO DIREITO A SAÚDE NA ATUAL CONJUNTURA.....	723



A IMPORTÂNCIA DO AUTOCUIDADO DOS ASSISTENTES SOCIAIS QUE ATUAM NA ÁREA DA SAÚDE	736
O ASSÉDIO MORAL NO SERVIÇO PÚBLICO: DESAFIOS A SEREM ENFRENTADOS NA ÁREA DA SAÚDE	750
O DESAFIO INTERDISCIPLINAR DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA SEXUAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....	768
SERVIÇO SOCIAL E TRANSPLANTE CARDÍACO: OS DESAFIOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL....	782
TRANSFORMAÇÕES NA POLÍTICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SANTOS – SP	797
ASSISTÊNCIA DOMICILIAR EM SAÚDE: PERSPECTIVAS E CONFLITOS A PARTIR DE UM CASO HOSPITALAR	811
O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NAS POLÍTICAS PÚBLICAS A REALIDADE NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)	823
ANÁLISE DE INDICADORES CLÍNICOS E SOCIAIS DE MÁ ADEÇÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EM PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS	840
OS CUIDADOS PALIATIVOS COMO POLÍTICA PÚBLICA: CAMINHOS PARA SUA IMPLEMENTAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO BRASIL	851
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DIANTE DA CONTRARREFORMA DO ESTADO: QUAL O PAPEL DO SERVIÇO SOCIAL NESSE CONTEXTO?.....	866
SAÚDE MENTAL, DROGAS E AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS RELIGIOSAS: UMA ANÁLISE DAS SUAS ORIGENS E DOS DESDOBRAMENTOS NO CENÁRIO BRASILEIRO.....	880
ARTICULAR É PRECISO: EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL EM ACOMPANHAMENTO DE USUÁRIAS EM PROCESSOS DE LAQUEADURA TUBÁRIA	896
O CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO E AS INCIDÊNCIAS SOBRE AS POLÍTICAS SOCIAIS: DISCUTINDO AS EVIDÊNCIAS DA RELAÇÃO DA SAÚDE COMO ESPAÇO DE TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL	912
A FUNÇÃO DO ESTADO NA SOCIEDADE CAPITALISTA E OS REFLEXOS NAS POLITICAS SOCIAIS DIRECIONADAS A PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....	925
INTEGRALIDADE DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA	938
SERVIÇO SOCIAL, SAÚDE MENTAL E ATUALIDADE: COMPREENDENDO OS DESAFIOS PROFISSIONAIS COM O RETORNO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS	952
O SUS E A ESPERANÇA EQUILIBRISTA: A REALIDADE DO MUNICÍPIO DE MOSSÂMEDES (GO) ENTRE A LEI E A MATERIALIDADE DO ACESSO E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS	968
SEGURIDADE SOCIAL E PREVIDÊNCIA NO BRASIL: UM ESTUDO SOBRE REABILITAÇÃO SOB A PERSPETIVA DO TERRITÓRIO	983
A CONTRARREFORMA DO ESTADO E O PROCESSO DE DESMONTES DOS DIREITOS SOCIAIS: A EMENDA CONSTITUCIONAL 95/2016 E OS IMPACTOS NA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	997



A IMPORTÂNCIA DO ASSISTENTE SOCIAL NO ÂMBITO HOSPITALAR: EXPERIÊNCIA NO CENTRO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO E READAPTAÇÃO DR. HENRIQUE SANTILLO – CRER.	1014
A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA/ SAE A PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS	1025
A INTEGRALIDADE EM SAÚDE E O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ALTACOMPLEXIDADE	1039
POLÍTICA DE SAÚDE E INTERSETORIALIDADE: ESTRATÉGIAS, DESAFIOS E POSSIBILIDADES PARA O SERVIÇO SOCIAL NA PERSPECTIVA DE GARANTIA DE DIREITOS.....	1056
SAÚDE EM DIÁLOGOS: RODA DE CONVERSA SOBRE PREVENÇÃO DE ABORTAMENTO INSEGURO JUNTO A MULHERES EM SITUAÇÃO DE POBREZA.....	1068
SERVIÇO SOCIAL E JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO ACERCA DA EFETIVIDADE SOCIAL DESTA PROCESSO PARA AS PESSOAS COM DOENÇA ONCO-HEMATOLÓGICAS ATENDIDAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.....	1080
Eixo: Questão Agrária, Urbana, Ambiental, ênfase saúde e serviço social	1096
SUSTENTABILIDADE E SAÚDE NA ÓTICA DO SERVIÇO SOCIAL: MEDICINA TRADICIONAL EM COMUNIDADES RIBEIRINHAS NO AMAZONAS.....	1097
Eixo: Serviço Social, fundamentos, formação e trabalho profissional na saúde	1115
O SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL SÃO JULIÃO: DA LEPROSA AO PREMUS	1116
ANÁLISE DOS TRABALHOS DE CONCLUSÃO DE CURSO EM SERVIÇO SOCIAL NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE	1132
A INTERSETORIALIDADE E OS DESAFIOS DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NO CONTEXTO DO SUS.....	1145
O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE	1161
SERVIÇO SOCIAL E O CONTROLE DEMOCRÁTICO DO ORÇAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE	1173
RODAS DE CONVERSAS SOBRE SAÚDE: ESPAÇOS COLETIVOS QUE FORTALECEM O TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL NO SUS	1188
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E O PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM: O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO COMO ESPAÇO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL.....	1204
OS SABERES DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL SOBRE O SUICÍDIO: UM ESTUDO NA REGIÃO SUL DO BRASIL.....	1219
SERVIÇO SOCIAL, PROJETO ÉTICO-POLÍTICO E INSTRUMENTOS E TÉCNICAS: INTERSECÇÕES NA ANÁLISE CRÍTICA DA PROFISSÃO.....	1234
REFLEXÕES ACERCA DAS REQUISIÇÕES AO TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA ALTA COMPLEXIDADE EM SAÚDE	1249
FORMAÇÃO POLÍTICA EM SAÚDE: A POTENCIALIDADE DAS/DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO EMANCIPADOR DE SOCIEDADE	1265



REFLEXÕES SOBRE O TRABALHO DO (A) ASSISTENTE SOCIAL NO SETOR HOSPITALAR EM JUIZ DE FORA.....	1281
ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO HOSPITAL DJALMA MARQUES-SOCORRÃO I EM SÃO LUIS-MA: UMA ANÁLISE DOS INSTRUMENTAIS E TÉCNICAS.....	1297
TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA: COMPREENDENDO SEU PROCESSO E SOBREVIDA.....	1310
O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NOS CAPS EM JUIZ DE FORA/MG: UM DEBATE NECESSÁRIO.....	1322
DETERMINANTES SOCIAIS NA ALTA COMPLEXIDADE DO SUS: O TRABALHO PROFISSIONAL DAS ASSISTENTES SOCIAIS NA AMPLIAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DO SUS.....	1338
SERVIÇO SOCIAL, SAÚDE E FORMAÇÃO PROFISSIONAL: ALGUMAS REFLEXÕES INCONCLUSIVAS.....	1352
CONTRARREFORMA DA POLÍTICA DE SAÚDE VIA ORGANIZAÇÕES SOCIAIS.....	1368
EXERCÍCIO PROFISSIONAL EM SERVIÇO SOCIAL NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS (HUS): AS PRODUÇÕES TEÓRICAS DOS ENCONTROS NACIONAIS DE PESQUISADORES (AS) EM SERVIÇO SOCIAL (ENPESS)	1382
ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DO/DA ASSISTENTE SOCIAL NOS CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS	1395
A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL JUNTO À EQUIPE INTERDISCIPLINAR NOS CUIDADOS PALIATIVOS.....	1410
Eixo: Serviço Social, relações de exploração/opressão de gênero, raça/etnia, sexualidades, ênfase para a saúde	1421
SERVIÇO SOCIAL, TRABALHO COM GRUPOS E SAÚDE: UMA ANÁLISE SOB A PERSPECTIVA DE GÊNERO	1422
POLÍTICA PÚBLICA NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E A ARTICULAÇÃO EM REDE NO ÂMBITO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	1438
OPMS FLUMINENSES E A ARTICULAÇÃO DE POLÍTICAS PARA A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DAS MULHERES.....	1452
DIVISÃO SEXUAL DO TRABALHO E A MULHER NEGRA NA INDÚSTRIA CALÇADISTA DE FRANCA.....	1468
OS DESAFIOS PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO ÂMBITO DA SAÚDE MENTAL	1481
O POSICIONAMENTO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL FRENTE AO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR – UMA REFLEXÃO SOBRE A RESOLUÇÃO CFESS 845/2018.....	1493
A SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA E OS ASSISTENTES SOCIAIS: CONSIDERAÇÕES ACERCA DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA.....	1506
GÊNERO E SAÚDE: REFLEXÕES ACERCA DO PAPEL DO CUIDAR ATRIBUÍDO ÀS MULHERES NA SAÚDE.....	1516
AS CONQUISTAS DO MOVIMENTO LGBTQ NO ÂMBITO DA POLÍTICA DE SAÚDE.....	1528

CUIDADO, GÊNERO E MATERNIDADE: UM ESTUDO SOBRE A DIVISÃO SEXUAL DO TRABALHO NO CUIDADO ÀS CRIANÇAS CARDIOPATAS.....	1545
POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA: A IMPORTÂNCIA DE DISCUSSÃO TEÓRICA NO PROCESSO DE FORMAÇÃO NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS.....	1560
SERVIÇO SOCIAL, POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE E AFRO-BRASILEIROS: CONTEXTOS E DESCONTEXTOS.....	1576
OS NEGROS E O ACESSO AO SUS: UMA EXPERIÊNCIA DE ESTAGIO EM SERVIÇO SOCIAL NO AMBULATÓRIO DA ONCOLOGIA UFPEL/EBSERH.....	1589
VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES E SERVIÇO SOCIAL: NOTAS PARA O DEBATE NO CONTEXTO DA SAÚDE.....	1602
A (IN)VISIBILIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES: PERCEPÇÕES PROFISSIONAIS NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA EM PARINTINS/AM.....	1616
TRABALHO E SAÚDE: UM CERTO OLHAR SOBRE QUESTÕES DE GÊNERO E ADOECIMENTO DAS TRABALHADORAS DE CALL CENTER NO RIO DE JANEIRO.....	1632
Eixo: Trabalho e Questão Social, ênfase saúde e serviço social.....	1644
A CONTINUIDADE DO CUIDADO PÓS-ALTA HOSPITALAR.....	1645
DESMONTE DA SEGURIDADE SOCIAL E REBATIMENTOS NO REQUERIMENTO DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA -PCD.....	1658
FUNDAMENTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS DO SUICÍDIO E A QUESTÃO SOCIAL.....	1669
SAÚDE E TRABALHO: AS METAMORFOSES DO MUNDO DO TRABALHO E AS INFERÊNCIAS PARA O ADOECIMENTO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE.....	1682
A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO DOMICILIAR- SAD COM OS CUIDADOS PALIATIVOS E SUAS RELEVÂNCIAS.....	1696
REFLEXÕES E PRÁTICAS DO PROCESSO DE TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE/RN.....	1711
HÁ SAÚDE PARA OS/AS ASSISTENTES SOCIAIS QUE ATUAM NA SAÚDE? CONDIÇÕES DE TRABALHO E SUAS REPERCUSSÕES NAS/OS PROFISSIONAIS DE BELÉM/PA.....	1728
AS TRANSFORMAÇÕES DO TRABALHO E AS IMPLICAÇÕES PARA O ASSISTENTE SOCIAL NA GESTÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL.....	1741
PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO E SUAS EXPRESSÕES TERRITORIAIS.....	1755
O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL EM TEMPOS DE DESMONTES: REFLEXÕES ACERCA DAS CONDIÇÕES QUE TORNAM OS PROFISSIONAIS VULNERÁVEIS AO ADOECIMENTO.....	1772
CUIDANDO DO CUIDADOR: UM ESTUDO SOBRE AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS FUNCIONÁRIOS DA FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE.....	1786



IX CONASSS
CONGRESSO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE
XII SIMPSSS
SIMPÓSIO DE SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE

30 anos do SUS: Território de Lutas e o Serviço Social na Saúde
Edição virtual, 22 a 24 de setembro de 2020

CONDIÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE DOS/DAS ASSISTENTES SOCIAIS: PARTICULARIDADES DO INSS-GEX/BEL.....	1799
A INTERSETORIALIDADE NO TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: DEMANDAS E ESTRATÉGIAS PROFISSIONAIS.....	1817
A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO: UMA ANÁLISE ACERCA DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO NA POLÍTICA DE SAÚDE NO MARANHÃO.	1834
A PRÁTICA PROFISSIONAL DE CUIDADORES EM SERVIÇOS DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE NO BRASIL	1848

**EIXO: AS NOVAS MORFOLOGIAS DO TRABALHO CONTEMPORÂNEO E A RELAÇÃO
TRABALHO E SAÚDE, ESPECIALMENTE, EM TEMPOS DE PANDEMIA**

BREVE APREENSÃO SOBRE A ATUAL MORFOLOGIA DO TRABALHO E OS ADOCUMENTOS DOS SERVIDORES DOCENTES DAS UNIVERSIDADES EM TEMPOS DE PANDEMIA

Amanda Silva Belo (Universidade Do Estado Do Rio De Janeiro)

Resumo: Nosso estudo realiza um esforço teórico de análise crítica sobre as mudanças nas relações e nos processos de trabalho coletivos experienciadas pelos docentes das universidades, considerando a relação entre a intensificação e a precarização das relações e dos processos de trabalho, e as inflexões e rebatimentos para a saúde dos trabalhadores, em um esforço de aproximação do contexto pandêmico atual.

Palavras-chave: Trabalho, docente, universidade, pandemia, saúde.

Resumen: Nuestro estudio lleva a cabo un esfuerzo teórico de análisis crítico sobre los cambios en las relaciones y los procesos de trabajo colectivos experimentados por los profesores universitarios, considerando la relación entre la intensificación y la precariedad de las relaciones y los procesos de trabajo, y las inflexiones y repercusiones para el salud de los trabajadores, en un esfuerzo por aproximarse al contexto actual de pandemia.

Palabras-clave: Trabajo, docente, universidad, pandemia, salud.

1. INTRODUÇÃO

Nosso estudo realiza um esforço teórico de análise crítica sobre as mudanças nas relações e nos processos de trabalho coletivos experienciadas pelos docentes das universidades, considerando a relação entre a intensificação e a precarização das relações e dos processos de trabalho, e as inflexões e rebatimentos para a saúde dos trabalhadores, em um esforço de aproximação do contexto pandêmico atual.

A doença Covid-19, causada pelo Sars-Cov-2 (Síndrome Respiratória Aguda Grave do Coronavírus 2), se estabelece enquanto uma situação de pandemia vivenciada mundialmente desde dez./2019; e, no Brasil, desde Fev./2020, que tem imposto um estado de isolamento social e quarentena, impedindo que os sujeitos realizem suas atividades de vida diárias externas às suas casas, com regularidade. Ainda, cabe esclarecer que a época viral que estamos imputados, impõe que as atividades acadêmicas presenciais das universidades estejam suspensas desde Março/2020, sem previsão de retorno. Nesse processo, tem sido implantado o trabalho remoto nas instituições, pelas Reitorias, que tem suspenso por tempo indeterminado as atividades nas universidades, como forma de prevenção à disseminação do vírus na comunidade universitária. Para tanto, tem se instituído a modalidade de teletrabalho, por meio da execução do trabalho remoto.

Dessa forma, diante das transformações atuais na universidade, interessa-nos desvendar as inflexões na saúde do trabalhador, da relação existente entre a intensificação da precarização das relações e dos processos de trabalho vivenciados pelos servidores docentes, especialmente em tempos de pandemia.

Nosso estudo se realiza enquanto um esforço analítico de um processo que além de novo, ainda está em curso; e tem demandado novas pesquisas e descobertas cotidianas, ensejando a consideração de aspectos novos e velhos de gestão e controle do trabalho. Dessa forma, ao nos propormos a esboçar uma crítica desse novo fenômeno, admitimos a importância de se iniciar um debate que não pretende encerrar respostas aos dilemas e desafios contemporâneos, mas propiciar instrumentos e ferramentas para fomentar o debate, sem desvincular a teoria da prática e a pesquisa da atuação profissional.

No quadro da metodologia de trabalho, explicitamos, que adotamos a pesquisa teórico-bibliográfica, tendo como proposta de seleção destas referências bibliográficas, as do tipo: seletiva, reflexiva, analítica e interpretativa. E, como resultado da atividade de pesquisa e sistematização da investigação, visando realizar o registro e a documentação das leituras e dos dados coletados, utilizamos o método de fichamento, através de anotações sobre as obras pesquisadas e realizando uma sistematização da pesquisa bibliográfica e documental.



Este estudo é motivado pela experiência profissional da autora, como assistente social, na área de saúde do trabalhador, em uma universidade pública no Rio de Janeiro. Nesse aspecto, entendemos que as análises de conjuntura se constituem em partes que compõe a configuração do trabalho do assistente social. Para tanto, analisamos, com base em lamamoto (2003), que o assistente social precisa estar atento para as alternativas que se constroem no cotidiano profissional, uma vez que a conjuntura impõe possibilidades e entraves, que somente poderão ser entendidos, superados e/ou apropriados através da atuação propositiva, criativa, comprometida e crítica.

lamamoto (2003) também relata que o Serviço Social não atua apenas sobre a realidade, mas atua na realidade e por isso, as análises de conjuntura são partes que constituem a configuração do trabalho do assistente social. A atuação profissional cotidiana tem ampliado as probabilidades de descortinar diferentes alternativas de trabalho na atual conjuntura de profundas mudanças na vida em sociedade. Dessa forma, o profissional deve estar afinado com a análise dos processos sociais, e ser capaz de atuar na vida atual, contribuindo para moldar os rumos da história.

Dessa forma, analisamos que as demandas de trabalho na área de saúde do trabalhador não são necessariamente demandas próprias da área de atuação profissional ou demandas institucionais. Antes, elas proferem a “questão social”, que em suas variadas formas de manifestação e expressão, se ocultam nas demandas institucionalizadas.

Diante dessas considerações, estamos cientes de que esse trabalho encontra limites que dizem respeito à constituição de um empreendimento que se gesta no contexto pandêmico, e as transformações no mundo do trabalho dos serviços vem se gestando. Por isso, tal temática ainda demandará muito investimento teórico, histórico, temporal, de pesquisa e construção de um caminho de investigação teórica sobre o tema, para compreensão crítica das configurações atuais da morfologia do trabalho e as formas de adoecimento contemporâneos dos trabalhadores, dentre eles os servidores docentes, especialmente em tempos de pandemia.

2. Trabalho e adoecimento no capitalismo contemporâneo: aproximação com o trabalho docente das universidades federais, em tempos de pandemia.

Contextualizando a atual emergência da nova doença Covid-19, causada pelo vírus Sars-Cov-2 (Síndrome Respiratória Aguda Grave do Coronavírus 2), destacamos que desde o início da pandemia, houve mudanças na rotina de vida e de trabalho dos trabalhadores. Uma vez que, com o crescimento da propagação da doença nos países, e a transmissão



comunitária, medidas de contenção social foram propostas e executadas, como o distanciamento social e o isolamento de casos confirmados e suspeitos. Essas medidas foram recomendadas sobretudo pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como forma de enfrentamento da pandemia; e, representam estratégias importantes para coibir o aumento de casos da doença; evitando também a sobrecarga nos serviços de saúde.

O que pretendemos assinalar é que a pandemia decorrente da Covid-19, causada pelo vírus Sars-Cov-2, que tem infectado milhões de pessoas e matado centenas de milhares em todo o mundo, tem exigido uma mudança de práticas e rotinas de vida e de trabalho que trazem desafios à saúde dos trabalhadores. Além de imputar novos modos de organização da vida social, afastamento de convívio social, impossibilidade de permanência em locais com aglomerações, entre outros; também tem exigido que muitos trabalhadores passem a exercer suas funções laborais das suas residências, com trabalhos remotos, por: videoconferências, correios eletrônicos (*e-mails*), telefonemas, entre outros recursos de teletrabalho. Nesse sentido, questões que já se apresentavam enquanto aspectos de “flexibilização” e intensificação do trabalho, devido ao período pandêmico, de emergência e exceção, declarado pela OMS em 11/03/2020, se agudizam, levando a um aumento das cargas de trabalho.

Partimos do pressuposto de que a doença Covid-19 e o vírus Sars-Cov-2 exarcebam algumas tendências, de racionalização mais profunda da organização de trabalho que já vinha se gestando, enquanto uma nova “morfologia do trabalho”, especialmente no setor dos serviços. Em outras palavras, consideramos que o período pandêmico amplia, aprofunda e acelera algumas transformações, além de contribuir para o aprofundamento da crise do capital, tendo como detonador, um vírus; que, ao mesmo tempo também é consequência e fruto desse modo de produção; uma vez que apropria privadamente e explora o trabalho e as riquezas naturais, através da mercantilização da vida e da destruição ambiental, de maneira incontrolável. Dessa forma, como analisado por Antunes (2020), o contexto pandêmico desnuda o sentido destrutivo e letal do sistema do capital.

Ainda, importa considerar que essa pandemia contraria as perspectivas de autores como Han (2017), que mesmo considerando que havia um amedrontamento sobre uma possível pandemia viral, afirmava que as enfermidades características da época atual, do séc. XXI, não seriam marcadas por uma época imunológica, viral ou bacteriológica, como foi o século passado (séc. XX), mas sim uma época neuronal. Para Han, em relação a perspectiva patológica, as doenças neuronais, como: Depressão, Síndrome de Burnout, Transtorno de Deficit de Atenção como Síndrome de Hiperatividade, Transtorno de Personalidade Limítrofe, marcariam o século atual, isso, pois, o autor acreditava que “graças à técnica imunológica, já

deixamos para trás essa época” (HAN, 2017, p. 7). Entretanto, a partir dessa análise de Han, avaliamos que o séc. XXI não deixou de ser marcado pelas doenças neuronais, e, coadunado a isso, também é marcado por uma época viral, aprofundando as expressões da “questão social” e impondo desafios de saúde pública e econômica aos países.

No que tange às classes trabalhadoras, em um país como o Brasil, de extrema desigualdade social, em que a maior parte dos trabalhadores encontra-se no mercado informal, apenas uma pequena parte encontra possibilidades de realizar seu trabalho de forma remota, através de instrumentos tecnológicos, pois, a maioria se vê forçada a sair de suas casas para garantir as formas necessárias de reprodução da vida social.

Sob esse prisma, é possível entender que o vírus Sars-Cov-2 desnuda a luta de classes e as diferenciações materiais e objetivas de diferentes segmentos das classes trabalhadoras, evidenciando que o isolamento social tem sido possível para uma parcela dos trabalhadores, que geralmente detêm maior escolaridade e realizam um trabalho imaterial, com características de trabalho intelectual. Dentre os quais, nos interessa analisar o trabalho do servidor docente das universidades.

Diante dessas colocações e análises, conjecturamos que para analisar as formas de adoecimento que têm acometido os servidores docentes das universidades, é imprescindível considerar e compreender as mudanças que têm ocorrido na esfera da produção e reprodução da sociedade, uma vez que estas atravessam o mundo do trabalho e a divisão social e técnica deste.

No quadro das transformações atuais no mundo do trabalho, as principais mudanças que caracterizaram as três últimas décadas do sec. XX, são marcadas pela crise do padrão de acumulação fordista e taylorista e o crescimento de corporações transnacionais pautadas no capital financeiro. Tais mudanças impactaram o mundo do trabalho e redesenharam a divisão internacional do trabalho, com a imposição de condições de reprodução da vida social e níveis salariais rebaixados; aumento da exploração do trabalho; e crescimento de trabalhadores no setor de serviços (ANTUNES, 2018).

Netto (1996) analisa que o capitalismo monopolista contemporâneo é marcado por transformações no mundo do trabalho que se referem à “flexibilidade”, própria do período do “capitalismo tardio”. Dentre as características da flexibilização que nos interessa destacar, estão as crescentes “tecnologias da comunicação”, que proporcionam uma “extraordinária mobilidade espaço-temporal” (p. 91); as contratações mais flexíveis, em parâmetros de emprego precário; a exigência de trabalho polivalente e superqualificado, contraditoriamente coadunado à busca por trabalho desqualificado.

Para Netto (1996), a atualidade histórica é marcada por transformações societárias que atingem as profissões, suas áreas de atuação, conhecimentos produzidos, funcionalidades e requisições, visando o atendimento das requisições de produção e reprodução da sociedade capitalista. Esse movimento se refere à divisão sociotécnica do trabalho e as principais requisições postas a determinadas profissões diante das transformações societárias contemporâneas.

No Brasil, no contexto do neoliberalismo, a reestruturação produtiva se desenvolve sob postulados de exploração pautados no fordismo, somados aos mecanismos de acumulação flexível. Sendo implantados programas de qualidade total, *just-in-time*, *kanban*, ganhos salariais ligados à produtividade, entre outros. Dentre as consequências dessas mudanças, destaca-se a flexibilização, a informalidade, e a precarização das condições de vida e trabalho das classes trabalhadoras (ANTUNES, 2018).

Deste modo, tais perspectivas podem ser entendidas como elementos resultantes das formas de organização do trabalho e da produção, materializadas na nova divisão internacional do trabalho, que já vinham sendo implementadas antes do contexto pandêmico.

Especificamente em relação à flexibilização, Antunes (2018) a define enquanto uma forma de ordenar e organizar as alterações na sociabilidade do capitalismo contemporâneo, que “se expressa na diminuição drástica das fronteiras entre a atividade laboral e espaço da vida privada, no desmonte da legislação trabalhista, nas diferentes formas de contratação da força de trabalho e em sua expressão negada, o desemprego estrutural” (ANTUNES, 2018, p. 141).

Nesse processo, a flexibilização capta o tempo do trabalhador e sua autonomia frente aos espaços laborais, uma vez que o trabalho já não se limita a determinados territórios, mas invade a casa e outros espaços que se referem à reprodução e vida do trabalhador. Também há um aspecto de multifunções em que o trabalhador sozinho executa tarefas correspondentes a dois ou mais trabalhadores. Além de ganhos salariais apenas mediante cumprimento de metas e produtividade e jornadas de trabalho flexíveis e estendidas.

Em relação ao período pandêmico, essas tendências de captura do tempo e falta de limites entre o tempo de trabalho e tempo de vida se exacerbam, visto que os trabalhadores que realizam um trabalho imaterial, com características de trabalho intelectual, como os docentes das universidades, ao trabalharem das suas casas, tem o espaço doméstico/familiar usurpado pela jornada de trabalho, de forma quase integral, uma vez que estes se misturam e confundem.

Recorremos a Batista e Codo (2011) para refletir sobre essa problemática. Os autores, ao apresentarem um estudo de um caso, analisam que cada vez mais o tempo se difunde ao

tempo de vida e captura o espaço doméstico, de convivência familiar; de forma tal, que, a jornada de trabalho sobressai nesse processo, não havendo diferenciação, nem fronteiras entre tempo de vida, reprodução da vida social e tempo de trabalho. O tempo de lazer, cultura, cuidados familiares e domésticos, cuidados pessoais e de saúde, se difundem e entrelaçam ao tempo de trabalho. Nesse processo, o espaço doméstico/pessoal/familiar é cada vez mais invadido e usurpado em seu tempo cronológico e também qualitativo, pelo tempo de trabalho, de jornada laboral. Os autores utilizam o verbo “canibalizar” para exprimir a dureza dessa usurpação violenta, em cuja relação o trabalho sobressai. Uma vez que, a partir dessa fundição e fusão, o tempo de trabalho (referente ao espaço público) se apodera do tempo familiar (situado no espaço privado), de forma ofensiva e súbita, se transformando em um movimento “em que o trabalho é toda a vida e a vida é toda trabalho” (p. 14).

As dinâmicas de compressão do tempo têm levado o trabalho a se converter em meio de adoecimento. Esse movimento, coadunado à ausência de autonomia e controle sobre o processo de trabalho, acarretam formas de adoecimento que se materializam em doenças profissionais (SATO, 2003 apud ANTUNES, 2018). “Por isso que, sob a atual fase do capitalismo, o domínio do trabalho é, mais do que nunca, domínio do tempo de trabalho” (ANTUNES, 2018, p. 142).

Lara (2011) ao se referir às novas configurações trazidas pela reestruturação produtiva e pelo neoliberalismo – como a flexibilização – ressalta que como consequências da desregulamentação e precarização das relações de trabalho, têm crescido o medo de desemprego entre os trabalhadores, que, por fim, atinge a constituição da consciência de classe. Nesse processo, novas doenças surgem, alterando as patologias do trabalho, e denunciando que as novas formas de gestão da força de trabalho, baseadas na polivalência, submissão e intensificação do trabalho são as causas de doenças que incidem a partir da sobrecarga, como: LER, mudanças de ordem cognitiva, tentativas e ocorrências de suicídios nos locais de trabalho, doenças psíquicas e de saúde mental (como *burnout*, estresse, depressão, síndrome do pânico e de ansiedade, entre outros).

Diante dessas colocações, é possível refletir que essas formas de organização do trabalho pelo capital, se referem tanto à objetividade, quanto à materialidade; e, ainda, à crise da espiritualidade, que afeta a subjetividade e a consciência de classe dos trabalhadores; geram cargas de trabalho, que segundo Laurell e Noriega (1989) são de ordem: física, química, social, psíquica e biológica, e que atingem a saúde dos trabalhadores, por gerarem desgastes desencadeadores de doenças advindas das relações e processos de trabalho.

Em relação à divisão social e técnica do trabalho docente, situamos este enquanto um trabalhador que realiza um trabalho imaterial. Sobre isso, cabe considerar algumas



demarcações com base em Dal Rosso (2008), de que assim como o trabalho material/físico, o trabalhador no trabalho imaterial faz uso de sua capacidade de criação, concepção, lógica, análise, inteligência, afetividade, habilidades, experiências, cultura e relações construídas. Todavia, o trabalho que se assenta na imaterialidade, demanda muito do trabalhador; e, de forma mais intensa sobrevêm sobre suas capacidades intelectuais, relacionais, comunicativas, afetivas, e de cuidado coletivo e individual. Essas características trazem outra preocupação para o autor, que se refere à saúde do trabalhador, visto que a dinâmica de maiores desgastes intelectuais e relacionais acarreta problemas de saúde e pessoais correspondentes e que são consequências dessa maior intensificação do trabalho imaterial. Dou a palavra ao autor:

A transição do material para o imaterial abre outra fonte de problemas para o trabalho por conta dos desgastes intelectuais e relacionais que a atividade imaterial impõe sobre o trabalhador. À medida que numa sociedade cresce o contingente de pessoas que trabalham em atividades imateriais, aumentam também os problemas pessoais e de saúde decorrentes da forma imaterial do trabalho e de sua intensificação. Esses elementos fundamentam a hipótese de que o trabalho imaterial deverá gerar acidentes e doenças do trabalho de natureza totalmente distintas do trabalho material (DAL ROSSO, 2008, p. 36).

Em relação à discussão sobre a intensificação do trabalho, Dal Rosso (2008) nos apresenta um estudo muito detalhado, diferenciando e particularizando a intensidade de outras características contemporâneas advindas das mudanças do mundo do trabalho atuais, como: o trabalho mais produtivo, serviço com duração mais longa, entre outras. Nesse sentido, segundo o autor, cabe distinguir o trabalho mais intenso como aquele em que o trabalhador para desempenhá-lo, necessita empreender mais energia para produzir/obter mais resultados, no mesmo tempo delimitado anteriormente, e não necessariamente mediante novas técnicas de aumento de produção. Segundo o autor, alguns teóricos têm definido a intensificação do trabalho como aumento da carga de trabalho, nesses termos.

Diante dessa assertiva, analisamos que há um processo de intensificação do trabalho universitário, dos servidores docentes; com um novo tipo de organização e regulação, que se constrói a partir de parâmetros e modelos empresariais, de gestão do trabalho como marco de orientação que conduz o trabalho nas universidades. Ainda, se utiliza de certos elementos de organização do trabalho das empresas e do setor privado, como por exemplo: o processo de responsabilização; diversificação e diferenciação salarial em função da produtividade; construção de metas que são elaboradas externamente à universidade, não permitindo que o servidor docente se efetive enquanto sujeito do processo, mas apenas como executor final/terminal; concepção do servidor docente como executor de um projeto pedagógico (que visa à aceleração e ao aligeiramento da formação universitária), que se realiza no interior da universidade sob esses parâmetros, mas é formulado fora dela, entendendo o servidor



docente como alvo das avaliações formuladas sob parâmetros empresariais, a partir de índices externos, e sem o direito de fazer parte da avaliação do seu próprio trabalho¹.

Agregando elementos a esse debate, recorremos a Raichelis (2018) que, baseando-se em Dardot e Laval, adverte que se tem incorporado no Estado a “*ideologia do gerencialismo*”, em que elementos da razão instrumental, de qualidade e produtividade pré-estabelecidas visam ser alcançadas, em detrimento dos conteúdos criativos do trabalho e reflexivos e da razão crítica. Nesse contexto, as tendências de empresariamento adentram o serviço público, visando a reificação tecnicista e promovendo a alienação dos sujeitos, que não podem mais se reconhecer no trabalho realizado e os efeitos sociais deste. Em outras palavras, a cultura do gerencialismo congrega formas de gestão e controle das atividades de trabalho advindos do setor privado, e que adentra os serviços públicos. Ainda, cabe destacar que esse gerencialismo se assenta na privatização, flexibilização e terceirização, imposto desde os anos 1990, com o advento do neoliberalismo no Brasil.

Com base em Linhart, Raichelis (2018) analisa que mesmo os trabalhadores estáveis, como os funcionários públicos, experienciam e são afetados pela precariedade subjetiva, que se caracteriza pelo sentimento de precariedade diante das maiores exigências no trabalho, sem conseguir dar respostas satisfatórias a essas e viverem em constante estado de alerta e preocupação diante disso. Tal subjetivação leva a constante incerteza perante o emprego, de perda eminente; associado a uma precariedade objetiva da gestão e do controle do trabalho.

Entendendo tais transformações, Raichelis (2011) pontua que esses processos de informatização, de mudanças tecnológicas, estão presentes nos setores públicos, assim como nos privados; e, coadunado à “incorporação da ‘cultura do gerencialismo’”, tem esvaziado os conteúdos criativos do trabalho e acarretado grande “desgaste criado pela atividade mecânica, repetitiva, que não instiga a reflexão” (p. 433).

Coadunado a essas reflexões, problematizamos que devido ao contexto pandêmico, os docentes das universidades tem sido solicitados a ministrarem aulas de forma remota, através de videoaulas, por exemplo. Reconhecemos que essa reorganização do ensino visa responder a uma situação emergencial, que tem imposto medidas excepcionais, mas reconhecemos também que é necessário permanecer atento aos interesses do capital, que já vinham se gestando anteriormente a esse contexto, e que busca a expansão do ensino à distância. Dessa forma, a discussão sobre o ensino remoto emergencial deve considerar também a possibilidade de viabilização de oportunidades que agudizem e ampliem as formas

¹ Este trabalho não pretende se aprofundar sobre o tema, mas cabe destacar que de acordo com Lamosa (2019), esses impactos sobre os trabalhadores da área da educação (em todos os níveis) são pensados e elaborados pelos aparelhos privados de hegemonia que representam a frente social liberal das classes dominantes.

de mercantilização da educação superior, que ocorre, principalmente, através da utilização e incorporação de tecnologias, enquanto um instrumento que pode servir ao fortalecimento dos interesses das classes dominantes.

Importante ainda considerar que tem sido ministrado cursos de capacitação para que os docentes das universidades aprendam técnicas e recursos para a produção de videoaulas, aprendendo a gravar a aula em vídeo para ministração de aulas remotas, com calendários flexíveis, que podem ser gravadas ou ao vivo, podendo haver ou não testes, avaliações e trabalhos; e a promoção de reuniões virtuais, fóruns, *podcasts*, entre outros².

Como premissa de uma discussão crítica sobre essa temática, assumimos o ponto de vista de que a discussão sobre a utilização de tecnologias e informatização do ensino só pode ser realizada ao se considerar o quanto os resultados do avanço do capital sobre o trabalho docente expressa também um processo de mercantilização da educação superior pública, como espaço de valorização do capital, que responde a tendência de mercantilização das relações sociais; e que nesse movimento acarreta um desgaste da saúde destes trabalhadores, gerando condições de sofrimento no trabalho. Nesta esfera, cabe enfatizar que nossa formulação crítica concebe o servidor federal docente como parte constituinte e pertencente às classes trabalhadoras e subjugado à mesma “nova morfologia do trabalho”³ que tem se configurado na contemporaneidade no Brasil e demais países, no modo de produção capitalista global.

Portanto, tais questões se referem à busca pela compreensão sobre a atual morfologia do trabalho no serviço público federal, que tem levado os trabalhadores a adoecimentos, padecimentos e mortes decorrentes das condições de trabalho, que se aprofunda e amplia ainda mais em tempos de pandemia. Coadunado a precarizações, assédios, despotismo das chefias, salários degradantes, rotinização do trabalho e desregulamentações trabalhistas, como formas de regulação e controle dentro de um conjunto de regras que frequentemente são incorporadas pelas instituições, sem criticidade e debate, no cotidiano laboral.

Torna-se relevante destacar nossa posição crítica de que compreendemos esses tipos de violências institucionais e que ocorrem no local de trabalho, como o assédio moral, a discriminação, o assédio sexual, o *bullying*, as agressões, entre outros, enquanto um complexo grupamento de práticas, instrumentos e ferramentas empregadas com o objetivo de manter ganhos de produtividade cada vez mais elevados, que se materializam através

² Como exemplo desses cursos, destacamos o Curso “Videoaulas sem complicação: a experiência docente e o potencial das salas de aula”, ministrado pela Empresa Municipal de MultiMeios da Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro (MultiRio), em parceria com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UniRio).

³ Cabe explicitar que o termo “nova morfologia do trabalho” utilizado neste trabalho se assenta na apreensão realizada por Antunes (2018) em sua obra, ao analisar criticamente as novas configurações que o trabalho no setor de serviços tem assumido na atualidade.



dessas formas de violências. Com base em Fairris (2002), o autor desnuda que esses ganhos de produtividade são obtidos através de adoecimentos, intensificação do trabalho, aumento da insegurança e acidentes de trabalho e degradação das relações de trabalho.

A partir daí, engendram-se um conjunto crescente de noções que visam o desenvolvimento da cultura do alto desempenho, eficiência, eficácia, reatividade, adaptabilidade, avaliação com medidas quantitativas de desempenho. Esses elementos corroboram para fundar valores que contribuem para produzir dinâmicas de trabalho em que a cultura da urgência é banalizada, deixando de ser uma possibilidade, para se enquadrar como meio de exercício e rotina profissional, inserida como elemento relevante.

Nas universidades federais observamos esse movimento através da contínua exigência de manutenção do produtivismo acadêmico, sobre o qual são balizadas metas que não seguem um tempo cronológico para sua realização, mas sim um quantitativo numérico a ser atingido, baseado em uma intelectualidade técnica, em detrimento do interesse das ciências e humanidades. Neste movimento, o objetivo é a crescente produção de artigos em revistas com notas reconhecidas; inscrição, competição e seleção de projetos em órgãos de fomentos, para que possam contar com financiamentos, visto que as universidades têm seus recursos para essas áreas cada vez mais enxutos e restritos.

Nesse processo, se tem constituído um novo sistema de “metas” de produção e publicação de artigos em revistas acadêmicas gera entre os servidores docentes uma competitividade pelo número de publicações; visto que, disso depende a aceitação e o financiamento de linhas de pesquisa e estudo nos órgãos de fomento, além de ganhos salariais. Dentre as consequências desse tipo de exigência, podemos citar a ansiedade, a angústia, as tensões psicológicas, entre outros.

Com base nessas elucidações, podemos distinguir e compreender até que ponto os processos de trabalho dos servidores docentes da universidade, estão que cada vez mais marcados pelos ritmos e condições pré-estabelecidas pelas normativas, editais e construções de metas a serem cumpridas, que enquanto instrumentos de trabalho têm determinado esses processos de trabalho não com o objetivo de diminuir o dispêndio de esforço do trabalhador; antes sua “[...] principal finalidade é aprimorar o processo de trabalho para produzir mais em menos tempo e, por conseguinte, ter o menor gasto possível com a força de trabalho [...]” (LARA, 2011, p. 80).

Dentre as principais causas de adoecimentos ocasionadas pelo trabalho, avaliamos que ao se retirar o elemento criativo, ético e de concepção, presentes na realização do trabalho concreto, há um adoecimento do trabalhador. Raichelis (2011 apud Druck e Seligman-Silva, p. 435) refere que “[...] profissionais impedidos de exercer sua ética

profissional adoecem de fato. Trata-se de uma dinâmica institucional que desencadeia desgaste e adoecimento físico e mental [...]”.

Contribuindo a esse debate, recorreremos ainda a Antunes (2018), que destaca que na atualidade, outro componente que tem levado ao adoecimento no trabalho são os processos de individualização e a ruptura do tecido de solidariedade. Tais componentes, que antes estavam presentes entre os trabalhadores, com o rompimento das estratégias coletivas de defesa tem acarretado um aumento do adoecimento psíquico; e, em sua forma mais grave, do suicídio. Nesse movimento, se enfraquecem as formas de compartilhamento e mobilização, assim como de coletividade, características das entidades sindicais politicamente fortalecidas, que serviam para mobilizar uma construção coletiva de classe social; e sobressai sob a lógica da ofensiva do capital, a individualização e o isolamento, e o não amparo e compartilhamento do sofrimento causado pelo trabalho.

Esse cenário descrito e analisado pelo autor, em tempo de pandemia se agudiza; uma vez que, a pandemia acelera algumas tendências que estavam em curso. Apesar de não serem novas, atualmente estas tendências ganham maior envergadura; já que, devido ao isolamento social e a diminuição de contato entre pares, os trabalhadores, dentre eles os servidores docentes, tendem à maior desmobilização, enfraquecimento da luta coletiva e mobilização sindical.

Essa tendência vem plasmando práticas de organização do trabalho coletivo dos servidores docentes, marcadas cada vez por uma maior racionalidade e controle do processo de trabalho no seu conjunto. Como principais expressões desse processo, destacamos uma tendência no trabalho docente à legalização da cisão do regime de trabalho de dedicação exclusiva, coadunado a uma intensificação do trabalho docente, pela diferenciação dos orçamentos das Instituições Federais de Ensino Superior (IFES), de acordo com os índices de produtividade gerados. Nessa dinâmica, o docente se torna um pesquisador especializado em captar recursos pela concorrência em torno dos editais e/ou pela defesa da venda de produtos e serviços desenvolvidos nas universidades.

Nesse processo, conjecturamos que as principais características da reestruturação produtiva têm atingido o trabalho coletivo dos servidores docentes, que em seu cotidiano laboral tem sido subjugado a uma crescente intensificação do trabalho, adjunto a premência da flexibilização laboral, a restrição e a limitação de direitos, a subjugação a novos métodos e formas de organização sociotécnica do trabalho, a exigência da ampliação das produções científicas, a mercantilização do conhecimento e da pesquisa universitária, que seguindo aos ditames do mercado, têm sido realizadas de acordo com os interesses do setor privado (da indústria, dos serviços e dos sistemas financeiros); sendo executadas, assim, sob



encomendas para atender às demandas do capital. O trabalho docente tem se configurado no mais flexível possível, sem jornadas pré-determinadas e em espaços laborais não definidos, com um sistema de “metas” de acordo com a produção e publicação de artigos em revistas acadêmicas. Essa forma de organização do trabalho tem promovido um trabalho cada vez mais isolado, com pouca sociabilidade e convívio coletivo para além da sala de aula, como por exemplo, por meio de grupos de pesquisa e de extensão.

A partir dessas análises, podemos observar como cada vez mais o trabalho do servidor docente nas universidades têm se aproximado dessas perspectivas de gestão e controle do trabalho sob a atual morfologia do trabalho, como analisado por Antunes (2018). Podemos ainda refletir de que forma na educação superior federal – principalmente a partir da expansão da educação superior –, está em curso um projeto que expressa os interesses do capital para as universidades, desmantelando e atacando diretamente a autonomia universitária e estabelecendo normativamente os procedimentos que são utilizados e requeridos no mercado privado de educação, como: aumento da produtividade e dos rendimentos dos estudantes e dos servidores docentes, através de medidas mensurativas que poucas vezes refletem e expressam a realidade vivenciada nas universidades – suas reais necessidades e demandas cotidianas. Todas essas questões se somam a novas demandas emergenciais com o contexto pandêmico e impõe medidas excepcionais, como as videoaulas, mas que não podem se confundir com ensino a distância, como o capital intenta já há muito tempo implementar nas universidades públicas.

3. CONCLUSÃO

Este trabalho, ainda que de forma inicial, foi conduzido visando pretender um esforço teórico de análise sobre as mudanças no trabalho do servidor docente das universidades federais, a partir da atual morfologia do trabalho, no contexto pandêmico atual. Considerando o agravamento da saúde do trabalhador diante dessas mudanças, uma vez que as inovações e novas formas de gestão e controle do trabalho implementados, crescem na mesma proporção que o trabalhador mortifica e adocece. E, em tempos de pandemia, algumas tendências que já vinham se gestando se aprofundam, e podem servir aos interesses do capital.

Sobressai daí a importância da defesa da saúde do trabalhador como pauta de luta das classes trabalhadoras, visto que sobre ela recai o peso imposto à força de trabalho, pelo capital. Contraditoriamente, enquanto muito tem se investido no avanço da produtividade do



capital, pouco ou nenhum esforço é demandado para minimizar o desgaste da saúde do trabalhador e as condições de sofrimento no trabalho.

Nesse contexto, nos interessou analisar quais as principais formas de controle e gestão da força de trabalho impostas aos servidores docentes. Uma vez que, estes já vinham sofrendo, anteriormente à pandemia, as exigências próprias dos trabalhadores do setor de serviços, de crescente profissionalização por alcance de metas, opressão pela lógica de produção, através dos órgãos de fomento, requisições de publicações em revistas, com um controle cada vez maior, adjunto a um crescente rigor de avaliação em que se avalia de acordo com a quantidade de artigos publicados. E que a pandemia acelerou e exacerbou, agregando outras exigências e requisições de trabalho, próprias desse contexto, como o ensino remoto emergencial, com as videoaulas, orientações, reuniões e fóruns por teleconferência, avaliações à distância, entre outros.

Diante dessas análises, sublinhamos a necessidade desse estudo, que se constrói na perspectiva de desvendar a concretude do trabalho dos servidores docentes e as relações e processos de trabalho que são construídos nessa dinâmica, em que a intensificação do trabalho, a flexibilização e as ferramentas de gestão violentas predominam, afetando a saúde dos trabalhadores. Essas medidas expressam os interesses do capital e formas gestadas como meios de superação da crise estrutural do capitalismo que vem se aprofundando nesse período pandêmico, através da maior intensificação, e que pode abrir caminho para uma ampliação da mercantilização da educação superior, através da expansão do ensino à distância. Dito isto, reconhecemos que estamos vivendo, também na educação superior, as consequências pandêmicas de construção das formas de reprodução da sociedade do capital.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Giovanni. **O novo (e precário) mundo do trabalho**: reestruturação produtiva e crise do sindicalismo no Brasil. São Paulo: Boitempo Editorial, 2000.
- ANTUNES, Ricardo. **O privilégio da servidão**: o novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo, 2018.
- _____. **Coronavírus** [recurso eletrônico]: o trabalho sob fogo cruzado. 1 ed. São Paulo: Boitempo, 2020.
- BATISTA, Anália Soria; CODO, Wanderley. O trabalho e o tempo. In: JACQUES, Maria da Graça. CODO, Wanderley. (Org.). **Saúde mental e trabalho**: leituras. 5. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011. (p. 401 – 420).
- DAL ROSSO, Sadi. **Mais trabalho!**: a intensificação do labor na sociedade contemporânea. São Paulo: Boitempo, 2008.

- IAMAMOTO, Marilda. **O Serviço Social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 6.ed. São Paulo: Cortez, 2003.
- HAN, Byung-Chul. **Sociedade do cansaço**. Tradução de Enio Paulo Giachini. 2ª Ed. ampliada. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.
- LAMOSA, Rodrigo. **UàE entrevista - Rodrigo Lamosa e Luiza Colombo**. [Filme-vídeo]. Produção de **UFSC à Esquerda**. Vídeo YouTube BR, Publicado em: 02 ago. 2019. Categoria **Sem fins lucrativos/ativismo**, Licença Padrão do YouTube. 30 min. color. son. Disponível em: <<https://youtu.be/YaiSq1vV7dQ>>. Acesso em: 04 ago. 2019.
- LARA, Ricardo. **Saúde do trabalhador**: considerações a partir da crítica da economia política. In: R. Katál., Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 78-85, jan./jun. 2011.
- NETTO, José Paulo. O movimento de reconceituação – 40 anos depois. In: **Serviço Social e Sociedade**. n. 84. São Paulo: Cortez, 2005. p. 5-20.
- _____. Transformações societárias e Serviço Social – notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. n. 50. São Paulo: Cortez, 1996. p. 87-132.
- RAICHELIS, Raquel. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. In: **Serviço Social e Sociedade**. n. 107. São Paulo: Cortez, jul./set. 2011. p. 420-437.
- _____. Serviço Social: trabalho e profissão na trama do capitalismo contemporâneo. In: RAICHELIS, Raquel; VICENTE, Damares; ALBUQUERQUE, Valéria. (Orgs.) **A nova morfologia do trabalho no Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2018.

O DIREITO À POLÍTICA DE SAÚDE E SEUS ARRANJOS: as Casas de Apoio no contexto das políticas públicas de saúde

Ana Caroline Da Silva Rumão (Universidade Ceuma)

RESUMO: O presente artigo teve como objetivo, estudar a política de saúde e seus arranjos com ênfase aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), que buscam as casas de apoio de nível Municipal, Estadual e Terceiro Setor, como alternativa para permanência durante o tratamento fora do domicílio. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica e documental, cujo referencial utilizado foi o Materialismo Histórico e Dialético. Os usuários que se descolam de diferentes municípios do estado para a São Luís-Ma, por meio do Tratamento Fora do Domicílio (TFD), como mecanismo para auxiliar nas despesas de custo do paciente e do acompanhante durante a permanência longe de casa.

PALAVRAS-CHAVES: Política de Saúde. Tratamento Fora do Domicílio. Casas de Apoio.

ABSTRACT: This article aimed to study health policy and its arrangements with an emphasis on users of the Unified Health System (SUS), who seek support homes at the Municipal, State and Third Sector level, as an alternative to stay during treatment outside the home. It is a bibliographic and documentary research, whose reference used was Historical and Dialectical Materialism. Users who take off from different municipalities in the state to São Luís-Ma, through Treatment Outside the Home (TFD), as a mechanism to help with the cost of costs for patients and companions during their stay away from home.

KEYWORDS: Health Policy. Treatment Outside the Home. Support houses.

1 INTRODUÇÃO

Este artigo é fruto de uma pesquisa exploratória inicial com ênfase na política de saúde no Brasil, da filantropia a efetivação do direito a partir da Constituição Federal de 1988 (CF/1988). Visto que, anterior ao SUS, o acesso à saúde era restrito apenas aqueles que trabalhavam de carteira assinada e contribuía com a Previdência Social, os que não tinha dinheiro para pagar pelos serviços médicos recorriam as Santas Casas de Misericórdia de vínculo caritativo e filantrópico. Com a CF/1988, a saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado em garantir bens e serviços de forma gratuita a toda população brasileira.

A política pública de saúde engloba em seus princípios várias formas de atendimentos, sendo uma política de grande abrangência, isto é, disponibiliza diversos serviços para os usuários do SUS. Contudo nem sempre os direitos são garantidos como se apresentam em forma de lei e em conformidade com a CF/1988, assegurando bens necessários para a promoção, proteção e recuperação da saúde. (BRASIL, 1988).

As Casas de Apoio surgiram da necessidade apresentada pelos usuários dos serviços de saúde que, sem alternativas para permanência fora do domicílio e sem meios de prover suas despesas na capital, voltavam para seus municípios antes de finalizar o processo do tratamento. Destaca-se que a saúde tem como princípio a descentralização dos serviços e atendimentos, mas não é isso que ocorre na esfera do atendimento de alta complexidade, como é o caso dos pacientes que precisam fazer sessões de quimioterapia, radioterapia como também os demais procedimentos que não são realizados nos municípios que os usuários do SUS residem.

É notório o grau de vulnerabilidade social destes usuários que buscam as casas de apoio como mecanismo para permanência durante o período de tratamento fora do domicílio. Sem condições financeiras para arcar com suas despesas na capital do estado do Maranhão durante o tratamento da doença, os pacientes como também seus acompanhantes recorrem as casas de apoio de nível municipal por meio de encaminhamentos feitos pelos gestores e executores das políticas de saúde dos municípios de origem.

O estudo tem como objetivo uma reflexão sobre as formas de execução da política de saúde no que se refere ao atendimento fora do domicílio-TFD, que não deve ser considerado favor e sim direito de todo cidadão que necessitar de atendimento à saúde e no seu município de origem esgotar todos os meios que prover a recuperação da saúde de forma positiva. Assim, como forma de garantir esse direito os municípios devem assegurar traslado de ida e volta, alimentação, hospedagem e em caso de óbito preparação do corpo de traslado até sua cidade.

A pesquisa busca contribuir para o avanço da ciência, com o intuito de aprofundar o conhecimento sobre os direitos à saúde e seus arranjos, pois à medida que contribui para dar visibilidade à população que busca a assistência à saúde pública fora do município de origem que, ao se deslocar para a capital em busca de tratamento, sem alternativas de alojamento acabavam desistindo antes de sua conclusão.

2 CONTEXTO HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: da filantropia a efetivação do direito

Historicamente a saúde pública no Brasil passou por diversas mudanças até o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), considerado como uma das maiores conquistas da sociedade brasileira. O direito à saúde é pontuado como um bem fundamental para a qualidade de vida. Encontra-se assegurado na Constituição Federal de 1988 (CF/1988) mais precisamente no artigo 196º, que determina: “a saúde é direito de todos e dever do estado”, assegurando os bens necessários para a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988).

[...] a saúde é considerada como direito de todos e dever do Estado, que deve garantir mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos. O direito à saúde rege-se pelos princípios da universalidade e da igualdade de acesso às ações e serviços que a promovem, protegem e recuperem (SILVA, 2001 p.831).

Destarte a garantia à saúde é universal assegurada pela CF/1988, com a efetivação do SUS. Anterior ao SUS, a saúde não possuía caráter universal e sim contributiva, ou seja, nem todo cidadão tinha direito à saúde, apenas tinham acesso aos serviços as pessoas que trabalhavam de carteira assinada e contribuía para a previdência social, o que caracterizava a chamada cidadania regulada. Os demais cidadãos que não possuíam condições de pagar por serviços de saúde as recorriam instituições de caridade como às Santas Casas de Misericórdia, vinculadas a entidades religiosas na maioria das vezes pela Igreja Católica, com o intuito de prestar ajuda em forma de caridade e benemerência.

Por cidadania regulada entendo o conceito de cidadania cujas raízes encontram-se, não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, e que, ademais, tal sistema de estratificação ocupacional é definido por norma legal. Em outras palavras, são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas em lei. A extensão da cidadania se faz, pois, via regulamentação de novas profissões e/ou ocupações, em primeiro lugar, e mediante ampliação do escopo dos direitos associados a estas profissões, antes que por extensão dos valores inerentes ao conceito de membro da comunidade. A cidadania está embutida na profissão e os direitos do cidadão restringem-se aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo, tal como reconhecido por lei (SANTOS, 1979, p. 68).



A ampliação do conceito de saúde consagrado na CF/1988 decorre da organização dos movimentos sociais, em especial, do Movimento de Reforma Sanitária que participou ativamente tanto na luta contra a ditadura militar no final da década de 1970 e ao decorrer da década de 1980, quanto pela universalização e ampliação da política de saúde relacionada a um conjunto de fatores que visava à transformação da realidade não só na área da saúde, mas também em todas as áreas, com o intuito de garantir melhor qualidade de vida à população brasileira.

A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado (AROUCA, 1988 p. 2).

A 8ª Conferência Nacional da Saúde ocorreu em março de 1986, em Brasília, promovida pelo Ministério da Saúde e contou com a participação de diferentes setores organizados da sociedade. Naquela ocasião, teve como propósito primordial a discussão de um novo modelo de saúde, sendo esse universal acontecendo de forma igualitária em todo o território brasileiro, independentemente da raça, sexo, religião entre outros fatores. A equidade volta-se para a necessidade de tratar as pessoas de forma igual respeitando suas diferenças, pois cada cidadão é igual perante o SUS, e a integralidade tem como propósito o atendimento de forma integral voltado a promover, proteger e recuperar a saúde (CONASS,2009).

A 8ª Conferência fortaleceu o movimento de emenda popular que se refere ao surgimento de lutas e movimentos sociais, com o compromisso de melhorar as condições de vida da população em relação aos direitos à saúde, garantindo o acesso aos bens e serviços de forma igualitária. Para essa conquista, foram necessárias várias organizações sociais e populares que lutaram por direitos. Desses encontros e discussões foram garantidos direitos na CF/1988, que assegura os direitos fundamentais para a vida humana, com a participação ativa dos cidadãos no processo de formulação das políticas de saúde para melhor atender às necessidades da sociedade na esfera municipal, estadual e federal.

O artigo 3º da CF/1988 descreve os fatores determinantes para ter saúde e qualidade de vida:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, e o acesso aos bens e serviços essenciais, os níveis de saúde da população expressa à organização social e econômica do país (BRASIL, 1988).



Após a luta dos movimentos sociais e populares, a saúde foi assegurada na CF/1988, assim “a saúde é 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” (BRASIL, 1988, art. 196).

Figura1: Diferenças entre promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação

Promoção da saúde	Prevenção de doenças	Recuperação de saúde	Reabilitação
Atuação sobre os determinantes sociais de saúde, como foco na melhoria das condições sociais e na redução das desigualdades sociais. A população deve ter participação ativa no processo. A articulação intersetorial é a estratégia de escolha para o planejamento de ações de promoção.	Atuação sobre os fatores de risco a fim de evitar adoecimento, sejam eles biológicos, ambientais, psicossociais. Por exemplo, campanhas com orientações sobre alimentação saudável e importância da atividade física regular. O foco está na atuação dos profissionais e na adoção pelos indivíduos, de hábitos saudáveis de vida.	Atuação sobre o indivíduo/comunidade doente, visando a melhoria do quadro clínico, com controle/eliminação da doença e evitação de morte/sequelas. Por exemplo, tratamento da hipertensão arterial sistêmica (HAS).	Atuação sobre as sequelas (físicas, sociais e psicológicas) causadas por doença ou agravos, visando à reinserção do indivíduo em sua família, comunidade e trabalho e à recuperação de sua capacidade vital. Por exemplo, indivíduo que sofreu amputação do membro inferior, que recebe tratamento para colocação de prótese, considerando a adaptação física e psicológica para o uso do dispositivo.

Fonte: SOLHA, 2014

Conforme as Leis nº 8.080 e nº 8.142, ambas de 1990, que regulamentam o SUS, a saúde deixou de ser vista apenas como ausência de doença, para ser vista de forma ampliada e devendo ao Estado a responsabilidade de assegurar meios de prover e garantir direitos à

vida humana. Para ter qualidade é necessário atender a um conjunto de condições, tais como: alimentação, exercício físico, saneamento básico, meio ambiente, renda, educação, moradia entre outros fatores que auxiliam na promoção da vida humana.

O SUS tem como princípios doutrinários à universalidade, integralidade e a equidade. A universalidade expressa a luta do Movimento de Reforma Sanitária em defesa do acesso à saúde a todo cidadão, independente de classe, raça, etnia, gênero, território, vinculação, empregatícia. A integralidade diz respeito à oferta de um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos. Enquanto a equidade refere-se ao fato de que a assistência a saúde deve dar maior ênfase a quem mais precisa.

O SUS possui também princípios organizativos, a descentralização das responsabilidades na oferta da política de saúde entre os entes federativos, a hierarquização e regionalização, ou seja, a organização dos serviços de saúde em níveis de complexidade e, a participação social a partir dos conselhos e conferências.

3 O TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO (TFD) COMO RECONHECIMENTO DO DIREITO À SAÚDE

O Tratamento Fora do Domicílio-TFD, tem grande relevância na vida dos usuários do SUS, que necessitam de tratamentos em nível de alto grau de complexidade e no município onde residem não oferece condições para responder a suas demandas. Os pacientes com câncer ao receberem o diagnóstico da doença precisam se deslocar com mais frequência para a capital do Estado em busca do tratamento da doença, por ser um tratamento fora do município de origem e de longo período de tempo se faz necessário receber ajuda de custo para traslado até a capital como também hospedagem no período da realização do tratamento da doença.

Neste contexto, a Portaria GM/MS 2.439/2005 definiu, ainda, os componentes fundamentais da política, dentre os quais, destacam-se os seguintes:

- a) A promoção e a vigilância em saúde, que devem utilizar, entre outras, ações que proporcionem a redução de fatores de risco para as neoplasias;
- b) A atenção básica, com previsão de ações voltadas para a promoção da saúde, a prevenção do câncer, o diagnóstico precoce, o apoio à terapêutica, aos cuidados paliativos e ao seguimento dos doentes;
- c) Média complexidade, assistência que deve ser garantida por meio do processo de referência e contrarreferência dos pacientes;
- d) Alta complexidade, organizada de forma a assegurar o acesso dos doentes com diagnóstico definitivo, deverá determinar o estadiamento da doença, tratar os pacientes com qualidade e de acordo com as condutas estabelecidas em Unidades e Centros de Alta Complexidade em Oncologia;
- e) Sistema de informação, que deve possibilitar aos gestores subsídios para a tomada de decisões e promover a disseminação de informações;

- f) Diretrizes nacionais para a atenção oncológica, envolvendo todos os níveis de atenção, que possibilitem o aprimoramento da atenção, da regulação, da avaliação e dos controles;
- g) Avaliação tecnológica, que deve oferecer subsídios para a tomada de decisões no processo de incorporação de novas tecnologias;
- h) A educação permanente e capacitação das equipes em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2011).

Política social de saúde no Brasil é estruturada por um conjunto de programas e ações, para melhor atender às necessidades dos usuários do SUS, nos seus municípios de origem como também em diferentes municípios e Estados brasileiros, quando houver necessidade. O Tratamento Fora do Domicílio (TFD), instituído pela Portaria nº55/1999 da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), vinculada ao Ministério da Saúde (MS), tem como objetivo garantir o direito à saúde através do SUS, em relação ao tratamento de doenças aos pacientes que não tem condições de arcar com as despesas fora do domicílio.

O TFD garante ajuda de custo ao paciente e acompanhante por meio de encaminhamento junto às prefeituras ou secretaria estadual (BRASIL,2005).

O Tratamento Fora de Domicílio – TFD é um instrumento legal que visa garantir, através do SUS, tratamento médico a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem por falta de condições técnicas. Assim, o TFD consiste em uma ajuda de custo ao paciente, e em alguns casos, também ao acompanhante, encaminhados por ordem médica à unidades de saúde de outro município ou Estado da Federação, quando esgotados todos os meios de tratamento na localidade de residência do mesmo, desde que haja possibilidade de cura total ou parcial, limitado no período estritamente necessário a este tratamento e aos recursos orçamentários existentes. Destina-se a pacientes que necessitem de assistência médico-hospitalar cujo procedimento seja considerado de alta e média complexidade (BRASIL, 1999).

A partir da CF/1988 a política de saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado, regulamentado pelo SUS, programas foram surgindo entre eles o TFD, possibilitando assim atendimento aos usuários do SUS, com um atendimento gratuito de forma descentralizada, oferecendo todos os procedimentos de média e alta complexidade em que o município na maioria dos casos não detém de meios para garantir. O TFD foi criado para facilitar esse atendimento aos usuários do SUS, que não tem alternativas de atendimento nos seus municípios de origem.

[...] o TFD consiste em uma ajuda de custo ao paciente, e em alguns casos, também ao acompanhante, encaminhados por ordem médica à unidades de saúde referenciada em outro município ou Estado da Federação, quando esgotados todos os meios de tratamento na localidade de residência do mesmo, desde que haja possibilidade de cura total ou parcial, limitado no período estritamente necessário a este tratamento e aos recursos orçamentários existentes (BRASIL, 2005).

O Ministério da Saúde através da Portaria N° 2.439/GM, de 08 de dezembro de 2005, instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica que engloba: promoção, prevenção e

diagnóstico tratamento de reabilitação e cuidados paliativos de responsabilidade municipal, estadual e federal. Com atenção especial para a complexidade da doença, e pela necessidade de acolhimento aos pacientes oncológicos e seus acompanhantes no período do tratamento. Diante disso, houve a necessidade de garantir alojamento para essas pessoas que se descocam de diferentes municípios do Estado. Assim, surgiu as primeiras casas de apoio aos pacientes de câncer que, em muitas situações sem alternativas para permanecer durante o tratamento, desistiam, uma vez que esse tratamento não é disponibilizado nos municípios que residiam, mas sobretudo, nas grandes cidades (BRASIL, 2005).

Além dos fatores determinantes para ter saúde e qualidade de vida, destaca a importância da família no diagnóstico e recuperação da saúde. A família tem papel preponderante para um melhor resultado no desenvolvimento do tratamento da doença, tanto no convívio familiar como também no acompanhamento no período do tratamento, quando se faz necessário o deslocamento para outros municípios ou estados em busca de melhores condições de saúde.

A assistência aos cuidados de saúde deve ser direcionada tanto aos pacientes quanto aos familiares, com o intuito de prepará-los para melhor atender às necessidades apresentadas pelo paciente, portanto “é importante que a família sinta que pode fazer algo para ajudar o seu familiar a recuperar-se quando tal e possível é, mesmo quando não é, que seja capaz de compreender a situação e acompanhar o paciente, dando apoio, compreensão, carinho e dedicação” assim, a família tem papel fundamental durante o diagnóstico da doença até a recuperação (LAZURE, 1994, p. 62).

De acordo com o Instituto do Câncer (INCA), a participação e afeto da família com o paciente ao receber o diagnóstico da doença até as seções de quimioterapia e radioterapia, tem fundamental importância, pois em muitas situações o usuário do SUS, precisa se deslocar de diferentes municípios em busca de tratamento para a doença e que, em muitas situações, se encontram em situação de vulnerabilidade social, debilitados e sem forças para continuar, por conta do agravo da doença e carecendo do apoio da família no processo de cura. Com base neste critério a política de saúde tem como objetivo atender aos usuários do SUS, de forma humanizada para garantir o atendimento das demandas apresentadas pelos pacientes e acompanhantes (INCA, 2017).

Percebe-se as particularidades de cada paciente com câncer, porém os procedimentos realizados se mantêm fixo à todos os paciente no período de tratamento da doença. “Existem três formas principais de tratamento do câncer: quimioterapia, radiologia e cirurgia. Elas podem ser usadas em conjunto, variando apenas quando à suscetibilidade dos

tumores a cada uma das modalidades terapêuticas e à melhor sequência de uma administração” (INCA,2012, p 69).

Em março de 2003, o MS reconheceu a necessidade de um trabalho mais humanizado e conseqüentemente instituiu a Política Nacional de Humanização PNH que atua em todas as políticas e programas oferecidos pelo SUS. Essa política deve garantir um melhor atendimento ao usuário dos serviços, desde a recepção até a alta do paciente. É direito de todo cidadão receber atendimento de qualidade no serviço público de saúde, portanto, a PNH é considerada como um dos direcionamentos dos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2003).

4 A ORGANIZAÇÃO DAS CASAS DE APOIO EM SÃO LUÍS-MA

As Casas de Apoio aos usuários do SUS se dividem na esfera municipal, estadual e terceiro setor⁴. O município por meio do recurso disponibilizado pelo TFD tem como dever garantir o acolhimento nas Casas de Apoio de nível municipal, com o compromisso de acolher os pacientes do seu município e garantir o traslado de ida e volta, alojamento, alimentação, como também despesas em caso de óbito.

O objetivo primordial das Casas de Apoio é acolher de forma humanizada os pacientes do SUS, que na maioria das vezes estão sem condições financeiras para suprir suas necessidades durante todo o tratamento da doença. Por ser um tratamento de longo período como é o caso dos pacientes em UTI, como também tratamento de quimioterapia e radioterapia. Os encaminhados para as Casas de Apoio são realizados pelos gestores e executores das políticas de saúde municipal.

A garantia de atendimento a essa demanda se materializa por meio do TFD, como também representada pelas casas de apoio para atender as necessidades das pessoas que se direciona do interior para a São Luís-MA em busca de tratamento às enfermidades. O acolhimento nas Casas de Apoio é essencial para a continuidade do tratamento de saúde, visando a qualidade de vida da população que busca os serviços, e prevenindo o agravo da doença. Ao se relacionar ao paciente oncológico os cuidados relacionados à saúde são diferenciados, uma vez que o tratamento não se dá de forma imediata, mas sim um processo de etapas que devem ser seguidas dia após dia.

Com a necessidade de se deslocar de seu território de sua cultura local para a capital São Luís em busca de recursos para o tratamento da doença, muitos são os fatores que se

⁴ Terceiro Setor- é um conjunto de atividades voluntárias desenvolvidas em favor da sociedade, com organizações privadas não governamentais e sem fins lucrativos.



apresentam em relação a mudança de cotidiano, ao sair de seu município e do meio de sua família. A permanência longe de casa durante o tratamento da doença causa alterações nas suas rotinas no que tange: “[...] aquela vida dos mesmos gestos, ritos e ritmos de todos os dias: é levantar nas horas certas, dar conta das atividades caseiras, ir ao trabalho, para a escola, para a igreja[...]” (NETO, 2007 p.23). Assim os hábitos do dia a dia se distanciam da realidade vivenciada no período que se encontra longe de casa.

Nesse sentido, faz necessário ressaltar as fragilidades do TFD, em muitas situações o paciente precisa passar um período longo longe de sua cultura, do seu território, dos familiares e dos hábitos diários. Dessa forma, percebe-se a demora na recuperação da doença, visto que o afeto da família junto com os fatores citados acima influencia na rapidez do tratamento. Destaca-se também as necessidades dos usuários do SUS, no que tange aos custos realizados no período do tratamento que em muitas situações o TFD não cobre todas as despesas realizadas (NETO, 2007).

As condições de vida e saúde é também as iniquidades sociais em nosso país permitem dizer que essa parcela da população está exposta a graves riscos de adoecimento e a situações de vulnerabilidade, que precisam ser objeto prioritário de ação eficaz pelo sistema de saúde, em conjunto com outros setores, particularmente os de Educação e Ação Social (BRASIL,2009).

A condição socioeconômica é outro fator que reflete na vida dos usuários do SUS, que em muitas situações a renda familiar per capita é de um salário mínimo para auxiliar nas despesas da família e ainda arcar com alguns custos do tratamento fora do domicílio TFD, visto que, o valor da diária oferecida pelo município é insuficiente em relação aos gastos realizado durante o período de tratamento fora de casa. Entende-se a pobreza como resultados causados pela desigualdade social, visto que na mesma proporção que gera riqueza cresce também a pobreza. Ocasionalmente assim, as expressões da Questão Social como resultados da lógica do capital.

[...] entender a ‘questão social’ é de um lado, considerar a exploração do trabalho pelo capital e de outro, as lutas sociais protagonizadas pelos trabalhadores organizados em face desta premissa central à produção e reprodução do capitalismo. Conjugadas, essas premissas derivam em expressões diversificadas da ‘questão social’ em face das quais cabe sempre um processo de investigação a fim caracterizá-la enquanto ‘unidade na diversidade’; ou seja, devemos nos esforçar, como categoria, para apontar as características e ‘formas de ser’ de cada expressão da ‘questão social’ enquanto fenômeno singular e, ao mesmo tempo, universal, cujo fundamento comum é dado pela centralidade do trabalho na constituição da vida social (SANTOS, 2012, p.133).

Neste contexto, as expressões da questão social se manifestam de forma visível na sociedade brasileira, onde a vulnerabilidade social é um fator predominante na realidade vivenciada. Assim, percebe-se que na mesma medida que o capitalismo produz riquezas, cresce também a desigualdade social.



No Brasil, o Sistema Único de Saúde é uma porta de entrada para o acesso aos atendimentos de média e alta complexidade. No contexto atual de pandemia, muitos são os impactos estabelecidos na saúde da população brasileiras que necessitam de cuidados especiais ao tratamento de doenças. Contudo, com o crescente número de pessoas que hoje procuram os centros de saúde para o tratamento do Covid 19, percebe-se a fragilidade em relação a continuidade de procedimentos de tratamentos já iniciados como é o casos dos pacientes com câncer também outros procedimentos realizados como é o casos das cirurgias que foi necessário suspensão de cirurgias já agendadas e com a manutenção voltada exclusivamente a serviços de emergência.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado mostra os avanços na saúde da população brasileira, desde da atenção e cuidado voltada para Santas Casas de Misericórdia, tendo como objetivo prestar assistência médica às pessoas que não tinham dinheiro para pagar pelo atendimento médico. Visto que, o acesso à saúde era restrito e só tinha acesso aqueles que trabalhavam de carteira assinada os demais sem condições financeiras para arcar como o atendimento recorriam as ações filantrópicas. A partir da Constituição federal de 1988, a saúde deixou de ser ajuda, caridade e passou a ser direito de todos e dever do estado em garantir o acesso de forma universal, igualitária e descentralizada.

Ressalta-se as problemáticas apresentadas em relação ao crescimento do número das Casas de Apoio aos usuários do SUS, bem como a falta de atenção do poder público na execução dos programas destinados aos pacientes que se deslocam dos diversos municípios do Estado. Contudo, se tem a necessidade de observar a forma como o programa de Tratamento Fora do Domicílio - TFD, se efetiva em relação aos pacientes que buscam as Casas de Apoio de Nível Municipal, Estadual e Terceiro Setor.

REFERÊNCIAS

- AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. A reforma sanitária brasileira. Tema/Radis, Rio de Janeiro, n.11, p.4. 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. 2003
- BRASIL. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990, Lei Orgânica da Saúde/ Ministério da Saúde. Legislação em Saúde, Brasília, DF: Editora MS, 2004. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm> Acesso em 04 de Março de 2019.
- BRASIL. Política Nacional de Atenção Oncológica / Tribunal de contas da união; Relator Ministro José Jorge. Brasília 2011. Disponível em <<https://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?inline=1&fileId=8A8182A14D6E85DD014D7327C1CB5497>> Acesso em 22 de Maio de 2020.
- _____. Constituição Federal de 1988. Brasília, 1988. Disponível em <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf> Acesso em 08 de Maio de 2019.
- _____. Conselho Nacional de Secretária de Saúde – Brasília: CONASS,2009. Disponível em <https://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf> Acesso em 20 de maio de 2019.
- _____. **Manual de Tratamento Fora do Domicílio – TFD**. 2005. Disponível em <https://www2.mppa.mp.br/sistemas/gcsubsites/upload/79/instrucoes_TFD.pdf> Acesso em 01 de Junho de 2019.
- _____. Ministério da Saúde, 2004. Secretária Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaus_2004.pdf> Acesso em 23 de Marco de 2019.
- INCA, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro:Inca,2017. Disponível em:<<https://wwwhttps:.htmlbr/sites/ufu.sti.inca.local/files /media/document/livro-abc-3-edicao.pdf>>Acesso em 12 de Maio de 2019.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. 2. Ed. Rio de Janeiro, INCA, 2012.
- IAMAMOTO, Marilda V; CARVALHO. O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 2008.
- LAZURE, H. Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de critério de competência da enfermeira. Lisboa: Lusodidacta, 1994.
- MINISTERIO DA SAÚDE, 2009. Secretária de atenção a saúde. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_24.pdf> Acesso em 21 de Maio de 2020.
- Manual de Normas Administrativas do Tratamento Fora do Domicílio – Petrolina, 2011.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009. Secretária de atenção à saúde. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_24.pdf> acesso em 09 de junho de 2020.
- PORTARIA / SAS / N°. 055 DE 24 DE FEVERREIRO DE 1999. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0055_24_02_1999.html> Acesso 11 de Março de 2019.
- Portaria N° 2.439/GM de 08 de Dezembro de 2005. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2206.pdf>> Acesso em 12 de Março de 2019.
- SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 19 ed. São Paulo: Malheiros, 2001
- SANTOS, J. S. **“Questão Social”**: particularidades no Brasil. São Paulo, Cortez, 2012 – (Coleção biblioteca básica de serviço social; v. 6).



SANTOS, W. G. **Cidadania e Justiça**. Rio de Janeiro: Editorial Campus, 1979.
SOLHA, Raphaela Karla de Toledo. **Sistema Único de Saúde**: componentes, diretrizes e políticas públicas. São Paulo, Erica/Saraiva, 2014.
<https://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?inline=1&fileId=8A8182A14D6E85DD014D7327C1CB5497>.



O SERVIÇO SOCIAL NA LINHA DE FRENTE CONTRA À COVID-19

Ariete França De Melo; Maria Tereza Martins de Souza, Thássila Tamires Batista Alves, Emanuelle Monalisa de Sousa Gomes, Letícia Karoline Brito Medeiros Dantas

RESUMO: O presente artigo foi desenvolvido mediante pesquisa teórica e documental, com o objetivo de trazer reflexões sobre os rebatimentos da crise estrutural mundial na saúde, a partir da pandemia causada pela Covid-19, num contexto de retirada de direitos e sucateamento dos serviços públicos da saúde brasileira, enfatizando os históricos desmontes no Sistema Único de Saúde (SUS). Ademais, trazemos algumas considerações sobre as novas demandas e desafios que surgiram no trabalho desenvolvido pelos/as assistentes sociais atuantes na linha de frente contra o novo coronavírus, reconhecendo esta como uma categoria profissional inscrita na divisão sociotécnica do trabalho e viabilizadora de direitos sociais.

Palavras-chave: Política de Saúde; Novo Coronavírus; Assistente Social; Crise Estrutural.

ABSTRACT: The present article was developed upon theoretical and documental research, with the goal of bring reflections around the batting of global structural health crisis, because of the pandemia caused by the COVID-19, in a context of withdrawal of rights and scrapping of public health services in Brazil, emphasizing the historical dismantling in the Sistema Único de Saúde (SUS). In addition, we bring some considerations about the new demands and the challenges that emerged in the work developed by the social workers that acts on the front lines against the new coronavirus, recognizing this as a professional category inscribed in the sociotechnical division of work and enabler of social rights.

Keywords: Health Politics. New Coronavirus. Social Worker. Structural Crisis.

1. INTRODUÇÃO

A saúde no Brasil passou por diversos processos de transição até se configurar como uma política universal e direito de todos, frutos de lutas reivindicatórias regadas pela classe trabalhadora brasileira. A origem dos processos de saúde no país foi construída a partir da assistência médica filantrópica, com caráter assistencialista e de cunho religioso, em uma concepção restrita sobre saúde desvinculando-a da dimensão política e do poder público. A partir do século XX, “[...] a Saúde emerge como “questão social”⁵ no Brasil [...]”, como afirma Bravo (2007, p. 90), resultante às lutas reivindicatórias do movimento operário.

Em 1977 institucionaliza-se o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social) dando ênfase na prática médica curativa, individual e especializada. Designada pela articulação do Estado com os interesses do capital internacional via indústrias farmacêuticas e de equipamentos hospitalares. Com destaque da criação do complexo médico-industrial, desenvolvendo padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor de saúde e dando continuidade à política excludente, restrita e elitista. O sistema de saúde nessa época é marcado por ações pontuais, fragmentadas e imediatistas (CAVALCANTI; ZUCCO, 2006). Nesse momento o Brasil vivia o contexto do regime militar, tem-se o impulsionamento do governo à mercantilização da saúde, investindo recursos do fundo público para abertura de hospitais privados.

Em contrapartida a resposta da classe trabalhadora ao cenário político contemplava um novo olhar a realidade da saúde brasileira. As divergências em relação a autocracia burguesa consolidavam uma união de vários segmentos e categorias profissionais que estavam vinculadas a área da saúde. As reivindicações cresceram em diversos setores da sociedade, o regime ditatorial começa a enfrentar uma crise, cedendo com inúmeras resistências o lugar a projetos da redemocratização. Novos debates são pautados e surgem propostas de reformulação a saúde, integrando a uma dimensão que desvencilha do modelo imposto, entendendo seus determinantes sociais e fatores políticos/econômicos. A saúde passa a ser entendida como resultado das condições de vida da população envolvendo aspectos sociais, culturais, econômicos e biológicos. Interligando a saúde com fatores que interferem tanto na esfera social como política. Assim, é possível identificar que como um direito indispensável ao modo de produção capitalista, a saúde é necessária na manutenção da mão de obra assalariada.

⁵Conjunto das expressões políticas, sociais e econômicas vinculadas ao conflito entre o capital e o trabalho, impostos pelo surgimento da classe operária e seu ingresso no cenário político no curso da constituição da sociedade capitalista (Netto, 2006, p. 17).

O presente artigo traça algumas reflexões sobre os rebatimentos da crise estrutural mundial na saúde, num contexto de retirada de direitos e sucateamento dos serviços públicos da saúde brasileira. Elucidando historicamente a precarização no Sistema Único de Saúde (SUS) derivada da falta de investimento financeiro nesse setor em detrimento dos serviços privados. E os projetos de saúde em disputas que influenciam no cenário de Covid-19, mostrando a importância do SUS enquanto um direito universal, descentralizado e participativo. Por fim, traz-se algumas considerações sobre o trabalho do assistente social enquanto uma profissão inscrita na divisão sociotécnica do trabalho e viabilizadora de direitos sociais, fazendo referência ao fazer profissional dessa categoria no cenário epidemiológico imposto, na qualidade de agentes que estão na linha de frente contra o Novo Coronavírus.

2. POLÍTICA DA SAÚDE EM TEMPOS DE COVID-19

A Constituição Federal (CF) de 1988 circunscreveu um novo roteiro a política de saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) baseado nos princípios da Universalidade, Integralidade, Equidade e Participação popular. Todavia, mesmo com esses avanços significativos para a população, a política de saúde ainda não é operacionalizada em sua íntegra. Em 1990 é implantada a Lei 8.080 – Lei Orgânica da Saúde, defendendo a saúde como um direito fundamental do ser humano, tendo o Estado como provedor as condições necessárias de manutenção e regulamentação.

Concomitantemente a implementação dos direitos sociais respaldados pela CF de 1988, a fase de desenvolvimento capitalista mundial sofrerá dificuldades de estruturação, processo que emergiu uma nova dinâmica dos setores econômicos e políticos, tanto a nível mundial como nos países periféricos. Tratava-se de uma crise estrutural⁶, que rebateu direta e indiretamente nas políticas sociais e na classe trabalhadora. Período conhecido como a entrada do Estado Neoliberal, configurado através do desemprego em larga escala, flexibilização da mão de obra cada vez mais barata e sucateada e intensificação da desigualdade social. Segundo Chesnais (1996) esse movimento torna-se acesso de introdução a implantação da “financeirização e mundialização do capital”. Harvey (2011) Complementa e explica que, a essência era “privatizar os lucros e socializar os riscos; salvar os bancos e colocar os sacrifícios nas pessoas” (p.16).

⁶ A atual crise mundial, iniciada aproximadamente do final da década de 1960 e início da década de 1970, significa o esgotamento das possibilidades de expansão do sistema do capital, enquanto processualidade global do sistema, uma crise de caráter estrutural dentro da qual se manifestam diversas crises cíclicas que tendem a encurtar cada vez mais o tempo entre elas (MÉSZÁROS, 2002). Caracterizada por um período de intensas crises cíclicas, a crise estrutural provoca uma “sincronização internacional do ciclo” (MANDEL, 1990).

O Brasil é condicionado a aderir esses processos, o Estado adota medidas neoliberais que tiveram fortes impactos para os serviços de saúde, onde cada vez mais esses serviços ofertados são mercantilizados, sendo transferida a responsabilidade estatal para a iniciativa privada. O Sistema Único de Saúde enfrenta dilemas no tocante a sua efetivação/concretização. As conquistas alcançadas pelo Movimento da Reforma Sanitária e reivindicadas legalmente pelo Relatório da VIII Conferência não foram institucionalizadas plenamente. O campo da saúde, se transforma em espaço de disputa de dois projetos existentes: o privatista ligado ao mercado e a indústria farmacêutica e o da reforma sanitária de caráter descentralizado, compreendendo o indivíduo em suas particularidades na sua totalidade e considerando a participação popular como um dos princípios democráticos essenciais.

Diante da nova conjuntura os setores envolvidos com o Projeto da Reforma Sanitária começam a perder espaço, com a redução dos gastos públicos em detrimento do setor privado e as contrarreformas⁷ formaram ataques a classe trabalhadora colocando em risco todas as conquistas firmadas até então. O Art. 4, da lei 8080/90 dispõe de uma ferramenta que direciona o SUS à uma espécie de “areia movediça”, estabelece: “§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar”. Esse inciso concedeu abertura a uma série de retirada de direitos da política de saúde gratuita, enquanto alimentava os setores privados.

Deste modo, é possível aferir que o Sistema Único de Saúde brasileiro desde sua institucionalização vem sofrendo sucateamento para manutenção e fortalecimento do grande capital. Em momentos de crises há um alargamento nesses processos, o Estado propõe cumprir seu papel de interventor, uma vez que a crise afeta não só a esfera econômica, mas também o social, o cultural e o político. Um exemplo que se configura na conjuntura atual é a Pandemia causada pelo Novo Coronavírus⁸, impactando nos setores mais vulnerabilidades/suscetíveis da sociedade. Os agentes reacionários dessa doença ainda não

⁷ Behring e Boschetti (2011) afirmam que o termo contrarreforma é um contrassenso uma vez que o desenvolvimento histórico das políticas sociais tem um espírito reformista marcado pela pressão dos trabalhadores. Foram e são utilizadas pelos governos capitalistas como forma de manutenção da ordem vigente contendo os avanços dos movimentos sociais, ampliando direitos mais sem abdicar de seus interesses de classe. Ou seja, reforma é no sentido de ampliação de direitos, e o que teremos são as retiradas desses direitos.

⁸ A Covid-19, doença causada pelo coronavírus denominado SARS-CoV-2, foi identificada pela primeira vez na China, em dezembro de 2019. 1 Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que a epidemia da COVID-19 constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), 2 e, em 11 de março de 2020, uma pandemia.

Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med* [Internet]. 2020 Feb [cited 2020 Apr 7];382:727-33. Available from: <http://doi.org/10.1056/NEJMoa2001017>. Acesso em 23 de jun. de 2020.

World Health Organization. Statement on the second meeting of the international health regulations (2005) emergency committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2020 Apr 7]. Available from: [https://www.who.int/news-room/detail/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-room/detail/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 23 de jun. de 2020.



foram detectados e sua alta expansão trouxe prejuízos significativos aos trabalhadores, demonstrando a necessidade de uma política de saúde universal e para todos.

A pandemia da Covid-19 expõe as fragilidades estruturais e os pontos de estrangulamento do SUS, em particular a falta – ou distribuição desigual –, no território, de profissionais da saúde e de infraestrutura da atenção de média e alta complexidade, bem como a capacidade limitada de produção e realização de testes diagnósticos. Todavia, também traz à tona as fortalezas do maior sistema de saúde público e universal do mundo, que tem um papel preponderante na vigilância e na assistência à saúde, assim como no ordenamento e articulação das ações de enfrentamento à pandemia, nos três níveis de gestão, em todas as Unidades da Federação brasileira. (OLIVEIRA et al, 2020, p. 05).

Medidas sanitárias estão sendo tomadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde (MS) para contenção do vírus; o confinamento/isolamento social, uso de máscaras, higienização das mãos, fechamento do comércio e em alguns casos o *Lockdown*⁹, estão sendo adotadas como mecanismo de intervenções e contenção do Covid-19. Na área da saúde, há um investimento necessário nesses serviços as ações têm sido direcionadas à capacitação de recursos humanos e ampliação da cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da contratação de profissionais de diversas categorias, dentre elas os/as assistentes sociais.

Foram ofertadas 5.811 vagas para médicos atuarem nas Unidades Básicas de Saúde, em 1.864 municípios, além de 19 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), em todo o país. Capitais e grandes centros urbanos foram contemplados, uma vez que possuem maior adensamento populacional, constituindo-se em locais mais propensos à propagação do coronavírus. Destaca-se também a ação estratégica “O Brasil conta comigo”, voltada à capacitação e ao cadastramento de profissionais da área de saúde, para o enfrentamento à Covid-19. Estudantes que cursam os anos finais dos cursos de medicina, enfermagem, fisioterapia e farmácia, em instituições de ensino superior, públicas e privadas, também poderão atuar nesta ação.¹⁰

Mesmo diante das inúmeras dificuldades que rodeiam a política de saúde, principalmente as que estão relacionadas a área econômica, as intervenções realizadas para a contenção do Covid-19 pelos profissionais da saúde, tem sido resultado de um trabalho multidisciplinar. São esses processos que dão vida ao entendimento sobre a percepção de saúde em um olhar mais amplo, entendendo os determinantes sociais da saúde como fenômeno indispensável para se pensar a realização de intervenções voltadas a essa política, abrangendo visões sobre as desigualdades sociais que rodeiam a sociedade brasileira,

⁹ É uma expressão em inglês que, na tradução literal, significa confinamento ou fechamento total.

¹⁰ Ministério da Saúde (BR). Alunos da área de saúde poderão ajudar no combate ao coronavírus [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado 2020 abr 7]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/46636-alunos-da-area-de-saude-poderao-ajudar-no-combate-ao-coronavirus>. Acesso em 23 de jun. de 2020.

detectando que tal crise terá seus rebatimentos e condicionantes de maneiras verticalizadas aos setores e camadas da sociedade. O Serviço Social torna-se importante nesse cenário por ser uma profissão que compreende essa dimensão macro estrutural e as subjetividades dos usuários que utilizam desses serviços, e por se tratar de uma profissão promotora (dentro das instituições) das execuções e viabilização das políticas aos seus usuários/pacientes.

3. SERVIÇO SOCIAL E O DUALISMO ENTRE GARANTIR E VIABILIZAR DIREITOS

A história do Serviço Social como uma profissão com um viés crítico, comprometido com as lutas e os direitos políticos sociais conquistados pela classe trabalhadora vivenciou momentos de grande amadurecimento intelectual profissional, conquistas e desafios no final da década de 1980 e início da década de 1990. Nesse mesmo período, como já mencionamos anteriormente, culminou na sociedade brasileira a aprovação da nova Constituição Federal, que, pela primeira vez trouxe a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, resultado de um intenso e longo processo protagonizado pelo projeto da reforma sanitária, isto é, pela classe trabalhadora brasileira que não se contentava mais em ter uma saúde excludente, fragmentada e privatizada.

Nesse cenário a atuação do/a assistente social na saúde “vem acompanhado de uma referência ao projeto da reforma sanitária e ao projeto ético-político profissional, por mais que, muitas das vezes, não explicitamente” (BRAVO e MATOS, 2004, p.11), mas é compreendido que tanto os princípios vigentes no então projeto ético político do Serviço Social quanto os ideais propostos pelo projeto da reforma sanitária possuem concordâncias entre si e devem servir como norte para os/as profissionais assistentes sociais que estão atuando na política de saúde, tendo como intuito maior, o de defender e viabilizar uma saúde pública e de qualidade já garantida em lei para todos/as os/as brasileiros/as.

3.1. O Serviço Social como uma profissão inserida na Política de Saúde

O campo de atuação na área da saúde no Brasil para o/a assistente social se torna amplo a partir de meados da década de 1940, quando “a ação profissional na Saúde também se amplia, transformando-se no setor que mais vem absorvendo os assistentes sociais” (BRAVO; MATOS, 2004). Todavia, nos primórdios da profissão nesse país, estes profissionais eram chamados a atuar como agentes responsáveis por, principalmente, reajustar os sujeitos que se mostravam desfavoráveis com as condições sociais e econômicas impostas pelo

Estado. Dessa forma, sua atuação na saúde também era acompanhada por um viés interventista, focalizado e com a intenção de ajustamento dos indivíduos.

Entretanto, com as transformações que continuaram ocorrendo na sociedade brasileira ao decorrer dos anos, o Serviço Social tal como estava também passa a ser questionado. O movimento conhecido como o processo de reconceituação da profissão se iniciou na década de 1960, e de acordo com Aquino (2019, p. 565) “não foi um movimento homogêneo e único, ainda que o principal confronto tenha sido com o Serviço Social tradicional”. Assim, as principais intenções no início desse movimento estavam intrinsecamente relacionadas em modernizar a profissão de forma a buscar respostas para as novas demandas que passaram a surgir nessa época. Cabe aqui ressaltar que este período foi marcado pelo golpe militar em 1964, e, como nos lembra Bravo e Matos (2004, p. 4) “o Serviço Social sofreu profundas transformações, nos pós 1964, que tiveram rebatimento no trabalho do assistente social na área da saúde”. As autoras complementam:

O Serviço Social na saúde vai receber as influências da modernização que se operou no âmbito das políticas sociais, sedimentando sua ação na prática curativa, principalmente na assistência médica previdenciária – maior empregador dos profissionais. Foram enfatizadas as técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios (BRAVO e MATOS, 2004, p. 6).

Com citado anteriormente, o Movimento de Reconceituação foi hegemônico ao passo que não foi homogêneo e, apesar das vertentes que defendiam a modernização conservadora e o tradicionalismo do Serviço Social, surge também neste cenário o grupo mais radical e crítico que tinha a intenção de romper com o passado histórico, teórico, político e metodológico da profissão (AQUINO, 2019). Mediante à perspectiva de intenção de ruptura, a categoria passa a se organizar na construção de um projeto profissional hegemônico centrado em princípios como liberdade e equidade, voltados à defesa dos direitos humanos e de uma sociedade mais democrática e livre de qualquer opressão ou exploração.

Assim, as formulações, construções e fortalecimento do Serviço Social crítico prosseguiram no interior da profissão por vários anos, isto é, foi um processo longo e cumulativo de constante e intensa disputa até sua consolidação cunhada em leituras mais críticas sobre a realidade social. Esse cenário impossibilitou que a categoria pudesse estar mais presente nas organizações de lutas que pautavam o Movimento da Reforma Sanitária e na construção por uma saúde pública e de qualidade, uma vez que, os profissionais se concentravam em sua reorganização interna e reformulavam as proformas do Serviço Social.

Os avanços apontados são considerados insuficientes pois, o Serviço Social na área da saúde chega à década de 1990 ainda com uma incipiente alteração da prática institucional; continua enquanto categoria desarticulado do

Movimento da Reforma Sanitária e com isso, sem nenhuma explícita e organizada ocupação na máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão (como estava sendo o encaminhamento da Reforma Sanitária); e insuficiente produção sobre “as demandas postas à prática em saúde” (BRAVO, 1996 apud BRAVO e MATOS, 2004).

A década de 1980 marca o fim da ditadura militar com graves consequências na economia, mas também foi o palco do protagonismo da sociedade na busca pela a garantia de direitos sociais essenciais pelo Estado brasileiro. Para a saúde, os ideais defendidos pelo Movimento da Reforma Sanitária ganham espaço na Constituição Federal de 1988, trazendo o conceito ampliado de saúde, inserida dentro da Seguridade Social e reconhecida como um direito de todos e dever do Estado. Evidentemente esse direito não foi concedido sem que houvesse muita luta e organização da classe trabalhadora em exigir que essa responsabilidade fosse assumida pelo Estado. No Serviço Social, essa década também foi essencial, seguindo um processo de maturidade da profissão, ainda que tenham ficados lacunas que viriam a ser preenchidas na década de 1990 (BRAVO; MATOS, 2004).

A década de 1990 se destaca pelo avanço do neoliberalismo nas ações de Estado, marcando assim profundos retrocessos nos recém direitos sociais conquistados em 1988. Portanto, entra em disputa o projeto que pretendia privatizar e tornar a saúde uma mercadoria contra o projeto reformista que serviu de base para os artigos que institucionalizaram a saúde dentro da Constituição Federal.

Bravo e Matos (2004, p. 10) nos apresenta que “projeto político econômico consolidado no Brasil, nos anos 90, projeto neoliberal, confronta-se com o projeto profissional hegemônico no Serviço tecido desde a década de 80 e com o projeto da reforma sanitária”. Essa situação possibilitou o fortalecimento do compromisso do Serviço Social na área da saúde com o projeto reformista, evidenciando que o projeto profissional hegemônico dessa categoria estava em conformidade com os princípios e diretrizes conquistados no Sistema único de Saúde (SUS), com finalidade de buscar promover ações que sejam orientadas afim de mediar a viabilização e acesso dos usuários desses serviços garantidos em lei.

Nessa conjuntura de intensas disputas entre o projeto reformista e o privatista, em 1990, foi promulgada a lei 8.080 que veio para regular “em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado” (BRASIL, 1990). Em 1997 é emitida a resolução nº 218 que reconheceu algumas categorias profissionais de saúde de nível superior, a partir das considerações que reconhecem e afirmam o conceito ampliado de saúde, da necessidade de consolidar os princípios do SUS, da importância da interdisciplinaridade no âmbito da saúde e “do reconhecimento da imprescindibilidade das

ações realizadas pelos diferentes profissionais” (BRASIL, 1997). Entre essas categorias profissionais reconhecidas encontra-se os/as Assistentes Sociais. Para Costa (2009, p. 310)

[...] nos serviços de saúde, a inserção dos assistentes sociais no conjunto dos processos de trabalho destinados a produzir serviços para a população é mediatizada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil.

Dessa forma, o/a assistente social, como um profissional de saúde, é chamado a estar comprometido com os princípios norteados e defendidos pelo projeto ético político hegemônico no Serviço Social, e conseqüentemente a lutar, defender e viabilizar a saúde como um direito social garantido em lei, e não como uma mercadoria que pode ser comercializada de forma seletiva e excludente.

2.2. Perspectivas e desafios para a atuação do/a assistente social inserido na linha de frente do combate à Covid-19

O trabalho do/a assistente social é uma profissão regulamentada pela lei nº 8.662/93, na qual traz, entre outras coisas, as competências e atribuições privativas desse profissional, estando em total conformidade com os princípios e artigos do atual código de ética da categoria, que reconhece a liberdade como valor ético central, visando respeitar a “autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais” (CFESS, 2012, p. 121). A fim de corroborar com essas normativas, em 2010 foi lançado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), o documento intitulado Os Parâmetros para a Atuação do/a assistente social na Saúde, com objetivo de “referenciar a intervenção dos profissionais de Serviço Social na área da saúde” (CFESS, 2010, p. 11). É necessário entender, contudo, que nenhum destes possuem a intenção de servir como algum tipo de “receita pronta”, mas sim como normativas que embasam, orientam e defendem a atuação do/a assistente social como sendo fundamental nos mais diversos espaços sócio ocupacionais em uma sociedade diversa e com sujeitos inseridos nas mais variadas particularidades.

Além das competências e atribuições privatistas, esses documentos apresentam não somente os direitos e deverem dos/as assistentes sociais, mas também as ações e/ou situações que são vedadas a esse profissional. Quando cometido ato infracional, os/as profissionais estão sujeitos/as a penalidades disciplinares aplicadas por órgãos específicos da categoria, variando desde a multa até a cassação do registro profissional.

No ano de 2020, com a pandemia causada pela Covid-19, a sociedade foi atingida pelos impactos ocasionados com a chegada desse vírus que influenciou nas questões

econômicas, políticas e sociais. No tocante ao campo social os países, tanto aqueles que são considerados como de primeiro mundo, quanto aqueles conhecidos como periféricos viram seus sistemas de saúde (público e privado) entrarem em colapso. Nessas circunstâncias, os profissionais de saúde de forma geral foram diretamente atingidos, de um dia para o outro, tiveram suas rotinas de vida e trabalho alteradas. Essa conjuntura construiu uma nova dinâmica e planejamento de trabalho na área da saúde, ao passo que o vírus reverbera, os profissionais dessa área procuram novas ferramentas de intervenção para sua contenção.

No Brasil, até o mês de junho de 2020, os leitos hospitalares e as vagas nas unidades de terapia intensiva encontravam-se constantemente com mais da metade de suas capacidades ocupadas¹¹, revelando que os números de vítimas acometidas por este vírus tiveram um crescimento exponencial, chegando a 1 milhão de pessoas infectadas em todo o território brasileiro e com aproximadamente 50 mil óbitos¹². A partir dessa contabilidade exorbitante, entendendo-se a necessidade de mecanismos que coíbam ou diminuam os números de pacientes infectados.

Dadas as circunstâncias, houve um grande índice de adoecimento mental dos profissionais que estão na linha de frente de combate a este vírus, pois estes estão entre “[...] os grupos mais vulneráveis às consequências emocionais e psicológicas da pandemia. Eles encaram rotinas exaustivas, onde o foco é dar tudo de si para cuidar dos pacientes infectados¹³”. Leva-se ainda em consideração um acréscimo aos profissionais que, em virtude da alta demanda, foram infectados devido à falta de salubridade nos espaços de saúde e políticas que eliminem o vírus.

Conforme o documento intitulado CFESS Manifesta Os impactos do Coronavírus no trabalho do/a assistente social, a pandemia desse novo vírus modificou a forma das relações sociais, referente as medidas de isolamento social ou de quarentena, acarretando em diversas transformações no que concerne ao trabalho de todas as categorias profissionais, o direito à educação, saúde, assistência social, principalmente às populações negras e LGBTQI, foram afetadas de formas equânimes. Assim, os/as assistentes sociais tiveram que se reinventar nesse cenário crítico, e usar em seus espaços sócio ocupacionais, intervenções que conscientizem as massas sobre as medidas de prevenção ao vírus.

Nesse contexto é importante ressaltar que o/a assistente social vem encontrando inúmeras dificuldades na questão da efetivação dos direitos sociais, isso porque ao passo que se alastra o vírus, com ele cresce as demandas como o desemprego, o subemprego, a

¹¹ Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/06/10/veja-taxa-de-ocupacao-nas-utis-testes-feitos-e-pacientes-recuperados-da-covid-19-em-cada-estado-do-brasil.ghtml>. Acesso em 20 de jun. de 2020.

¹² Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-53114780>. Acesso em 20 de jun. de 2020.

¹³ Disponível em: <https://www.medicina.ufmg.br/profissionais-da-linha-de-frente-encaram-desafios-de-saude-mental-na-pandemia/>. Acesso em 20 de jun. de 2020.

ausência de moradia, o saneamento básico, dentre outros, essas questões sociais perpassam o trabalho profissional, delineando e requerendo ainda mais intervenções estatais, como exemplo foi implementado o Auxílio Emergencial, sendo este uma importante conquista da classe trabalhadora neste momento desafiador pois se trata de

[...] um benefício financeiro concedido pelo Governo Federal destinado aos trabalhadores informais, microempreendedores individuais (MEI), autônomos e desempregados, e tem por objetivo fornecer proteção emergencial no período de enfrentamento à crise causada pela pandemia do Coronavírus - COVID 19¹⁴.

É importante ressaltar que no atual cenário houve o desfalque de muitos profissionais de saúde, das mais diversas categorias, por diversas razões, sendo as principais: a necessidade de afastamento pelo fato de compor grupos de risco, ou quando se é infectado pela Covid-19. Estas situações acabam por aprofundar conflitos a respeito das respectivas funções de cada profissão. Com a categoria do Serviço Social não foi diferente, o CFESS passou a receber muitas denúncias sobre condições e situações em que muitos assistentes sociais estavam sendo chamados a atuar, mas sem ser no campo de sua competência profissional, como por exemplo a declaração de óbito. Dessa forma, houve a necessidade do CFESS se pronunciar em algumas notas, como por exemplo a orientação normativa n. 3/20, na qual orienta a categoria mediante os seguintes itens:

1. É garantido às famílias o direito de serem devidamente informadas sobre o óbito de seus entes e sobre as causas que resultaram no falecimento.
2. A comunicação de óbito não se constitui atribuição ou competência profissional do/a assistente social.
3. A comunicação de óbito deve ser realizada por profissionais qualificados que tenham conhecimentos específicos da causa mortis dos/as usuários/as dos serviços de saúde, cabendo um trabalho em equipe (médico, enfermeiro/a, psicólogo/a e/ou outros profissionais), atendendo à família e/ou responsáveis, sendo o/a assistente social responsável por informar a respeito dos benefícios e direitos referentes à situação, previstos no aparato normativo e legal vigente, tais como, os relacionados à previdência social, aos seguros sociais e outros que a situação requeira, bem como informações e encaminhamentos necessários, em articulação com a rede de serviços sobre sepultamento, traslado e demais providências concernentes.
4. O/A assistente social deve se ater às suas atribuições e competências profissionais, visando o melhor atendimento ao/a usuário/a dos serviços de saúde, preservando a qualidade dos atendimentos prestados, não estando obrigado/a a realizar atividade incompatível com a legislação profissional vigente.
5. Ao/À assistente social não cabe informar ao/à paciente e/ou seus familiares sobre as condições clínicas de saúde, tratamentos propostos, evolução da doença e prognósticos, direitos estes que devem ser garantidos e assumidos por profissionais que tenham competência para tal.
6. Da mesma forma, não cabe ao /à assistente social a divulgação de boletins médicos, nem tampouco o atendimento prévio de pacientes, visando realizar a triagem das suas condições clínicas para acesso aos serviços de saúde.
7. As determinações institucionais que estejam em desacordo com a legislação profissional (lei de regulamentação, código de ética e resoluções) devem ser

¹⁴ Disponível em: <http://www.caixa.gov.br/auxilio/Paginas/default2.aspx>. Acesso em 20 de jun. de 2020.

informadas aos Conselhos Regionais de Serviço Social (Cress) em suas jurisdições. (grifos nossos).

É preciso afirmar que o/a assistente social é um profissional comprometido com as demandas apresentadas pelos usuários que necessitam dos serviços ofertados pelo setor de Serviço Social, além que no item d do artº 3 do código de ética é apresentado que um dos deveres dessa categoria é “participar de programas de socorro à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesa de seus interesses e necessidades” (CFESS, 1993, p. 27), contudo não se pode esquecer que um dos direitos desse profissional é a “garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas estabelecidas na Lei de Regulamentação da Profissão” e dos princípios firmados nesse respectivo código (CFESS, 1993, p. 26), isto é, o/a assistente social, por mais desafiadora que seja a situação, não pode ser obrigado a exercer funções que não são de sua competência.

4. CONCLUSÃO

São visíveis as consequências geradas nas sociedades a partir da chegada do novo coronavírus. Nesse cenário de pandemia, no Brasil, assim como em muitos outros países, percebe-se que houve impactos diretos nos campos econômicos e políticos, mas especialmente aprofundou as problemáticas sociais, pois apesar desse vírus atingir todas as classes, todas as raças e etnias, bem como a todos os gêneros e faixas etárias, é notório que os que mais sofrem com essas consequências são as pessoas que compõem a classe dos menos favorecidos economicamente e que vivem em piores condições de habitação e existência.

Portanto, em virtude desse quadro, se faz necessário o Serviço Social enquanto uma profissão de grande relevância nesse contexto de Covid-19, visto que este é o profissional que tem como compromisso defender e viabilizar os direitos sociais conquistados pela classe trabalhadora e que estão garantidos em lei sob a responsabilidade do Estado. Todavia, são inúmeros os desafios que surgem para o/a assistente social e sua atuação na linha de frente em combate a este vírus, que, conseqüentemente, refletem na prestação dos serviços ofertados para os/as usuários.

Dessa forma, se faz imprescindível reafirmar o/a assistente social como um profissional de saúde, que, comprometido com os princípios hegemônicos da profissão, com os ideais defendidos pelo movimento da reforma sanitária e em constante defesa pelo SUS, serve como a ponte que pode viabilizar aos usuários inúmeros direitos sociais. Todavia, como observamos, também é necessário que seja defendida e garantida uma atuação profissional

no âmbito de suas capacitações para que a sociedade, em seu vários níveis e complexidade, os usuários e os outros profissionais de saúde reconheçam a importância das atribuições exercidas pelo/a assistente social, e, finalmente que essa defesa possibilite o reconhecimento da categoria profissional de Serviço Social como uma profissão de nível superior, organizada e regulamentada.

Não só em tempos de Covid-19, mas em todas as instâncias e instituições, desde sua regulamentação, a categoria do Serviço Social presta seus serviços com um comprometimento ético e político na perspectiva de garantir aos usuários um atendimento de qualidade e eficaz. Apesar dos desafios impostos, dado pela precarização e sucateamento dos serviços de saúde, o compromisso a quem utiliza desse recurso possibilita novos caminhos e intervenções no exercício profissional, promovendo recurso que consiga dar conta das demandas que chegam aos assistentes sociais.

REFERÊNCIAS

- AQUINO, Isaura G. C.. A participação do CBCISS no Movimento de Reconceituação e o Congresso da Virada. **Serviço Social & Sociedade**, [s.l.], n. 136, p. 559-577, dez. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.194>.
- BEHERING, E. R.; BOSCHETTI, I.; Política Social: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2011.
- BRAVO, Maria I. S.. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete.[et al.] (orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2011. p.88-110
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 6 ed. Ver. atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2004.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, 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. Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 16 jun. 2020.
- BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate: elementos para o debate. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**, S/l, p. 1-22, 2004.
- BRAVO, Maria Inês. A política de saúde no Brasil. In: **Serviço Social e saúde: Formação e projeto profissional**. São Paulo: Cortez, 2007.
- CAVALCANTI, Ludmila F.; ZUCCO, Luciana P. Política de Saúde e Serviço Social. In: CAVALCANTI, Ludmila F.; REZENDE, Ilma (orgs). **Serviço Social e Políticas Sociais**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006. p. 67-82
- CFESS (Brasília). Conselho Federal de Serviço Social. **CFESS Manifesta Os impactos do Coronavírus no trabalho do/a Assistente Social**. 2020. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/2020CfessManifestaEdEspecialCoronavirus.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2020.
- CFESS (Brasília). **Conselho Federal de Serviço Social**. Orientação Normativa n. 3/2020. 2020. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/OrientacaoNormat32020.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2020.
- CFESS (Brasília). **Conselho Federal de Serviço Social**. Parâmetros Para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde. 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 16 jun. 2020.
- CFESS. **Código de Ética Profissional do/a Assistente Social**. Brasília: 1993.
- CHESNAIS, François. **A mundialização do capital**. São Paulo: Xamã, 1996.
- Constituição Federal Brasileira. Lei 8. 080. Brasília, 19 de setembro de 1990.
- COSTA, Maria Dalva Horácio da. O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais. In: MOTA, Ana Elizabete et al (org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. Formação e Trabalho Profissional. 4. ed. Brasília: Cortez Editora, 2009. Cap. 7. p. 304-351.
- HARVEY, David. **O enigma do capital e as crises do capitalismo**. São Paulo: Boitempo, 2011.
- MANDEL, Ernest. **A crise do capital: os fatos e sua interpretação marxista**. São Paulo:Ensaio; Campinas: Editora da Unicamp, 1990.
- MÉSZÁROS, István. **Para além do capital: rumo a uma teoria da transição**. São Paulo: Boitempo, Editora da Unicamp, 2002.
- NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2006b.
- OLIVEIRA, Wanderson Kleber; DUARTE, Elisete; FRANÇA, Giovanni Vinícius Araújo; GARCIA, Leila Posenato. Como o Brasil pode deter a COVID-19. In: **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**. vol.29 no.2 Brasília, 2020 Epub 27-Abr-2020. Acesso em: 18 de jun. de 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000200200&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.



SALVADOR, Marina Alvares Côrtes; TERRA, Paula Valéria de Oliveira; ARÊAS, Raquel dos Santos. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: história e desafios atuais. In: **VII Jornada Internacional de Políticas Públicas**. Universidade Federal do Maranhão, 2015. Acesso em: 18 de jun. de 2020. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo3/politica-de-saude-no-brasil-historia-e-desafios-atuais.pdf>.

INDICADORES INICIAIS PARA AVALIAR O APROFUNDAMENTO DA PRECARIZAÇÃO NA SAÚDE DO TRABALHADOR NO PÓS-PANDEMIA DE COVID-19

Josias de Oliveira Porto Neto (Universidade Federal da Bahia)

RESUMO: O presente trabalho tem como objetivo formular indicadores iniciais para analisar os impactos das possíveis modificações no mundo do trabalho causadas pela pandemia na saúde do trabalhador. O Método utilizado foi uma revisão bibliográfica, refletindo sobre pesquisas teóricas e empíricas. Com base nas reflexões produzidas, formula-se três indicadores: (1) ampliação ou redução da “Uberização” e desconfiguração das relações empregatícias; (2) dissolução ou reforço das barreiras entre espaço e jornada de trabalho, de espaço privado e tempo “livre”; (3) ampliação ou redução da responsabilização do trabalhador com os meios de trabalho e com sua própria reprodução social.

Palavras Chaves: Saúde. Trabalho. Pandemia. Covid-19.

ABSTRACT: The present work aims at the indicators formulated to analyze the effects of changes in the world of work caused by the pandemic on workers' health. The method used was a literature review, reflecting on theoretical and empirical research. Based on the reflections produced, three indicators are formulated: (1) expansion or reduction of “Uberization” and decoding of employment relationships; (2) dissolving or reinforcing the barriers between space and working hours, private space and free time; (3) expanding or reducing the worker's responsibility to the means of work and to their own social reproduction.

Keywords: Health. Work. Pandemic. Covid-19.

1. INTRODUÇÃO

A pandemia do Covid-19 que se alastrou pelo mundo desde o início deste ano de 2020 já teve implicações nas diversas dimensões da vida humana no planeta. Neste momento, todas as atenções estão voltadas para o desenvolvimento da difusão do vírus, mapeado em inúmeros gráficos estatísticos, e para o desenvolvimento da ciência e da medicina no sentido de encontrar tratamento, medicamentos e especialmente uma vacina. Também as necessárias medidas de isolamento social, cumpridas em maior ou menor grau em todo o globo, tiveram e terão implicações econômicas e sociais profundas.

O presente trabalho objetiva ensaiar a construção de indicadores iniciais para se analisar os impactos da pandemia e do pós-pandemia na relação trabalho e saúde. Para isso, mobiliza reflexões teóricas e empíricas sobre o tema a partir de uma revisão bibliográfica. Por fim, a partir da reflexão construída, enumera-se três variáveis iniciais, para pesquisas posteriores, com o propósito de permitirem abordar os impactos mais permanentes das mudanças no mundo do trabalho com a pandemia para a saúde do trabalhador.

O artigo desdobra-se, assim, em quatro seções: esta introdução, com uma breve exposição metodológica e sobre a estrutura do texto; a segunda, buscando revisar o debate teórico acerca da atual fase do capitalismo e sua relação com a chamada “precarização social do trabalho”; a terceira, abordando a relação entre precarização e saúde; a quarta, refletindo sobre impressões iniciais acerca das mudanças no mundo do trabalho provocadas, ou intensificadas, na pandemia; por fim, a conclusão, em que se enumera os indicadores formulados.

2. ACUMULAÇÃO FLEXÍVEL E PRECARIZAÇÃO SOCIAL DO TRABALHO

De acordo com David Harvey (1992) desde o final dos anos 1970 vivemos no mundo uma mudança na lógica de acumulação do sistema capitalista. Até então, no chamado padrão “Keynesiano-Fordista”, a acumulação se baseava na dinâmica na produção e consumo em massa de mercadorias. Era a época marcada pela “esteira da produção” idealizada por Henry Ford, em que se produzia velozmente inúmeros itens iguais, padronizados, em grande escala. Para “compensar” a monotonia e rigor dos processos de trabalho, altos salários e direitos sociais e previdenciários eram “garantidos” à classe operária. Esses direitos e condições salariais não foram simplesmente concedidos, foram conquistados a partir de anos e anos de lutas sociais. Também não eram acessados pelo conjunto da classe trabalhadora. O chamado “Estado-de-Bem-Estar-Social”, forma mais desenvolvida desse padrão, só aconteceu de fato nos países centrais do capitalismo, e mesmo nesses haviam inúmeras desigualdades entre

as diversas categorias e segmentos de trabalhadores. Contudo, esse era o modelo, a referência, a imagem do ideal a ser alcançado, utilizado pelo componente persuasivo da dominação da época, dominação pela força e pelo consenso como afirma Gramsci (1976), para impor o que Braverman (1983) nomeia de “controle da força de trabalho”, ou seja, para persuadir a classe a se submeter aos regimes de trabalho próprios do padrão vigente nesse contexto.

Harvey (1992), então, identifica que quando esse modelo entra em crise¹⁵ começa a ser substituído por um outro padrão (não sem combinações e manutenção de diversas características), que ele chama de “Acumulação Flexível”. A “rigidez” do Fordismo, segundo o autor, vai sendo superada por uma característica oposta: a “flexibilidade”. A acumulação começa a se basear não mais na produção em massa, padronizada, mas na diversificação do que é produzido, na sua descartabilidade, nas plantas enxutas e estoque mínimo. Essas transformações na forma de produzir e de acumular vão implicar modificações também nas demais esferas da sociedade, já que as características de um determinado modo de organização do trabalho e da produção se relacionam com as características da dimensão do consumo, da política, da cultura, da intervenção do Estado, das ideologias, da forma de agir e de pensar (GRAMSCI, 1976).

Essa nova lógica no mundo vai configurar mudanças profundas nas relações e condições de trabalho. À “Acumulação Flexível” corresponde um novo patamar de exploração da mais-valia que implica numa maior precarização do trabalho. A flexibilidade e efemeridade do modo de acumulação impõem essas características também às condições de trabalho.

Trata-se de uma rapidez inédita do tempo social, sustentado na volatilidade, efemeridade e descartabilidade sem limites de tudo o que se produz e, principalmente, dos que produzem – os homens e mulheres que vivem do trabalho. É isso que dá novo conteúdo à flexibilização e à precarização do trabalho, que se metamorfoseiam, assumindo novas dimensões e configurações. O curto prazo – como elemento central dos investimentos financeiros – impõe processos ágeis de produção e de trabalho, e, para tal, é indispensável contar com trabalhadores que se submetam a quaisquer condições para atender ao novo ritmo e às rápidas mudanças (DRUCK, 2011, p. 42).

É certo que condições precárias de trabalho são uma marca do sistema capitalista em seu conjunto. Na medida que as relações de produção no capitalismo se baseiam na exploração, ou seja, na extração da mais-valia, a precariedade é uma característica estrutural do sistema. Alves (2000), contudo, explica a diferença dessa característica mais estrutural com a precarização do trabalho em tempos de capitalismo flexível. Ele chama de “precariedade social do trabalho” essa característica mais permanente do sistema, mas

¹⁵ Uma crise do Fordismo que como afirma Antunes (2010) se relaciona com a própria crise do Capital.



explica que as lutas sociais ao longo da história foram impondo obstáculos a essa precarização, criando alguns limites a essa exploração capitalista. Obstáculos materializados em direitos.

A “precarização social do trabalho”, como Alves (2000) denomina, seria então característica do atual estágio do sistema capitalista. Ela corresponde a um movimento no sentido contrário ao processo de acúmulos de conquistas que visavam impor barreiras à exploração e a precariedade. Ela, portanto, “possui um sentido de *perda de direitos* acumulados no decorrer de anos pelas mais diversas categorias de assalariados” (ALVES, 2000, p. 144, grifos do autor).

Se quisermos fazer um paralelo entre os modelos de dominação, que combinam diferentes táticas coercitivas e persuasivas para impor o controle sobre a força de trabalho, é possível identificar na “precarização social do trabalho” uma diferença central entre o Fordismo e a Acumulação Flexível. É possível identificar que a garantia de direitos e altos salários figurava na fase capitalista do “pós-guerras mundiais” como um modelo, como um expediente fortemente mobilizado na dimensão do “consenso”. Ainda que apenas uma pequena minoria tinha acesso a essas condições, eles eram o exemplo a ser almejado pelo conjunto dos trabalhadores, nos diversos países do mundo. Agora, no modelo vigente, o exemplo para persuadir é justamente o oposto, são as precárias condições e o aumento do desemprego que são mobilizados para, ao amedrontar, impor o controle da força de trabalho.

3. A PRECARIZAÇÃO NA SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHADOR

São diversas as facetas da precarização social do trabalho no capitalismo recente para a vida dos trabalhadores. A partir da abordagem de Druck (1999; 2011) e Druck e Franco (2007) é possível identificar cinco dimensões: (1) *a precarização nas formas de inserção*, ou seja, intensifica-se e institucionaliza-se cada vez mais formas de contratação vulneráveis e frágeis, que tornam o trabalhador inseguro quanto ao acesso a direitos mínimos e a garantia de permanência no próprio emprego; (2) *a precarização no processo de trabalho*, que tem a ver com a intensificação dos ritmos de trabalho, com a cultura da “polivalência”, da “qualidade total”; (3) *a precarização no Direito do Trabalho*, com o intenso descumprimento de direitos e da contínua flexibilização da legislação trabalhista; (4) *a precarização na saúde e segurança do trabalhador*, que se evidencia mais explicitamente na ampliação do número de acidentes e na ampliação do adoecimento por motivos ligados ao trabalho; por último (5) *a precarização na identidade do trabalhador*, que é uma dimensão ideológica, “a perda das identidades individual e coletiva, fruto da desvalorização simbólica e real [do trabalhador]” (DRUCK, 2011,



pg. 97), e se relaciona com o que Antunes (2009) chama de “envolvimento cooptado” do trabalhador, que passa a ser chamado de “colaborador”; bem como o que Alves (2000, p. 83) chama de “captura da subjetividade operária pela lógica do capital”.

Por razões de delimitação, enfatiza-se aqui na quarta dimensão, embora é preciso considerar que todas elas estão intercaladas. É muito evidente que a intensificação dos ritmos de trabalho, a redução de direitos, a fragilização dos contratos e o enfraquecimento da identidade e coletividade do trabalhador tem implicações diretas na questão da saúde.

A saúde está intrinsecamente ligada ao trabalho, de forma mais direta ou mais indireta. É possível identificar essa relação mais visível nos processos de adoecimento com nexos laborais e acidentes de trabalho. Mas a saúde tem um forte determinante social, que no fundo se relaciona com o trabalho de uma forma mais geral, bem como com a falta dele. A determinação social da saúde parte de uma compreensão de que a dimensão social do sujeito está profundamente ligada à sua dimensão física e biológica. Por isso, a saúde humana abarca aspectos biológico e sociais (incluindo os culturais, políticos etc). Se relaciona, portanto, com os diversos níveis de relações sociais, incluindo de forma importante as relações sociais de produção (SOUZA, 2020).

Assim como a precariedade é um fenômeno estrutural, as implicações das condições de trabalho sobre a saúde também não se restringem ao atual momento do capitalismo. O nexo laboral dos processos de adoecimentos está presente no trabalho submetido às diferentes formas de exploração na história, mas há uma singularidade nessa relação entre a saúde e o trabalho no capitalismo contemporâneo. É o que defendem Antunes e Praun (2015), que identificam essa singularidade na “*flexibilização* como base do adoecimento”.

Segundo Antunes (2002) as transformações do capitalismo contemporâneo provocam uma “processualidade contraditória e multiforme” no mundo do trabalho. De um lado a automação e o desenvolvimento tecnológico possibilitaram uma redução enorme dos trabalhadores mais ligados à produção industrial, mas essas atividades exigem cada vez mais preparo técnico. Nas palavras dele: “um efetivo processo de intelectualização do trabalho manual” (ANTUNES, 2002, p. 62). Por outro lado, amplia-se o contingente de trabalhadores empregados em diversas atividades cada vez mais desqualificadas, com relações cada vez mais frágeis, combinando aqui diversas modalidades de formas de inserção precárias: trabalho informal, temporário, parcial, subcontratado, terceirização etc.

Alves (2000) faz uma abordagem similar, ao afirmar que:

(...) ocorre uma cisão na estrutura da classe operária, entre seu núcleo produtivo, constituído pelos operários ‘polivalentes’, com capacidade de autonomia, de iniciativa e de renovação contínua de seus conhecimentos, e os demais operários industriais, o subproletariado tardio, que são incorporados à periferia da produção, em sua maioria com empregos precários, temporários e com níveis salariais inferiores. Temos, portanto, a tendência de constituição de

um mercado de trabalho 'dual', adequado à lógica do toyotismo (ALVES, 2002, p. 70).

Importante ressaltar que esse “mercado de trabalho dual”, em nada tem a ver com a realidade do período Fordista, em que um núcleo de trabalhadores em condições melhores, diferenciados da grande maioria, figuravam como vitrine para persuadir o conjunto da classe. No contexto atual, as condições cada vez mais precárias da grande massa de trabalhadores pressiona para uma redução também das condições desse núcleo mais “diferenciado”, os aproximando do que estão mais “em baixo”. A *flexibilização* enquanto base para o adoecimento está presente nos dois “polos” da classe trabalhadora (considerando que entre estes dois polos há um espectro de diversas condições e realidades no mundo do trabalho, que a cada dia se complexifica mais).

Dessa forma, por um lado, os trabalhadores pertencentes ao núcleo que atua com maquinário mais avançado, dotado de maior tecnologia, encontram-se cada vez mais expostos à flexibilização e à intensificação do ritmo de suas atividades, expressas não somente pela cadência imposta pela robotização do processo produtivo, mas, sobretudo, pela instituição de práticas pautadas pela multifuncionalidade, polivalência, times de trabalho interdependentes, além da submissão a uma série de mecanismos de gestão pautados na pressão psicológica voltada para o aumento da produtividade. Por outro, outra parcela da classe trabalhadora, numericamente superior, passa a experienciar, cada vez mais, diferentes modalidades de vínculos e condições de trabalho que se viabilizam a partir de ambientes de trabalho que articulam menor desenvolvimento tecnológico a jornadas mais extensas, maior insegurança e vulnerabilidade (ANTUNES e PRAUN, 2015).

É nesse sentido que os autores (ANTUNES e PRAUNI, 2015) consideram, então, a flexibilização (flexibilidade apenas para o patrão) como a base do adoecimento e também de acidentes e até mortes no contexto do trabalho, ou seja, como aspecto central para entender a relação saúde e trabalho no momento atual em que vivemos. Ela é a base para um processo contínuo de desmonte da legislação trabalhista, e isso impacta a saúde. É a base para a disseminação epidêmica das mais diversas formas de formas flexíveis de relações de trabalho, com destaque para a terceirização, e nessas formas também o adoecimento e os acidentes são muito mais recorrentes. É a base inclusive para o chamado “desemprego estrutural”, que também se relaciona, por sua vez, com o adoecimento por motivos de trabalho, ou mais precisamente pela falta dele. E por fim, é a base para uma intensificação da extração da mais valia relativa e absoluta a partir dos mecanismos próprios da “Acumulação Flexível”: banco de horas, hora extra, cumprimento de metas etc; intensificação que, combinada com as mudanças técnicas, recorrentemente adoce física e mentalmente.

As inovações tecnológicas, a microeletrônica, a robótica e a automação presente na atual fase de reprodução do capital no plano internacional e nacional ampliam as doenças relativas ao trabalho, como a LER/Dort (lesões por esforço repetitivo e distúrbios osteomoleculares), em setores de produção individual ou de serviços, descortinando um dos frutos mais dramáticos do processo de acumulação flexível e afetando, conseqüentemente, as condições



de trabalho e de existência desses trabalhadores em seu cotidiano nas diferentes esferas da vida social. Os registros de LER/Dort incidem com maior frequência em algumas atividades ocupacionais: digitadores, caixas de banco e comércio, telefonistas, empacotadores, trabalhadores de empresas de processamento de dados, entidades comerciais e financeiras, indústria editorial e metalúrgica, entre outros, e, particularmente, na área de telemarketing a LER tem crescido em ritmo acelerado. E nos quadros clínicos da LER/Dort, incluem-se: tenossinovite, tendinite, bursite e mionite, provocando inflamação em várias áreas dos membros superiores. Esse quadro associa-se, de um lado, à incorporação de novas tecnologias, máquinas digitais, computadores e maquinário em geral, com a aceleração do ritmo de trabalho, de modo que possa responder às exigências do processo produtivo; de outro, as atividades repetitivas não qualificadas têm sido também responsáveis por quadros de LER. (ABRAMILDES e CABRAL, 2013, p.8)

Assim, é possível identificar a intensificação do trabalho, no capitalismo flexível, a partir de duas bases, sempre combinadas: a base mais técnica e operacional, com os avanços tecnológicos e a base mais ideológica, com cultura da produtividade e da polivalência. A intensificação do trabalho, a redução de direitos, a fragilização das formas de inserção e o enfraquecimento da identidade e coletividade dos trabalhadores configuram, por tanto, dimensões da precarização que moldam a relação saúde e trabalho no contexto atual do capitalismo.

4. PANDEMIA, ULTRA-FLEXIBILIZAÇÃO NO TRABALHO E POSSÍVEIS IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE: INDICADORES INICIAIS

Ainda é cedo para traçar de forma mais categóricas as implicações da pandemia do Covid-19 para o mundo do trabalho e para a saúde do trabalhador. É possível, contudo, ensaiar algumas implicações a partir do que já pode ser visualizado nas mudanças impostas à realidade dos trabalhadores. Algumas dessas mudanças são emergenciais e podem ser revertidas à medida que a pandemia seja controlada, o que não se sabe ao certo quando vai acontecer. Mas muitas transformações podem se cristalizar e permanecer, ou ao menos incidir no mundo do trabalho e resultar em transformações mais profundas. A primeira, mais visível e mais impactante consequência dessa catástrofe global é o aumento exponencial do desemprego. É muito provável que suas consequências sejam duradoras, e a sua redução demore.

Uma segunda implicação verificável é a ampliação do fenômeno chamado de “uberização” do trabalho. O termo faz referência a uma conhecida empresa que gerencia motoristas para o transporte de pessoas em automóvel individual (substituindo, mesmo que não por completo, o clássico táxi) a partir de um aplicativo. Mas há uma infinidade de serviços que começam a ser gerenciados a partir de aplicativo por diversas outras empresas. Dentre eles a pandemia colocou em evidência ainda maior os entregadores, em especial de comida

rápida, com a ampliação dessas entregas diante do fechamento de restaurantes e ampliação das compras pela internet no isolamento social. A ampliação da demanda do consumo deste serviço, assim, mas também a ampliação do desemprego, provavelmente fizeram com que a quantidade de trabalhadores de aplicativos se ampliasse significativamente no período da quarentena¹⁶.

A “uberização” aprofunda a flexibilização e precarização das condições de trabalho, já que os trabalhadores: (1) não negociam seus rendimentos, que são determinados pela plataforma; (2) podem ser desligados a qualquer tempo pela plataforma, sem nenhuma obrigação trabalhista das empresas; (3) não tem acesso transparente aos processos das avaliações da plataforma, que podem resultar nesses desligamentos temporários ou permanente; (4) arcar com todos os custos operacionais do trabalho; (5) não tem acesso a nenhum direito trabalhista ou proteção social, já que não são considerados trabalhadores de uma empresa, mas autônomos (UCHÔA-DE-OLIVEIRA, 2020).

Essa polêmica sobre o vínculo empregatício com as empresas de aplicativo tem estado presente nos tribunais no último período. Em São Paulo, em 2018, o Tribunal Regional do Trabalho da 2ª Região (TRT) reconheceu tal vínculo entre um motorista e a empresa da *Uber*. Em 2019 o Tribunal Superior do Trabalho derrubou essa decisão, defendendo que há uma relação trabalhista (UCHÔA-DE-OLIVEIRA, 2020). Foge aos objetivos deste trabalho abordar os elementos desse debate no campo jurídico. O que vale frisar, é que a tendência de ampliação dessa relação de trabalho coloca como desfaio primeiro, para o combate à precarização e impactos na saúde que a uberização implica o esforço pelo reconhecimento do vínculo empregatício destes trabalhadores.

Uma terceira implicação também muito evidente nesse período de medidas de isolamento social para o combate à pandemia, é a utilização ampla de aplicativos e dispositivos eletrônicos para a realização do trabalho, especialmente com a instituição do trabalho remoto em inúmeras atividades. É provável que muitas delas voltem a se realizar nas empresas e instituições no pós-pandemia. Mas ainda não é possível estabelecer ao certo o que permanecerá em *home office* ou ao menos o quanto esse contexto incidirá no sentido de modificar mesmo as atividades que deixarem de ser realizadas total ou parcialmente nos lares dos trabalhadores.

O que já se apresenta é o aprofundamento de características que o capitalismo flexível já vinha implicando no mundo do trabalho, com essa “experiência” (momentânea ou nem

¹⁶ Ainda não há pesquisas mais categóricas sobre esses números, mas é possível ter uma ideia com o dado de que as inscrições para realizar entrega por aplicativo no Brasil dobraram entre fevereiro e abril de 2020, de acordo com reportagem da revista *Veja* (INSCRIÇÕES, 2020).



tanto) de realização de diversas atividades “à distância”. Como a tendência que Antunes e Praun (2015) chamam de “diminuição drástica das fronteiras entre atividade laboral e espaço da vida privada” (ANTUNES e PRAUN, 2015). Os aplicativos, como o despretensioso *whatsaap*, já vinham impondo essa redução de fronteiras, que também significa redução de fronteiras da jornada, ou melhor, uma dissolução dessas fronteiras no sentido de ampliá-las ao máximo. Porque o empregado não pode responder uma simples mensagem do empregador no privado? A “experiência à distância”, pode incidir para dissolver ainda mais estas fronteiras, possibilitando uma ampliação cada vez maior do “tempo livre” do trabalhador.

“Tempo livre” que cada vez mais escasso no *home office*, precisa ser dividido com os afazeres domésticos, de cuidados dos filhos etc. Parte dessa sobrecarga momentânea de afazeres do período de Pandemia pode se “normalizar” para aquelas parcelas que de alguma forma conseguiam dividir tais atividades seja com os serviços de um restaurante, seja com a creche, seja com a contratação de trabalhadores domésticos (para os setores de assalariamento ou renda mais alta). Mas também essa dimensão, da “reprodução social” (BHATTACHARYA, 2017) poderá ser profundamente afetada pelos impactos da experiência da pandemia. Há que se perguntar se conquistas como auxílios alimentação, por exemplo, não possam ser questionados para aquelas atividades que possivelmente passarem a ser realizadas total ou parcialmente nas residências. E mais, o quanto dos custos com os meios de trabalho, como no caso da uberização, passarão a ser responsabilidade do próprio trabalhador?

5. CONCLUSÃO

Coloca-se como desafio para o momento aprofundar pesquisas empíricas que tentem mensurar as modificações que a pandemia implicaram e implicarão no mundo do trabalho, destacando seus efeitos da saúde. Com base nesta revisão bibliográfica inicial sobre tema, formula-se três indicadores, a serem reformulados e aprimorados a partir de investigações empíricas:

- (1) *“Uberização” e desconfiguração das relações empregatícias.*
- (2) *Dissolução das barreiras entre espaço e jornada de trabalho, de espaço privado e tempo “livre”.*
- (3) *Ampliação da responsabilização do trabalhador com os meios de trabalho e com sua própria reprodução social.*

REFERÊNCIAS

- SOUZA, Diego de Oliveira. O caráter ontológico da determinação social da saúde. *Serviço Social & Sociedade*, n. 137, p. 174-191, 2020.
- ANTUNES, R. *Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 2010.
- ANTUNES, R.L.C. *Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. 8ª ed. Campinas: Editora da Unicamp, 2002.
- ANTUNES, Ricardo; PRAUN, Luci. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. *Serviço Social & Sociedade*, n. 123, p. 407-427, 2015.
- UCHÔA-DE-OLIVEIRA, Flávia Manuella. Saúde do trabalhador e o aprofundamento da uberização do trabalho em tempos de pandemia. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 45, 2020.
- MANZANO, M e KREIN, A. 2020. A pandemia e o trabalho de motoristas e de entregadores por aplicativos no Brasil. *Centros de Estudos Sindicais e de Economia do Trabalho - CESIT*, jul 2020. Disponível em: http://www.cesit.net.br/wp-content/uploads/2020/07/MANZANO-M-KREIN-A.-2020_A-pandemia-e-os-motoristas-e-entregadores-por-aplicativo.pdf. Acessado em: 29/07/2020.
- HARVEY, D. *Condição Pós-Moderna*. São Paulo: Loyola, 1992
- GRAMSCI, A. *Maquiavel, a Política e o Estado Moderno*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1976.
- BRAVERMAN, H. *Trabajo y capital monopolista: La degradación del trabajo en el siglo XX*. Mexico: Editorial Nuestro Tempo, 1983.
- ALVES, G. *O Novo (e Precário) Mundo do Trabalho*. Reestruturação Produtiva e Crise do Sindicalismo. São Paulo: Boitempo, 2000.
- DRUCK, G. *Terceirização: (Des) fordizando a fábrica*. São Paulo: Boitempo, 1999.
- DRUCK, G. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios? *Caderno CRH*, Salvador, v. 24, n. spe 01, 2011, p. 35-57.
- DRUCK, G.; FRANCO, T. Terceirização e precarização: o binômio anti-social em indústrias. In: DRUCK, G.; FRANCO, T. *A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização*. São Paulo, SP: Boitempo, 2007. p. 97–118.
- ABRAMIDES, Maria Beatriz Costa; CABRAL, Maria do Socorro Reis. Regime de acumulação flexível e saúde do trabalhador. *São Paulo em Perspectiva*, v. 17, n. 1, p. 3-10, 2003.
- INSCRIÇÕES para realizar entregas por app dobraram depois da quarentena. *Veja* [Internet]. 1º abr 2020. Disponível em: [https:// veja.abril.com.br/tecnologia/inscricoes-para-realizarentregas-por-app-dobraram-depois-da-quarentena/](https://veja.abril.com.br/tecnologia/inscricoes-para-realizarentregas-por-app-dobraram-depois-da-quarentena/). Acessado em: 29/07/2020.
- BHATTACHARYA, Tithi. Social reproduction theory: Remapping class, recentering oppression. 2017.

MULHERES NEGRAS E O MERCADO DE TRABALHO: impactos provocados pela COVID-19 no Brasil

Keylla Myllena Lima dos Anjos

RESUMO: Este artigo teve como objetivo abordar as mulheres negras e o mercado de trabalho e os impactos provocados em meio a crise causada pela COVID-19 no Brasil, fazendo uma correlação da tríade interseccional: raça, classe e gênero. A pesquisa apresenta a formação histórica, social, econômica e política da sociedade brasileira marcada pela presença do racismo e machismo por um declínio de exploração a essas mulheres colocando-as em ocupações precarizadas, as desigualdades estruturadas na sociedade brasileira acentuadas com a pandemia. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica e documental, de cunho exploratório para embasar o estudo fundamentada no método materialismo histórico dialético, para compreender a realidade social e os processos socio-históricos das mulheres negras.

Palavras-chave: Mulheres Negras. Mercado de Trabalho. COVID-19. Pandemia.

ABSTRACT: This article aimed to address black women and the labor market, and the impacts caused in the midst of the crisis caused by COVID-19 in Brazil, correlating the intersectional triad: race, class and gender. The research presents the historical, social, economic and political formation of Brazilian society marked by the presence of racism and machismo by a decline in exploitation of these women, placing them in precarious occupations, the structured inequalities in Brazilian society accentuated with the pandemic. It is an exploratory bibliographic and documentary research to support the study based on the dialectical historical materialism method, to understand the social reality and socio-historical processes of black women.

Keywords: Black Women. Labor market. COVID-19. Pandemic.

1 INTRODUÇÃO

Na história do Brasil, a sociedade, no bojo de sua formação sócio-histórica é marcada pela escravidão e a subjugação dos negros. Nesse contexto a população negra enfrenta as desigualdades historicamente construídas no âmbito da sociabilidade em relação a população branca. Assim, devido a uma construção histórica de uma sociedade patriarcal, as mulheres travam uma luta diária por igualdade de direitos.

As mulheres negras, em particular, são as mais invisibilizadas, na condição de ser mulher e negra, resistem nas relações desiguais. Historicamente o trabalho doméstico está intrinsecamente associado à mulher devido a condição feminina de submissão ao homem imposta, foi construída socialmente, porém, vale ressaltar que a forma como as mulheres negras e brancas vivenciam são distintas, embora ambas oprimidas pelo machismo, existem especificidades como o racismo sofrido pelas mulheres negras.

Em tempos de pandemia, causada pela crise da COVID-19, a situação foi agravada em consequência da crise sanitária que coloca as mulheres negras e pobres ainda mais em risco e vulnerabilidade. É sabido que o isolamento social contribui para reduzir a contaminação do vírus, portanto, é fundamental destacar as assimetrias que estruturam a sociedade brasileira, assim como os efeitos nas camadas mais pobres. Em síntese, existe uma correlação entre a pandemia e as desigualdades já existem se acentuam, como por exemplo, lavar as mãos, quando uma considerável parcela da população não tem acesso à água, nem saneamento básico que é um direito.

Em virtude disso, é necessário as inquietações sobre a situação da mulher negra e o mercado de trabalho no contexto de crise da COVID-19, e os impactos causados na vida dessas mulheres, fazendo uma análise sócio-histórica e os lugares sociais que ocupam, assim como o que condiciona as situações de vulnerabilidades e ocupações no âmbito do trabalho.

2 ESCRAVIDÃO E AS TAREFAS EXERCIDAS PELA MULHER NEGRA

É fundamental reconstruir os processos da escravidão para poder compreender as desigualdades e os resquícios que o sistema escravocrata ocasionou à população negra. Destaca-se que muitos países adotaram esse sistema de exploração da mão de obra, dentre eles a Grécia antiga e Roma, onde era comum a prática do trabalho escravo na construção de templos e pirâmides. No Brasil, o historiador e escritor brasileiro retrata a história do país, no século XIX, referente à forma de relação social e econômica de produção e às condições vividas pela população escravizada. “A escravidão é um dos maiores males que ora pesa

sobre Vós” (MALHEIRO, 1866, p. 9). No século XIX, o autor abordava elementos sobre a escravidão no Brasil e as condições sociais e econômicas vivenciadas pelos escravos; como opressor do sistema vigente, apontava que se pensasse sobre isso.

Por consequência, com a invasão dos colonizadores europeus no território brasileiro, em 1500. O termo invasão ocorre devido ao apoderamento das terras onde já havia dezenas de tribos indígenas, mais necessariamente 1 milhão de índios, distribuídos em dezenas de grupos tribais (RIBEIRO, 1995). Com as expedições, através do Tratado de Tordesilhas, acordo entre Portugal e Espanha, iniciou-se a divisão do território com o direito à posse e à exploração da terra.

A posse da nova terra foi contestada por Portugal, daí resultando uma série de negociações que desembocaram no Tratado de Tordesilhas (1494), nome de uma cidade espanhola onde se deu sua assinatura. O mundo foi dividido em dois hemisférios, separados por uma linha que imaginariamente passava a 370 léguas a oeste das Ilhas de Cabo Verde. As terras descobertas a oeste da linha pertenceriam à Espanha; as que se situassem a leste caberiam a Portugal (FAUSTO, 1996, p. 23).

O autor explica sobre a chegada ao Novo Mundo; a partir disso, ocorreram as tentativas iniciais de exploração tanto dos contornos geográficos quanto dos grupos étnicos que ali habitavam; portanto, com a consolidação da colonização, emerge a apropriação relativa à economia, à sociedade e à política. Com a escravização e os trabalhos compulsórios, eles exploravam a força de trabalho dos povos colonizados e ditavam-lhes formas de opressão, bem como a imposição da cultura europeia e a catequização para serem “bons cristãos”¹⁷.

Da mesma maneira, aconteceu com as importações, isto é, com o tráfico de africanos, nos navios negreiros, que ocorria em condições precárias e desumanas. Ortegá (2018) destaca a forma como os negros e os indígenas eram classificados e reclassificados e como o europeu os viam, de forma racializada, não apenas no sentido de hierarquização, mas também na definição do que era ou não humano. Tais elementos são relevantes para a compreensão das relações sociais, no período colonial, em uma visão de mundo eurocêntrica, ao se caracterizar determinado grupo como não humano ou sub-humano, em um segmento de escravização, exploração e genocídio; assim como os índios, “de um lado, a exploração da mão de obra, de outro, e a segregação em nome de sua preservação cultural” (SILVA, 2014, p. 47).

A Igreja Católica, no âmbito da Companhia de Jesus, no processo de “educar” e aculturar os povos nativos, não deixa de ser um mecanismo de exploração, visto que impõe

¹⁷ “Ser ‘bom cristão’ significava também adquirir os hábitos de trabalho dos europeus, com o que se criaria um grupo de cultivadores indígenas flexível às necessidades da Colônia” (FAUSTO, 1996, p. 28).

aos nativos, por meio de opressões, a catequização para que os povos indígenas pudessem se converter ao cristianismo e encontrar a “salvação”. Posteriormente, sucedeu a intervenção do Estado, mediante a legislação pombalina¹⁸, esta não deu muita contribuição em relação aos conflitos existentes e tinha como principal objetivo integrar os índios na sociedade colonial. As questões indígenas só foram resolvidas, em partes, com o Estatuto do Índio, o que permitiu afastá-los da escravidão. Tal fato não ocorreu com o negro africano que continuou sem direitos, a sofrer violações, já que foi tratado como pária social¹⁹ (SILVA, 2014).

Nesse ponto, destaca-se que os colonos, no final do século XVI, implantaram, no Brasil, o modelo agroexportador que, mais tarde, ficou conhecido como *plantation*, sistema de produção.

[...] É a forma de organizar a produção agrícola em grandes fazendas de área contínua, com a prática da monocultura, ou seja, com a plantação de um único produto, destinado à exportação, seja ele a cana-de-açúcar, o cacau, o algodão, gado etc., com o emprego de mão de obra escrava (STEDILE, 2011, p. 21).

De acordo com o autor, esse era o modelo agroexportador e que requeria muito mais a força de trabalho; de fato, a mão de obra escrava dos nativos já não era mais tão vantajosa, visto que as fugas dos indígenas eram constantes e já não dava mais para controlar apenas uma pequena parcela dos grupos que ali permaneceram. Nesse sentido, o sistema econômico *plantation* “foi um verdadeiro genocídio para o povo brasileiro” (STEDILE, 2011, p. 26), pois exigia muito mais da mão de obra escrava e uma quantidade maior de trabalhadores necessitava, a partir disso, de mais africanos trazidos, compulsoriamente, nos navios negreiros em condições sub-humanas como mera mercadoria para serem escravizados.

É importante destacar que não foram somente os negros africanos que atravessaram o atlântico em navios negreiros para serem escravizados, as negras africanas, também, foram forçadas a se submeter à mão de obra escrava pelo sistema *plantation*; com a exploração da força de trabalho, o sistema só se consolidava. Esse processo acarretou uma série de conflitos relacionados ao homem branco colonizador, bem como a população escravizada, visto que aqueles que não obedeciam às regras estabelecidas, ou que resistiam a elas, sofriam as punições com castigos severos.

Estes castigos — imobilização no tronco, açoites, marcas a ferro quente, esmagamento de dedos, corte de orelhas — costumavam ser mais violentos na lavoura, sobretudo nos períodos em que era indispensável o trabalho contínuo e diante de faltas graves (BRASIL, 1988, p. 11).

¹⁸ “A legislação pombalina data de 1755 e foi compilada por muitos alvarás que determinaram medidas em torno da questão indígena” (SILVA, 2014, p.47).

¹⁹ “Pária Social diz respeito àquele que vive às margens da sociedade, que foi excluído do convívio social. Na Índia, a mais baixa casta, constituída pelos indivíduos privados de todos os direitos religiosos ou sociais. Homem como que excluído da sociedade” (FERREIRA, 2001, p. 515).



Desse modo, além da exploração da força de trabalho e disciplinas, os senhores exigiam fidelidade da mesma forma, a submissão dos valores brancos impostos como um bem moral a ser aceito. Importante salientar a resistência²⁰ a essas violências cometidas, com as fugas e a criação dos quilombos²¹, bem como uma estratégia de sobrevivência. A formação dos quilombos, assim como manter a cultura viva, aqui destaca-se o sincretismo²² religioso, foi uma alternativa de luta do povo negro não se submeter às violências sofridas. As lutas enfrentadas eram uma forma de subterfúgio, e a permanência da cultura dos povos africanos como uma manifestação contrária àquela imposta pela religião cristã dos senhores.

Alguns fatos que ocorreram entre os períodos da pré-abolição e da pós-abolição como a “extinção” da escravidão do negro no Brasil. A influência da Inglaterra culminou com a criação, em 4 de setembro de 1850, da Lei Euzébio de Queiroz que proibia o tráfico de escravos no Brasil, uma grande perda no que diz respeito à mão de obra, momento este em que se expandia a revolta da população escravizada.

De acordo com Brasil (1988), o Movimento Abolicionista²³ teve o apoio de alguns intelectuais liberais-radicais, como Joaquim Nabuco que esteve à frente do movimento na luta pela extinção do tráfico de escravos no Brasil; nessa concepção, “[...] o movimento teve o caráter de uma reforma social defendida pelos liberais que exerciam cada vez mais influência na economia e na política do país” (SILVA, 2014, p. 65-66).

A Lei de Terras foi promulgada também em 1850, com as pressões Inglesas sob a Coroa, para ser modificada a mão de obra escrava pelo trabalho “livre”, isto é, assalariado.

A Coroa, sofrendo pressões inglesas para substituir a mão de obra escrava pelo trabalho assalariado, com a conseqüente e inevitável abolição da escravidão, e para impedir que, com a futura abolição, os então trabalhadores ex-escravos se apossassem das terras, promulga, em 1850, a primeira lei de terras do país. Essa lei foi um marco jurídico para a adequação do sistema econômico e de preparação para a crise do trabalho escravo, que já se ampliava (STEDILE, 2011, p. 22).

Desse modo, é necessário destacar que a promulgação da referida Lei ocorreu por causa das circunstâncias dos moldes sociais e econômicos, portanto a luta do Movimento Abolicionista e as pressões econômicas da Inglaterra foram de extrema importância para a

²⁰ A resistência trata-se de uma dinâmica de conflitos vivenciada pelos negros/as com fugas, sabotagem dos trabalhos, organização dos quilombos.

²¹ Local onde foi o refúgio de negros que tinham fugido do domínio dos senhores. “[...] formaram-se em praticamente todas as regiões do Brasil. O quilombo dos Palmares, organizado na serra da Barriga, Alagoas, em 1630, foi o mais importante de todos. Seus milhares de habitantes, os quilombolas, sustentaram a liberdade até 20 de novembro de 1695, quando as forças, chefiadas pelo bandeirante Domingos Jorge Velho, mataram Zumbi, o último grande líder de Palmares” (BIBLIOTECA NACIONAL, 1988, p. 11 – 12).

²² Os povos Africanos queriam manter sua cultura viva haja vista que tenha sido demonizada “[...] a fonte principal da trincheira da resistência cultural do africano, e o ventre gerador da arte afro-brasileira, o candomblé, teve de procurar refúgio em lugares ocultos de difícil acesso, a fim de suavizar sua longa história de sofrimento” (NASCIMENTO, 1978, p.103).

²³ “Abolicionista: pessoa ou grupo que simpatizava com a abolição ou atuava no sentido de ver extinta a escravidão no Brasil” (MOURA, Clóvis, 2004, p. 16).

promulgação da Lei. Em virtude disso, as pressões econômicas corroboraram para a precarização da população escravizada com a implantação da Lei de Terras. As desigualdades sociais e econômicas acarretaram uma série de problemas sociais na sociedade brasileira.

Em decorrência disso, na história da formação brasileira, nota-se que as desigualdades sociais e raciais se acentuaram em relação à condição feminina. No período escravista, as mulheres negras eram submetidas à exploração de trabalho, assim como seus corpos eram instrumentos de mera satisfação do colonizador, ou seja, elas sofriam abusos e exploração sexual.

Diz-se, geralmente, que a negra corrompeu a vida sexual da sociedade brasileira, iniciando precocemente no amor físico os filhos-família. Mas essa corrupção não foi pela negra que se realizou, mas pela escrava. Onde não se realizou através da africana, realizou-se através da escrava índia (FREYRE, 1994, p. 316).

O autor faz essa menção na sua obra “Casa Grande e Senzala”²⁴ sobre como a trabalhadora escravizada era tratada, uma relação de proprietário-escrava, mas não destaca, de forma mais específica, os abusos e as violações que as mulheres negras eram submetidas em relações conflituosas nessa estrutura de poder. Percebe-se que responsabiliza a trabalhadora escravizada como aquela que corrompeu a sociedade brasileira, visto que as mulheres negras eram submetidas à condição de subalternidade e eram vítimas de violações. Dessa forma, “haveria uma moral sexualizante “desenfreada” dos escravos que se caracterizava pela passividade política e por práticas de masoquismo sexual - “sadismo do branco”, “masoquismo da índia e da negra” (PACHECO, 2008, p. 59).

O requinte sádico foi marcado também pelas sinhás, esposas dos senhores brancos, que, dominadas pelo ciúme doentio, produziram uma série de violências contra as escravizadas com atos cruéis. “As crônicas da época falam que olhos, seios, mãos e mesmo vaginas assadas foram servidas a senhores lúbricos” (CHIAVENATO, 2012, p.112). As expressões “branca para casar, mulata para fornicar, negra para trabalhar,” como assinala Gonzalez (2011, p.19), manifestam a exploração sustentada pela inferioridade e pela desigualdade racial. Tais expressões são incumbências e estigmas atribuídos à mulher negra, assim como as tarefas domésticas, limpar a casa, cuidar dos filhos da sinhá e os seus (quando estes não eram retirados dela, assim sendo reprodutoras de novos escravos) atendendo aos caprichos sexuais do senhor, além de não estarem safas dos castigos das senzalas²⁵.

²⁴ Livro publicado no ano de 1933.

²⁵ “Senzala: habitação dos escravos do eito de um modo geral. Era um conjunto habitacional, afastado quase sempre da casa-grande, de construção rústica, sem nenhum conforto, construída de taipa, coberta de palha e de outro material equivalente” (MOURA, 2004, p. 375).



Ribeiro (2018) faz uma ressalva ao tratar aquele período, “mulheres negras são hipersexualizadas e tratadas como objetos sexuais. E a relação entre colonização e cultura do estupro é direta: no período colonial, as mulheres negras eram estupradas e violentadas sistematicamente” (RIBEIRO, 2018, p.120). A autora reforça como as mulheres negras eram tratadas e submetidas aos diversos tipos de violência sistematicamente nessa relação entre a colonização e a cultura do estupro. De acordo com a autora Giacomini (1998 *apud* PACHECO), a lógica patriarcal do período escravista explorou as mulheres escravizadas, como amas de leite, cozinheiras, arrumadeiras e mucamas dos filhos dos senhores da Casa Grande, mas se apoderou do seu corpo como objeto nas “investidas sexuais dos senhores” (PACHECO, 2008, p.60).

A lógica da sociedade patriarcal e escravista parece delinear seus contornos mais brutais no caso da mulher escrava. A apropriação do conjunto das potencialidades dos escravos pelos senhores compreende, no caso da escrava, a exploração sexual do seu corpo, que não lhe pertence pela própria lógica da escravidão (GIACOMINI, 1998, p.153 *apud* PACHECO, 2008, p. 71).

A autora contesta a tese de Freyre, referente a essas relações abordadas pelo escritor, de maneira que não retrata as formas desiguais de poder como um fator que era comum, ao não explicitar as dimensões conflituosas das estruturas de poder. Portanto, essas relações não foram construídas de maneira afetuosa e harmônica, as mulheres negras eram instrumentos dos senhores para além de fatores econômicos, visto que eram objetificadas. Davis (2016) destaca que a postura dos senhores, em relação às escravas, era parte de uma conveniência, já que, quando era lucrativo, as exploravam como se fossem homens, sem distinção de gênero, mas quando eram exploradas, castigadas e reprimidas, de modo oportuno, eram reduzidas à condição de fêmea.

Com isso, pode-se observar que as mulheres negras eram vítimas de exploração dentro das senzalas, mas também na casa grande; contudo, para além disso, resistiram, de forma organizada e coletiva, como estratégia de sobrevivência das violações que sofriam com o sistema imposto, como o aborto, pois, ao saber do triste fim de seus filhos, abortavam antes mesmo de serem descobertas; outro fator importantíssimo, nesse processo, foram os quilombos, fundamentais na luta contra o sistema escravista.

3 MULHER NEGRA E O MERCADO DE TRABALHO: em tempos do contexto da pandemia no Brasil

Em tempos de pandemia, nos cabe a reflexão de como a crise da COVID-19 tem afetado milhares de pessoas no Brasil e no mundo, no entanto, é necessário refletir sobre como o vírus atinge as pessoas de forma distinta, considerando as questões de raça, classe e gênero, e os efeitos que a pandemia causa nos sujeitos infectados não é de forma homogênea, em consequência de como a sociedade é estruturada, em uma correlação de pandemia e desigualdades que assolam o país. Indiscutivelmente a classe trabalhadora é mais vulnerável e quem sente o impacto da disseminação do vírus por conta dos marcadores sociais de opressão e as condições socioeconômicas.

É notória a participação da mulher negra quando se fala na sua inserção na sociedade capitalista; historicamente, exerce o trabalho doméstico não remunerado que, atualmente, está associado a ela, atribuindo-lhe a função, geralmente, de empregada doméstica. Nesse sentido, ocorreu uma naturalização da subalternização e desigualdades que definiu o lugar das pessoas negras na sociedade, especificamente da mulher negra. Vale destacar que o início do movimento feminista, enquanto as mulheres brancas de classe média que queriam ter o direito de trabalhar, o direito ao voto e à propriedade, as negras sequer eram vistas como seres humanos lutando pela sobrevivência, e não eram inseridas nas reivindicações. Evidencia-se o fracasso do feminismo em não incluir as mulheres negras nas pautas, ao reproduzir o racismo.

Os movimentos feministas têm suas especificidades ideológicas, portanto não dá para fazer uma representação igualitária, mas é de extrema importância que esse movimento seja interseccional, uma vez que, se a sua luta é por uma sociedade sem hierarquia de gênero, é preciso dar voz a quem sempre foi silenciado. Diante das opressões introduzidas, nesse sistema patriarcal, as mulheres negras estão inseridas nessa base de exploração-dominação e sofrem as diversas opressões, bem como o machismo e o racismo. Segundo Davis (2016), historicamente, essas mulheres se basearam em sua função de trabalhadoras intermitentes, trabalharam sob os chicotes de seus senhores, sendo estupradas, tendo que criar os filhos que não eram os seus e, cruelmente, vendo os seus sendo vendidos como mercadorias; elas carregam um legado de lutas, força e autossuficiência que marcaram gerações e se perpetuam na sociedade.

As relações de dominação e subordinação de uma sociedade historicamente racista, patriarcal, machista e sexista fazem com que as mulheres negras estejam sempre no topo das desigualdades. Carneiro (2002) salienta que negros e negras estão a ganhar maior visibilidade no que tange à desnaturalização da democracia racial, em que há um grande destaque na questão do racismo. O Movimento Negro tem a dimensão na luta contra o racismo, enraizado na sociedade, por direitos iguais e inclusão social. “A principal tendência



do movimento negro contemporâneo é cristalizar o projeto anti-racista que prioriza a esfera político-institucional como espaço de ação” (DOMINGUES, 2006, p. 118).

Nesse contexto, as diferenças acentuadas entre as desigualdades raciais, e todo o percurso histórico de negros e negras dentro da sociedade de exclusão, os colocam em situação inferior, em especial a falha do movimento negro, de caráter machista, que traz a dimensão experienciada apenas pelo homem negro. Gonzalez (1985) evidencia a reprodução e as atitudes machistas dentro dos coletivos que excluía as mulheres nas decisões das pautas e as colocavam em funções secundárias “adequadas” para as mulheres. De tal modo, esses conflitos internos fomentaram a criação de grupos de mulheres negras; dessa maneira, sentiram a necessidade de lutas pautadas nas questões de gênero, sem abandonar a militância dos Movimentos Negros, apenas a buscar novos horizontes na sua condição de mulher na procura por autonomia.

É importante evidenciar o feminismo como uma base de categoria de mulher universal não existente, pois as mulheres negras foram escravizadas e, atualmente, continuam a sofrer resquícios dessa escravidão. O Brasil tem uma dívida histórica com a população negra, a reparação é necessária, mesmo que se tenham ações com o desafio de romper com o racismo, visto que esta população é condicionada à vulnerabilidade social posta no sistema desigual e excludente. Essa universalização diz mais sobre as mulheres brancas.

É relevante enfatizar-se as diversas formas de resistência e experiências das mulheres que estiveram à frente dos movimentos feministas e denunciaram as implicações das questões raciais e sexuais; denunciavam também o machismo dentro do próprio movimento negro, a ausência do campo progressista e as diversas formas de opressões. Todas essas situações são reflexos que também são notados no Brasil; o feminismo negro, como marco civilizatório, começa a ganhar força na década de 1970, ao lutar para que as mulheres negras fossem sujeitos políticos e não mais silenciadas, “o feminismo negro não é uma luta meramente identitária, até porque branquitude e masculinidade também são identidades. Pensar feminismos negros é pensar projetos democráticos” (RIBEIRO, 2018, p. 7).

Com todas as violações sofridas, nos mais diferentes espaços, o Movimento Feminista Negro luta pela garantia e pela efetivação dos direitos das mulheres, não sendo apenas um movimento meramente identitário, pois é preciso discutir as mais diversas vivências experimentadas pelas mulheres negras, sejam elas de força, sejam de resistência, em uma sociedade que as exclui e as oprime, “ao politizar as desigualdades de gênero, o feminismo transforma as mulheres em novos sujeitos políticos” (CARNEIRO, 2003, p.119). Isso implica que as mulheres negras são indivíduos ativos na luta pela garantia dos seus direitos e faz com que elas compreendam seus lugares de pertencimento na sociedade.

O Movimento Feminista Negro surge com a perspectiva de uma ação política, uma organização das mulheres negras que sentiram a necessidade de se emancipar do movimento negro e feminista, pois se percebiam invisibilizadas nesses espaços, visto que as opressões sexistas de classe e raça se faziam presentes. A construção de uma pauta, que pudesse constituir a luta das mulheres negras, seria a organização e a formação dessa ação política que determinasse seus princípios:

O primeiro seriam as aspirações políticas das mulheres negras, que desejavam emancipar-se tanto do movimento negro quanto do movimento de mulheres, devido às divergências de ordem de gênero no que se refere ao primeiro e raciais e de classe, no caso do segundo. O outro fator, vinculado às questões do primeiro, dizia respeito a uma necessidade crescente das feministas negras de criar sua própria agenda e demandas políticas (LEMOS, 1997, p.117-118).

É possível reafirmar a luta contra todas as formas de opressão e, para lutar contra isso, não é possível lutar contra uma e alimentar a outra, porque esse sistema estrutural tem sua base alicerçada, já dizia Simone de Beauvoir: “Ninguém nasce mulher, mas se torna mulher” (BEAUVOIR, 1999 *apud* SAFFIOTI, 2004, p.107). Não faz sentido a exclusão de mulheres trans; sendo assim, o Movimento Feminista precisa ser interseccional. Collins (2019) nos diz que “os paradigmas interseccionais nos lembram que a opressão não é redutível a um tipo fundamental, e que as formas de opressão agem conjuntamente na produção de injustiça (COLLINS, 2019, p. 57).

Necessário o debate sobre raça, classe e gênero, além de se discutir sobre a ressignificação da humanidade, visto que pessoas negras, mais precisamente as mulheres negras, não são tratadas como humanas na sociedade. Esse conceito de humanidade privilegia os homens brancos que estão no topo da pirâmide; portanto, o feminismo negro tem como principal estratégia debates em torno de um novo marco civilizatório na busca de um projeto democrático popular, além da possibilidade de poder existir sem silenciamento, violência e genocídio da população negra.

Para isso, as pessoas, que usufruem desse privilégio, precisam compreender, urgentemente, a necessidade dessa luta, pois o objetivo é uma sociedade sem hierarquia de gênero e que entenda outras formas de preconceito, como: o racismo, a lesbofobia, a transfobia que estão presentes e não podem ser consideradas como pautas secundárias. Davis (2018) afirma que quando a mulher negra se movimenta, toda a estrutura da sociedade se movimenta junto com ela.

No contexto da formação histórica da sociedade brasileira, há marcas da exploração a essas mulheres que as colocam em ocupações de precarização, estando em níveis abaixo da mulher branca, bem como dos homens brancos e negros. Nessa perspectiva, na mobilidade social, as mulheres estão submetidas às vulnerabilidades; sobretudo as mulheres

negras, “no ano de 2009, 13,4 % das mulheres negras viviam em uma situação de extrema pobreza, enquanto apenas 5,5% de mulheres brancas estavam na mesma situação” IPEA (2011 *apud* Silva 2013, p.115).

Nos níveis de escolaridade, observa-se uma discrepância em que “mulheres pretas ou pardas de 15 a 17 anos de idade apresentam atraso escolar em 30,7% dos casos, enquanto 19,9% das mulheres brancas, dessa faixa etária, estão na mesma situação” (IBGE, 2018, p. 6). Dessa maneira, na pirâmide social, a mulher negra está em último lugar e sofre altos índices de opressão e desigualdade. As mulheres negras são afetadas, de forma mais expressiva, por essas desigualdades sociais já que estas se acentuam em questões de raça, gênero e classe.

Em 1995, eram 8,6% e 7,6%, respectivamente. No entanto, manteve-se inalterada a diferença de inserção de mulheres negras e brancas em idade escolar, e isso indicou a permanência da desigualdade racial como um marcador estruturante da realidade do trabalho doméstico no Brasil. Em 2009, 4,1% das mulheres brancas, de idade entre 10 e 17 anos, estavam ocupadas em trabalho doméstico, enquanto 5,6% das mulheres negras desempenhavam a mesma função (IPEA, 2011).

Dessa forma, “o trabalho doméstico é uma das maiores categorias profissionais do Brasil, incorporando cerca de 7 milhões de pessoas. Entre essas, 95% são mulheres e 55% são negras” (OLIVEIRA, 2012, p. 94). Segundo o autor Almeida (2018) o racismo estrutural é “uma decorrência da própria estrutura social, ou seja, do modo “normal” com que se constituem as relações políticas, econômicas, jurídicas e até familiares, não sendo uma patologia social e nem um desarranjo institucional. O racismo é estrutural” (ALMEIDA, 2018, p. 38).

Em razão de um passado escravista as práticas de violência e o genocídio²⁶ da população negra se perpetuaram e se atualizaram, ao longo da história, com o encarceramento em massa, a repressão policial, a violência física, psicológica, a demonização das expressões culturais, religiosas, dentre outras. O racismo foi instituído sobretudo naturalizado na nossa sociedade. Sob o mesmo ponto de vista, a autora Eurico (2011) destaca a situação dos/as negros/as em total descaso de abandono por parte do Estado; este não possibilitou à população negra uma inserção digna nos diversos espaços que compõem a sociedade brasileira, como: na escola, no mercado de trabalho, ter acesso a políticas públicas etc.

As mulheres negras trabalhadoras sempre estiveram submetidas aos trabalhos semelhantes aos dos homens negros, nas lavouras, na agricultura e nas atividades domésticas, não obtiveram mudanças necessárias, continuaram e, sobretudo, continuam a

²⁶ Refere-se ao extermínio e ao aniquilamento da população negra.

servir a burguesia e a classe média tal qual faziam nos tempos de escravidão, com irrisórias remunerações, em que as humilhações, preconceitos e discriminações se perpetuaram.

O cenário gerado pela COVID-19 nos faz refletir sobre a situação da mulher negra e as condições das quais enfrentam no que concerne sua sustentabilidade econômica, visto que seguem vitimadas em trabalhos precarizados e subalternizados. De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), as mulheres negras estão mais suscetíveis ao desemprego, 50% maior que mulheres não negras. De tal modo, estão mais vulneráveis aos efeitos nefastos da pandemia.

Com o objetivo de os efeitos da pandemia na vida das mulheres negras, o Instituto Identidades do Brasil (ID_BR), realizou um levantamento com um pouco mais de 200 mulheres negras em 19 estados e no Distrito Federal, através de um formulário online. A maioria das participantes (72%) se encaixa no perfil das empreendedoras. O estudo mostrou também que 79,4% não dispõem de reservas financeiras e 66,3% afirmaram não ter um planejamento estratégico anual para sua instituição. O intuito da pesquisa é desvelar a situação das mulheres negras na crise em razão da COVID-19.

De acordo com a pesquisa as profissionais que trabalham nas empresas nacionais e multinacionais, ocupam cargos de baixo escalão, 76,4% afirmaram que seu maior receio na pandemia é a perda do emprego. Algumas mulheres ficam receosas de ficar doente e não conseguir trabalhar, a ponto de perder o emprego. Em tempos de normalidade, sabemos que as dificuldades enfrentadas pelas mulheres negras no mercado de trabalho são mais acentuadas do que para as mulheres brancas. A partir desta análise, a pesquisa verifica que 48% das mulheres responderam que precisam de auxílio financeiro para manter o negócio ativo. E 56% afirmam ter custo mensal médio entre 1 mil a 5 mil reais, orçamento superior ao auxílio emergencial do governo de R\$600 (seiscentos reais).

De tal modo, sabemos que “empreender” não é necessariamente uma opção para as mulheres, mas geralmente é a única via e meio de subsistência em relação a não conseguir um emprego. A necessidade de se arriscar se dá devido as desigualdades que a grande maioria enfrenta, muitas delas residindo nas comunidades periferias do país, e as condições de isolamento social não são de forma igual, em virtude de que as mulheres negras, para além do trabalho remoto, realizam o trabalho doméstico, sem condições objetivas para cuidar dos filhos, por exemplo. A manutenção da desigualdade social se consolida na crise da COVID-19, e o principal alvo são as mulheres negras.

4 CONCLUSÃO

Diante do exposto, demarcaram-se a análise da questão de gênero, articulada às mulheres negras, no processo das relações sociais, bem como o peso da formação cultural do Brasil, os mecanismos que foram e continuam sendo marcados por opressão e a exploração, ao definir destinos pessoais e profissionais dessas mulheres no mercado de trabalho como assédio moral, sexual incumbidas nas relações de poder. A escravidão, o racismo e a exploração de gênero geraram elementos que se configuram, atualmente, como desigualdade racial e social, definidos no processo de colonização do Brasil, onde as opressões estabeleceram relações de inferioridade dos negros se comparados aos brancos.

É necessário a articulação de políticas públicas, especificamente a interseccionalidade como metodologia e suporte para a materialização dessa política, se constituindo enquanto ferramenta que nos mostra como as mulheres negras são discriminadas e faz delas vulneráveis à colisão das estruturas de subordinação encaixadas na tríade interseccional: raça, classe e gênero.

As mulheres vivem cotidianamente explorações advindas do sistema patriarcal, sendo inferiorizadas, tendo seus corpos estigmatizados e hiperssexualizados ou ocupando os espaços de trabalhos domésticos oriundos de heranças do período escravocrata que contribuíram para que as mulheres negras estejam em postos de trabalho precarizados, marginalizados e subalternizados. O medo e receio de perder seu emprego, que na maioria das vezes é o único meio de subsistência, bem como não conseguir manter o seu próprio negócio, não foram engendrados pelo contexto da COVID-19, eles se agravaram em consequência da crise sanitária que se instaurou.

O fato é que a sociedade brasileira tem raízes históricas que se estruturam a desigualdade social. O Estado tem uma grande responsabilidade quanto à omissão e à perpetuação das desigualdades raciais; reconhecer a existência dessas desigualdades, que se estruturam à medida que expressam níveis diferentes na nossa sociedade, é dever do Estado, pois deve enfrentá-las. Todavia, é importante destacar a necessidade de implementação de políticas públicas na busca de equalizar o acesso aos benefícios para as mulheres negras, como mecanismo efetivos e a superação do racismo, pois o sistema capitalista possibilita relações desiguais na produção simultânea de pobreza.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Sívio Luiz de. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte (MG): Letramento, 2018.
- BRASIL. Biblioteca Nacional. **Para uma história do negro no Brasil.** Rio de Janeiro: Biblioteca Nacional, 1988.
- CARNEIRO, Sueli. Movimento Negro no Brasil: novos e velhos desafios. **Caderno CRH.** Salvador, n. 36, p. 209-215, jan./jun. 2002. Disponível em: <<https://rigs.ufba.br/index.php/crh/article/download/18633/12007>> Acesso em: 14 out 2019.
- CARNEIRO, Sueli. **Engreecer o feminismo:** a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero. Racismos contemporâneos. Rio de Janeiro: Takano Editora, v. 49, p. 58, 2003.
- CHIAVENATO, Júlio José. **O negro no Brasil.** São Paulo: Cortez Editora, 1º ed. 2012.
- COLLINS, Hill Patrícia. **Pensamento Feminista Negro:** conhecimento, consciência e a política do empoderamento. 1. Ed. – São Paulo: Boitempo, 2019.
- DAVIS, Angela. **Mulheres, raça e classe.** São Paulo: Boitempo, 2016.
- DAVIS, Angela. **A liberdade é uma luta constante.** São Paulo: Boitempo, 2018.
- DOMINGUES, Petrônio. **Movimento Negro Brasileiro: história, tendências e dilemas contemporâneos.** Dimensões: Revista de História da UFES. Espírito Santo, n.21.
- EURICO, Marcia Campos. **Questão Racial e Serviço Social:** Uma reflexão sobre o racismo institucional e o trabalho do Assistente Social. 2011. 143 p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo 2011.
- FAUSTO, Boris. **HISTÓRIA DO BRASIL:** História do Brasil cobre um período de mais de quinhentos anos, desde as raízes da colonização portuguesa até nossos dias. Edusp, 1996. Disponível em: [https://www.intaead.com.br/ebooks1/livros/hist%F3ria/12.Hist%F3ria%20do%20Brasil%20-%20Boris%20Fausto%20\(Col%F4nia\).pdf](https://www.intaead.com.br/ebooks1/livros/hist%F3ria/12.Hist%F3ria%20do%20Brasil%20-%20Boris%20Fausto%20(Col%F4nia).pdf) acesso: 09 set 2019.
- FERREIRA, Aurélio de Holanda. **Miniaurélio Século XXI Escolar:** O minidicionário da língua portuguesa. 4. ed. rev. ampliada. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001. 890 p.
- FREYRE, Gilberto. **Casa Grande & Senzala: formação da família brasileira sob o Regime da economia patriarcal.** Rio de Janeiro: Editora Record, 1994.
- GONZALEZ, Lélia. Por um feminismo afro latino-americano. In: **Caderno de Formação Política do Círculo Palmarino.** Nº 1. Brasil, 2011.
- GONZALEZ, Lélia. Mulher negra. In **Afrodíaspóra:** Revista estudos do mundo negro, ano 3 nº 6 e 7, Ipeafro, abril/dezembro de 1985.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Estatísticas de Gênero Indicadores Sociais das Mulheres no Brasil.** Estudos e Pesquisas, Informação Demográfica e Socioeconômica n.38. 2018. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101551_informativo.pdf Acesso em: 18 set. 2019.
- IPEA. **Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça.** 4º edição. Brasília, 2011.
- LEMONS, Rosalia O. **Feminismo negro em construção:** a organização do movimento de mulheres negras no Rio de Janeiro, 1997. Rio de Janeiro, Dissertação (Mestrado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- MALHEIRO, Agostinho Marques Perdigão. **A Escravidão no Brasil – Vol. I.** Rio de Janeiro: Typografia Nacional, eBooksBrasil, 1866. 328 p.
- MOURA, Clóvis. **Dicionário da Escravidão Negra no Brasil.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.
- NASCIMENTO, Abdias. **O Genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado.** Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1978.

- OLIVEIRA, Eunice. **Toyotismo no Brasil: desencantamento da fábrica, envolvimento e resistência**. 1ed. São Paulo: Expressão Popular: 2004.
- ORTEGAL, Leonardo. **Relações raciais no Brasil**: colonialidade, dependência e diáspora. Serv.Soc. n. 133, p.413431. São Paulo, set./dez.2018.
- PACHECO, Ana Claudia Lemos. **“BRANCA PARA CASAR, MULATA PARA F...., NEGRA PARA TRABALHAR”**: ESCOLHAS AFETIVAS E SIGNIFICADOS DE SOLIDÃO ENTRE MULHERES NEGRAS EM SALVADOR, BAHIA. Campinas, SP: [s/n], 2008. 317p.
- RIBEIRO, Djamilia. **Quem Tem Medo do Feminismo Negro**. São Paulo: Companhia das Letras, 2018.
- SAFFIOTI, Heleieth I.B. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004 - (Coleção Brasil Urgente).
- SILVA, Ivone Maria Ferreira da. **Questão Social e Serviço Social no Brasil**: fundamentos socio-históricos. 2ed. São Paulo: Papel Social; Mato Grosso: EdUFMT, 2014.
- SILVA, Tatiana Dias. Mulheres Negras, Pobreza e Desigualdades de Renda. In: MARCONDES, Mariana Mazzini. et al. **Dossiê mulheres negras**: retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil. Brasília: Ipea, 2013. Cap. IV. p. 109-132.
- STEDILE, João Pedro (org.). **A Questão Agrária no Brasil**: O debate tradicional 1500-1960. 2º ed. São Paulo: Expressão popular, 2011, 304 p.

TRANSFORMAÇÕES NO MUNDO DO TRABALHO E IMPACTOS NA SAÚDE DO/A TRABALHADOR/A: UMA ANÁLISE EM TEMPOS DE PANDEMIA

Maria Siqueira De Abreu (UFCG); Valeria De Sousa Araújo (UFCG)

RESUMO: O presente artigo tem por finalidade contribuir para a reflexão sobre as transformações do trabalho no atual estágio do bem como identificar os impactos sobre a saúde dos/as trabalhadores/as, especificamente em tempos de pandemia. Em uma conjuntura marcada pelos desmontes dos direitos trabalhistas e das políticas sociais, esta discussão se torna de extrema relevância por entendemos que os determinantes do COVID-19, têm assumido centralidade nos diversos campos da vida social, especialmente na vida da classe trabalhadora que vivenciam as agudas expressões da questão social.

Palavras- Chaves: Trabalho. Precarização. COVID-19. Saúde do/a trabalhador/a.

ABSTRACT: The purpose of this article is to contribute to the reflection on the transformations of work in the current stage of sociability, as well as to identify the impacts on the health of workers, specifically in times of pandemic. In a conjuncture marked by the dismantling of work and social policies, this discussion becomes extremely relevant because we understand that the determinants of COVID-19, have assumed centrality in the various fields of social life, especially in the life of the working class that experience the acute expressions of the social issue.

Keywords: Work. Precariousness. COVID-19. Health of the worker.



1. INTRODUÇÃO

No dia 30 de janeiro de 2020 a Organização de Saúde (OMS), informou que a pandemia causada pelo novo coronavírus (COVID-19), é considerada como uma emergência de saúde pública, de escala internacional e com alto índice de contaminação populacional. A importância dessa doença é ilustrada a partir de sua rápida disseminação. Ou seja, no dia 19 de agosto de 2020, a Organização Pan-Americana de Saúde anunciava 21.989.366 casos confirmados no mundo, com 775.893 mortes²⁷. No Brasil, de acordo com o Painel Coronavírus, do Ministério da Saúde até 19 de agosto de 2020, foram confirmados, 3.456.652 casos acumulados e 111.100 óbitos, respectivamente²⁸.

Este texto analisa com preocupação os acontecimentos acima citados, com ênfase principal na perspectiva do trabalho e nos determinantes econômico-sociais determinados pelo capital, que implicaram no agravamento da situação de saúde e também social dos/as trabalhadores/as brasileiros, em tempos de pandemia.

Em um primeiro momento será abordado às transformações empreendidas pelo processo de reestruturação produtiva do capital, o qual afetou a classe trabalhadora, submetendo à superexploração de sua força trabalho. Ou seja, a combinação do aparato produtivo com o ideológico e seus processos que envolvem a alienação desses sujeitos sociais, são fatores combinados que possibilitam a intensificação da exploração da força de trabalho. Vinculam-se a esse contexto a refuncionalização do Estado, que desencadeiam em múltiplos processos de contrarreformas que fragiliza e precariza as políticas sociais voltadas para os/as trabalhadores/as.

Em um segundo momento, procura-se sintetizar como os fatores de terceirização, informalização e flexibilização gerados pelo o novo padrão de acumulação capitalista, tem impactado na vida cotidiana dos/as trabalhadores/as, especialmente nos aspectos da saúde.

Um terceiro aspecto envolve a problemática da pandemia do novo coronavírus (COVID-19), que tem assumido centralidade nos diversos campos da vida social, cabendo aqui destacá-la no mundo do trabalho. Ou seja, apesar do rol de medidas de combate adotadas pelas agendas de governos nos mais diversos países, acompanhamos mortes em massa de pessoas vítimas do novo vírus.

Assim, podemos observar que o surgimento do coronavírus atesta a ineficácia da agenda neoliberal, ou seja, a pandemia tem demonstrado a importância das políticas sociais

²⁷Organização Pan-Americana da Saúde. Folha informativa COVID-19- Escritório da OPAS e da OMS no Brasil. [Internet]. 2020 [citado em 20 de agosto de 2020]. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19>>.

²⁸ Brasil. Ministério da Saúde. Coronavírus Brasil. Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde [Internet]. Brasília; 2020 [citado em 20 de agosto de 2020]. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>

para o desenvolvimento do país, especialmente nos aspectos que envolvem a saúde pública. É de extrema importância a mobilização social, com vista à ampliação e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), além das demais políticas que compõem o tripé da Seguridade Social, pois em tempos de pandemia, a um aumento das demandas sociais, que precisam urgentemente dos serviços e benefícios dessas políticas sociais.

2. A METAMORFOSE DO TRABALHO A PARTIR DO PROCESSO DE RESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA

A sociedade do capital vem passando nas últimas décadas por diversas transformações e conseqüentemente novas formas de organização do trabalho emergem, intensificando os processos de exploração e alienação dos sujeitos sociais. Para Antunes (2015), foram tão profundas as modificações que a classe trabalhadora vivenciou que afetou não só as condições objetivas, mas também subjetiva e, na inter-relação destas condições, sua identidade foi afetada.

Para entender os rebatimentos das novas configurações do trabalho implica situá-lo no contexto de afirmação do padrão de acumulação flexível, que tem suas bases iniciada na década de 1970 e intensificada nas décadas seguintes. Nesse período vivenciamos uma crise estrutural, causada pela diminuição das taxas de lucros do capital, que atingiu basicamente toda ordem capitalista. Na Tentativa de reestruturar-se, o capitalismo empreendeu um vastíssimo processo na esfera produtiva organizacional, modificando as bases de se produzir mercadorias e de organizar o trabalho.

A substituição do modelo fordista estruturado na produção em larga escala e na coletividade do trabalho fabril, pelo modelo toyotista de produção em espécie especialização flexível, determina novos desdobramentos na esfera da divisão do trabalho coletivo. Esse novo padrão de produtividade, é alicerçado na concepção da acumulação flexível que consiste:

Na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional (ANTUNES, 2015, p.29).

Essa *nova* estruturação do sistema produtivo capitalista nos diversos níveis, recria *novos* processos de instabilidade sobre a classe trabalhadora sendo duramente atacada nos aspectos que envolvem os direitos do trabalho. Esses direitos conquistados historicamente a partir da luta de classe são desregulamentados e flexibilizados pelo capital, sendo utilizados como instrumentais necessários à sua reprodução.



Nesse contexto, emergem novas tendências como, a *desproletarização do trabalho, industrial fabril*, referente à redução do operariado tradicional inserido no chão de fábrica, em especial nos países de capitalismo avançado. Em consonância com essa tendência, partes do processo produtivo foram transferidas para os países dependentes como estratégia de maior lucratividade a partir da superexploração da força de trabalho. Outra tendência é a *subproletarização* que consiste na precarização dos vínculos empregatícios tornando-os, temporários, parciais, informais e abrindo espaço para a onda da terceirização e até mesmo da quarteirização. Ao mesmo tempo vivencia-se uma *heterogeneização* do trabalho, mediante a incorporação expressiva da população feminina na esfera da produção (ANTUNES, 2015). Pautado na disparidade de gênero típica de uma sociedade assentada nas bases do patriarcado, o capital apropria-se dessas relações de subordinação da mulher ao conjunto da sociedade para legitimar a expropriação da mais-valia²⁹, que submete as trabalhadoras a elevado grau de exploração e precarização, profundamente combinadas com uma *determinada função social* doméstica, que triplica as horas-trabalho destas mulheres.

O resultado da articulação dessas tendências é a expansão sem precedente do desemprego estrutural, produzido um contingente populacional de excluídos e precarizados. Dessa forma, como consequência da crise estrutural e dos instrumentais criados pelo capital destrói-se à força do trabalho como práxis humana.

[...] destroçam-se os direitos sociais; brutalizam-se enormes contingentes de homens e mulheres que vivem do trabalho; torna-se predatória a relação produção/natureza, criando-se uma monumental “sociedade do descartável” que joga fora tudo que serviu como “embalagem” para as mercadorias e o seu sistema, mantendo-se, entretanto, o circuito reprodutivo do capital (ANTUNES, 2000, p.38).

É nesse cenário caracterizado pela desregulamentação, flexibilização, informalidade e terceirização, que o capital se apropria da força de trabalho indispensável para sua constante auto-valorização. São expressões lógicas do receiptuário capitalista, o processo de estranhamento, posição em que o/a trabalhador/a não se apropria do resultado do seu próprio trabalho e não o vê como parte dele, mas como algo externo a ele.

Paralelo ao processo de reestruturação produtiva se acrescenta a perspectiva ideológica do neoliberalismo, que passa a servir como aparato, conferindo legitimidade as mudanças no contexto da economia, do mercado, da captura da subjetividade e

²⁹ A mais-valia se manifesta, mediante a apropriação do trabalho excedente pelo capitalista. Ou seja, o trabalhador vende sua força de trabalho ao capitalista, recebendo em troca um salário não equivalente ao valor da mercadoria produzido pelo mesmo. Para Marx existem dois tipos de mais-valia presente no processo econômico capitalista; a relativa e a absoluta. A mais-valia absoluta se realiza com o prolongamento da jornada de trabalho, isto é o tempo que vai pertencer à produção do excedente. A mais-valia relativa consiste na diminuição do tempo da produção da mercadoria sem alterar a extração da força de trabalho, ocorre mediante a entrada de inovações tecnológicas, onde aumentasse a produtividade do trabalho, prolongando o tempo de apropriação do trabalho excedente. Em outras palavras, a produção da mercadoria aumenta em um tempo menor e sem alterar a jornada de trabalho (NETTO; BRAZ, 2009).

consequentemente na vida da classe trabalhadora. O neoliberalismo, passou impor um novo receituário político-econômico, implementados na década de 1980 pelos países centrais e por seguinte pelos países de capitalismo dependente. A combinação com o ideário neoliberal com a reestruturação produtiva acelerou os processos de precarização do trabalho, privatização dos serviços públicos e a minimização extrema do Estado, principalmente na área da proteção social.

Para Filgueiras (2006), o programa político e o modelo econômico adotado pelo Brasil na década de 1990 são diferenciados, em relação aos demais países da América Latina, embora todos eles estejam subordinados a imperialismo mundial, essa diferenciação tem vinculação com as formações econômicas e sociais históricas de cada país. O Brasil foi o último país do bloco latino-americano a implementar o neoliberal, devido a disputas existentes entre frações da classe dominante. Dessa forma, afirmação do projeto neoliberal, transformou as relações político-econômicas entre as classes sociais que integravam a sociedade brasileira.

A vitória desse projeto expressou, ao mesmo tempo em que estimulou, um processo de transnacionalização dos grandes grupos econômicos nacionais e seu fortalecimento no interior do bloco dominante, além de exprimir, também, a fragilidade financeira do Estado e a subordinação crescente da economia brasileira aos fluxos internacionais de capitais. Em particular, re-configurou o bloco dominante e a sua fração de classe hegemônica, com destaque para a consolidação dos grandes grupos econômicos nacionais, produtivos e financeiros (FILGUEIRAS, 2006, p.183).

Correspondendo aos imperativos do capitalismo, o Estado brasileiro passa a funcionar como receptor dos interesses do capital, passando a utilizar-se dos pacotes de contrarreformas³⁰, que incluem o desmonte do trabalho por meio da desregulamentação dos direitos trabalhistas, privatização e sucateamento das políticas sociais. Os rebatimentos da contrarreforma do Estado em paralelo com as tendências da precarização do trabalho têm provocado o agravamento da questão social e suas múltiplas expressões, impactando na vida cotidiana de indivíduos, grupos, famílias.

Todo esse processo de mudança e a acentuação dos elementos acima citados, provocados principalmente pelo contexto da reestruturação produtiva, propiciaram o aumento dos acidentes de trabalho e intensificaram a problemática dos adoecimentos relacionados ao labor.

³⁰ A contrarreforma é utilizada para designar as “reformas” neoliberais empreendidas sobre o Estado brasileiro, que provocou intensos processos de retrocesso social. Para Behring e Boschetti (2009), o termo reforma é um patrimônio da esquerda, vinculado ao movimento operário socialista, usado para se referir aos direitos conquistados pela classe trabalhadora a partir dos embates com o capital em outras épocas históricas. Esse processo “contra-reformista” desenvolvido pelo Estado despreza a Constituição Federal de 1988, ao enfatizar a privatização e sucateamento das políticas sociais como justificativa para a superação da suposta crise econômica, que na concepção dos intelectuais de direita é causada pelos gastos excessivos do Estado em concessões públicas para a classe trabalhadora.

2.1 A precarização do trabalho e seus efeitos na saúde do/a trabalhador/a

Como sinalizamos anteriormente, no capitalismo contemporâneo sob égide do modelo de acumulação flexível vimos as diversas transformações ocorridas no âmbito do trabalho e em todas as dimensões da vida social. Concomitantemente a este modelo de produção pudemos assistir os desdobramentos do processo de financeirização e mundialização do capital, determinações de cunho econômico estes que propiciaram a flexibilização e intensificação da precarização do trabalho. Tais fenômenos se tornaram os principais fatores responsáveis pelo adoecimento dos/as trabalhadores/as, ou seja, pelo crescimento de doenças associadas ao trabalho.

Desde meados das décadas de 1970-1980 que o capitalismo, ainda visando retomar sua produtividade e as altas taxas de lucro, tem adotado novas formas de gestão e exploração da força de trabalho, isto tem desencadeado o processo deterioração do trabalho regulamentado e contratado e, conseqüentemente, numa onda de trabalhos flexibilizados, informais, terceirizados, estáveis, temporários e desprovidos de direitos trabalhistas.

Nesse sentido, a era da informatização, da robótica e do maquinário avançado tem exigido cada vez mais dos/as trabalhadores/as, haja vista que com a nova (des) organização do trabalho verificar-se-ia o aumento da flexibilização, do ritmo e da jornada de trabalho intensa, ambiente de trabalho insalubre, rebaixamentos dos salários, instabilidade dos vínculos empregatícios e acentuação da competitividade. Todas essas questões tem fomentado o processo de precarização das condições trabalho e de vida da classe trabalhadora e, simultaneamente, acometido os/as trabalhadores/as de diversos problemas de saúde, sejam estes de caráter físico e/ou mental.

Sobre os novos determinantes do binômio saúde-doença decorrentes do processo de reestruturação produtiva, Antunes afirma:

Trata-se, nesse sentido, de um redesenho do mapa mundial dos acidentes de trabalho e doenças profissionais e do trabalho cuja base de reconfiguração se assenta em nova *morfologia do trabalho* expressa por clivagens e transversalidades entre trabalhadores estáveis e precários, homens e mulheres, jovens e idosos, brancos, negros e índios, qualificados e desqualificados, empregados e desempregados, nativos e imigrantes [...] (2018, p.140).

No contexto brasileiro, dentre os conjuntos das propostas neoliberais defendidas e empreendidas pelo Estado, que visam à flexibilização das relações de trabalho e desregulamentação das proteções sociais especialmente àquelas associadas ao trabalho, podemos destacar em primeiro lugar a terceirização. Ela que, segundo Antunes (2018), é um dos principais mecanismos do sistema corporativista e vem se expandido nas últimas



décadas, trazendo consigo relações de trabalho cada vez mais flexíveis e precárias, empregos perpassados de instabilidade e sem amparo da legislação e dos direitos atrelados ao trabalho, aumento da rotatividade e da jornada de trabalho e dentre outros prejuízos.

Com a onda ofensiva dos trabalhos terceirizados, os/as trabalhadores/as estão mais propensos às situações de riscos nos ambientes de trabalho por essa razão a terceirização é considerada um dos agentes causadores do crescimento dos acidentes de trabalho, assim como, pela problemática do adoecimento relacionado aos processos de trabalho que tem sido provocado por todas as demais questões acima mencionadas.

Essa reconfiguração no mundo do trabalho imposta pelo capitalismo monopolista traz consigo novos mecanismos de usurpação do trabalho que, conforme Antunes *apud* Mota (2017), além de produzir trabalho excedente exclui uma massa de trabalhadores do mercado formal de trabalho, contribuindo assim com a intensificação do processo de desemprego estrutural. Nesse contexto, o discurso neoliberal incentiva à lógica do empreendedorismo e da subcontratação, propaga a falsa ideia de que o trabalhador pode ser seu próprio patrão e, desse modo, que, este agora pode ser “livre” de ordens e submissão. Isto tem resultado na criação dos chamados trabalhos a domicílio ou por conta própria, trabalhos intermitentes, aqueles associados às plataformas digitais, trabalhos informais, autônomos e dentre outros.

Conforme Mota (2017) a criação desse novo rol de trabalhos na atualidade é, na verdade, mais uma estratégia do capital em legitimar o aprofundamento da exploração da força de trabalho por intermédio da precarização e das expropriações desta categoria fundante do ser social.

É também fruto desse processo a redução de salários, o que dificulta ainda mais o suprimento das necessidades básicas de sobrevivência do/a trabalhador/a e em muitos casos até compromete o sustento de sua família, isso pode, de alguma maneira, atingir saúde desses sujeitos, pois ao não conseguir condições de vida minimamente dignas este/a fica mais vulnerável a ser acometido/a por problemas de saúde dos mais diversos matizes. Além das baixas remunerações, podemos destacar outro fator, referimo-nos as baixas qualidade e expectativa de vida da classe trabalhadora que decorrem do processo de precarização do trabalho e, em sua consequência, do desgaste físico e mental adquirido na sua intensa luta pela sobrevivência.

Neste modelo de acumulação flexível observa-se que os trabalhos estão fortemente atrelados às tecnologias avançadas. Com isso, no século XXI, vemos uma onda de trabalhos que exigem do/a trabalhador/a conhecimento técnico para dar conta de manusear o maquinário avançado.



O capital se aproveita da ideia de que agora o aparato tecnológico torna o trabalho mais flexível e menos pesado para sobrecarregar os trabalhadores com inúmeras tarefas a serem desenvolvidas ao mesmo tempo requisitando desses sujeitos mais agilidade, rapidez e esforço intelectual, por essa razão é necessário que os/as trabalhadores/as sejam polivalentes e multifuncionais. Essas exigências também são responsáveis pelo adoecimento do/a trabalhador/a no processo de trabalho, isto em virtude do esforço intelectual empreendido no desempenho de suas tarefas, da cobrança de metas a serem cumpridas em curtos prazos e acúmulo de funções, tudo isso tem causado a exaustão daqueles que vendem sua força de trabalho.

Com o incremento de trabalhos relacionados à informática e a microeletrônica há uma crescente onda de criação de trabalhos via plataformas digitais e/ou aplicativos, vale salientar que os abalos à saúde do trabalhador também estão presentes nessas novas atividades. Nos países de capitalismo avançado eles foram propostos para fins de renda complementar, enquanto que na realidade dos chamados países periféricos, a exemplo do Brasil, chegaram e estão sendo utilizados como renda principal (ANTUNES, 2018).

Esses novos tipos de trabalho tem gerado muitas discussões e sido alvo de diversas críticas, haja vista que intensificam o ritmo de trabalho, não possuem nenhuma garantia de direitos trabalhistas, a renda depende do grau de produtividade o que leva o trabalhador a cumprir intensas jornadas de trabalho, sem contar nos inúmeros riscos (acidentes e violências) aos quais está exposto já que se tratam de trabalhos com longos deslocamentos e que exigem passar muito tempo na rua, como é o caso dos UBER's e motociclistas de serviços de delivery's.

Toda noção propagada pelo ideário neoliberal de que essas novas formas de trabalho possibilitar-se-ia o/a trabalhador/a ser seu próprio patrão, dono do seu negócio e assim teria flexibilidade nos seus horários de trabalho nada mais é do que uma mera falácia, sendo apenas um meio encontrado para desregular as legislações trabalhistas e sociais, retirar sua cobertura de proteção social conquistada com lutas históricas da classe trabalhadora, assim como, naturalizar a precarização do trabalho, do processo de surperexploração e, conseqüentemente, o adoecimento dos/as trabalhadores/as decorrentes dos limites psicofísico provocados por todos esses processos.

O Estado neoliberal brasileiro tem atendido por intermédio das mais variadas estratégias, os interesses do grande capital e dado legitimidade as precárias condições de trabalho e vida dos/as trabalhadores/as quando apresenta, por exemplo, reformas da previdência e trabalhista, alegando ser a solução para retomar o crescimento econômico que, na verdade, trata-se apenas de uma adequação a lógica de ajuste fiscal e mais um mecanismo

para acelerar o processo de retirada de direitos da classe trabalhadora. Com a ideia de Amaral *apud* Silva, podemos complementar nossa afirmação no que tange ao verdadeiro interesse da proposição dessas contrarreformas adotadas pelo estado:

O fenômeno de reformas no campo dos direitos sociais e trabalhistas, comuns do século XXI, utiliza a concepção de necessidade de responder às pressões da burguesia em busca da manutenção do poder da classe burguesa e de um menor custo de trabalho para o capital, gerando assim uma dinamização, maior lucratividade e rentabilidade do mercado (2019, p.3).

Todos esses fatores potencializam o processo de precarização do trabalho e ampliam as possibilidades para o adoecimento dos/as trabalhadores/as, considerando-se que a cartilha neoliberal ao promover o sucateamento das políticas públicas e sociais, a criação programas de focalização no combate à pobreza e a mercantilização do serviço sociais no atual contexto de precarização estrutural das relações de trabalho, acaba por acarretar sérios prejuízos no processo de reprodução de vida da classe trabalhadora, intensificando as péssimas condições de vida desses sujeitos.

Além disso, o modo de produção capitalista com a contribuição do Estado neoliberal promove uma distorção sistemática da realidade com a propagação de discursos meritocráticos, por intermédio dos veículos midiáticos, da política, da literatura e nos mais variados espaços. Desse modo, os/as trabalhadores/as desenvolvam uma autoculpabilização pelas precárias condições de vida nas quais se encontram, desconsiderando a macroestrutural em que inseridos e as determinações dos seus fatores históricos, sociais, políticos e econômicos, provocando assim o adoecimento mental desses sujeitos por se considerarem pessoas fracassadas e responsáveis pelas suas indignas condições de vida.

Essa é só um recurso ideológico do capital para desviar o foco dos verdadeiros fatores causadores dos problemas de saúde que são advindos do exercício laboral. A denominada “ideologia da vergonha” tem facilitado essa estratégia do sistema capitalista, conforme Dejours *apud* Silva (2019, p.2) ela é um conceito que tem sido:

[...] utilizado pelo capital como um mecanismo de manutenção do consenso em relação ao processo de (des) regulamentações nocivas ao trabalhador dentro do neoliberalismo. É mais útil para o capital utilizar mecanismos que consolidam uma ideia coletiva de transferência de culpa do desemprego, do adoecimento laboral - físico ou mental -, e das relações de trabalho que geram stress para o trabalhador como o assédio moral, a tensão no ambiente de trabalho, o sentimento de vigilância e o medo constante dentro do trabalho, a aflição pelo impedimento de progressão por qualificação e a angústia pelo baixo salário, que transferem a culpa dos adoecimentos psíquicos causados pelas transformações do mundo neoliberal para o indivíduo.

Diante do exposto ficam evidenciados que são diversos os processos responsáveis pelo adoecimento dos/as trabalhadores/as nos ambientais laborais. No atual contexto de pandemia mundial da COVID-19, a saúde de todos está ameaçada, mas principalmente daqueles que compõem a classe trabalhadora, que além de todo o processo de precarização

das suas condições de vida, de trabalho e de saúde, agora, precisam lidar diretamente com mais um fator que põe em elevado grau de risco não somente a sua saúde mais também a sua vida.

2.2 COVID-19 e seus rebatimentos na vida dos/das trabalhadores/as

Iniciamos afirmando, que em tempos de pandemia (COVID-19), a ordem societária capitalista demonstra mais uma vez seu poder destrutivo sobre as frações da *classe-que-vive-do-trabalho* (Antunes, 2015). A situação de calamidade pública que estamos vivendo, comprova mais uma vez à situação perversa da crise estrutural, em conjunto com ela expõem a incapacidade e a falácia dos projetos neoliberais sobre a organização e papel do Estado na proteção social brasileira.

As sucessivas contrarreformas sobre o tripé da Seguridade Social (Saúde, Previdência e Assistência Social) e o processo desmonte do trabalho e dos direitos a ele correspondentes, revelam que, no cenário nacional a luta pelo combate do novo coronavírus torna-se mais difícil em relação a outros países, principalmente aqueles que ainda têm um sistema de Proteção Sólido. Algumas questões surgem a partir dessa realidade: Quais fatores que têm impossibilitado o Brasil a colocar em prática as recomendações impostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS)? Qual relação do coronavírus com os processos de desmonte do trabalho?

Sabemos que a pandemia da COVID-19 vem sendo enfrentada, a partir das orientações dos órgãos de saúde pública, mediante o isolamento social e a quarentena. Desse modo, as mídias sociais e digitais levantam à bandeira para que a população fique em casa, com permissão para os que trabalham com os serviços de saúde considerados essenciais. Nesse sentido, a pandemia escancarou a face mais perversa e desumana do modo de produção capitalista, tendo vista que os/as trabalhadores/as têm sido os mais atingidos pela questão da Covid-19, já que são obrigados a continuarem trabalhando para não desacelerar a acumulação de lucros deste sistema.

Na realidade brasileira, tem-se notado muitas divergências e instabilidade nas decisões tomadas para o enfrentamento desta pandemia. Um dos fatores que demonstra a ineficácia do Brasil na luta contra o COVID-19 está diretamente relacionada à expansão ofensiva dos governos da (e) direita (s), a ampliação do conservadorismo, aliado as forças e pensamentos fascistas.

Desta forma, observa-se especialmente por parte do governo neofascista sob o comando do presidente da república, Jair Bolsonaro uma maior preocupação com estabilidade econômica e em atender as necessidades do mercado do que mesmo evitar proliferação dos

vírus e consequentemente as mortes em massa. Desse modo, observamos que os/as trabalhadores/as brasileiros/as estão ainda mais propensos a serem acometidos de uma série de prejuízos em suas vidas, devido a todas essas questões em torno desta nova problemática. De acordo com Yazbek et al. (2020, p. 208), o papel que este (des) governo vem assumido desde sua ascensão no Brasil, põe em risco os grupos e segmentos societários que vivenciam as diversas expressões da questão social.

O (des) governo federal vem assumindo o projeto ultraliberal conservador e obscurantista, de estímulo ao ódio de classe e aos grupos sociais historicamente excluídos de acessos a bens, serviços públicos e direitos, como o povo negro, em especial as mulheres pretas e pobres, os LGBTI+, os (as) jovens periféricos(as) e as classes trabalhadoras destituídas e subalternizadas. A retórica da necessidade de aprovação, pelo Congresso Nacional, das contrarreformas como remédio para a calamidade pública que nos assola não se sustenta, pois, nas situações de crise profunda como a que estamos vivendo, as desigualdades sociais se tornam mais visíveis, atingindo diferencialmente burgueses e trabalhadores, ricos e pobres, centrais e periféricos.

Outro determinante que fragiliza as ações no combate ao coronavírus se refere às contrarreformas neoliberais empreendidas especialmente sobre a Saúde. Desde sua presença na Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) vem sofrendo com sucessivos desmontes, deste citamos: o desfinanciamento público, por meio da Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016, que congelou por 20 anos os investimentos em Saúde, Assistência Social e Previdência Social, ou seja, as principais políticas sociais que estão sendo requisitadas para dá respostas emergências a problemática do coronavírus e as expressões da questão social intensificadas por ela.

Diversos são os fenômenos que implicaram no desmonte do trabalho, embora já tenhamos apontado alguns destes, é preciso lembrá-los para melhor compreendermos sua relação com a atual pandemia.

O incremento de todo esse acervo tecnológico neste século, provocou consequências drásticas para classe trabalhadora em escala mundial, mas de forma ainda mais arrebatadora para os/as trabalhadores/as dos países periféricos, como é o caso do Brasil. Dentre essas as principais consequências podemos apontar novamente: a criação das novas modalidades de trabalho cada vez mais precárias, flexíveis e desprotegidas de direitos; a acentuação do desemprego estrutural em virtude de uma substituição significativa de trabalhadores pelo maquinário tecnológico; intensa flexibilização e precarização do trabalho; a desregulamentação do papel do Estado; e o aprofundamento das múltiplas expressões da questão social.

Todas essas questões tem encontrado viabilidade de concretização através das ações do Estado neoliberal, das corporações jurídicas e do trabalho que grande mídia

desenvolve ao distorcer sistematicamente a realidade com a finalidade de acentuar e aprofundar os processos de alienação e estranhamento dos/as trabalhadores/as.

No Brasil, a fim de atender as exigências da lógica acumulativa e destrutiva do capital, o estado brasileiro, particularmente, após o golpe contra a ex-presidenta Dilma Rousseff em 2016 e, agora, de maneira ainda mais explícita no atual governo que apresenta tendências neofascistas e uma agenda econômica ultraneoliberal, vê-se avançar e fortalecer a cultura do “entreguismo” sobre o patrimônio público através de privatizações de empresas estatais sempre favorecendo ao capital financeiro internacional, muito mais que isso, acompanhou um desmonte das políticas públicas e sociais, fortes ataques aos direitos trabalhistas e sociais e em consequência desses processos a exacerbação das desigualdades sociais no país.

Diante disso, a aplicação do receituário neoliberal tem criado condições favoráveis para dar concretude as pretensões do capitalismo na desvalorização e superexploração da força de trabalho, sendo que as contrarreformas realizadas pelo estado tem sido um dos caminhos percorridos para tal. Em 2017, no governo do Presidente ilegítimo Michel Temer, visando atender tão somente os interesses do empresariado brasileiro, foram aprovadas as Leis nº 13.429/2017 e 13.467/2017, referentes, respectivamente, a terceirização irrestrita e ao conjunto de alterações na legislação do trabalho que se denominou “reforma trabalhista”.

A ala defensora da referida contrarreforma alegava que esta propiciaria mais geração de emprego, melhores condições e relações de trabalho e, na verdade, constatamos ocorrer totalmente o contrário: aumento do desemprego estrutural, trabalhos precários, avanço da terceirização, modalidade de trabalho sem carteira assinada, diminuição das vagas de emprego, enfraquecimento da luta coletiva, aumento da competitividade e perda de direitos trabalhistas.

Essa série de problemáticas de cunho macroestrutural decorre do processo de deterioração do trabalho, expressa nas múltiplas formas de exploração do trabalho e de precarização ampliada, estão sendo intensificadas em nosso país neste contexto pandêmico.

A classe trabalhadora em sua totalidade tem sofrido com questões como as altas taxas de informalidade e de desemprego, no primeiro caso apesar de uma ínfima redução em janeiro deste ano de 2020, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a informalidade atingia, no início deste ano, 40,7 % da população, sendo que ainda temos um total de 65,7 milhões de pessoas que não estão à procura de emprego e na condição de desempregadas. Sob os efeitos da pandemia cresceu, pela quarta vez consecutiva, os números relacionados ao desemprego no país, houve um acréscimo de mais



dois milhões de desempregados causados pelo fechamento de vários postos de trabalho (ALVARENGA; SILVEIRA, 2020).

Os estabelecimentos comerciais de pequeno e médio porte, a exemplo de lojas, bares, restaurantes e dentre tantos outros, são os mais atingidos financeiramente diante do período pandêmico, pois com diminuição do consumo não conseguem arcar com as despesas por muito tempo. Isto resulta em mais desemprego e situações desesperadas para os trabalhadores que possuem esses negócios como sua fonte de renda.

As cobranças recaem única e exclusivamente sobre o Estado para flexibilizar as medidas de isolamento social, quando na verdade dever-se-ia também exigir responsabilidade do grande capital para amparar os/as trabalhadores/as neste momento, já que todo o lucro e a mais-valia apropriados privadamente pelas grandes corporações empresariais são produzidos pela classe trabalhadora, logo, teria de fornecer condições necessárias aos trabalhadores para suprirem suas necessidades de sobrevivência e, assim, poder cumprir as recomendações das principais instâncias de saúde, a exemplo do isolamento. Todavia, vê-se o grande capital se isentar de qualquer reponsabilidade e transferi-la totalmente ao poder estatal, que não consegue dar conta de responder a todos os desdobramentos socioeconômicos motivados pela pandemia.

No cenário brasileiro de profunda crise política e econômica acompanhada desta inesperada crise sanitária, as frações da classe trabalhadora que mais sofrem rebatimentos neste momento são os trabalhadores informais, terceirizados, intermitentes, aqueles que estão inseridos no rol das atividades associadas à uberização e, especialmente, a parcela de trabalhadores não inseridos no mercado de trabalho formal. Todos esses estão mais expostos aos riscos que o vírus impõe a sua saúde e até a sua própria vida, sem contar do intenso processo precarização do trabalho e das condições de vida que vivenciam esses sujeitos.

Um fato que comprova nossa assertiva e merece destaque diz respeito às greves organizadas pelos entregadores de aplicativos durante a pandemia, as paralisações de nível nacional foram denominadas de “Breque dos Apps” nas quais esses trabalhadores reivindicam melhorias nas condições de trabalho, mais segurança e salários justos, já que apenas ganham sua renda por produtividade pelas empresas como Uber Eats, Ifood, Loggi, Rappi, Uber Eats.

Esses trabalhadores além de buscarem atender sua necessidade desesperada pela sobrevivência acabaram sendo levados pelo discurso neoliberal de que nesses novos tipos de trabalho estão sendo patrão de si mesmo, donos do próprio negócio, mas, na verdade, estão apenas caindo na lógica do capital de “modernização do trabalho” expressa

na desvalorização da força de trabalho e novas formas de exploração, e em consequência disto vivenciam o processo de negação de direitos trabalhistas.

Pudemos acompanhar por meio de jornais os relatos de entregadores que criticavam a falta de equipamentos básicos de proteção (como álcool em gel, máscaras, luvas e etc) para se protegerem do vírus, tendo de passar parte significativa do dia fazendo entregas, ficando claramente propensos à contaminação. Portanto, este é apenas um exemplo dentre milhões que temos acompanhado neste contexto. O capitalismo exhibe agora, mais do que nunca, sua face destrutiva, e aqui no Brasil conta com a colaboração do Estado ultraneoliberal-conservador.

3. CONCLUSÃO

Nesses tempos em que vemos o grande capital intensificar sua lógica predatória de acumulação, marcada pela dominação do capital financeiro sob a égide da esfera produtiva, ficou ainda mais visível com a pandemia, a forte tendência de a humanidade vivenciar a barbárie. Com o avanço de governos de direita e extrema-direita em diversas partes do globo, este sistema, agora mais do que nunca, tem encontrado espaços cada vez mais propícios para desenvolver suas novas formas de exploração e acumulação privada de riquezas.

A política neoliberal adotada nas agendas econômicas de vários governos tanto de países centros como de países periféricos, a exemplo do Brasil, para atender aos interesses da burguesia, vem apresentando a falaciosa proposta de modernização do trabalho, que se trata apenas de mais uma estratégia para camuflar os processos de precarização das condições de trabalho, saúde e vida da classe trabalhadora, de criar novas formas de escravidão, de potencializar os processos de alienação e de legitimar a negação de direitos historicamente conquistados pelos/as trabalhadores/as de todo o mundo.

Neste contexto pandêmico o receituário neoliberal por intermédio principalmente, das contrarreformas do Estado tem intensificado essas questões, acarretando, por exemplo, em aumento da precarização do trabalho, do desemprego estrutural, da fome, da miserabilidade, ou seja, na radicalização da questão social e agravamento das suas múltiplas expressões.

Na realidade brasileira a situação é ainda mais grave, com a onda conservadora e neofascista que assola o país, a crise sanitária não tem sido encarada de forma responsável pelo governo federal, o que se tem visto são as claras práticas de uma necropolítica, acompanhada de obscurantismo e negação da ciência. Tudo isso só acomete a classe trabalhadora brasileira com inúmeros prejuízos que, agora, além de sofrer os intensos



processos de precarização suas vidas estão ainda mais em risco devido à exposição ao vírus nos ambientes de trabalho.

A pandemia só tem demonstrado a importância de defender o Sistema Único de Saúde (SUS), a Universidade Pública, cobrar mais investimentos em pesquisa científica, bem como exigir o fortalecimento das demais políticas públicas que compõem o tripé da Seguridade Social, já que neste momento os/as trabalhadores/as tem demandado ainda mais dos bens e serviços oferecidos nessas políticas.

Portanto, todos esses acontecimentos atestam a urgente necessidade de repensarmos a categoria trabalho, mas para, além disso, repensarmos um novo modelo de sociedade no qual jamais o lucro esteja acima da vida.

REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, Darlan; SILVEIRA, Daniel. **Desemprego fica em 11,2% em janeiro, e atinge 11,9 milhões, diz IBGE**. 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/economia/noticia/2020/02/28/desemprego-fica-em-112percent-em-janeiro-e-atinge-119-milhoes-diz-ibge.ghtml>>. Acesso em julho de 2020.
- ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. 16ª edição. São Paulo: Cortez, 2015.
- _____. **O Privilégio da Servidão: O Novo Proletariado de Serviço na Era Digital**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2018.
- _____. **Trabalho e precarização numa ordem neoliberal**. La Ciudadania Negada. Políticas de Exclusión en la Educación y el Trabajo. Buenos Aires. 2000. Disponível em: <<http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/educacion/antunes.pdf>>. Acesso em julho de 2020.
- BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011
- Filgueiras, L. (2006). **O neoliberalismo no Brasil: estrutura, dinâmica e ajuste do modelo econômico**. Em E. M. Basualdo e E. Arceo (Orgs.), Neoliberalismo y sectores dominantes. Tendencias globales y experiencias nacionales (pg. 179-206). Buenos Aires: CLACSO. Disponível em: <<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/grupos/basua/C05Filgueiras.pdf>>. Acesso em julho de 2020.
- MOTA, Ana Elizabete. **Sobre as expropriações contemporâneas: hipóteses e reflexões**. 2017. Disponível em: <<http://www.niepmarx.blog.br/MManteriores/MM2017/anais2017/MC44/mc444.pdf>>. Acesso em julho de 2020.
- NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia Política: uma introdução crítica**. 5.ed. v.1. São Paulo: Cortez, 2009.
- SILVA, Marinara Melo da. **Precarização e adoecimento no mundo do trabalho: a ideologia da vergonha como mecanismo de culpabilização do trabalhador**. 2019. IX Jornada Internacional de Políticas Públicas.
- SILVEIRA, Daniel. **Desemprego diante da pandemia tem alta pela 4ª semana seguida, aponta IBGE**. 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/economia/noticia/2020/07/03/cerca-de-11-milhao-de-pessoas-voltaram-ao-trabalho-no-pais-na-segunda-semana-de-junho-diz-ibge.ghtml>>. Acesso em julho de 2020.
- YAZBEK, Maria Carmelita; RAICHELIS, Raquel; SANT'ANA, Raquel. **Questão social, trabalho e crise em tempos de pandemia**. Serviço Social & Sociedade, n. 138, p. 207-213, 2020.

A INVISIBILIDADE DO TRABALHO INFORMAL: OS IMPACTOS DA PANDEMIA DO COVID-19 NO BRASIL

Raisa Silva Cruz (UFRB); Saene Santos Silva (UFRB)

RESUMO: A reestruturação do mundo do trabalho ocasionou a expansão do setor informal, gerando, por sua vez, o aumento de pessoas que não possuem vínculos empregatícios, isentas da proteção social necessária. O presente artigo tem como objetivo evidenciar as mudanças na categoria trabalho, a sua relação com a expansão do setor informal e os seus desdobramentos, inflados ainda mais no contexto da pandemia do COVID-19 no Brasil. A perpetuação do vírus no país e as medidas de contenção não aliadas a políticas públicas efetivas impulsionou a exposição desse grupo, bem como a intensificação da sua situação de vulnerabilidade social.

Palavra-Chave: Trabalho; Trabalhador informal; Covid-19

ABSTRACT: The restructuring of the world of the work caused the expansion of the informal sector, producing, for his time, the increase of persons who have no contracts of employment, you exempt of the necessary social protection. The present article has as objective shows the changes up in the category I work, his relation with the expansion of the informal sector and his ramifications inflated still more in the context of the pandemia of the COVID-19 in Brazil. The perpetuation of the virus in the country and the restriction measures not allied to effective public policies it drove the exhibition of this group, as well as the intensification of his situation of social vulnerability.

Keywords: Work; Loose Work; Covid-19

1 INTRODUÇÃO

As mudanças ocorridas no mundo do trabalho têm instituído outros valores ao conceito inicialmente pensado por Marx³¹. Essa transformação é desenvolvida a partir das ideias da formação do trabalho historicamente determinado, socialmente e politicamente construído dentro de uma noção temporal. Suas definições vão adquirindo adequações com as mudanças ocorridas na sociedade e conseqüentemente nos processos de trabalho³² (COLMÁN; POLA, 2009).

A estrutura do trabalho foi se modificando ao longo dos anos. O trabalho primitivo deu lugar a uma condição escravocrata na antiguidade, sendo substituído pela servidão na Idade Média. Com a inserção do sistema capitalista o sujeito passou a vender a sua força de trabalho, sendo, portanto, uma mercadoria

Aqui não se trata mais do trabalho, ou do processo simples de trabalho que produz valores de uso para seu produtor é também proprietário dos meios de produção, dos instrumentos, habilidades e conhecimentos que lhes endossam esta posse. Trata-se de um tipo especial de trabalho que, ao ser vendido no mercado como força de trabalho, acaba por constituir-se em mercadoria e, portanto, deve conter um valor. O capitalista, proprietário dos meios de produção, compra a força de trabalho e adquire o direito de utilizá-la, por determinado período de tempo, como melhor lhe convier. A força de trabalho, cristalizada em mercadoria, e colocada no mercado, é comparada a outras mercadorias (GUERRA, 2011, p. 104).

O processo de reestruturação do capital gerou uma lógica de produtividade em massa. Com isso, o trabalhador vivencia as “ações destrutivas contra a força humana de trabalho, que encontra-se hoje na condição de precarizada ou excluída” (ANTUNES, 2000, p.36). O trabalho em sua dimensão instável adota como formas de progressão, diante da eclosão neoliberal, a fragmentação da classe trabalhadora como estratégia de intensificar a exploração (ANTUNES, 2000). Essas mutações como caracterizado por Antunes e Alves (2004) ocasionou o desemprego em massa, reforçando as formas desregulamentadas de trabalho, expandindo por sua vez, a categoria do trabalho informal.

O trabalhador considerado informal pode ser definido de acordo com Dalberto e Cirino (2018) trabalhadores que não possuem a carteira assinada, trabalham por conta própria e que não são contribuintes da previdência, ou seja, não “desfruta de benefícios oferecidos pelo sistema de seguridade – como aposentadoria, salário-maternidade e auxílio doença” (DALBERTO; CIRINO, 2018, p. 419).

³¹ O trabalho enquanto categoria fundante do ser social, sendo indissociável das relações sociais predominantes

³² “O processo de trabalho, como expusemos em seus momentos simples e abstratos, é atividade orientada a um fim – a produção de valores de uso –, apropriação do elemento natural para a satisfação de necessidades humanas, condição universal do metabolismo entre homem e natureza, perpétua condição natural da vida humana e, por conseguinte, independente de qualquer forma particular dessa vida, ou melhor, comum a todas as suas formas sociais” (MARX, 2013, p. 335).



A crise política instaurada no país proporcionou uma fragmentação da população brasileira, inflando a coadjuvância dos direitos sociais no Brasil. A criação de novos postos de trabalhos formais, acompanhado de investimentos significativos na educação, sobretudo de jovens e adultos, deu lugar a uma taxa de desemprego, de acordo com o PNAD, de 12,2% (IBGE, 2020), o equivalente a 12,9 milhões de brasileiros. E também, a 39,9% de brasileiros que trabalham informalmente, o que corresponde a um número expressivo de 36,8 milhões de pessoas.

Um dos exemplos do desmonte do direitos sociais, ocasionado pelo avanço neoliberal no Brasil é a reforma trabalhista. A flexibilização das relações de trabalho e também uma redução considerável da taxa de desemprego no país, era a intenção propagada da reforma, todavia essa diminuição aconteceu reduzidamente, aliada por sua vez, a expansão da taxa de trabalhadores informais. O índice de desocupação foi minimamente reduzido, em contrapartida a parcela da classe trabalhadora que não possui direitos trabalhistas garantidos se expandiu.

A instabilidade no mundo do trabalho aliado ao desmonte cada vez mais materializado no território brasileiro, pastas essenciais como os da seguridade social, vêm perdendo espaço na prioridade do governo desde 2016. A PEC 241, que propõe o congelamento de gastos, é um exemplo contundente desse fenômeno, inflando os impactos da pandemia do COVID-19.

O coronavírus pode ser definido como “RNA de vírus causadores de infecção respiratória” (LANA et al, 2020). Nesta pandemia a infecção, causada por um tipo de coronavírus o SARS-CoV-2, é chamada COVID-19, identificada pela primeira vez em dezembro de 2019 em Wuhan na China, foi disseminada por todo o globo. No Brasil essa crise sanitária além de gerar um esgotamento dos hospitais do país, efetua também uma crise no âmbito social e econômico.

O direcionamento da Organização Mundial da Saúde é para o distanciamento social, ou seja, as pessoas devem ficar em casa e somente os serviços essenciais deverão funcionar. Apesar da relutância do governo federal, os estados e municípios entraram em quarentena, algumas mais severas e outras nem tanto. O resultado disso para um país que já estava enfrentando um alto índice de desemprego e uma taxa maior ainda de trabalhadores informais, é calamitoso.

O trabalhador informal, em sua maioria, são pessoas que acharam oportunidades em pequenos empreendimentos de driblar o desemprego. Por não serem assegurados pela previdência e pela ausência de políticas públicas efetivas para essa categoria, os trabalhadores informais encontram na rentabilidade do seu trabalho a promoção do seu sustento e da sua família.

Com menos pessoas circulando e somente os serviços essenciais em funcionamento, essa rentabilidade é consideravelmente comprometida, caracterizando a invisibilidade dessa parcela da classe trabalhadora. O auxílio emergencial do governo federal, no valor de R\$600, é a única alternativa para esse grupo, no entanto há uma série de impasses como por exemplo a demora na concessão do benefício, a condição do acesso a internet e o uso de smartphone, e também a sobrecarga nos serviços de informação.

2 TRANSFORMAÇÕES NO MUNDO DO TRABALHO

O movimento de ascensão do trabalho fabril desencadeado pela revolução industrial incorporou novos métodos e análises nas discussões que perpassam o mundo do trabalho. O que se desenvolvia a partir de uma lógica existencial, visto que era utilizado para garantir a subsistência do ser humano, com a expansão dos centros urbanos e o projeto de acúmulo do capital, passa a constituir fator essencial para firmar um novo padrão, o da produção e reprodução de mercadorias (ARAÚJO E MORAIS, 2017). Sendo o trabalho o fomentador de acúmulo de riquezas da sociedade, o trabalhador se torna instrumento da interlocução entre donos dos meios de produção e lucro, através da venda da sua força de trabalho, considerada nesse contexto uma mercadoria.

Após a segunda revolução industrial, pensando-se na acumulação do capital, em meio ao desencadeamento das inovações tecnológicas, novas manifestações com relação a administração científica de empresas começam a ser desenvolvidas. Foram elaboradas novas teorias a respeito da divisão do trabalho, vislumbrando o máximo de produtividade (DAINEZ et al, 2018). Essas teorias foram aperfeiçoadas dentro do modo de produção capitalista, tornando precarizado as condições de vida da classe-que-vive-do-trabalho.

O Taylorismo é o primeiro modelo implantado após a eclosão das grandes indústrias no início do século XX. Consistiu em um modo de sistematização padronizado e simplificado, a partir da divisão do trabalho, que objetivava produzir e lucrar em um período curto de tempo (ROCHA, 2020). No Brasil, os industriais almejavam a inserção deste método, acreditando que, através da racionalização e regulação no campo do trabalho, os problemas sociais e econômicos iriam ser solucionados (BATISTA, 2015), uma visão construída pela burguesia brasileira no ápice do desenvolvimento do capitalismo.

O fordismo é criado a partir das teorias científicas do Taylorismo, acrescido de novos elementos³³. Estabelecendo-se a partir da instauração das linhas de montagem

³³ “1) produção em massa, 2) parcelamento das tarefas, 3) criação da linha de montagem, 4) padronização das peças, 5) automatização das fábricas” (SANTOS, 2009, p. 01)

automatizadas suscitando a manufaturação (JORGE; ALBAGLI, 2015). Essas transformações no Brasil se perpetuaram de forma desigual, acarretando em diversos problemas sócio econômicos no país.

As modificações no mundo do trabalho foram desenvolvendo-se a partir do aperfeiçoamento dos regimes de produção. Contudo, com o avanço do capital cada vez mais recorrente, as formas de acumulação representada pelo (Taylorismo/fordismo) foram enfraquecendo, solicitando a elaboração e execução de um novo regime. Denominado de Toyotismo, método Kanban ou Just in time, foi formulado no Japão e sustenta-se em um sistema de produção com o método flexível (KODJA, 2009).

A flexibilização da acumulação do capital, fundamentada na tensão de uma empresa precisa, propiciou o surgimento do processo chamado reestruturação produtiva do capital, fator que propagou grandes impactos no mundo do trabalho. É neste processo que há intensas aplicações em inovações tecnológicas que agilizam a produção, bem como quem toma as rédeas das contratações e demissões é a demanda do mercado (SANTOS, 2012), precarizando ainda mais as condições de trabalho.

Há diversos elementos que contribuíram para a degradação das condições de trabalho. Um fator essencial entre eles é o estabelecimento do neoliberalismo, que norteia-se a partir de um projeto societal baseado no desenvolvimento da reestruturação produtiva, logo na flexibilização do mundo do trabalho. De acordo com Antunes (2002), é essa estrutura bem sistematizada o grande responsável pelos elementos destrutivos ocorridos

É preciso que se diga de forma clara: desregulamentação, flexibilização, terceirização, bem como todo esse receituário que se esparrama pelo "mundo empresarial", são expressões de uma lógica societal onde o capital vale e a força humana de trabalho só conta enquanto parcela imprescindível para a reprodução deste mesmo capital. Isso porque o capital é incapaz de realizar sua autovalorização sem utilizar-se do trabalho humano. Pode diminuir o trabalho vivo, mas não eliminá-lo. Pode precarizá-lo e desempregar parcelas imensas, mas não pode extingui-lo (ANTUNES, 2002, p. 232).

Deste modo, por serem revestidas de concepções destrutivas, surtiu efeitos devastadores, corroborando na retroalimentação da exploração da força de trabalho, na destruição do meio ambiente, na intensificação do desemprego e conseqüentemente no aumento dos setores informais. Tornando a classe-que-vive-do-trabalho reféns do sistema, na função de ser, produzir e reproduzir mercadorias.

A perspectiva do Estado mínimo tem crescido intensivamente, é possível observar sem muito esforço, a fragmentação, insegurança e sentimento de competitividade da classe trabalhadora (ANTUNES, 2002), que como forma de sobreviver ao desemprego estrutural, busca-se novas formas de trabalho. Essas que se desenvolve através de mais exploração, com a inexistência de vínculos empregatícios, direitos trabalhistas e equipamentos de



segurança necessários. Uma estrutura tomada pela flexibilização abre espaço para o trabalho informal e precarizado.

3 O TRABALHO INFORMAL

A formação do exército industrial de reserva se tornou estrutural e essencial para o capital. A ameaça do desemprego fundamenta a expansão do desmonte dos direitos trabalhistas. Com isso, como forma de driblar essa condição, os trabalhadores recorrem ao setor informal sendo caracterizado por Cacciamal (2007) como as manifestações do trabalho que independem do trabalho assalariado, a autora em sequência define as características desse setor

(i) o produtor direto é o possuidor dos instrumentos de trabalho e/ou do estoque de bens necessários à realização de seu trabalho, e se insere na produção como patrão e empregado simultaneamente; (ii) o produtor emprega a si mesmo e pode lançar mão de trabalho familiar ou de ajudantes como extensão do seu próprio trabalho; o proprietário obrigatoriamente participa de maneira direta da produção e da direção do negócio; (iii) o produtor direto vende seus serviços ou mercadorias, o ganho é utilizado, principalmente, para consumo individual e familiar e para a manutenção da atividade econômica, e mesmo que o indivíduo aplique seu dinheiro com o sentido de acumular, a forma como se organiza a produção, com apoio no próprio trabalho, em geral não lhe permite tal acumulação; (iv) a atividade é dirigida pelo fluxo de renda que fornece ao trabalhador e não por uma taxa de retorno competitiva; é dessa renda que se retiram os salários dos ajudantes ou empregados que possam existir (CACCIAMALI, 2007, p. 152).

Com a globalização e a intensificação na criação e disseminação de inovações tecnológicas, o capital encontrou mais uma oportunidade de maximizar os seus lucros. Começou a ser difundido um discurso meritocrático de empreendedorismo, quanto mais se trabalha, melhor será a rentabilidade. Com isso, retira-se a ideia de horário de trabalho, local de trabalho, e até mesmo os dias, desse modo o indivíduo, sem perceber, se doa ainda mais para o capital, intensificando a mais valia dos grandes empresários, e sem nenhum tipo de proteção social

4 O TRABALHO INFORMAL NO BRASIL

A política neoliberal foi difundida na América Latina na década de 1970, no Brasil mais especificamente em 1990, a partir do governo Collor (MARINHO; CASTRO; AIRES, 2016). Os impactos do avanço neoliberal poderiam ser maiores e mais significativo nos anos 2000, todavia ele foi dosado devido a instauração da política neodesenvolvimentista no país “a premissa básica dessa tese é a construção de um capitalismo humanizado que lograria

combinar desenvolvimento econômico com redistribuição de renda, conciliando-o com o desenvolvimento social” (MULATINHO, 2015).

Apesar do neodesenvolvimentismo ter freado o avanço neoliberal, ele continuou presente inflando ao longo dos anos o desmonte da estrutura do trabalho e dos direitos sociais. Em 2016 a política neoliberal retoma sua força incentivando reformas para modificação da estrutura do país. A partir desse momento, além de estruturas já conhecidas dentro do setor informal, novas disposições passam a ganhar mais força, em virtude das inovações tecnológicas.

A reforma trabalhista foi materializada na Lei nº 13.467 de 13 de junho de 2017, maquiada mediante ao discurso de modernização das relações de trabalho e também na redução da taxa de desemprego. Todavia essa realidade não foi concretizada, apesar de uma redução inicial de 0,3%, essa taxa voltou a subir 0,4% acompanhada de uma taxa de 39,9% de trabalhadores informais³⁴

Para além, nos últimos anos o Brasil vem carecendo de políticas públicas que incentivem o crescimento de novos postos de trabalho formal. Dessa forma, o capital lucra de duas maneiras, a primeira com relação ao crescimento do exército industrial de reserva, ganhando propensão no discurso da flexibilização dos direitos trabalhistas³⁵. E a segunda diz respeito ao aumento exacerbado da mais valia através do suposto empreendedorismo, propagado pelas empresas de marketing, e pelas plataformas digitais.

Como supracitado essas relações criadas com o avanço tecnológico retiram a ideia da estrutura do trabalho formal como horário específico, dias, local, mascarando a venda da força de trabalho. O trabalhador perde a identificação de vendedor da sua força de trabalho se tornando em tese seu próprio chefe ao determinar como, onde e quando trabalhar, entretanto, na verdade, ele trabalha mais, ganha menos, e não pertence ao sistema de proteção social em sua maioria³⁶.

O contexto precário se tornou ainda mais agravante em 2020. Com a difusão da doença denominada de Covid-19, devido a sua alta taxa de transmissão, o distanciamento social foi o recurso propagado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para controlar a

³⁴ “A nova legislação contribuiu tão somente para a precarização das relações de trabalho e a supressão dos direitos sociais, não atingindo os resultados anunciados. Além disso, após a “reforma”, constata-se a limitação na atuação da Justiça do Trabalho nas relações empregatícias, decorrência da prevalência do negociado sobre o legislado, das delimitações ao acesso gratuito ao Judiciário, das condenações em honorários advocatícios sucumbenciais, além do enfraquecimento sindical, que perdeu o seu poder de representatividade” (PASSOS; LUPATINI, 2020)

³⁵ O trabalhador acaba se sujeitando a relações de trabalho precarizadas, sendo amedrontado pelo desemprego estrutural

³⁶ A contribuição previdenciária não é de responsabilidade de uma empresa, visto que “no que concerne à exploração do trabalho, essas plataformas invisíveis conseguem seus êxitos na redução de custos em relação à mão de obra se aproveitando da utilização de uma fiscalização mais mitigada que permite que estes, por vezes, consigam se fazer passar por não empregadores, abstendo-se da regulamentação trabalhista e de seus custos. O marketing feito pelas plataformas é o de que os trabalhadores são autônomos. Sustentam que os prestadores de serviços, apesar de vinculados com a plataforma e de terem que cumprir certos padrões para serem colaboradores, são independentes e sem subordinação uma vez que executarão os serviços com maior liberdade na prestação de serviços” (Nunes; Gonçalves; Souza, 2018, p. 79)

pandemia e não sobrecarregar o sistema de saúde. Dessa forma, os trabalhadores informais que já eram invisibilizados na estrutura neoliberal, acabam perdendo, em sua maioria, o seu único meio de renda.

5 O CORONAVÍRUS E O TRABALHADOR INFORMAL

O coronavírus pode ser definido como um conjunto de vírus que causam doenças respiratórias. No final de 2019 foi sequenciado um novo vírus SARS-CoV-2 que gera uma doença denominada de COVID 19. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) 5% das pessoas com essa doença necessitam de cuidados mais extremos em unidades de tratamento intensivo. Baseado nisso, a letalidade da dela se torna preocupante, uma vez que os países não possuem estrutura suficiente para abarcar os casos mais graves.

Para conter a expansão da contaminação do SARS-CoV-2 a OMS orientou o estabelecimento do distanciamento social e outras medidas³⁷, desse modo a rotina mundial se modificou. A pandemia do COVID 19, vem causando impactos socioeconômicos em todo o mundo. Fronteiras foram fechadas para pessoas, serviços não essenciais foram interrompidos, a circulação de pessoas foi bruscamente reduzida.

Apesar do alto índice de contágio não existe até o presente momento da produção desse material nenhum tipo de medicação ou vacina que garanta a diminuição da propagação do vírus. Com isso, os países enfrentam mudanças inesperadas na economia e consequentemente no processo de acumulação do capital, tendo uma baixa significativa em setores de produção e consumo, o que gera preocupação, tendo em vista que a estrutura de sociedade é fundamentada por esses pilares.

6 CENÁRIO BRASILEIRO

A união declarou estado de emergência devido a pandemia, entretanto não estabeleceu uma quarentena nacional, coube aos estados e municípios decretar a quarentena. Sendo assim, a realidade no território brasileiro se modificou, escolas e universidades foram fechadas³⁸, o comércio foi reduzido³⁹ gerando uma série de demissão⁴⁰ e o direcionamento do próprio sistema de saúde para o tratamento da COVID-19. Alguns

³⁷ São consideradas medidas relevantes para evitar a contaminação: lavar as mãos com frequência ou utilizar álcool gel 70%; utilizar máscaras; manter uma distância de 1,5 metro; evitar contato físico; higienizar objetos pessoais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020)

³⁸ Algumas instituições estão utilizando a modalidade a distância para não interromper o andamento do calendário acadêmico

³⁹ Como a quarentena não é nacional, as políticas de isolamento variam de município e de estado

⁴⁰ Médias e pequenas empresas são as principais afetadas nesse período

setores, considerados essenciais continuam funcionando para garantir o mínimo para os brasileiros.

Grande parte dos trabalhadores foram atingidos pelas mudanças ocasionadas pelo vírus, contudo as pessoas que têm o setor informal como única fonte de renda são vítimas invisibilizadas nesse processo. Os efeitos do isolamento social, necessário para conter a disseminação do vírus, causou a diminuição da circulação de pessoas, gerando impactos significativos para as pessoas que dependem das vendas em ruas para sustentar a família.

Dessa forma, a exposição de alguns trabalhadores informais nesse período se faz necessária, considerando que, não existem para tal, formas de garantia que contribuem para sua subsistência em emergências como essa. Subdividindo em dois segmentos, o primeiro faz referência às pessoas que tiveram que interromper o seu trabalho, e o segundo as que continuam trabalhando sem estrutura de seguir as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Para os trabalhadores que tiveram que parar de exercer suas funções na pandemia, a sua renda mensal foi reduzida drasticamente. É necessário enfatizar que a realidade no setor informal e por consequência a ausência de estabilidade em momentos como o atual, atinge cerca de 36,8 milhões pessoas. A escassez de políticas públicas efetivas, para esse segmento, antes da disseminação do vírus, dificulta a manutenção da qualidade de vida para inúmeras famílias⁴¹ durante o contexto de pandemia.

No segundo segmento as incertezas viabilizadas pelo setor informal continuam sendo postas, vinculada a ausência de recursos disponíveis para cumprir com relação à utilização aos equipamentos de proteção individual, aumentando o grau de exposição para o contágio. Nas duas parcelas é notório a invisibilização desse grupo, vistos anteriormente como ferramenta para a manutenção da superpopulação relativa, seja sem renda ou sem proteção para uma possível contaminação.

7 AUXÍLIO EMERGENCIAL

Como medida paliativa o governo propôs um auxílio emergencial durante três meses para os trabalhadores informais, desempregados, beneficiários do bolsa família e inscritos do cadÚnico no valor de R\$200, posteriormente o congresso nacional modificou a proposta aumentando o valor para R\$600. Seguindo a lógica das políticas sociais focalizadas, esse

⁴¹ Atrélado ao fechamento das escolas, famílias em situação de vulnerabilidade perderam a principal alimentação para crianças e adolescentes.

programa de transferência de renda estabelece uma série de critérios⁴². Esses parâmetros abrem uma série de questionamentos, como por exemplo, o critério referente aos rendimentos máximo em 2018, sendo que a realidade econômica no cenário neoliberal não é estável. Para além, a limitação de até duas pessoas por composição familiar, ignora os diversos arranjos familiares brasileiros.

a transferência de renda é como um incentivo ao acesso a políticas universais estruturantes, principalmente nas áreas da saúde, educação e trabalho [...] Essas contrapartidas são o mínimo que às famílias precisam cumprir para poder continuar a participar dos programas e receber a renda oriunda deles, mas somente a transferência de renda não é o suficiente para que estas famílias superem a condição de pobreza que se encontram, são necessárias outras ações que paralelamente as contrapartidas, possam garantir condições de superação da pobreza (RUSCHEL; JUREMENHA; DUTRA, 2015)

Os beneficiários do auxílio emergencial são divididos em alguns grupos para o cadastramento e para o recebimento. Para o primeiro grupo de acordo com o Dataprev, a empresa estatal responsável pela análise dos benefícios, se enquadram microempreendedores individuais (MEIs), contribuintes individuais (CIs) e trabalhadores informais. Já o segundo grupo é composto por inscritos no Cadastro Único beneficiados pelo Programa Bolsa Família, e por fim, o terceiro grupo inscritos no CadÚnico e não beneficiários do Bolsa Família. Para o primeiro grupo foi criado um aplicativo para a realização do cadastro, entretanto usuários que se cadastraram nos primeiros dias relatam uma demora significativa para obter uma resposta.

Apesar de exigir que os pagamentos do auxílio fossem efetivados seguindo as recomendações da OMS, as estratégias utilizadas pelo governo para repassar o valor destinado, promoveram situações contrárias. Pensando em evitar aglomerações foi criado um aplicativo pela Caixa, que viabilizaria aos contemplados a transferência através de uma conta digital, para o banco de escolha do cidadão, contudo o aplicativo possui muitas falhas e não consegue suportar a quantidade de acessos.

As medidas direcionadas pelo governo Federal, para auxiliar as famílias que utilizam o setor informal na obtenção da sua subsistência, não foram analisadas de forma concisa, considerando que esses trabalhadores em sua maioria não estão conseguindo ter acesso ou tendo que contrariar as recomendações para receber, além dos que estão trabalhando sem nenhuma estrutura para tal.

Alguns formatos do trabalho informal passaram a serem expostos e consequentemente discutidos, neste contexto, havendo até uma romantização meritocrática,

⁴² Para receber o auxílio o indivíduo deve atender as seguintes recomendações: ausência de um emprego formal; renda familiar de até no máximo R\$3.135; ou R\$522,20 per capita; não possuir nenhum tipo de benefício previdenciário; e programas de transferência de renda (exceto o bolsa família); Os rendimentos tributáveis não podem ter ultrapassado o valor de R\$28.559,70 no ano de 2018; no máximo dois integrantes de um grupo familiar poderá receber (MINISTÉRIO DA CIDADANIA, 2020).

pois ainda continuam suas jornadas desenvolvidas a partir das condições precarizadas. Há afirmações sobre a visibilidade do trabalhador/a informal no momento, contudo essa movimentação referida ao setor como mencionado está sendo realizada a partir de perspectivas idealizadas de que os R\$600, por exemplo, será suficiente para amenizar os impactos do COVID-19, não notabilizando o antes e depois da Pandemia, como esses trabalhadores viviam, vivem e viverão.

As consequências da reforma trabalhista tem se manifestado em suas diversas expressões, e o aumento do trabalho informal é uma delas, que traz em seus desdobramentos o retrato da desvalorização do trabalho e do trabalhador/a, fatores essenciais para o desenvolvimento da sociedade. No contexto da pandemia essas consequências acabam sendo maximizadas, uma vez que um dos efeitos dela é o estabelecimento do distanciamento social, influenciando na rentabilidade dos trabalhadores no setor informal e por consequência na sua qualidade de vida.

8 CONCLUSÃO

O trabalho é uma categoria indissociável do ser humano, através dele é possível compreender diversos fenômenos na sociedade, revelando sua grande importância. Na medida em que o mundo perpassa por grandes períodos transformadores e disseminação de características inovadoras nas formas de sociabilidade vão se destacando, o trabalho acompanha o desenvolvimento, obtendo grandes modificações na maneira de pensar, processar, utilizar e conceituar. Tornando-o objeto de estudo que percorre por grandes mutações em cada modelo de sociabilidade.

Uma dessas mutações, sendo a mais drástica, é o estabelecimento do neoliberalismo, atrelado ao modelo toyotista de produção, substituindo o fordismo/taylorismo, e por sua vez, a ideia do trabalho formal. O trabalho informal se torna um mecanismo para que o trabalhador consiga garantir a sua subsistência, driblando a permanência no exército industrial de reserva.

A informalidade no mundo do trabalho tem se destacado dentro da geração de economia nos últimos anos. Atendendo a uma logicidade desumana, o trabalho informal é encarado como responsabilidade exclusiva do trabalhador/a para com suas futuras formas de sobrevivência, por não terem nenhuma proteção social a seu favor.

Na pandemia do COVID-19, a recomendação do isolamento social e suas indefinições causou insegurança dos/a trabalhadores/a informais. A partir destas imposições foi notório as



características de precarização no mundo do trabalho, expressando a realidade do trabalhador/a brasileiro/a que necessita das ruas para adquirir condições básicas de vida.

As condições de trabalho e também a qualidade de vida em si dessa parcela da classe-que-vive-do-trabalho não são debatidos socialmente, gerando ausência de políticas públicas efetivas que reduzam os impactos das expressões da questão social para esse fragmento, nessa estrutura neoliberal. A exploração, mais valia, produção e reprodução de mercadorias é o que move a economia, direitos trabalhistas se tornam opostos ao projeto aplicado e almejado.

Com a expansão do coronavírus no Brasil, esse segmento de trabalhadores ficaram ainda mais vulneráveis, seja pela ausência de renda, ou através da exposição em condições precárias de trabalho, se predispondo a contaminação do SAR-CoV-2. Apesar da efetivação de um programa de transferência de renda, o auxílio emergencial, o trabalhador informal continua sendo uma parcela vulnerável dentro dessa estrutura. Uma vez que, esse auxílio além de ser focalista apresenta uma série de falhas no processo de análise e distribuição, acrescido da limitação do valor de R\$1200 por grupo familiar, desconsiderando a ampla variação de arranjos familiares.

REFERÊNCIAS

- AMITRANO, Claudio Roberto; SQUEFF, Gabriel Coelho. Notas sobre informalidade, produtividade do trabalho e grau de utilização e seus impactos sobre o crescimento econômico no Brasil nos anos 2000. **Nova Economia**, Belo Horizonte, v. 27, n. 3, p. 511-550, Dez. 2017.
- ANTUNES, Ricardo. Trabalho e precarização numa ordem neoliberal. In: GENTILI, Pablo; FRIGOTTO, Gaudêncio (comp.). **A cidadania negada**. Buenos Aires: Clacso, 2000. p. 35-48.
- _____. ALVES, Giovanni. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Educ. Soc**, Campinas, v. 25, n. 87, p. 335-351, maio/ago 2004
- _____. Qual a crise da sociedade do trabalho? In: ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?** Campinas: Cortez e Unicamp, 2006. p. 81-101
- _____. A crise contemporânea e as metamorfoses no mundo trabalho In: ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?** Campinas: Cortez e Unicamp, 2006. p. 175-191.
- _____. Neoliberalismo, reestruturação produtiva e mudanças no mundo do trabalho. **Revista da Faculdade de Direito de Campos**, Campos dos Goitacases, v. , n. 2, p. 227-245, jan. 2001.
- ARAUJO, Marley Rosana Melo de; MORAIS, Kátia Regina Santos de. Precarização do trabalho e o processo de derrocada do trabalhador. **Cad. psicol. soc. trab.**, São Paulo , v. 20, n. 1, p. 1-13, 2017 .
- BATISTA, Eraldo Leme. A influência do Taylorismo na indústria brasileira e o processo de constituição do IDORT na década de 1930. **Lutas Sociais**, São Paulo, v. 19, n. 34, p. 25-38, jan/jun 2015.
- CACCIAMALI, Maria Cristina. (Pré-)Conceito sobre o setor informal, reflexões parciais embora instigantes. **Econômica**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 145-168, jun. 2007
- COLMÁN, Evaristo; POLA, Karina Dala. Trabalho em Marx e Serviço Social. **Serv. Soc. Rev**, Londrina, v. 12, n. 1, p. 179-201, jul/dez 2009
- DAINEZ, André Rodrigues Lusif et al. Organização do trabalho e o estranhamento: revisão dos paradigmas e delineamento dos novos desafios. **Revista Ciências do Trabalho**, São Paulo, v. 1, n. 10, p. 73-86, abr. 2018.
- DALBERTO, Cassiano Ricardo; CIRINO, Jader Fernandes. Informalidade e segmentação no mercado de trabalho brasileiro: evidências quantílicas sob alocação endógena. **Nova Economia**, Belo Horizonte, v. 28, n. 2, p.417-460, ago. 2018
- Granemann S. O processo de produção e reprodução social: trabalho e sociabilidade. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS; 2009
- GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2011
- JORGE, Vanessa de Arruda; ALBAGLI, Sarita. Papel da informação na área da qualidade: do fordismo ao capitalismo cognitivo. : do fordismo ao capitalismo cognitivo. **Transinformação**, Campinas, v. 27, n. 3, p. 245-253, dez. 2015.
- IAMAMOTO, Marilda Vilela. Trabalho e serviço social: o redimensionamento da profissão ante as transformações societárias recente. : o redimensionamento da profissão ante as transformações societárias recente. In: IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 2015. p. 81-148
- KODJA, Claudia Cheuri. **Crise econômica ao final do século XX- 1970 a 200: advento de uma organização social e financeira**. 2009. 259 f. Tese (Doutorado) - Curso de História Econômica, História, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009
- LANA, Raquel Martins et al Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p.1-5, 2020

- MARINHO, Allan; CASTRO, Ronice; AIRES, Walquiria Pereira. **Aspectos e influências do neoliberalismo e da globalização no Brasil**: seletividade de classes. seletividade de classes. 2016. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/235/8849>. Acesso em: 25 abr. 2020
- MARX, K. O Capital - Livro I – crítica da economia política: O processo de produção do capital. Tradução Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2013
- MULATINHO, Juliana Pessoa. Neoliberalismo e neodesenvolvimentismo: construção e desconstrução da cidadania no Brasil. **Revista Direito e Práxis**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 14, p. 198-225, jun. 2016
- NOGUEIRA, Mauro Oddo. A problemática do dimensionamento da informalidade na economia brasileira. Brasília: Ipea, 2016
- PASSOS, Saionara da Silva; LUPATINI, Márcio. A contrarreforma trabalhista e a precarização das relações de trabalho no Brasil. *Revista Katálysis*, Florianópolis, v. 23, n. 1, p.132-142, abr. 2020.
- ROCHA, Ivan Esperança. “Taylorismo” antes de Taylor. **Revista Archai**, Brasília, n. 28, p. 01-18, 24 mar. 2020.
- SANTOS, J. S. PARTICULARIDADES DA QUESTÃO SOCIAL NO CAPITALISMO BRASILEIRO. Rio de Janeiro: UFRJ, 2012.
- SAÚDE, Ministério da. **Sobre a doença**. 2020. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#o-que-e-covid>. Acesso em: 24 abr. 2020
- SILVA, Antônio Augusto Moura da. Sobre a possibilidade de interrupção da epidemia pelo coronavírus (COVID-19) com base nas melhores evidências científicas disponíveis. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 23, p. 1-3, 2020
- SOUZA, Douglas Modesto; NUNES, Ana Flávia Paulinelli Rodrigues; GONÇALVES, Fábio Antunes. As relações de trabalho e as plataformas digitais: entre discursos e verdades. **Revista do Curso de Direito do Unifor, Formiga**, v. 9, n. 2, p. 74-92, 8 nov. 2018.
- SOUZA, Mariana Barbosa de; HOFF, Tuize Silva Rovere. O governo Temer e a volta do neoliberalismo no Brasil: possíveis consequências na habitação popular. : possíveis consequências na habitação popular. *Urbe*. **Revista Brasileira de Gestão Urbana**, Curitiba, v. 11, p. 1-14, 2019

CRISE, ESTADO E PANDEMIA: REFLEXÕES SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE NO SERVIÇO SOCIAL

Aline Fernanda De Oliveira Fogaça (Prefeitura De São Bernardo Do Campo); **Sara Izabeliza Moreira Lima** (Universidade Federal De Minas Gerais - Ufmg).

RESUMO: Este artigo tece reflexões sobre a conjuntura política do Brasil no enfrentamento à pandemia do novo coronavírus, bem como, os fatores que antecederam a crise sanitária no país, com ênfase nas questões econômicas, políticas e sociais em curso desde 2016. Apresenta também, como as dimensões da crise recai sobre os/as assistentes sociais e seus enfrentamentos no cotidiano de trabalho, sobretudo, aos que estão na linha de frente das políticas sociais nos serviços públicos num contexto de subfinanciamento e destruição de direitos.

Palavras-chave: Crise, Estado, Pandemia, Serviço Social.

ABSTRACT: This article reflects on the political situation in Brazil in confronting the pandemic of the new coronavirus, as well as the factors that preceded the health crisis in the country, with an emphasis on the economic, political and social issues that have been underway since 2016. It also presents, as the dimensions of the crisis fall on social workers and their confrontations in daily work, especially those who are at the forefront of social policies in public services in a context of underfunding and destruction of rights.

Keywords: Crisis, State, Pandemic, Social Work.

1. INTRODUÇÃO

*“Quando os trabalhadores perderem a paciência
As pessoas comerão três vezes ao dia
E passearão de mãos dadas ao entardecer
A vida será livre e não a concorrência” ...
Mauro Iasi*

Em 11 de março de 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS), em razão da velocidade da propagação do novo coronavírus (SARS-COV-2), responsável pela disseminação da COVID-19, que neste momento já afetava todos os continentes, declarou oficialmente pandemia global.

A pandemia da COVID-19 impactou o cotidiano dos indivíduos em todo o mundo, os números de casos confirmados por esta doença sobem exponencialmente atingindo todos os continentes. Em 24 de julho de 2020 foram confirmados 15.296.926 casos no mundo e 628.903 pessoas vieram a óbito devido a COVID-19 (OMS, 2020).

No Brasil, na mesma data, 2.348.200 pessoas foram infectadas pelo novo coronavírus e 85.385 vieram a óbito (OMS, 2020), em que vale frisar a inconsistência desses números, dado o alto número de subnotificação causado pela baixa testagem da população.

A COVID-19 acarretou mudanças na condição de vida da população mundial ocasionando impactos econômicos e sociais. No entanto, segundo Antunes (2020) a pandemia possui um caráter discriminatório em relação a sua propagação e letalidade já que afeta de forma mais brutal a classe trabalhadora que sobrevive da venda da sua força de trabalho e que em sua maioria não possui condições de defesa neste contexto; como por exemplo a possibilidade de realizar o isolamento social, condições dignas de habitação, recursos hospitalares acessíveis, etc.

A pandemia ampliou os impactos causados pela crise do capitalismo global em curso desde 2007-2008 e que teve os efeitos retardados no Brasil a partir de 2010-2013 ocasionando o aumento do desemprego, da informalidade, de políticas de austeridade fiscal em consonância com o avanço ultraliberal fomentado pelo golpe jurídico-político-midiático de 2016 e com a eleição de Jair Messias Bolsonaro em 2018.

O avanço dessas tensões políticas, conferiu à pandemia um “*status*” danoso e perverso que recaiu majoritariamente sobre os segmentos mais vulneráveis – trabalhadores (as) do setor de serviços, informais, autônomos e desempregados – demandatários de proteção social pela via estatal. Somado a esses fatores, a pandemia foi transformada em



justificativa à regressão da economia, ausência de estabilidade dos mercados nacionais e da política interna primada pelo governo federal.

A crise sanitária associada à formatação do Estado brasileiro em sua contemporaneidade, - mas não distante de sua construção sócio-histórica- agora com elementos profascistas, nada mais é do que a continuidade de um processo em curso há décadas no país, com fases de maior evidência e fases mais atenuadas, mas que jamais deixaram de existir.

Os ataques à classe trabalhadora conecta-se a todos os níveis da vida no cenário brasileiro, estes vão: do desemprego aos direitos sociais duramente conquistados; do sucateamento das políticas sociais ao corte de recursos; da luta pelo reconhecimento de grupos historicamente massacrados (negros, indígenas, lgbtqi+...) ao fim das políticas (ainda que compensatórias) - porém não menos importantes - afirmativas destinadas a esses grupos.

É diante desse movimento de acirramento entre capital e trabalho, e de suas manifestações sob as condições de subsistência dos trabalhadores, que nos debruçamos e tecemos algumas reflexões através de dois eixos: 1) Crise, Estado e Pandemia, 2) O Serviço Social frente aos determinantes sociais da saúde e os desafios colocados à categoria profissional na atualidade, tendo a intencionalidade de apontar os desdobramentos sociopolíticos da crise sanitária e o não enfrentamento por parte do Estado, bem como, o “lugar” do Serviço Social num de seus maiores desafios desde o surgimento na primeira metade do século passado.

Acrescentamos que o debate ora apresentado não se esgota, visto que o movimento da realidade não é linear, e está sob disputa entre diversos e heterogêneos atores. E, embora os ataques e rebatimentos ao conjunto da classe trabalhadora tem se mostrado sob a égide da brutalidade do capital e do Estado burguês, existem também contrapontos de lutas, resistências e enfrentamentos coletivos, a exemplo das mobilizações dos trabalhadores de aplicativos (apps) ocorridas nos dias 01 e 25 de julho deste ano.

Os ditos trabalhadores “informais” dos apps, sobretudo os que fazem entrega de gêneros alimentícios, figuram como uns dos mais demandados no cenário pandêmico, e na mesma proporção do aumento da demanda enfrentam a precarização, pois para esses profissionais não há previsão legal de proteção social restando apenas os baixos ganhos obtidos com as taxas das entregas, que, desde 2019 vem sendo consideravelmente reduzidas; os riscos de acidentes de trânsito; as sanções como o bloqueio do entregador por algumas horas do dia, entre outras tantas marcas da subordinação impostas pelas plataformas, e que em síntese nada mais é que um modelo de exploração do trabalho que se serve de tecnologias digitais para espoliar direitos trabalhistas (BRAGA, 2020).

Em suma, a síntese das reflexões apresentadas são mediadas por análise de referencial bibliográfico acerca da temática e dos desdobramentos da realidade, colocando em pauta os tensionamentos advindos da crise em que o país está mergulhado em seu conteúdo histórico e a qual na atualidade se expressa a “olho nu”, sendo que tais fatores recaem sobre os/as assistentes sociais em seu cotidiano de trabalho nas políticas sociais e no projeto societário vislumbrado e historicamente em construção pelo Serviço Social.

2. CRISE, ESTADO E PANDEMIA

O Brasil acumula 12,7 milhões de desempregados. A taxa de desocupação chegou a 12,9 no trimestre encerrado em maio. A pesquisa aponta ainda que mais de 7 milhões de postos de trabalho foram fechadas no ano de 2020, tendo a pandemia apenas agravado a situação, visto que no mesmo período de 2019, a taxa de desemprego girava em torno de 12,3 milhões de pessoas despossuídas de trabalho formal no país.

Tal fato expõe a situação de calamidade pública na qual estamos imersos(as) torna mais visível e aguda a crise e expõe a falácia das contrarreformas neoliberais em nosso país, em favor dos interesses do grande capital e em detrimento das necessidades e direitos das classes trabalhadoras (RAICHELIS, 2020).

Ainda segundo a autora,

No Brasil, a cada dia, em múltiplas iniciativas, o (des)governo federal vem assumindo o projeto ultraliberal conservador e obscurantista, de estímulo ao ódio de classe e aos grupos sociais historicamente excluídos de acessos a bens, serviços públicos e direitos, como o povo negro, em especial as mulheres pretas e pobres, os LGBTI+, os(as) jovens periféricos(as) e as classes trabalhadoras destituídas e subalternizadas. A retórica da necessidade de aprovação, pelo Congresso Nacional, das contrarreformas como remédio para a calamidade pública que nos assola não se sustenta, pois, nas situações de crise profunda como a que estamos vivendo, as desigualdades sociais se tornam mais visíveis, atingindo diferencialmente burgueses e trabalhadores, ricos e pobres, centrais e periféricos. (Raichelis, *et.al*, 2020, pág 207).

Nesta direção, temos num curto espaço de tempo que vai dos anos de 2016 a 2020, inúmeros entraves e derrotas postas ao segmento dos trabalhadores, dentre as quais podemos citar com maior ênfase : a reforma trabalhista de 2016, que prevê o fim da contribuição sindical obrigatória atribuindo ao trabalhador a responsabilidade de negociação direta com o empregador; a flexibilização de contratos e terceirizações (Lei nº 6787/2016); a Emenda Constitucional (EC 95/2016) que limita o teto dos gastos públicos por 20 anos e a Reforma da Previdência de 2019 (EC 103/2019), sendo essas condensadas ao aumento do desemprego e da informalidade, do sucateamento da seguridade social com o subfinanciamento e a restrição de acesso a direitos, da fragilização da oferta de serviços e benefícios voltados aos mais vulneráveis.

O que se demonstra ao trazer dados concretos em relação à forma como o Estado brasileiro vêm (ou não) intervindo junto aos quadros mais empobrecidos da população é que sua ação, alicerçada sob a égide do capital na busca por lucratividade, coloca os sujeitos como alvo facilmente descartáveis, ou em outras palavras, são aqueles a serem jogados “para fora ou fora” - os quais na maioria das vezes são: os negros/as, as mulheres, os/as lgbtqi+, os idosos/as, e/ou todos aqueles que segundo as regras do padrão burguês de acumulação - “oneram o Estado”.

A isso soma-se o lastro deixado pela pandemia de COVID-19 num país cujo o novo “normal” apresenta-se pela retórica do “*ou morre de fome ou de Covid*”, sendo a quarentena – ou o que tentou se fazer dela – um instrumento de divisão entre os que detém meios para garantir sua subsistência e de seus familiares, como é caso dos trabalhadores que até o momento não perderam seus empregos, mas seguem sob ameaça; e aqueles que ficaram desempregados em decorrência da pandemia ou antes dela, e agora se veem na linha entre a informalidade, o desemprego e quase ou totalmente dependente dos escassos recursos provenientes do governo federal – arduamente conquistados – como o Auxílio Emergencial, o PBF (Programa Bolsa Família), a liberação do Fundo do FGTS (Fundo de Garantia por Tempo de Serviço) e do PIS (Programa de Integração Social).

As regras do jogo se mostram nitidamente contrárias às intervenções necessárias para conter o avanço e a disseminação (cada vez maior) do novo coronavírus, visto que o projeto societário vislumbrado e que está sendo posto em prática, é fundamentado pela lógica da superexploração ainda que isso custe umas “*100 mil vidas*”, como declarou o presidente da república no início da pandemia afirmando ser “*só uma gripezinha*”.

Desta maneira, verifica-se que as respostas apresentadas pelo governo federal são pautadas pela hegemonia ultraliberal, em que os atendimentos às necessidades da população devem ser secundarizados pelo “bem da economia”. Souza (2020) aponta que temos uma gestão da crise orquestrada em ao menos 5 eixos **1)** pela prioridade dada à esfera econômica: em que os R\$ 600,00 do auxílio emergencial foi duramente combatido ao passo que mais de 3 trilhões de reais de dinheiro público foi injetado no setor bancário, **2)** a fragilização dos sistemas de saúde : com forte projeto de privatização do SUS em curso desde os anos 1990, **3)** a contradição constituída no âmago do neoliberalismo também se reproduz no âmbito da assistência social e previdência : com o subfinanciamento e restrição de acesso à direitos, **4)** o individualismo burguês é o resultado mais concreto do processo de individuação em face do antagonismo de classe: pautado na lógica do mérito e das vontades individuais, fortalecendo a lógica da competitividade, **5)** a intensa disseminação de informações falsas na

mídia, em especial via internet, o que costumeiramente se chama de *fake news*: tentativa brutal de primar pela não verdade em que a narrativa se sobrepõe ao fato real. (grifo nosso)

A pandemia expôs a atual consolidação generalizada do trabalho precário, a partir da progressiva desconstituição de direitos dos trabalhadores denominados de classe média assalariada (POCHAMANN, 2020), como os servidores públicos. O desmonte do trabalho na esfera pública é um projeto anterior a pandemia; a contrarreforma administrativa era umas principais pautas do Governo Federal visando o ataque aos direitos dos servidores públicos. Neste projeto destacam-se as propostas de redução das carreiras no setor público, revisão de salários, supressão da estabilidade, etc (PEREIRA, 2020).

“A granada no bolso do inimigo” se realizou a partir da aprovação da Emenda Constitucional nº 10/2020 conhecida como a Emenda Constitucional do “Orçamento de Guerra”, que promove socorro a estados e municípios no período de calamidade pública da COVID-19 até dezembro de 2021. A EC 10/2020 traz em seu bojo o congelamento de salários, benefícios e outros itens das remunerações de servidores públicos federais, estaduais e municipais. Além disso, aparece no texto a vedação da realização de concursos públicos neste período, reafirmando o processo de expansão de contratação de trabalhadores na esfera pública por meio de contrato de trabalhos terceirizados, temporários e precários. Consolidando segundo Raichelis (2018) a implosão do estatuto do funcionalismo público através do movimento de redução de trabalhadores que possuem relações de trabalho “estáveis” e expansão das relações “flexibilizadas”.

Em meio a esses ataques cabe frisar que majoritariamente os assistentes sociais “da linha de frente” no enfrentamento da pandemia estão inseridos no setor público nas políticas de Saúde, Assistência Social, Previdência Social, Educação, Habitação, etc. E neste contexto de acirramento da crise, e aumento exponencial da demanda dos serviços públicos, se tornaram “trabalhadores essenciais” para responder às demandas da classe trabalhadora. Entretanto, ao mesmo tempo sofrem com as medidas de precarização das condições de trabalho, salários defasados e escassez de medidas de segurança e Equipamentos de Proteção Individual (EPI).

A EC 10/200 também apresenta em seu texto a proposta de salvação de instituições financeiras, através das injeções de recursos para conferir estabilidade ao sistema financeiro, sendo essa proposta operacionalizada pelo Banco Central do Brasil por meio da compra de papéis (fictícios) “podres” em vias de se desintegrar do mercado financeiro, salvando assim, seus investidores (MIRANDA, 2020), desmistificando totalmente a concepção da “mão invisível do mercado”, em que o Estado se faz mais que necessário e tem como função essencial dar suporte a reprodução ampliada do capital.

Segundo dados da Oxfam (2020), o patrimônio dos bilionários brasileiros aumentou US\$ 34 bilhões (aproximadamente R\$ 176 bilhões) durante a pandemia do novo coronavírus, em contrapartida, o impacto foi maior nas Micro e Pequenas Empresas, que representam 52% dos empregos formais na iniciativa privada, e já assistiu ao fechamento de mais de 600 mil empresas até julho de 2020. Esta conjuntura irá empurrar cada vez mais os trabalhadores a formas de “uberização do trabalho” (ANTUNES, 2018).

Ainda nesses termos, temos os dados sobre o desemprego explanados no início deste trabalho, e os dados relacionados ao aumento do trabalho informal, que segundo o Instituto Locomotiva em pesquisa divulgada em abril de 2019⁴³, existiam no Brasil pelo menos 4 milhões de trabalhadores cadastrados nas plataformas (Uber, Ifood, 99, Rappi...) sendo este o único meio de sobrevivência, números que possivelmente aumentaram com a pandemia dada às demissões massivas ocorridas de março a julho/2020.

Em linhas gerais, os rumos que a crise da pandemia do novo coronavírus tomou no Brasil diz respeito ao projeto político de cunho ultraliberal pautado pelos interesses do mercado, e do pouco ou quase nenhum método interventivo do Estado no que tange às problemáticas arraigadas a esse processo. O discurso em que o serviço público e, mais precisamente, o servidor (trabalhador) tornou-se o “inimigo” das contas públicas não levou em consideração que é exatamente este que encontra-se na linha de frente nos serviços essenciais, e os quais diariamente são tensionados pelo sucateamento, pelas condições insalubres de trabalho, e pelo assédio moral, que tem levado muitos destes profissionais a atentarem contra suas próprias vidas, conforme noticiado nos veículos de imprensa nas últimas semanas.

A banalização do número de mortes em decorrência do novo coronavírus associada à impossibilidade de vivenciar o luto em sua completude, demonstra a face da chamada “nova política”, em que a vida dos trabalhadores/as são ceifadas em detrimento de acumulação de riquezas e capitais, restando aos sobreviventes a luta diária pelo reconhecimento dos mínimos sociais que lhes é conferido pela via da fragmentação e da seletividade.

É nesse campo situado entre a crise, a pandemia e o Estado, que buscaremos tecer reflexões a seguir, trazendo as tensões impostas ao Serviço Social frente a conjuntura, mas também da potencialidade que a categoria possui em seu aspecto coletivo.

3. A DETERMINAÇÃO SOCIAL DA COVID-19 E OS DESAFIOS COLOCADOS AO SERVIÇO SOCIAL NA ATUALIDADE.

⁴³ Fonte: <https://www.ilocomotiva.com.br/single-post/2019/04/29/ESTAD%C3%83O-Na-crise-aplicativos-como-Uber-e-iFood-viram-maior-empregador-do-pa%C3%ADs>

Os desdobramentos da pandemia sobre a vida dos trabalhadores, apresenta elementos intrinsecamente definidos pela dinâmica do capital em sua face contemporânea, e que se imbrica às contradições também inerentes ao serviço social.

Yazbek (2009) parte da posição de que o significado social da profissão só pode ser desvendado em sua inserção na sociedade, ou seja, a análise da profissão, de suas demandas, tarefas e atribuições em si mesmas não permitem desvendar a lógica no interior da qual essas demandas, tarefas e atribuições ganham sentido. Assim, no contexto de uma das maiores crises sanitárias vivenciadas neste século, tais contradições se expressam a partir de múltiplas determinações nos países da periferia do sul global, - como no caso do Brasil – e as quais se mostram presentes no cotidiano profissional dos/as assistentes sociais, atribuindo-lhe novas e extenuantes demandas.

A partir desse pressuposto, buscamos refletir sobre a determinação social do processo saúde-doença e sua articulação com a formação social e o seu modo de produção, ou seja, compreender a doença em seu caráter histórico, econômico e social, e apreender os seus diferentes impactos nas classes sociais, (LAURELL, 1982).

Neste sentido, apreendemos que em sociedades de classes, as relações estabelecidas entre as classes sociais determinam o acesso (ou não) de diferentes possibilidades ao desenvolvimento da vida, conseqüentemente, formas diferenciadas de viver, adoecer e morrer (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014).

No caso da pandemia da COVID-19, o adoecimento e a letalidade são direcionados a grupos específicos; segundo pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (2020) no município do Rio de Janeiro a taxa de letalidade é de 19,5% para cada 100 pessoas nos bairros com altíssima concentração de favela. A pesquisa demonstra que os bairros que possuem alta e altíssima concentração de áreas de favelas, a letalidade é o dobro dos que não possuem, portanto o local socioespacial em que os indivíduos residem, é um fator determinante do processo de adoecimento e sobrevida da COVID-19.

Ainda em relação a taxa de letalidade, de acordo com pesquisa realizada pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ)⁴⁴ no mês de maio de 2020, aproximadamente 55% dos pretos e pardos faleceram em razão do adoecimento pela COVID-19, em contrapartida, esse valor entre os brancos ficou em 38%. As diferenças relacionadas ao acesso à educação também refletiram na porcentagem de óbitos; os indivíduos que não

⁴⁴ Fonte: <http://www.ctc.puc-rio.br/diferencas-sociais-confirmam-que-pretos-e-pardos-morrem-mais-de-covid-19-do-que-brancos-segundo-nt11-do-nois/>

possuíam escolaridade tiveram taxas três vezes superiores (71,3%) aos que têm nível superior (22,5%).

No enfrentamento da pandemia da COVID-19 a necessidade de medidas de contenção da propagação do coronavírus, por meio do distanciamento e isolamento social, tornou notória a desigualdade social presente no Brasil e já conhecida no cotidiano da atuação profissional dos assistentes sociais. No cenário atual de crise sanitária que possui repercussões econômicas e sociais, expondo o fracasso do neoliberalismo, o Estado é convocado a atuar na determinação social do processo de saúde-doença, através da ampliação de políticas sociais e garantindo condições mínimas necessárias para a reprodução da classe trabalhadora.

No campo específico da Saúde, devido ao avanço da curva de contágio e de óbitos pelo novo coronavírus, há uma intensificação do trabalho sobretudo dos profissionais de saúde, incluindo os assistentes sociais. Pela natureza da atuação profissional e pelo reconhecimento da profissão no espaço sócio ocupacional da saúde, os assistentes sociais são requisitados a atuar na identificação dos aspectos políticos, econômicos, culturais e sociais que atravessam o processo de adoecimento pela COVID-19, com objetivo de mobilizar recursos para que a população tenha acesso aos serviços de saúde, assistência social e previdência social, etc, tendo como norte um posicionamento crítico em defesa e manutenção da vida, sobretudo da população mais empobrecida.

Em consonância com a Lei de Regulamentação da Profissão (Lei 8.662/1993) e com o Código de Ética Profissional; é dever do assistente social “participar de programas de socorro à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesa de seus interesses e necessidades” (BRASIL, 2012, p.27). É no enfrentamento desta situação de calamidade pública causada pela pandemia da COVID-19 que os assistentes sociais visualizaram o acirramento das expressões da “questão social”.

Segundo Raichelis (2018), é neste contexto que há um alargamento de demandas profissionais no campo das políticas sociais de proteção social frente a complexificação da “questão social”, e ao mesmo tempo, ocorre o aprofundamento e expansão das diferentes formas de precarização aberta ou velada, na forma em como o trabalho do assistente social se realiza.

Na área da Saúde essa expansão da precarização se realiza a partir do processo de privatização progressiva do SUS, que se realiza pelo repasse de recursos públicos para o setor privado, através dos “novos modelos de gestão”. Estes “novos modelos de gestão”⁴⁵

⁴⁵ Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

possuem diferenças internas, mas se aproximam em suas características da estratégia de contrarreforma do Estado, através do processo de flexibilização da gestão, das relações de trabalho, dos direitos sociais e trabalhistas (CORREIA et al, 2015).

Portanto diante dos desafios apresentados aos assistentes sociais neste cenário, articulado ao projeto ético-político profissional, cabe a profissão evidenciar a importância do fortalecimento do SUS público, estatal, com uma rede de atenção primária, secundária e terciária estruturada, atrelada a uma política de valorização dos trabalhadores da saúde, com vínculos estáveis, salários e jornadas de trabalho compatíveis e justas, condições de trabalho dignas e que garantam a segurança e saúde destes trabalhadores.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mais de 90 mil mortos, dois milhões e meio de infectados, desemprego massivo, trabalhadores jogados à informalidade, aumento exponencial da violência urbana, precarização dos serviços públicos, expressivo assédio moral aos servidores públicos das esferas municipal, estadual e federal. Esses são alguns dos lastros deixados pela pandemia de COVID-19 no Brasil.

É sabido que a COVID-19 entrou no país atingindo essencialmente as classes mais abastadas – burguesia e/ou pequena burguesia que fora passar férias na Europa – e que ao retornar infectaram os trabalhadores/as de suas mansões (babás, motoristas particulares, empregadas domésticas e diaristas), sujeitos que na contramão das exigências e condições sanitárias para se manterem seguros, vivenciaram os impactos da pandemia de formas diferentes.

Os antagonismos de classe se fizeram evidentes logo no início da pandemia devido às condições concretas para seu enfrentamento, pois enquanto os ricos se tratavam no Sírío-Libanês, no Einstein, nos hospitais do Leblon na Zona Sul do Rio de Janeiro, os segmentos mais vulneráveis se viram em macas nos corredores dos serviços públicos de saúde e por vezes no aguardo de equipamentos que lhes garantisse a vida.

Os elementos de classe escancaram-se diante da banalidade da morte, em que se faz necessário apontar o Estado como um de seus maiores responsáveis, isso porque sem medidas efetivas para o controle da pandemia, a saber: medidas sanitárias associadas à medidas sociais e econômicas que garantam a amplitude das demandas da grande massa da população, não será possível – assim como não foi até o momento – deflagrar a bandeira do “fica em casa” como manto universal.



É nesse sentido que construímos nesse escopo reflexivo, análises em torno da conjuntura, levando em consideração o cenário histórico da formação social brasileira, em que as amarras da colonização se fazem presentes até os dias atuais, a exemplo, que quando assistíamos às notícias que davam conta de mais de mil mortes por dia em países como a Itália e a Espanha, os fatos se mostravam assustadores para a maior parte da população; e quando a partir dos meses de maio e junho ao ultrapassarmos esse número, não houve e ainda não há a mesma comoção. É claro que para melhor compreensão desse processo, teríamos que nos debruçar sob aspectos muito mais profundos, e que esta breve explanação não se propôs a fazer.

Por ora, buscamos apresentar os fundamentos e as complexificações advindas do capitalismo “à brasileira”, que com sua origem de subserviência e dependência, se apresenta pela via da brutalidade no cotidiano dos/as trabalhadores/as.

Há que se ressaltar, que em meio aos desgastes promovidos pela pandemia, também é preciso levar em consideração as contraposições que emergiram diante do genocídio em curso no país, sendo os mais expressivos, o debate e as lutas em torno do racismo estrutural e de gênero, bem como, dos trabalhadores sucumbidos à desproteção social da informalidade.

É nesta teia complexa, antagônica e permeada por entraves que o Serviço Social se insere, isto é, na trama das relações sociais perpetrada pela sociabilidade do modo capitalista de produção, a qual é movida por variados tensionamentos, mas que também, coloca à categoria profissional, potencialidades expressas por sua capacidade de construção coletiva.

São muitos os desafios que estão postos ao conjunto da classe trabalhadora no cenário mundial, em que a luta de classes atingiu patamares gigantescos, e é justamente a partir disso que também nos refazemos enquanto sujeitos coletivos na luta por uma outra ordem societária, nesse momento representada pela luta por sobrevivência diante de uma das mais graves crises sanitárias – que se desdobra nos aspectos sociais, econômicos, políticos, culturais e éticos – existentes na história moderna.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, G. S. C.; SILVA, M. J. S. **Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde**. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 953-965, Out-Dez 2014.
- ANTUNES, Ricardo. **Coronavírus: O trabalho sob fogo cruzado**. 1º Ed. São Paulo: BoiTempo, 2020.
- ANTUNES, R. **O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital**. São Paulo: Boitempo, 2018.
- BRASIL. **Boletim Socioepidemiológico da COVID-19 nas favelas**: Análise da frequência, incidência, mortalidade e letalidade por COVID-19 em favelas cariocas. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_socioepidemiologicos_covid_nas_favelas_1.pdf (acesso em 26/07/2020)
- BRASIL. **Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão**. - 10ª. ed. rev. e atual. - Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.
- CORREIA, M.V.C; SANTOS, V.M. Privatização da saúde via modelos de gestão: organizações sociais (OSS) em questão. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al (org). **Cadernos de Saúde - A mercantilização da saúde em debate: As organizações sociais no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, p.33-39, 2015.
- IASI, Mauro. **Meta amor fases**. Coletânea de poema. Expressão Popular, São Paulo, 2011. p.179.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), **Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílio Contínua**. (acessado em 30/07/2020). Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9173-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-trimestral.html?=&t=o-que-e&utm_source=landing&utm_medium=explica&utm_campaign=desemprego
- Instituto Locomotiva Pesquisa e Estratégia. **Na crise, aplicativos como uber e ifood viram maior empregador do país**. Abril, 2019. (acessado em 02/07/2020). Disponível em: <https://www.ilocomotiva.com.br/single-post/2019/04/29/ESTAD%C3%83O-Na-crise-aplicativos-como-Uber-e-iFood-viram-maior-empregador-do-pa%C3%ADs>
- Oxfam Internacional. **Quem paga a conta? Taxar a riqueza para enfrentar a crise na América Latina e Caribe**. Julho, 2020. (acessado em 28/07/2020) Disponível em: <https://www.oxfam.org.br/quem-paga-a-conta/>
- LAURELL, A. C. **La salud-enfermedad como proceso social**. Revista Latinoamericana de Salud, México, v. 2, p. 7-25, 1982.
- MARIA, C.Y; SANTANA, R; RAICHELIS, RAQUEL. **Questão Social, trabalho e crise em tempos de pandemia**. Serv. Soc. Soc. no.138 São Paulo May/Aug. 2020. (acesso em 25/07/2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282020000200207
- MIRANDA, Flávio. **Bancos e bilionários primeiro: a operação resgate do governo do capitão**. (acessado em 25/07/2020). Disponível em: <https://esquerdaonline.com.br/2020/04/09/bancos-e-bilionarios-primeiro-operacao-resgate-do-governo-do-capitao/>
- Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-americana da saúde (OPAS). **Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus). 2020** (acesso em 24 de julho de 2020). Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875
- PEREIRA, Gênesis de Oliveira. Ataque aos servidores públicos sob o COVID-19: o orçamento de pessoal em questão. IN: **Em tempos de pandemia : propostas para defesa da vida e de direitos sociais** / [organizadores] Elaine Moreira, Rachel Gouveia ... [et al.]. – Rio de Janeiro: UFRJ, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Escola de Serviço Social, 2020.

POCHAMANN, Marcio. Sobre o papel do Estado na economia e na covid-19. in: **Quarentena: reflexões sobre a pandemia e depois** – 1.ed. –Bauru: Canal 6, 2020.

Recurso digital. – (Projeto Editorial Praxis)

RAICHELIS, Raquel. **Serviço Social: trabalho e profissão na trama do capitalismo contemporâneo**. In: RAICHELIS, Raquel (org.); ALBUQUERQUE, Valéria. **A nova morfologia do trabalho no Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2018

SANTANA, M.A; BRAGA, RUI. **Breque dos apps: enfrentando o uberismo**. Disponível em: <https://blogdaboitempo.com.br/2020/07/25/brequedosapps-enfrentando-o-uberismo/> (acessado em 28/07/2020)

SOUZA, Diego de Oliveira. A pandemia de COVID-19 para além das Ciências da Saúde: reflexões sobre sua determinação social. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 25, supl. 1, p. 2469-2477, jun. 2020

YAZBEK, Maria Carmelita. O significado sócio-histórico da profissão. In: CFESS/ABEPSS. **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

**EIXO: CLASSES SOCIAIS, GERAÇÃO E SERVIÇO SOCIAL (INFÂNCIA,
ADOLESCÊNCIA, JUVENTUDE, ENVELHECIMENTO).**

VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS NO MUNICÍPIO DE GARANHUNS/PE - VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO: relato de experiência

Erika Dayane Moraes De Oliveira; Tereza Cristina Oliveira Da Silva.

RESUMO: Neste trabalho, enfatiza-se que a violência sofrida pela população idosa não é um fato isolado tampouco recente, a partir de notificações à núcleos e instituições que acolhem esse tipo de denúncia, foi que se passou a problematizar a demanda e a necessidade de criar políticas públicas voltadas para esse perfil da sociedade. Com a experiência em forma de vivência no Núcleo de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa de Garanhuns (NEVIGA), tivemos o entendimento da necessidade de realizar não só ações pontuais com a sociedade bem como fortalecer junto à rede de saúde pública o debate sobre essa temática.

Palavras-chave: população idosa; violência; saúde pública; políticas públicas.

RESUMEN: En este trabajo, se enfatiza que la violencia sufrida por la población anciana no es un hecho aislado, ni reciente, de las notificaciones a los núcleos e instituciones que reciben este tipo de denuncia, sino que la demanda y la necesidad de crear políticas públicas comenzaron a ser problematizadas. dirigido a este perfil de la sociedad. Con la experiencia de vivir en el Centro para confrontar la violencia contra los ancianos de Garanhuns (NEVIGA), entendimos la necesidad de llevar a cabo no solo acciones específicas con la sociedad, sino también fortalecer el debate con la red de salud pública.

Palabras clave: población anciana; violencia; salud pública; políticas públicas



1. INTRODUÇÃO

A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica.

No texto da autora Minayo que fala sobre a inclusão da violência na agenda da saúde: uma trajetória histórica, ela nos relata sobre a necessidade da legitimação histórica voltada para temática violência na área da saúde e ela situa de que essa temática violência dentro do recorte das vigilâncias e violências que temos estudado nos mostra que ainda é pouco debatido na área da saúde, ou seja, diante desses anos passados, ainda se falar e notificar temáticas voltadas para violência contra a mulher e contra o idoso. Esses dois estudos (temas) os quais nos debruçamos nesses dois ciclos, tanto a primeira turma de residentes como nós agora em novembro. Nós conseguimos perceber e questionar, por exemplo, que ainda é pouco debatido trabalhar o sistema de notificação o qual é um instrumento pouco utilizado pelos profissionais de saúde e por que isso acontece ainda? É como se a violência fosse uma temática não incluída e pouco debatida dentro do recorte da área da saúde, ou seja, precisamos avançar para debater a temática de violências nos seus diversos recortes e contextos para diversas populações.

2. DESENVOLVIMENTO

Cenário de envelhecimento na V Geres- Garanhuns – PE

A longevidade é um fenômeno cada vez mais experimentado em todo o mundo. Estima-se mundialmente que a geração nascida em 2015 viva em média 71,4 anos. Entretanto, esta expectativa pode variar dependendo do país onde a pessoa nasça, por exemplo: as mulheres no Japão vivem cerca de 86,8 anos, já em países pobres como Serra Leoa a expectativa de vida é 50,8 anos para mulheres e 49,3 para os homens (OPAS/OMS, 2016).

O aumento da expectativa de vida é uma conquista para a humanidade, que aliado à redução da natalidade, caracteriza um processo de transição demográfica que culmina no envelhecimento da população em geral.

Os bancos de dados utilizados foram disponibilizados pelo DATASUS e pelos sistemas de informação da V GERES. Observou-se que 20,7% das internações hospitalares no SUS foram de pessoas idosas (maiores de 60 anos), destas as principais causas da internação são

tendo como destaque as doenças do aparelho circulatório (179,42 por 10.000 idosos), seguida das doenças do aparelho respiratório (122,18 por 10.000 idosos).

Política de saúde do idoso

Para a saúde pública as configurações demográficas são essenciais para o planejamento, execução e avaliação de ações e serviços de saúde. A política nacional de saúde da pessoa idosa, a política de promoção da saúde e estratégias como a academia da saúde já são iniciativas com uma perspectiva de se ter um envelhecimento saudável e combater as doenças crônicas não transmissíveis. Entretanto, a promoção da saúde e do envelhecimento saudável não são apenas uma iniciativa da saúde, compreendem outros

setores como a educação, economia e questões socioculturais, sendo, portanto, um desafio para gestores, trabalhadores e para toda a sociedade.

Entendemos também que para falar da violência contra o idoso, precisamos entender um pouco sobre de como a Política de saúde da população idosa acontece e como interligar a mesma as estratégias para enfrentamento da violência nesta faixa etária.

Contexto histórico

Há uma busca desde o período da década de sessenta e setenta para se debater de forma teórica metodológica e político, com o intuito de compreender que a saúde é uma questão ampliada e que existem diversas complexidades, principalmente nessa fase da transição epidemiológica. E a autora tem como uma estratégia provocar e identificar as diversas resistências que têm sobre a inclusão da temática violência no setor da saúde.

A autora ressalta que violências em si não é uma causa de saúde pública, porém, o recorte das violências requer estratégias de políticas específicas e organização de práticas para o setor saúde e existem diversas evidências e é necessário dá importância à problemática de violências dentro da área da saúde.

O que nos chama a atenção no artigo é que o recorte onde está incluída a maior população vítima de violência é na faixa etária relativamente produtiva. Ou seja, entra a faixa etária de 5 a 39 anos e dentro desse recorte, entre dezoito e trinta e nove anos são pessoas que estão produtivas no mercado de trabalho, ou seja, além do recorte social, econômico, também afetam o mercado de trabalho, pois parte dessas pessoas que chegam a óbito ou a se acidentarem e se afastarem do trabalho requer um recurso aos cofres públicos e a temática violência e acidente faz com que requeiram/recorram a diversos aparatos de serviços públicos

como segurança pública, como saúde, Previdência social, ou seja, eles causam prejuízos econômicos por conta desses dias de ausência do trabalho, pois ocorrem diversos danos emocionais, mentais, físicos e que direta ou indiretamente afetam a questão coletiva também. A autora cita: o setor saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social (Minayo, 2007).

A inclusão de demandas voltadas para determinados públicos veio de diversos segmentos, por exemplo, a demanda de violência contra criança veio a partir de profissionais da saúde, pediatras que conseguiram enxergar que a dificuldade do desenvolvimento dessa criança para outra faixa etária estava sendo fruto das diversas violências sofridas nessa primeira fase, comprometendo o seu desenvolvimento biopsicossocial, então começaram a se organizar para que esse público alvo não fosse tão afetado, então foram utilizados diversos mecanismos. Como medida protetiva foi implantado, por exemplo, o Estatuto da Criança e Adolescente. Para o Público Idoso também foram vistas diversas estratégias de proteção para esse público alvo no final da faixa etária. Foi identificado também, por exemplo, que parte da demanda de violência contra o público feminino veio do movimento feminista, que começou a levar dados concretos sobre a quantidade de vítimas de diversas violências, inclusive o feminicídio. Então, assim, para que essas demandas de violência viessem a ocorrer e começassem a entrar no recorte também da saúde, diversos segmentos específicos para determinadas áreas entraram no campo da saúde para colocar esta pauta em evidência.

Vigilância de violência e acidentes (VIVA)

Nosso mês, também foi composto por uma videoconferência com os residentes das outras Regionais de Saúde e com a responsável por essa pasta do nível central da Secretaria de Saúde de Pernambuco (SES- PE). Nesse momento tivemos a oportunidade de conhecer como funciona o VIVA que é o sistema de monitoramento da vigilância de violências e acidentes, e discutir a visão dos residentes de como está o andamento desta política em territórios tão diversos.

As causas externas de morbimortalidade figuram no Brasil, há mais de uma década, entre os principais problemas de saúde pública devido à sua magnitude e gravidade. Os impactos das violências e acidentes na saúde da população, no sistema de saúde e na economia do País demandam do poder público a adoção de estratégias para o seu controle e enfrentamento. O planejamento de intervenções eficazes para mitigar o problema não é factível sem o necessário conhecimento sobre o objeto da ação. Portanto, sistemas de

informação capazes de produzir conhecimento sobre quem e quantas são as pessoas acometidas pelo problema, onde e com que frequência eles ocorrem e quais as suas causas e fatores associados são essenciais para direcionar a intervenção para a redução dos riscos e danos, bem como racionalizar a aplicação dos recursos disponíveis. O acompanhamento das tendências permite ainda avaliar o efeito das intervenções favorecendo a correção de rumos ou a intensificação da ação.

Não é difícil dimensionar as perdas que o setor Saúde tem, apenas com internações registradas no Sistema de Informações Hospitalares (SIH), por causas externas, o gasto de aproximadamente 1,3 bilhão de reais por ano, aos quais ainda se somam aos custos da atenção às urgências marcadamente em seus componentes de atenção pré-hospitalar e de pronto atendimento hospitalar e não hospitalar.

A esse elemento somam-se os Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP), indicador que permite avaliar a relevância das causas de mortes prematuras considerando o seu impacto na perda da capacidade produtiva do País, e permite desvelar as desigualdades sociais em saúde. Além disso, as estatísticas de mortalidade fornecidas pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) revelam que é o segmento de jovens do sexo masculino, predominantemente negros, que tem morrido mais devido às causas externas. Os eventos graves e fatais já podiam ser conhecidos, por meio de seus respectivos sistemas de informação – Sistema de Internações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) –, contudo havia a necessidade de conhecer a realidade das portas de entrada hospitalares de urgência em relação aos atendimentos por violências e acidentes, assim como ampliar o conhecimento das outras formas de violências. Sendo assim, a partir de 2006, foi criado e estruturado o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) pelo Ministério da Saúde, estruturado em dois componentes (Tabela 1), na tentativa de responder às demandas de informação existentes. Estabeleceu-se o modelo da Vigilância por Inquérito nas principais portas de entrada hospitalares de urgência e emergência das capitais e municípios selecionados de acordo com critérios técnicos e de gestão e adesão ao projeto Viva. Esse componente denominou-se Viva Inquérito e inicialmente teve periodicidade anual e atualmente acontece a cada três anos.

O outro componente do Sistema Viva é o de vigilância contínua, constituído pela notificação compulsória de violência interpessoal e autoprovocada, esta notificação passou a ser registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) em 2009 (antes os registros eram feitos na plataforma Epi Info).

O uso da informação produzida, principalmente para a gestão local, auxilia na alocação racional de recursos em qualificação do atendimento e reorganização de serviços, mas,

sobretudo em ações efetivas de promoção da saúde e prevenção dos acidentes e violências. São essas intervenções que apresentaram os maiores impactos na reversão do ônus das causas externas na vida das pessoas e do País.

A informação induz à formulação e à implementação de políticas de atenção e proteção integral às pessoas em situação de vulnerabilidade para as causas externas e serve ainda ao propósito da avaliação das intervenções, permitindo corrigir rumos ou intensificar e expandir as ações exitosas. Não há sentido em produzir informação se ela não for disseminada nem apropriada por quem a produz para refleti-la em transformação do cenário descrito. Em anexo, mostramos na (Tabela 2) o esquema que demonstra o que vimos na videoconferência e como é o fluxo acerca do VIVA.

Culminância do ciclo

O desenvolvimento do ciclo temático – sobre violências, foi realizado em diversos momentos ao longo do mês de novembro: realizamos encontros no momento teórico- prático, leituras, videoconferência e rodas de conversa.

O desfecho aconteceu no dia 28 de novembro de 2019 na sala da CIES, em uma Roda de Conversa em que estavam presentes apoiadores do setor de Recursos Humanos, da Atenção à Saúde, almoxarifado e as Coordenadora do Planejamento, da CIES e do PNI (Programa Nacional de imunização) da V Geres em que foi apresentada de forma explanativa algumas informações a respeito da violência no contexto geral e no idoso. E à medida que estava tendo a apresentação foi aberto espaço para colocações, dúvidas e discussões.

Então iniciamos explicando a definição da palavra violência, em seguida apresentamos os principais tipos de violência, quais os mais prevalentes e fizemos uma ponte com os motivos que levam o idoso a silenciar sobre a violência. E Neste momento surgiram várias falas e exemplos de situações que já foram presenciadas direta ou indiretamente pelos que estavam presentes. Uma das apoiadoras destacou que a convivência com o idoso não é fácil e requer paciência e disponibilidade para o cuidado principalmente quando este é acometido por alguma patologia como, por exemplo, a doença de Alzheimer, outro assunto que rendeu muitos comentários foi quando falamos que a violência mais prevalente no idoso é a financeira e a psicológica e que estes tipos estão diretamente relacionados ao convívio com familiares. Em seguida foi apresentada as estratégias para o enfrentamento da violência, a importância da notificação e do Sistema Viva e como este fluxo de notificação deve acontecer.

Depois apresentamos o Núcleo de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa de Garanhuns – NEVIGA, para nossa surpresa nenhum dos participantes não tinha

conhecimento deste dispositivo e como ele funciona, destacamos que este núcleo só existe em três Municípios Pernambucanos e que embora tenha algumas fragilidades é um privilégio a cidade de Garanhuns ter sido contemplada e incentivamos a divulgação deste serviço para fortalecer a prevenção e resolução dos casos de violência contra o idoso. Também apresentamos o protocolo de enfrentamento à violência ao idoso (PEVI) e finalizamos incentivando que a violência não pode ser silenciada e apresentamos alternativas de como denunciar.

Como este foi o último ciclo fizemos um encerramento, fazendo uma retrospectiva com fotos de todos os ciclos temáticos e foi bem interessante como os que estavam presente divulgaram aos outros setores e ficaram satisfeitos em ter participado dos ciclos. Também agradecemos pelas oportunidades de realizarmos todos os ciclos e pela presença dos funcionários sempre que tinham disponibilidade em participar.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos perceber neste ciclo temático que ainda seja perceptível pouco conhecimento sobre a prevenção e monitoramento da violência contra o idoso pelos funcionários da V gerês. No entanto, ficamos bastante satisfeitas em esclarecer algumas dúvidas e contribuir em disseminar algumas informações que podem ser multiplicadas pelos que estavam presentes e assim fortalecer a prevenção da violência contra o idoso.

Ético – Humanístico - Vivência no NEVIGA

No nosso momento de estudo e aprofundamento sobre o tema Vigilância de Violências fomos conhecer a rotina do Núcleo de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa. O NEVIGA foi fundado em Garanhuns em 05/05/201 e teve como um dos incentivadores da implantação desse local de cuidado ao idoso a participação ativa do promotor de justiça Domingos Sávio. Esse mesmo núcleo também funciona no município de Jaboatão dos Guararapes e em Igarassu.

Garanhuns por ser uma cidade de porte populacional relativamente grande se inseriu dentro dessa estratégia de cuidado através dos recursos advindos da prefeitura de Garanhuns. A equipe é composta por uma auxiliar de coordenação, a qual foi a que nos recebeu no local, por uma assistente social e uma recepcionista e uma das maiores indagações da equipe é a ausência de um profissional para compor a equipe, visto ser identificadas diversas formas de violências aplicadas aos idosos que dão entrada nesse

serviço, dentre as violências existentes contra a população idosa citaremos todas conforme Protocolo de Enfrentamento à Violência ao idoso de Garanhuns (2015), que citam: violência física, violência psicológica, violência moral, negligência, violência sexual, abuso financeiro ou econômico, abandono, autonegligência, violência medicamentosa e violência institucional. Dentre o protocolo ele transcorre como linha de cuidado abordagem e acolhimento e sinais de alerta para a ocasião em que os idosos são vítimas. O NEVIGA foi implantado via decreto municipal de número 064/2015.

O NEVIGA trabalha em parceria com a Secretaria da Mulher, secretaria de Saúde, Secretaria da Assistência Social e Direitos Humanos, Ministério Público e Vigilância Sanitária. Também se trabalham a rede de serviços em parcerias com as USF do território. “Foi uma briga política criar o NEVIGA e ainda reforçam a necessidade de se ampliar o quadro de funcionários, pois a demanda é grande. O NEVIGA tem um diálogo afinado com o conselho do idoso. Dentre as atribuições do NEVIGA elas fazem visita domiciliar, relatórios ao Ministério Público e acompanhamento sistemático com os idosos. Ao fim do ano a equipe apresenta o relatório anual de atividades realizadas como prestação de contas à sociedade.

O referido núcleo quando não há mais nenhuma forma de vínculo com a família e /ou responsável essa idosa é encaminhada como medida protetiva para o abrigo que existe no município e no caso dos homens eles são encaminhados aos abrigos que ficam no município de São Bento do Una e Belo Jardim.

Os idosos que dão entrada no núcleo, em sua maioria são vítimas de violência financeira e patrimonial.

O que tiramos de lição enquanto futuras sanitaristas é que se trabalhar no combate à violência ao idoso que é uma população a qual já contribuiu tanto para a sociedade e almeja viver a sua velhice em sua dignidade plena, se deparar com essas diversas violações de direitos se faz necessário ter um equipe composta por profissional de psicologia por entender que o sofrimento psíquico é um fator de vulnerabilidade social agravante em que a lógica do cuidado deveria ser pensada principalmente com esse público e que culturalmente ainda vemos que quem chega a essa idade passa a ser visto como algo descartável e que não tenha utilidade alguma e que como estratégia de cuidado e proteção as leis servem para barrar as diversas violações colocadas a esse público e que nós enquanto futuras sanitaristas devemos ficar atentas a essa temática pois é caso de política pública de saúde e que perpassa por diversas políticas.

Como segundo ético humanístico referente ao ciclo sobre violência elegemos a participação no Fórum Regional de Saúde Mental que aconteceu no auditório da UPE (Universidade de Pernambuco) teve participação dos Coordenadores e profissionais da Rede



Saúde Mental dos Municípios da V Geres, Residentes de saúde Coletiva com ênfase em Gestão de Redes de Saúde, de Saúde Mental, e de Gestão do Cuidado teve como proposta abordar as boas práticas de cuidado em Saúde Mental em relação à prevenção as violências e tentativas de suicídio, para além do setembro amarelo.

Na ocasião o Coordenador da Atenção à saúde da V Geres Daniel propôs a divisão em Grupos para trabalhar o tema: “Olhar para trás e olhar pra frente no cuidado à ideação, tentativa e suicídio consumado”, para isso sugeriu que aos representantes dos Municípios que se dividissem em grupos e debatessem quais situações foram vivenciadas no ano corrente, quais ações foram realizadas e o que é necessário fazer enquanto Rede para prevenção à violência e suicídio.

Depois cada grupo elegeu um representante para fazer a apresentação, então um dos grupos apontou a necessidade de um fórum sobre violência e que fossem realizadas ações mais diluídas ao longo do ano e em locais para além da Rede de Saúde, que não se resumisse somente ao mês de setembro; também foi sugerida maior articulação da saúde com outros dispositivos, como por exemplo, com as Escolas e ser trabalhado a intersectorialização; foi destacada a necessidade da Saúde Mental chegar mais às comunidades rurais; também foi destacado a necessidade da descentralização do cuidado nos dispositivos. Foi apontada a dificuldade de articulação de Redes e questionado como isso pode ser melhorado; e também se falou sobre a necessidade de melhorar as pactuações na linha de cuidado.

Em seguida, a representante da Gasam (Gerência de Atenção à Saúde Mental) Márcia, destacou que cada profissional deve refletir e se incluir enquanto Rede e que essa Rede tem suas brechas. Que é importante o conhecimento da Política Estadual e das discussões da Saúde Mental para acompanhar o que foi pactuado pelo Estado. Destacou que o cuidado começa na Atenção Primária, a importância de todos os profissionais fazerem a notificação e de conhecerem o fluxo do Estado para Geres para fortalecimento do SUS.

O Fórum teve como culminância a Palestra do psiquiatra Gustavo Arribas intitulada: Atenção à crise- manejo e cuidados no território, em que abordou principalmente os indícios de que uma pessoa possa cometer o suicídio, apresentou os fatores de riscos mais relevantes e concluiu destacando como resolver os casos de violência autoprovocada: acolhendo, notificando e encaminhando para que sejam reparados os danos e essa pessoa seja cuidada no território.

O fórum trouxe uma reflexão sobre as diversas formas de violência, dando maior ênfase na prevenção da autoprovocada devido ao crescente índice de casos que estão acontecendo na V Regional, também foi bastante pertinente que este fórum trouxe o posicionamento crítico dos profissionais sobre o setembro amarelo como cuidado pontual

apenas em um mês e sobre a necessidade da articulação dos dispositivos da Rede de Saúde com outras Instituições para fortalecer as linhas de cuidado, também serviu de avaliação das ações que estão sendo trabalhadas na Rede de Saúde Mental e o que pode ser melhorado para fortalecer o SUS.

Tabelas:

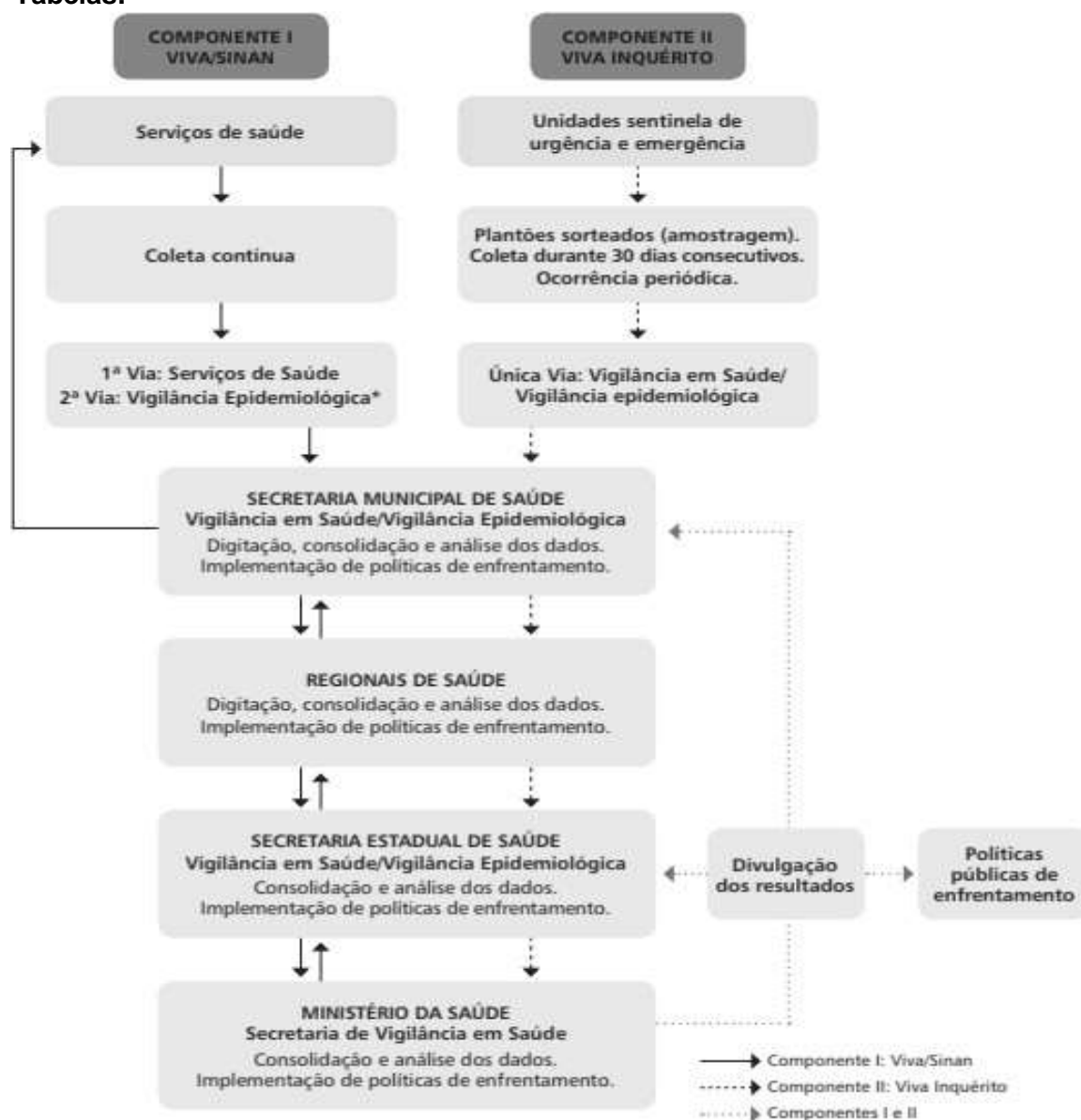


Tabela 1: estruturado do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em componentes

Figura 2 Fluxo de coleta, envio, processamento e divulgação dos dados do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes – Viva Inquérito 2014

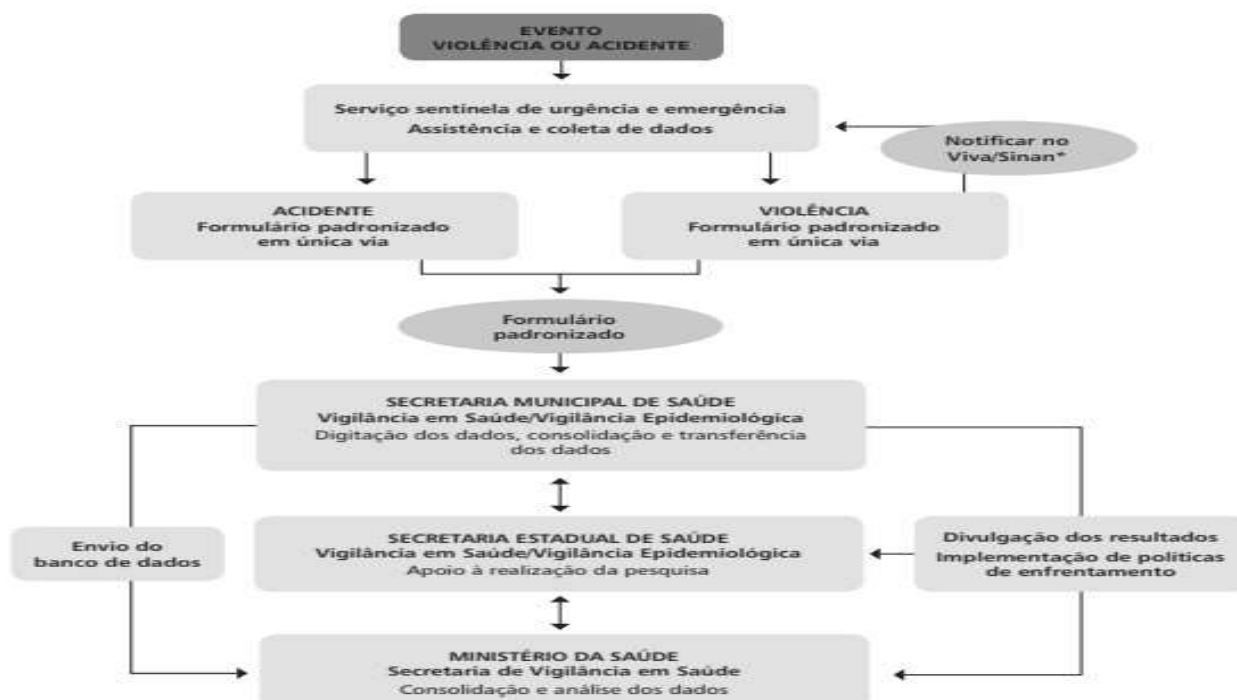
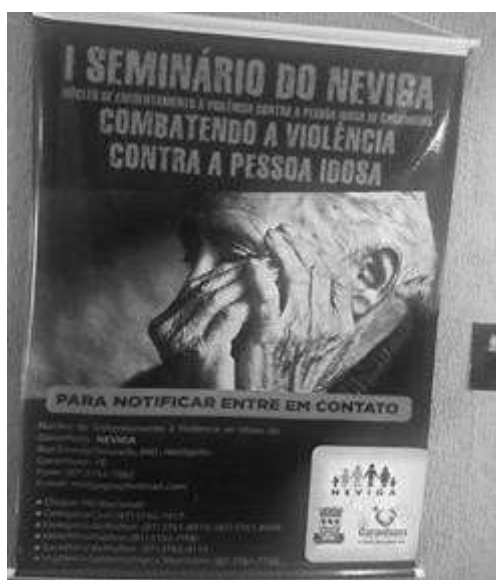


Tabela 2: Fluxograma acerca do VIVA.

Figuras:



I: Banner do Seminário



II: Folder do Disk Denúncia no NEVIGA



III: Parte da equipe que compõe o NEGIGA



REFERÊNCIAS:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. Conquistas e desafios da pessoa idosa. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/saude-da-populacao/cns-divulgado-documento-sobre-conquistas-e-desafios-da-populacao-idosa/6900/>. Acesso em: novembro 2019.

BRASIL. Lei 10.741, de 1 de outubro de 2003. Estatuto do Idoso. Disponível em: http://direitodidoso.braslink.com/05/estatuto_do_idoso.pdf. Acesso em: novembro 2019.

BRASIL. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: <http://www.saudeidoso.iciet.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaude daPessoaIdosa.pdf>. Acesso em: Nov 2019.

IBGE. Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2015. Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Rio de Janeiro, 2016. Acesso: Nov 2019. Disponível em: ftp://fp.ibge.gov.br/Tabuas_Completas_de_Mortalidade/Tabuas_Completas_de_Mortalidade_2015/tabua_de_mortalidade_analise.pdf

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(Sup): 1259-1267, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/abcaid19.pdf>. Acesso em: Nov 2019.

PERNAMBUCO. Ministério Público do Estado. Caravana da pessoa Idosa. PEVI Protocolo de Enfrentamento à Violência ao Idoso – Garanhuns/Programa Caravana da Pessoa Idosa... [et. Al].; Coordenação Ylena de Fátima Monteiro Araújo. – Recife: Procuradoria Geral de justiça, 2015. 43 p.:il.



A RELEVÂNCIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA: O envelhecimento na rua

Graziela Donizetti Dos Reis (Unesp- Franca).

RESUMO: Este ensaio teórico pretende demonstrar a importância das políticas públicas, como uma garantia do acesso desse público aos seus direitos sociais, incluindo o atendimento na Saúde pública. Apresenta-se uma breve síntese do número de pessoas em situação de rua incluídas no Cadastro Único e uma revisão histórica para mostrar como o envelhecimento sempre foi desafiante ao longo dos tempos. Expõe-se a fragilização e ruptura de vínculos familiares como um dos agravantes das dificuldades da pessoa idosa em situação de rua. A metodologia embasou-se em pesquisa bibliográfica e documental.

Palavras Chave: Envelhecimento; População em situação de rua; Fragilização de vínculos.

RESUMEN: Este ensayo teórico pretende demostrar la importancia de las políticas públicas, como garantía del acceso de este público a sus derechos sociales, incluida la atención de salud pública. Se presenta un breve resumen del número de personas sin hogar incluidas en el Cadastro Único y una revisión histórica para mostrar cómo el envejecimiento siempre ha sido un desafío a lo largo del tiempo. Expone la fragilidad y la ruptura de los lazos familiares como una de las dificultades agravantes de los ancianos en las calles. La metodología se basó en la investigación bibliográfica y documental.

Palabras clave: Envejecimiento; Población sin hogar; Debilitamiento de los lazos.

1. INTRODUÇÃO

O número de pessoas idosas em situação de rua tem crescido de forma significativa, resultando em uma demanda para os profissionais da assistência social, considerando o que se observa que a maioria das situações apresenta a ruptura do vínculo familiar, seja por abandono da família, ou pelo fato do idoso não conseguir manter a convivência com os seus familiares e se afastar deles.

Esse aumento expressivo da quantidade de pessoas idosas vivendo em uma condição tão vulnerável pode derivar de múltiplos fatores, como ausência de uma moradia; ausência de renda financeira; a desigualdade social; uso de substâncias psicoativas, sejam elas legalizadas ou não, mas nesse trabalho objetiva-se colocar a pobreza extrema como recorte para a discussão.

Considerando a alta demanda no atendimento das inúmeras expressões da questão social que se manifestam em uma pessoa idosa em situação de rua, nota-se a urgência na atenção das políticas públicas voltadas para esse público e que visam proporcionar uma velhice digna para toda a população brasileira.

Diante do desmonte dos direitos sociais ocorridos nos últimos anos, coloca-se em discussão a extrema vulnerabilidade da pessoa idosa em situação de rua, sendo que não há um número considerável de referências bibliográficas em relação a este tema pretende-se abordar essa questão visando suscitar a atenção dos possíveis leitores para a necessidade da pesquisa sobre a população em situação de rua.

2. DESENVOLVIMENTO

O fenômeno população em situação de rua

A situação de rua é um fenômeno social que demanda atenção especial das políticas públicas e sociais, principalmente da Saúde pública, pois trata-se de uma consequência das desigualdades sociais derivadas da estrutura capitalista. Essa parcela mais empobrecida da sociedade se expande com menos invisibilidade nos grandes centros urbanos, mas também se apresenta nas cidades de médio e pequeno porte. De acordo com Castel (1998), nesse contexto ocorre o processo de desfiliação social, que resulta da pobreza extrema, do desemprego e a miséria.

A ruptura do vínculo empregatício que proporciona o mínimo existencial para a pessoa acaba por excluí-la da sociedade e do acesso aos seus direitos sociais. Pode-se identificar esse processo de desfiliação ao observar o preconceito da sociedade para com a população



em situação de rua, pois a sociedade estigmatiza esse público e se refere a ele de forma pejorativa, sendo que em algumas situações são tratados com menos dignidade da qual se trata os animais. Implica-se a essa parcela da sociedade um processo de desumanização, de pessoa que é tratada com indiferença pela sociedade, no sentido de garantir os seus direitos.

Breve síntese do número de pessoas em situação de rua em 2019 no Brasil

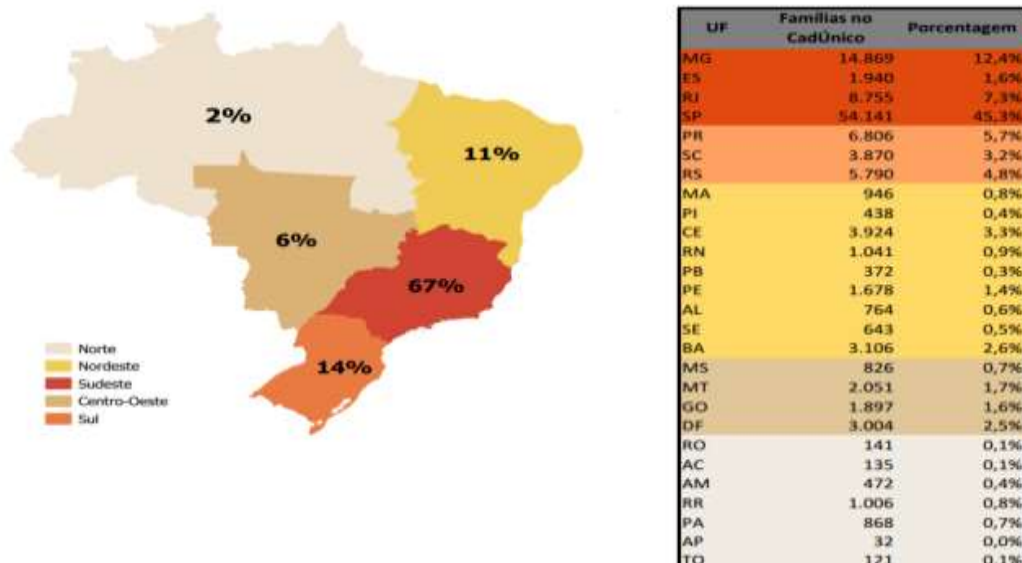
O Ministério de Cidadania realizou uma pesquisa em 2019 para identificar e caracterizar a situação socioeconômica das famílias inseridas na pobreza extrema, as famílias de baixa renda que conseguem viver com apenas meio salário mínimo *per capita*. Constatou-se que para além do programa Bolsa Família, “quase trinta programas sociais federais” (BRASIL, 2019,p.08) recorreram à base de dados do Cadastro Único para escolher os beneficiários.

Em março/2019, havia cerca de 28 milhões de famílias de baixa renda no Cadastro Único, o que corresponde a quase 76 milhões de pessoas (cerca de 35% da população brasileira). Para aperfeiçoar o Cadastro Único na identificação de pessoas em situação de rua, em 2009 o Governo Federal lançou um formulário específico para a inclusão desse público no Cadastro Único: o Formulário Suplementar 2. O Censo Pop Rua subsidiou a elaboração das questões do Formulário Suplementar 2, assim como as ações de capacitação de entrevistadores do Cadastro Único, a fim de explicar as particularidades do cadastramento deste público e sensibilizar os participantes para esse tema. Cabe mencionar, ainda, que o Cadastro Único adotou o mesmo conceito de população em situação de rua definido pela Política Nacional (BRASIL,2019, p.08).

Percebe-se que houve uma articulação entre as estratégias utilizadas pelo Cadastro Único e a Política Nacional para a População em Situação de Rua (2009), pois além da nomenclatura, também o formulário suplementar possibilita uma percepção mais aproximada dos números reais de pessoas vivendo em situação de extrema pobreza.

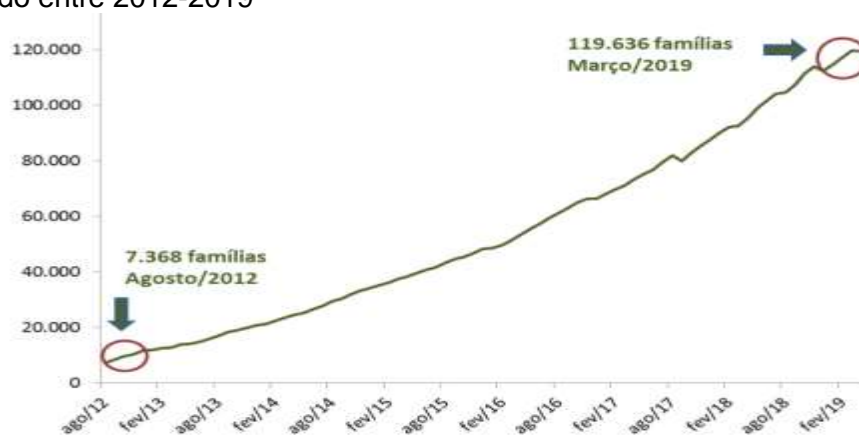
Contudo, as imagens a seguir demonstram o aumento exponencial de pessoas que vivem em condições de miséria. A crise econômica na qual o Brasil está desde os últimos cinco anos resultou em uma alta demanda para as políticas públicas, na área da Saúde e da Assistência Social, mas também significou maior campo de atendimento para a população em situação de rua.

Figura1: Distribuição de famílias em situação de rua incluídas no Cadastro Único no Brasil até 2019



Fonte: Brasil ,2019, p.09

Figura 2: Quantidade de famílias em situação de rua incluídas no Cadastro Único-Brasil, no período entre 2012-2019



Fonte: Brasil ,2019, p.12

A formulação de políticas públicas possui caráter essencial para garantir o acesso dessa população ao mínimo existencial, possibilitando a sobrevivência desse público até o envelhecimento. Por isso faz-se necessário a valorização das políticas públicas voltadas para a população em situação de rua, pois somente por meio delas é possível que esse público consiga acessar seus direitos sociais, como a saúde e a habitação digna, como no caso das pessoas idosas que conseguem a inserção nas Casas-Lares, ou uma hospedagem social utilizando o Benefício de Prestação Continuada. Ressalta-se o valor do Consultório na Rua (2012), que assumiu o cuidado inicial e o encaminhamento desse público para as Unidades Básicas de Saúde, sendo assim mais uma possibilidade de manutenção da vida, tão singela e tão frágil nesse contexto de exclusão social.

O Envelhecimento na rua

Considera-se o envelhecimento como um processo social, porém ele é visto como parte natural do desenvolvimento humano, porém esse desenvolvimento se altera de acordo com a construção social de cada pessoa. As situações impostas pelo modo de vida da pessoa determinam a forma como ela irá envelhecer, sendo que esse movimento é gradativo e irreversível, um resultado de dimensões orgânicas psicossociais e funcionais que estão inseridas num movimento dialético da sociedade capitalista.

Para Tótorá a velhice pode ser concebido da seguinte forma:

O sujeito velho é uma categoria social produzida pelos dispositivos do biopoder em penhado em majorar a vida, estancar os processos de envelhecimento, controlar, separar e por os seres humanos. A velhice não é uma essência substantiva, desvinculada de sua produção histórica e cultural. A representação da velhice historicamente esteve ligada a distintos valores: sabedoria, temperança, prudência, tranquilidade de paixões, privilégio de poucos de uma longa existência em épocas de baixa expectativa de vida. (TÓTORA,2008,p.26)

Entretanto segundo Mercadante (1997), o envelhecimento pode ocorrer de acordo com os fatores biológicos e culturais, sendo um fenômeno que muda de acordo com o tempo e espaço, por isso seu caráter mutável apresenta alterações significativas em cada período da nossa sociedade.

Assim como as pessoas em situação de rua na atualidade, estão excluídas da vida pública, as pessoas idosas neste contexto, estão expostas a uma maior vulnerabilidade, a saúde desse público corre muitos riscos, pois desde tempos remotos essa exclusão é alicerçada pela sociedade, assim como afirma Beauvoir (1976), no período do baixo império e da Alta Idade Média as pessoas idosas eram mantidas separadas da vida pública e a atenção do mundo era voltada as pessoas jovens. De acordo com a autora esse processo ocorria pois havia a necessidade da valorização da força juvenil na utilização das armas em contrapartida ao pequeno ou inexistente valor que se direcionava para a experiência das pessoas idosas.

Para Beauvoir (1976), a pessoa idosa era considerada como um peso na família e na sociedade, sendo reduzida ao o fato de ser somente uma boca mais para ser sustentada, não se considerava todos os anos que aquela pessoa trabalhou e lutou para sustentar e garantir a proteção de sua família, era considerada uma intrusa no círculo social em que ainda mantinha algum contato.

Observa-se que assim como a pessoa idosa ao longo de séculos relegada ao esquecimento, a negligência e a total exclusão social, a pessoa idosa em situação de rua



ainda hoje enfrenta as mesmas vulnerabilidades que os idosos enfrentaram em séculos atrás. A discriminação da sociedade para com as pessoas nesse contexto é cruel, pois a mensagem transmitida é de que a pessoa está tá ocupando um espaço o qual ela não deveria ocupar, ou seja a pessoa não deveria mais existir simplesmente pelo fato de estar totalmente desprotegida e vulnerável.

Beauvoir (1976) também sinaliza que a sociedade alcançou uma certa evolução quanto ao processo de envelhecimento somente a partir dos séculos XIII e XIV, pois o período da renascença e suas transformações em relação ao comércio também alteraram as condições de existência das pessoas idosas, principalmente nas classes privilegiadas. Nas classes desfavorecidas por outro lado a morte acontecia precocemente, e caso não ocorresse tudo que restava para pessoa idosa era sobreviver por meio da caridade pública e religiosa.

Para autora somente a partir do século XIX, em consequência do capitalismo e da revolução industrial, a classe dominante passou a explorar além da força de trabalho juvenil, também a força de trabalho idosa. Mas quando os idosos não possuíam mais vender sua força de trabalho eram deixados à margem da sociedade. Poucos idosos eram tratados dignamente por suas famílias, neste período muitos eram abandonadas ou expulsos de suas casas. Contudo não foi possível continuar ignorando o processo de envelhecimento da classe trabalhadora, assim como os problemas relacionados a indiferença como os trabalhadores idosos.

A Política de Assistência Social e se papel para a população em situação de rua

Com a promulgação da carta Magna em 1988 com a Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994 e o Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009 que instaurou a política nacional para a população em situação de rua, nota-se que há a intenção de diminuir as desigualdades sociais em relação a população em situação de vulnerabilidade e de risco social, como a pessoa idosa e a pessoa idosa em situação de rua.

A pessoa idosa que sobrevive em situação de rua enfrenta múltiplas dificuldades tanto pela escassez de alimento e ausência de moradia, que a expõe a extrema vulnerabilidade, quanto pela solidão e indiferença da sociedade em relação às suas demandas. Trata-se de um público que demanda maior atenção do poder público e da sociedade civil. Parte das ações destinadas para a população idosa em situação de rua é realizada pelos municípios, porém a esfera federal também assume um papel relevante em relação aos recursos financeiros, mas principalmente na execução das políticas públicas para os idosos e para as pessoas em situação de rua, todas elas ocorrem dentro da Assistência Social.



Como a Assistência Social é um direito de toda a pessoa que dela necessitar e um dever do Estado garantir essa assistência, ela compõe a seguridade Social desde 1988 com a promulgação da Constituição Federal (1988). Posteriormente a Lei Orgânica da Assistência Social (1993), apresenta maior atenção em relação à população em situação de rua e dentre seus objetivos, reforçou a proteção a velhice, a garantia de um salário mínimo para a pessoa idosa que consiga comprovar que não possui meios de manter sua própria existência, como no caso das pessoas idosas em situação de rua que comumente não conseguem comprovar vínculo formal de trabalho e dependem do benefício de prestação continuada para suprir as suas necessidades básicas. Entretanto reforça-se que nem todas as pessoas idosas em situação de rua conseguem esse benefício, pois a dificuldade de acesso as informações necessárias para alcançá-lo, muitas vezes resultam na inviabilidade de acessar esse direito garantido por lei.

Assistência Social possibilita que as pessoas idosas em situação de rua tenham aos seus direitos sociais, principalmente após a Tipificação Nacional (2009) de serviços socioassistenciais que norteiam o serviço especializado para pessoas em situação de rua, sendo este um serviço destinado para pessoas que estão na pobreza extrema e sobrevivem na rua.

Dentre os objetivos da Tipificação Nacional (2009) existe o acolhimento e proteção integral, assim como a reconstrução dos vínculos familiares e sociais, o acesso à rede socioassistencial, acesso a alimentação e a provisão de documentos necessários para o seu atendimento nos órgãos públicos.

Um dos serviços que compõem a assistência social são os centros de acolhida que consistem em serviço de acolhimento institucional previsto na Tipificação Nacional (2009) de serviços da assistência Social sendo um serviço da proteção social especial de alta complexidade. O acolhimento ocorre em diversos tipos de equipamentos destinados para as famílias ou pessoas com vínculos familiares que foram fragilizados ou rompidos visando garantir a proteção integral das mesmas.

A área da Assistência Social tem ampla experiência no trabalho com a população em situação de rua. Em 2005, incorporou as pessoas que vivem nas ruas como prioridade de atenção, estabelecendo a criação de programas e serviços específicos voltados para elas; nesse mesmo ano, aconteceu o I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua. Em 2009, foi instituída a Política Nacional para a População em Situação de Rua e o Comitê Intersetorial para seu acompanhamento e monitoramento (BRASIL, 2009).

Em relação aos idosos, o serviço se dá por meio do acolhimento a pessoas de 60 anos ou mais, sejam ela independentes ou com dependência parcial ou total de cuidados alheios. No caso dos idosos em situação de rua, há a ruptura de vínculos familiares ou o abano completo, a precarização financeira e a violência da sociedade para com as pessoas inseridas



na extrema pobreza. Esse acolhimento não é necessariamente permanente, pois há a possibilidade de reconstruir os vínculos familiares e ou sociais.

As Casas Lares possuem como objetivos:

Incentivar o desenvolvimento do protagonismo e de capacidades para a realização de atividades da vida diária; - Desenvolver condições para a independência e o auto-cuidado;- Promover o acesso a renda; - Promover a convivência mista entre os residentes de diversos graus de dependência. . (BRASIL,2009,p.47)

Para acessar esse serviço, o idoso em situação de rua precisa de um encaminhamento dos serviços socioassistenciais, assim como outras políticas públicas, pode ser do Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) e do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) .

Esse serviço visa proporcionar a segurança de acolhida:

Ser acolhido nos serviços em condições de dignidade; ter reparados ou minimizados os danos por vivências de violências e abusos; ter sua identidade, integridade e história de vida preservadas; ter acesso à alimentação em padrões nutricionais adequados. (BRASIL,2009, p.41)

Destaca-se que as pessoas em situação de rua que são acolhidas nessas instituições enfrentam mais um desafio que é a adaptação ao funcionamento interno desses locais, considerando que o envelhecimento tem características distintas para cada indivíduo, quando este se encontra em situação de rua há anos, ele apresenta mais receio da convivência institucional, pois o preconceito e os estigmas que permearam seu cotidiano o convencem de que seu estado é de invisibilidade. Assim a equipe técnica assume um papel fundamental para a convivência com essa pessoa, pois a construção de vínculos é construída gradativamente num processo de envelhecimento sem estar na situação de rua, mas é um pouco mais moroso quando a pessoa estava nessa condição.

O envelhecimento não é um evento com data marcada, mas é um processo que se dá durante toda a nossa trajetória. Nascermos envelhecendo, e durante toda a nossa vida sempre somos mais jovens e mais velhos que alguém. O envelhecimento é um processo e a velhice é uma etapa da vida. Somos finitos, portanto, morreremos, fato que pode ocorrer em qualquer momento de nossa existência e não somente na velhice. (MEDEIROS, 2003, p.188)

Para Souza, Silva e Caricari (2007) a origem desse serviço só aconteceu após uma grande mobilização que se deu no dia em 26 de junho de 2003, e que ficou conhecido como “O grito dos excluídos”. O impulso desse movimento foi crescendo gradativamente até a conquista da Política Nacional para a População em Situação de Rua e a Tipificação Nacional (2009), o reordenamento dos serviços socioassistenciais.

Com a Tipificação Nacional (2009), houve uma significativa melhora no acesso das pessoas idosas em situação de rua, pois a partir de então, elas conseguiam o



encaminhamento nos equipamentos como Centro POP, CREAS e CRAS para retirar seus documentos. Também viabilizou uma pequena melhora no atendimento da saúde, pois as pois esse público, por não ter um lugar seguro para permanecer, sempre acaba tendo seus pertences furtados e os documentos eram perdidos, com isso o atendimento nas Unidades Básicas de Saúde muitas vezes era de difícil acesso, a Tipificação assegura o atendimento na saúde básica, ou seja, a pessoa em situação de rua deve ser atendida mesmo que não apresente todos os seus documentos.

De acordo com Mattos (2005), que é um dos profissionais pesquisadores que se empenham à análise das pessoas que estão em situação de rua, assim como Snow e Anderson (1998), e Silva (2009), observa-se a presença de substâncias psicoativas num amplo contexto da desse público, mesmo entre as pessoas idosas em situação de rua. Todavia também deve-se analisar as circunstâncias relacionadas ao círculo familiar e ao trabalho, sendo o trabalho essencial para a convivência em sociedade, quando a pessoa é excluída do mundo do trabalho, possivelmente ela corre o risco de ficar em situação de rua. Reforça-se que esse público já enfrenta grande dificuldade para manter um vínculo empregatício por um longo período, porém é praticamente impossível para uma pessoa idosa em situação de rua ser reinserida no mundo do trabalho, principalmente pelo fato do processo de adoecimento que está intrinsecamente relacionado à situação de privação do mínimo existencial.

Por isso, o Benefício de Prestação Continuada (BPC) é extremamente necessário para o idoso em situação de rua, pois por meio dele, ainda existe uma possibilidade de acessar o mínimo existencial para que seu envelhecimento ocorra sem as mesmas violações de direitos que o acometeu na fase anterior de ter acesso a esse benefício.

Segundo Medeiros (2003) deve-se manter a preocupação quanto à população que está envelhecendo, porém isso não pode se reduzir somente em relação ao envelhecimento bem sucedido, mas deve ser destinada também para as pessoas que envelhecem de forma solitária, destituídas da saúde, fragilizadas emocionalmente, que envelhecem em situação de rua, confinadas no cárcere, ou em situação de dependência química. .

Este contexto pode apresentar maior complexidade quando se trata da população idosa que está em situação de rua, pois grande parte desse público não tem nenhum membro familiar que possa manter algum apoio e ou cuidado, pois os vínculos foram fragilizados ao longo da convivência e a reaproximação do círculo familiar torna-se inviável.

Diante dessas circunstâncias, Mattos (2005), destaca que dentre as dificuldades para a vida desta população idosa em situação de rua, a ausência da assistência familiar para a maioria deles é uma das mais severas, pois o rompimento dos vínculos familiares somados a ruptura do emprego formal pode ser considerada como o “[...] ponto zero no processo de



realização, principalmente no caso da sociedade brasileira, em que a unidade familiar é o suporte para as relações sociais da classe trabalhadora pobre”. (MATOS, 2005, p.47). Assim o processo de envelhecimento torna-se mais duro para uma parcela da sociedade que se encontra privada da maioria dos seus direitos.

3. CONCLUSÃO

Este trabalho apresentou uma síntese do número de pessoas em situação de rua que estão inscritas no Cadastro Único, reforçando que tal dado pode contribuir para a posterior formulação de políticas públicas e a efetivação daquelas que já estão implantadas. Destacou-se também a articulação entre as políticas de Assistência Social e Saúde e que essas políticas públicas possibilitam a sobrevivência desse público até o seu envelhecimento, dentre elas, a Tipificação e posteriormente o Consultório na Rua. Há poucos dados sobre o envelhecimento da população em situação de rua, por isso, faz-se necessário instigar o debate sobre esse fenômeno complexo.

A população idosa em situação de rua enfrenta múltiplas violações dos seus direitos sociais, políticos e civis, entretanto a política de Assistência Social por meio da Tipificação Nacional ocorrida em 2009, propõe uma outra forma de atendimento desse público, visando assegurar que seus direitos sociais sejam resguardados e consigam acessar o atendimento público com mais facilidade, pois agiliza o encaminhamento para a retirada de novos documentos.

Esse público possui os vínculos familiares fragilizados ou rompidos e o envelhecimento dessas pessoas apresenta um grau mais elevado de dificuldades, pois se encontram sem apoio em sua fase final da vida. O atendimento nos equipamentos que recebem essa população idosa, no caso deste trabalho, as Casas Lares, há todo um cuidado destinado para resgatar a dignidade humana dessa pessoa que até então se via totalmente desprotegida diante da violência que é a situação de rua.

Portanto, reforça-se que na atualidade houve um desmonte de direitos e políticas públicas, resultando em cortes para o atendimento dessa população, por isso esse ensaio teórico pretende demonstrar que a efetivação das políticas sociais melhora significativamente a vida das pessoas que delas necessitam, principalmente a população idosa em situação de rua. Deve-se lutar para garantir a continuidade dessas políticas e assegurar os direitos das pessoas vulneráveis.



REFERÊNCIAS:

- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988.
- BRASIL. **Lei Orgânica da Assistência Social** Lei nº 8.742 de Dezembro de 1993.
- BRASIL. **Política Nacional da População em Situação de Rua** Decreto s/nº, de 25 de outubro de 2006.
- BRASIL. **Política Nacional de Assistência Social**, PNAS, 2004.
- BRASIL. **População em situação de rua no Brasil: o que os dados revelam?** Ministério de Cidadania Brasília/DF | Junho/2019.
- BRASIL. **Portaria no 122**, de 25 de janeiro de 2012: define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua. Diário Oficial da União 2012.
- BRASIL. **Tipificação Nacional (2009) Nacional de Serviços Socioassistenciais**. Resolução CNAS nº 109 de 11 de novembro de 2009. Disponível em <http://www.mds.gov.br/suas/resolucao-cnas-nº_109-2009-tipificacaonacional-de-servicos-socioassistenciais>. Acesso em 07 de Jan de 2020
- Castel, Robert. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Rio de Janeiro, Vozes, 1998.
- BEAUVOIR. S. de. **A velhice: a realidade incômoda**. São Paulo, DIFEL/ Difusão Editorial S.A, 2º. Edição, 1976.
- MATTOS, R. M., FERREIRA, R. F., **O idoso em situação de Rua: Sífico revisitado**. Estudos de Psicologia, Campinas, Volume 22, Número 1. Março de 2005.
- MEDEIROS, S. A. R., “**Como Pensar a Vida**”. Revista Serviço Social e Sociedade, No. 75, Ano XXV, Especial Velhice e Envelhecimento, SP.:Cortez, 2003.
- MERCADANTE, E.F.A. **A Construção da Identidade e da Subjetividade do Idoso**. Tese de Doutorado, PUC, São Paulo. 1997.
- SILVA, M. L. L., **Trabalho e População em situação de Rua no Brasil**, SP: Cortez, 2009.
- SNOW, David; ANDERSON, Leon. **Desafortunados: um estudo sobre o povo da rua**. Petrópolis: Vozes, 1998.
- TÓTORA, S. “**Apontamentos para uma ética do envelhecimento**”. Revista Kairós, Volume 11, nº 01, São Paulo: EDUC, 2008.



ADOLESCÊNCIA: ACESSO AOS SERVIÇOS NO TERRITÓRIO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Luciano Aparecido Pereira Junior (Unifran - Universidade De Franca); Fernanda De Castro Nakamura (Unesp - Universidade Estadual Paulista); Thércius Oliveira Tasso (Unifran - Universidade De Franca).

Resumo: Os adolescentes devem ter uma proteção integral, que lhes permitam se desenvolver com qualidade, tendo o direito à saúde, à vida e à educação, plenamente garantidos. Como metodologia, este estudo utilizou-se da pesquisa qualitativa e de uma revisão integrativa nas plataformas Google Acadêmico, Pepsic e Scielo, tendo como descritores: a adolescência, os serviços disponíveis no território e a promoção da saúde. Envolver os adolescentes, para que estes se vinculem aos serviços, não é uma tarefa fácil, sendo preciso compreender a integralidade do sujeito e alcançar por meio da promoção da saúde, o bem-estar e a qualidade de vida dos adolescentes.

Palavras-chave: Adolescência; Serviços disponíveis no território; Promoção da saúde.

Abstract: Adolescents must have full protection, enabling them to develop with quality, with the right to health, life and education fully guaranteed. As a methodology, this study used qualitative research and an integrative review on Google Scholar, Pepsic and Scielo platforms, having as descriptors: adolescence, services available in the territory and health promotion. Involving adolescents, so that they are linked to services, is not an easy task, being necessary to understand the comprehensiveness of the subject and reach through the promotion of health, well-being and quality of life of adolescents.

Key-words: Adolescence; Services available in the territory; Health promotion.

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho trata sobre o universo de direitos fundamentais que circunda as crianças e adolescentes no Brasil. Primeiramente, cabe destacar que a Constituição Federal de 1988 (CF/88) foi um marco na reformulação e redimensionamento dos direitos fundamentais, coletivos e individuais, uma vez que no texto constitucional foram inseridas diversas garantias e reconhecidos diversos direitos a categorias específicas, delineadas como vulneráveis frente a sociedade⁴⁶.

Em um aspecto geral, a CF/88, em seus artigos iniciais, estabelece vários direitos e princípios relacionados à universalidade e não distinção entre brasileiros e estrangeiros nos atendimentos dos serviços nacionais, em conformidade com o princípio da igualdade, da dignidade da pessoa humana e com o objetivo fundamental da República inscrito em seu inciso I do art. 3º: “construir uma sociedade livre, justa e solidária”.

No campo social, destaca-se o artigo 6º, que estabelece os seguintes direitos sociais: “a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados” (BRASIL, 2017, p. 11).

No caso das crianças e dos adolescentes, a proteção legislativa abrange essencialmente, além da CF/88, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990, que teve como embasamento a CF/88 e a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança de 1989 (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990). Como complemento normativo, há a edição do Estatuto da Juventude, sob a forma da Lei nº12.852 de 2013, cujas normas protegem a criança e o adolescente, somente naquilo que não conflitar com o ECA, que é aplicável exclusivamente a essa categoria.

Entretanto, observando-se o histórico dos direitos fundamentais, é plausível ponderar que nem sempre existiram serviços disponíveis para atender as demandas de crianças e adolescentes no país. Somente a partir de 1988, novos olhares foram direcionados para essa necessidade de extrema importância. Além, do aspecto cultural que envolve o ser adolescente e a visibilidade que este possui dentro da sociedade atual (GANDINI JÚNIOR, 2015).

Considerando este processo histórico, antes de chegar aos serviços que aqui serão abordados, é preciso mencionar o que o ECA traz como garantia de direitos e proteção integral, em um processo de valorização do sujeito e de suas relações.

⁴⁶ Como exemplo pode-se destacar o Capítulo VII do Título VIII da Constituição Federal de 1988 que trata sobre a ordem social, e da proteção à família, à criança, ao adolescente, ao jovem e ao idoso. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Senado, Brasília: DF, 1988.



O princípio da proteção integral leva em consideração a particularidade do sujeito de direitos da criança e do adolescente, que se traduz no processo de desenvolvimento das capacidades e habilidades humanas que merecem proteção do Estado. Assim, considera-se a criança e o adolescente como sujeitos vulneráveis, visto que ainda estão em processo de formação de suas convicções pessoais frente a sociedade (NAKAMURA, 2017).

O ECA em seus artigos iniciais, em especial o artigo 4º, traduz o princípio da proteção integral, dando reformulação ao conceito de sujeito de direitos em desenvolvimento e a necessidade de implementação de alguns direitos fundamentais específicos dessa categoria, conforme se transcreve abaixo:

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação referente aos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 1990).

É importante ressaltar que as dimensões da atenção territorial, em um aspecto de rede e fortalecimento, serão abordadas neste estudo com relação às áreas da saúde, educação, assistência social, esporte, cultura e lazer. Estas dimensões e suas relações são essenciais para comporem o território e atenderem as demandas dentro deles (BRASIL, 2014). O fato é que, serviços nessas áreas são essenciais para que o funcionamento de uma comunidade aconteça, valorizando os vínculos e a participação social.

As políticas públicas, assim como os serviços, existem, mas nem sempre atendem toda a demanda e todos os territórios, não havendo eficiência e eficácia, na atenção as particularidades da população. Compreender e entender os públicos para o qual estas ações estão direcionadas é uma estratégia importantíssima para conhecer os sujeitos e suas demandas, que neste caso, a população adolescente brasileira (EIRAS, 2012).

O Brasil possui cerca de 68 milhões de crianças e adolescentes com idade até 19 anos. Essa população convive com diversas questões e problemas, que variam conforme a região onde este se encontra. Parte destes adolescentes convive com a pobreza, a gravidez na adolescência, o elevado índice de evasão escolar, o não acesso ao saneamento básico, com o trabalho infantil (que deve ser analisado conforme a realidade brasileira) e com a violência dentro das famílias e no território (ABRINQ, 2018).

O foco das políticas públicas em especial a saúde, assistência social e educação diante da população adolescente e jovem do país, se faz necessária para compreender as suas dimensões e experiências, em especial nas relações com outros indivíduos da mesma idade, considerando o aspecto sexual, a integralidade biopsicossocial, suas crenças, a convivência com a violência, a existência de violação de direitos, a prática da violência, o cumprimento de medidas socioeducativas, a evasão escolar e a busca ou não pelos serviços



de saúde e socioassistenciais (PASIAN, 2014). O que fazer para que os serviços públicos possam se aproximarem e se vincularem com esse grupo?

Longe de esgotar a resposta para tal questionamento, por conta dos inúmeros fatores que precisam ser aferidos no âmbito dos serviços públicos, é de suma importância considerar que a afirmação de direitos e a prática efetiva, por meio de ações dos governos e das políticas se materializa o direito constitucional, da proteção integral de direitos das crianças e dos adolescentes. Para os serviços públicos se aproximarem e buscarem uma atuação proativa é necessário observar as garantias constitucionais para os adolescentes.

A ideia que deve permear esses serviços deve ser voltada ao cuidado e atenção a uma categoria especial, que está se formando no nosso país, com novas ideais, novas convicções, o que é essencial para uma mudança efetiva nas políticas de proteção às crianças e adolescentes.

Assim, deve-se considerar que a preocupação primeira da proteção dos direitos deve permear pela busca da dignidade da pessoa humana, que se relaciona com o direito à vida, à saúde e à educação, em especial. É fato que a vivência digna, com uma boa saúde, alimentação e uma boa educação, é capaz de formar jovens saudáveis e que possam contribuir eficazmente com a sociedade (NAKAMURA, 2017).

O sentido de se buscar uma solução aos problemas apontados acima abarcam a importância da promoção da saúde e sua conceituação no âmbito das políticas públicas. Pois compreender o significado e o sentido do conceito de se promover à saúde, de forma ampla, refletindo sobre todas as vertentes embutidas nele, tais como: educação em saúde, que é um processo de construção entre gestores, profissionais e comunidade, envolvendo promoção, prevenção e informação/capacitação, a educação popular, que valoriza os saberes das pessoas e que leva em consideração questão cultural, além do empoderamento,⁴⁷ da universalidade⁴⁸, da integralidade⁴⁹, da intersetorialidade,⁵⁰ da interdisciplinaridade⁵¹, do *advocacy*⁵² e da alfabetização em saúde⁵³, é essencial para que possa formular políticas efetivas para adolescentes. (OTTAWA, 1986; MALTA, *et al.*, 2014),

Da mesma forma, destaca-se que todas as ações e serviços voltados a esse público, devem abarcar a compreensão de um ser que é individual e que ao mesmo tempo insere-se em um grupo e com eles constrói vínculos fortes ou não, especialmente, no que tange a percepção de como a adesão a determinado serviço pode ocorrer e quais as demandas

⁴⁷ Um espaço dialógico onde os sujeitos podem por meio da fala construir novas possibilidades sobre um tema.

⁴⁸ O atendimento a todos sem nenhuma distinção e/ou forma de preconceito, conforme a CF/88.

⁴⁹ Compreensão do sujeito enquanto biológico, psicológico, social, espiritual e cultural.

⁵⁰ Trabalho conjunto realizado entre setores, como por exemplo, a saúde, a assistência social e a educação.

⁵¹ Trabalho realizado de forma conjunta entre profissionais de formação e de áreas de atuação distintas.

⁵² O intuito é defender os direitos e estimular a criação de novas políticas públicas, como uma forma de justiça social.

⁵³ São as habilidades pessoais dos indivíduos em exercer o autocuidado e sua relação com os dispositivos da saúde, no sentido do cuidado e da atenção integral.

precisam ser atendidas. A adolescência deve ser vista como uma fase essencial ao desenvolvimento humano e a construção e constituição do sujeito, se atrelando a diversos aspectos culturais, sociais e econômicos (ANJOS, 2013).

Para se atender as demandas e necessidades dos adolescentes o território deve ser um espaço a ser reconhecido, mediante o fato de que as necessidades podem ser peculiares a cada espaço. Dentro deste aspecto, as relações familiares e sociais destes adolescentes devem ser observadas e como estes se vinculam a pessoas e serviços, além da acessibilidade aos espaços. Somente quando o território é mapeado e estudado, que políticas públicas efetivas podem ser construídas e aplicadas.

Em face dessas considerações iniciais, este estudo se propôs a compreender como se dá o acesso dos adolescentes aos serviços no território e como a promoção da saúde se estabelece nessa relação.

2. DESENVOLVIMENTO

Metodologia

Para este estudo foi realizada uma análise qualitativa dos dados coletados em documentos disponibilizados nas plataformas virtuais, com a finalidade de se buscar informações e legislações pertinentes aos direitos das crianças e dos adolescentes, em um aspecto amplo.

Dessa forma, foi feita uma revisão integrativa dos dados, com a utilização dos seguintes descritores: adolescência, serviços disponíveis no território e promoção da saúde (GIL, 2008). As plataformas utilizadas foram Google Acadêmico, Pepsic, Scielo e dados e documentos do governo brasileiro, disponibilizados no *site* do Senado Federal e Câmara dos Deputados. Dos artigos e documentos coletados foram selecionados dez, sendo aqueles que abordavam diretamente a temática proposta e que fossem atuais (últimos 5 anos). As informações coletadas foram comparadas e contrastadas, tendo como viés importante a leitura concisa, o momento histórico e as diversas abordagens sobre uma mesma temática por uma gama ampla de profissionais e diferentes relatos (LAKATOS; MARCONI, 2003; GIL, 2008).

Resultados e discussão

A promoção da saúde conceitua diversos aspectos que possuem o intuito principal de proporcionar o bem-estar e a qualidade de vida do sujeito, levando em consideração sua



singularidade e integralidade – nos aspectos biopsicossocial e espiritual. Nessa compreensão, amplia-se o olhar para a universalidade, a intersetorialidade, a interdisciplinaridade, o empoderamento, a participação social, a educação em saúde e outros conceitos que pretendam atender as necessidades dos indivíduos (OTTAWA, 1986; MALTA, *et al.*, 2014).

A Promoção da Saúde deve ser compreendida como parte da Política Nacional de Saúde, sendo um aspecto importante quando se objetiva alcançar a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas. Ainda é possível observar a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e suas estratégias de ação e aplicabilidade. E neste parâmetro de relação direta com a saúde é preciso destacar o quanto o esporte, o lazer e a cultura, além do acesso a estes serviços, são essenciais na melhoria da qualidade de vida e bem-estar da população (BRASIL, 1998; BRASIL, 2014).

Para destacar a efetividade das políticas é preciso que o território onde os sujeitos vivem seja conhecido. Neste sentido a territorialidade se dá pelo pressuposto do cuidado e que é a ideia central para que as ações a serem desenvolvidas pelos serviços, estando essas práticas associadas diretamente ao tempo e ao lugar em que estes planos são desenvolvidos e realizados (LIMA; YASUI, 2014).

Neste sentido os serviços disponíveis nos territórios e aqueles que ali deveriam estar, são essenciais no processo de vinculação e da construção da saúde e da qualidade de vida. Um determinado serviço une em seu funcionamento o indivíduo, a família, a comunidade, os profissionais e os gestores daquele lugar. A tomada de decisão precisa ser descentralizada e deve possibilitar que todos participem de forma democrática das decisões, estratégias e ações pertinentes ao espaço em que se encontram (LEMOS, 2016).

O reconhecimento territorial perpassa por compreender as dinâmicas de vida ali presentes, além das demandas e necessidades que assolam o ambiente e contribuem para a violação de direitos, a negligência e a violência. Os serviços e as políticas são amplos, mas a saúde, a assistência e a educação são os pilares de uma mudança que é possível, garantindo de fato uma qualidade de vida prevista tanto na Constituição Federal, quanto no Estatuto da Criança e do Adolescente (BENELLI, 2016).

A chegada a um determinado serviço seja em uma escola ou em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), perpassa pelo acolhimento e pela forma que o indivíduo e a família dele são recebidos e acompanhados pelos profissionais. Ainda, dentro do aspecto saúde e do que prevê a Estratégia de Saúde da Família (ESF), como os agentes de saúde abordam as pessoas em seus lares e realizam esse acompanhamento (BRASIL 2014; BRASIL, 2018).

É preciso transcorrer o território e vivenciá-lo, compreendendo suas nuances e formas de vida e de relação. Ao aspecto socioassistencial, cabem os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e os Centros Referência Especializados de Assistência Social

(CREAS). A Rede de Atendimento à população adolescente deve estar integrada, desenvolvendo o papel essencial da intersetorialidade e interdisciplinaridade como prevê o conceito de promoção da saúde (BRASIL, 2009).

A rede de proteção social, conforme destaca Gonçalves e Guará (2009) deve ser compreendida de forma horizontal, exigindo uma disposição mais ativa para uma articulação socioeducativa, que engloba a participação de várias políticas públicas, a derrubada dos limites existentes entre os serviços que ainda trabalham de forma isolada, a inclusão das famílias e comunidades e ainda, o acolhimento do território onde vivem os adolescentes, sendo o ponto mais efetivo a demanda pelo contato com o outro.

Uma rede integrada é essencial para um acompanhamento amplo de problemas que não pertencem somente a uma determinada política pública como a violência, por exemplo, que envolve outros serviços como atenção à saúde, a assistência social e educação, num processo mais amplo de compreensão deste fenômeno, suas causas e as histórias de vida dos envolvidos nestas situações (SANTOS; RESSEL, 2013).

O atendimento aos adolescentes em redes socioassistenciais, educacionais, psicossociais e da saúde são essenciais. Para que a rede funcione é preciso que todos participem dela. Sujeitos, famílias, comunidades, profissionais e gestores devem fortalecer esse espaço, proporcionando um debate amplo e saudável sobre as necessidades e realidades da população. Neste sentido, os conselhos municipais existentes, devem ser fortalecedores dessa participação social, e formularem estratégias e ações colaborativas e conjuntas para melhor sanar os fenômenos que se apresentarem (EIRAS, 2012; BENELLI, 2016).

As redes devem ser tecidas para atender integralmente cada adolescente, favorecendo as ações intersetoriais e interdisciplinares nas áreas da saúde, educação e assistência. Os aspectos psicossociais e socioassistenciais demanda uma maior atenção, visto o adoecimento apresentado pelos adolescentes e a saúde mental destes que merecem uma atenção mais ampla (BRASIL, 2014).

As redes sociais devem ser construídas buscando objetivos comuns ao território e as demandas e necessidades da comunidade. Estratégias e ações voltadas para a população adolescentes devem ser fortalecidas e isso só é possível, quando todos – família, comunidade, gestores, profissionais (serviços) – se envolvem e proporcionam a conquista de objetivos e representatividade desse público. O protagonismo, a diversidade, a multiplicidade, a autonomia e o empoderamento e as singularidades devem ser tomadas como base para que os serviços se fundamentem a favor destes indivíduos (BENELLI, 2016).

O acesso aos serviços pelos adolescentes é essencial, e compreender os motivos pelos quais eles os procuram é importante, visto que, a partir dessa busca existe a



possibilidade de se compreender quais são as situações que mais afetam suas realidades e fazem com que estes busquem auxílio e orientação (MARTINS, *et al.*, 2019).

A primeira compreensão é saber quem é o adolescente, em que nível do desenvolvimento humano ele se encontra, sua singularidade e o que traz consigo. De modo algum, o adolescente, ao adentrar um determinado serviço deve ser visto como um adulto ou apenas como mais uma pessoa a adentrar aquele espaço. Ao contrário desta situação, ele precisa ser compreendido em sua especificidade, pois, a acolhida e o atendimento serão essenciais para compreender os motivos pelos quais ele chegou ali e quais são as suas demandas e necessidades (SANTOS; RESSEL, 2013).

Somente dessa forma, será possível atender as peculiaridades do indivíduo em formação que se encontra naquele adolescente que busca os serviços públicos, sejam de saúde, educação, dentre outros. A interdisciplinaridade deve ser a marca dos objetivos das políticas públicas que são colocadas à disposição do público adolescente.

Um serviço deve trabalhar em complementaridade com o outro, sem interferir na competência que cada qual possui. O trabalho deve ser integrado e de cooperação. A escola necessita abrir suas portas para a saúde e a assistência. É desejável que as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e os Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS) devem possibilitar um fluxo da escola para estes serviços, se adequando prontamente as realidades e vivências destes sujeitos, num processo de saída, em que se constrói saúde, educação e assistência em qualquer ambiente e espaço, mesmo que limitado (BRASIL, 2009; BRASIL, 2018).

Compreender os processos de educação, desenvolvimento humano, socialização, vinculação e estruturação familiar são essenciais quando se aborda os adolescentes e sua multiplicidade de características. O que se tem em primeiro aspecto é um desenvolvimento que deve ser contínuo e repleto de qualidade de vida (BENELLI, 2016).

Além dos serviços já citados, o trabalho também é essencial no território, visto que, existem as demandas para que o adolescente possa trabalhar, sendo possível perante o ECA, que isso aconteça a partir dos 14 anos, como estagiário ou aprendiz, tendo como regra, que o indivíduo esteja cursando o ensino regular, não podendo trabalhar no período noturno (BRASIL, 1990). Um dos aspectos principais é evitar a evasão escolar e as consequências que esta pode acarretar como a submissão do sujeito a qualquer tipo de trabalho, e em diversas vezes sob péssimas condições em busca de um salário que auxilie mensalmente sua família. Além da importância que deve ser dada ao acesso à cultura e ao esporte que previnem a violência e quando garantidos, cumprem o que estabelece a lei e a proteção social e integral.

Educação em saúde e a Educação Social são conceitos que devem ser ampliados e não limitadas a grupos ou pessoas. Há a necessidade de uma educação social que perpassa pela defesa dos direitos humanos e pelo cumprimento e respeito dos deveres, o que corrobora para o empoderamento e para uma participação social ativa (MÉLO; SANTANA, 2017).

Os adolescentes devem ser abordados em suas vulnerabilidades como o aspecto sexualidade e a propensão ao uso de substâncias psicoativas, mas também, em suas potencialidades, sendo abordados como indivíduos que podem construir espaços para diálogos e construção, nas áreas já citadas e também em outras, como o esporte, o lazer e a cultura. São necessários espaços em que o adolescente possa ser ele mesmo em seus acertos e em suas dificuldades, descobrindo aos poucos o mundo e experimentando sua realidade (MACEDO; CONCEIÇÃO, 2013). O indivíduo precisa se compreender como sujeito construtor de sua própria história e do local onde vive.

A saúde assim como os da educação e a assistência social, possuem em sua literatura diversos materiais e dados importantes para o trabalho com adolescentes, incluindo Políticas Públicas, cartilhas de formação de profissionais, cartilhas para o uso dos adolescentes e demais materiais disponíveis que nem sempre chegam de fato ao dia-a-dia destas pessoas, e os motivos, são vários, incluindo a violação e a negação de direitos que ainda persiste em solo brasileiro (BRASIL, 2007; BRASIL, 2014; BRASIL, 2018).

As crianças e adolescentes devem adentrar um sistema de proteção que garanta a todos estes indivíduos os direitos previstos e a proteção integral, construindo um espaço amplo para enfrentar violações e vulnerabilidades existentes nestas populações. O Brasil sempre refletiu os efeitos de um país em desenvolvimento e que ainda sofre com as mazelas das iniquidades existentes, sendo um cenário atemporal e histórico (MÉLO; SANTANA, 2017).

Existem diversas políticas que formam e contribuem para a existência de uma rede de atenção, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (BRASIL, 2018), as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e recuperação da Saúde (BRASIL, 2018) e ainda, a Política de Nacional de Atenção Integral a Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei – PNAISARI (BRASIL, 2014). Além destas, existem diversas outras que compreendem o atendimento integral aos adolescentes, considerando-se o fato de que, novas políticas devem ser criadas e as existentes adaptadas para as realidades vivenciadas atualmente.

A educação é essencial e estratégica, pois por meio dela várias ações podem ser tomadas e alcançarem novos rumos. Ela é o princípio, mas não sozinha. Os aspectos de educação em saúde e educação social devem ser tomados como início para uma construção social, educacional, de saúde e qualidade de vida. As crianças e adolescentes além de



estarem em desenvolvimento, são sujeitos de direito e assim, devem ter uma ampla atenção e dedicação da rede de apoio no atendimento territorial (BRASIL, 2014).

A promoção da saúde, sendo parte da Política Nacional da Saúde, recomenda que é necessária uma ida de encontro com os sujeitos, conhecendo suas realidades. Nos territórios é preciso compreender onde estão os adolescentes e porque se encontram naquele determinado local e situação. Existem diversos estilos de vida, organizações familiares, histórias de vida e ambientes nos quais estas pessoas estão inseridas. A qualidade de vida e o bem-estar são pontos essenciais para que a promoção aconteça (BRASIL 2010; MORAIS, *et al.*, 2010).

Dentro das políticas públicas deve ser dada uma importância a Assistência Social, que compõe a rede de proteção por meio de diversos dispositivos e serviços, como o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e o Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS) e serviços como o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) ligado ao CRAS, que possibilita o fortalecimento e função protetiva da família, prevenindo a ruptura de vínculos e buscando uma melhoria na qualidade de vida, e ainda o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI) ligado ao CREAS e que se caracteriza como um serviço de orientação e acompanhamento de famílias que se encontram em situação de vulnerabilidade, como ameaças e violação de direitos. E ainda, existe o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) sendo ofertado de forma complementar aos demais serviços citados anteriormente (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012; BRASIL, 2017).

O fato é ir ao encontro deste público, nas escolas, nos campos de futebol, nas quadras, nas “peladas” de futebol, nas ruas, em suas casas, nas rodas de conversa nas esquinas, nas praças e nas realidades que estes vivenciam e experimentam constantemente e diariamente. Pois é preciso pensar que as políticas devem estar ao alcance deles, uma vez que em muitas situações, eles nem sabem da existência das ações e serviços disponibilizados em sua região de moradia.

Os artigos utilizados neste estudo apontam em conjunto para a necessidade de um trabalho ampliado, em uma rede de proteção social que configure a efetividade no atendimento integral aos adolescentes. Apontam fragilidades da rede quanto à execução dos serviços, visto que existem as políticas, mas nem sempre sua aplicabilidade é favorecida. Sendo assim, é relevante que se debata de uma forma mais ampliada a importância da intersetorialidade (entre setores), intrassetorialidade (um mesmo setor) e interdisciplinaridade (entre profissões) para que o funcionamento da rede seja constante e efetivo. Além disso, é essencial, que a temática seja abordada de forma constante nos meios acadêmicos e pelos pesquisadores no Brasil, mediante as realidades e vivências nos territórios.

Enfim, os serviços existem e são variados, no entanto, nem sempre estão presentes em todos os territórios que dele precisam. Uma elucidação importante é conhecer os serviços que estão disponíveis no território e quais ainda necessitam ser estabelecidos. Além disso, políticas públicas existem e devem ser cumpridas e implementadas, pautadas nas leis existentes e novas precisam surgir para atender as novas demandas que surgem diante de uma sociedade que não para e se desenvolve em uma constante, que não pode de modo algum retroceder. A mudança primordial é compreender o território e sua realidade, olhando o ser humano por meio de sua “humanidade”.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adolescência deve ser compreendida como parte do desenvolvimento humano, estando dentro do processo de constituição dele, enquanto um sujeito de relações. O indivíduo externaliza para a família e para os grupos seus modos de ser e compreender o mundo e as situações. O conhecimento integral dos adolescentes, em vários parâmetros, torna o trabalho dos serviços da saúde, da assistência e da educação, mais amplos e com a possibilidade de serem mais eficazes em suas estratégias e objetivos.

Ao compreender a integralidade do indivíduo, a proteção social e a garantia de direitos, torna-se necessário pensar na disponibilidade ou não de serviços no território e se estes cumprem de fato suas funções, e mais além, pensar se as políticas públicas atuais atendem à todas as demandas que os adolescentes apresentam atualmente. Conhecer e acolher o público adolescente e jovem é essencial por parte da rede de apoio.

A promoção da saúde, em sua busca pela qualidade de vida e bem-estar deve ser uma estratégia importante utilizada de modo interdisciplinar e intersetorial, a fim de que, os serviços existentes, independentemente de suas áreas específicas de conhecimento, possam se corresponsabilizar e cooperar para um trabalho conjunto. Tudo começa pelo conhecimento e pelas vivências do território. O profissional precisa experimentar toda essa realidade. Conhecer, percorrer, mapear e explorar os territórios é essencial, permitindo que estratégias concisas e ações participativas possam ser implementadas e os adolescentes se tornem autores de suas vidas.

REFERÊNCIAS:

- ABRINQ, Fundação. **Cenário da infância e da adolescência no Brasil 2018**. São Paulo: Fundação ABRINQ, 2018.
- ANJOS, Ricardo Eleutério. Educação escolar de adolescentes: uma Análise crítica a partir da psicologia histórico-cultural e da pedagogia histórico-crítica. **Revista Binacional Brasil Argentina**, Vitória da Conquista, v. 3, n. 2, p. 58-85, 2014.
- BENELLI, Silvio José. **A perspectiva psicossocial para investigar entidades para crianças e adolescentes na assistência social**. In: O atendimento socioassistencial para crianças e adolescentes: perspectivas contemporâneas [online]. São Paulo: Editora UNESP, 2016, p. 19-48. ISBN 978-85-6833-475-1. Acesso em 23 jan. 2020.
- BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. São Paulo: EDESP/CONDECA, 1990.
- BRASIL. **Políticas de Saúde: metodologia e formulação**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- BRASIL. **Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização dos serviços de saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. **Sistema Único de Assistência Social (SUAS)**. Brasília: Ministério da Cidadania/Secretaria Especial do Desenvolvimento Social, 2009.
- BRASIL. **Orientações técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e do Combate à Fome, 2011.
- BRASIL. **Orientações Técnicas sobre o PAIF**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e do Combate à Fome, 2012.
- BRASIL. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Portaria nº 1082, de 23 de maio de 2014. **Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro com as alterações adotadas pelas Emendas constitucionais nºs 1/1992 a 95/2016, pelo Decreto legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas constitucionais de revisão nºs 1 a 6/1994. 51 ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 1988/2017.
- BRASIL. **Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e do Combate à Fome, 2017.
- BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança**: orientações para implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- EIRAS, Alexandra Aparecida Leite Toffanetto Seabra. Infância e juventude e os serviços socioassistenciais de Juiz de Fora: elementos para a formulação de estratégias profissionais. **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v. 12, n. 1, 2012.
- GANDINI JÚNIOR, Antonio. **O adolescente infrator e os desafios da política de atendimento à infância e a adolescência institucionalizada**. Piracicaba: Universidade Metodista de Piracicaba (UNIMEP), 2015.
- GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- GONÇALVES, Antonio Sérgio; GUARÁ, Isa Maria Ferreira Rosa. Redes de proteção social na comunidade: por uma nova cultura de articulação e cooperação em rede. **2º Encontro de grupos regionais de articulação – ABRIGOS**, São Paulo, 2009.
- LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos da metodologia científica**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2003.
- LEMONS, Cristiane Lopes Simão. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente?. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 913-922, 2016.
- LIMA, Elizabeth Maria Freire de Araújo; YASUI, Silvio. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 102, p. 593-606, 2014.



- MACEDO, Etiene Oliveira Silva; CONCEIÇÃO, Maria Inês Gandolfo. Ações em grupo voltadas à promoção da saúde de adolescentes. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 222-230, 2013.
- MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1683-1694, 2016.
- MARTINS, Maísa Mônica Flores *et al.* Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e jovens em um município do Estado da Bahia, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, 2019.
- MÉLO, Elisa Celina Alcantara Carvalho; SANTANA, Nathália Gregório. Crianças e adolescentes: o sistema de proteção social em Pernambuco. **Temporalis**, Brasília, v. 17, n. 34, p. 273-300, 2017.
- MORAIS, Normanda Araujo de *et. al.* Promoção de saúde e adolescência: um exemplo de intervenção com adolescentes em situação de rua. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 507-518, 2010.
- NAKAMURA, Fernanda de Castro. **O direito à saúde das crianças e dos adolescentes: judicialização e efetivação de direitos**. In: XVIII ENCONTRO DE PESQUISADORES DESENVOLVIMENTO EM TEMPO DE OPORTUNIDADES, 18, 2017. Silvio Carvalho Neto, Bárbara Fadel, Paulo de Tarso Oliveira (Org.). Franca: Uni-FACEF, p. 758-766, 2017. (E-book) ISSN 2316-3402. Acesso em 23 jan. 2020.
- OTTAWA. **Carta de Ottawa**. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, p. 1-4, 1986.
- PASIAN, Mara Sílvia. A educação de jovens em espaço de restrição de liberdade: fatores de risco associados. **Revista Eletrônica de Educação**, v. 8, n. 3, p. 226-235, 2014.
- SANTOS, Carolina Carbonell; RESSEL, Lúcia Beatriz. O adolescente no serviço de saúde. **Revista Adolescência & Saúde**, v. 10, n. 1, p. 53-55, 2013.



O CUIDADO E A DEPENDÊNCIA PARCIAL OU TOTAL NA VELHICE: REALIDADE CONTEMPORÂNEA

Maria Florência Dos Santos (Universidade Estadual Paulista – Unesp, Faculdade De Ciências Humanas E Sociais, Franca, Bolsista Capes); Gabriela Cristina Carneiro Vilione (Universidade Estadual Paulista – Unesp, Faculdade De Ciências Humanas E Sociais, Franca); Vivia Santos Santana (Ufs - Universidade Federal De Sergipe); Nanci Soares (Unesp - Universidade Estadual Paulista - Câmpus Franca)

RESUMO: O objetivo geral foi compreender como o Estado contribui no apoio e assistência as famílias que exercem o cuidado informal de pessoas idosas com algum grau de dependência (parcial ou total); já como específicos foram: identificar as políticas públicas destinadas a apoiar a família que possui pessoas idosas dependentes (parcial ou total); evidenciar como a família apoia o (a) cuidador (a) informal do (a) idoso (a). A metodologia foi a pesquisa bibliográfica e a concepção teórica-metodológica dialético-crítica. Identificamos ações mínimas e pontuais, que não atendem de forma integral as pessoas idosas e suas famílias, além de serem seletivas e fragmentadas.

Palavras-chave: Velhice. Cuidado. Dependência. Direitos Sociais.

ABSTRACT: The general objective was to understand how the State contributes to support and assistance to families that provide informal care to elderly people with some degree of dependence (partial or total); As specific were: identify public policies aimed at supporting the family that has dependent or partial elderly people; highlight how the family supports the informal caregiver of the elderly. The methodology was the bibliographic research and the dialectical-critical theoretical-methodological conception. We identified minimal and punctual actions that do not fully address the elderly and their families, in addition to being selective and fragmented.

Keywords: Old age. Watch out. Dependency. Social rights.

1 - INTRODUÇÃO

No Brasil, a realidade social e demográfica tem passado por mudanças significativas, pois, um país que durante muito tempo foi considerado de população jovem, está vivendo uma transição acelerada e sem preparação, a isto, corroboramos com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018, p. 6)

A tábua de mortalidade projetada para o ano de 2017 forneceu uma expectativa de vida de 76,0 anos para o total da população, um acréscimo de 3 meses e 11 dias em relação ao valor estimado para o ano de 2016 (75,8 anos). Para a população masculina o aumento foi de 3 meses e 14 dias passando de 72,2 anos para 72,5anos, em 2017. Já para as mulheres o ganho foi um pouco menor, em 2016 a expectativa de vida ao nascer era de 79,4 anos se elevando para 79,6 anos em 2017 (2 meses e 26 dias maior).

Essa transformação é acelerada, porquanto não se teve um planejamento prévio para se alcançar essa nova realidade e atender com qualidade as novas necessidades que a sociedade irá demandar, questões que serão problematizadas tardiamente na agenda das políticas públicas.

Ademais, com o crescimento da expectativa de vida, somado a queda da fecundidade, resulta-se na diminuição do número de filhos (as), logo, deparamo-nos com a tendência de redução no número de membros nas famílias. Além disso, é importante considerar os novos arranjos familiares e a maior presença da mulher no mercado de trabalho e o desempenho de duplas ou triplas jornadas de trabalho seja no espaço privado-doméstico seja no espaço público-laboral, os quais lhe cobram o papel de cuidadora à luz do domínio patriarcal. Também é válido analisar, que em tempos de capital ultraliberal, tais famílias vivenciam o desemprego estrutural, a insegurança alimentar e de renda, o que faz com que muitas pessoas idosas sejam as provedoras da subsistência material familiar.

Diante desse cenário, é urgente a reflexão sobre como as pessoas idosas com alguma dependência parcial ou total estão sendo assistidas pelas suas famílias e pelo Estado, através das políticas públicas. Destarte, foi sobre esse assunto que foram tecidas algumas reflexões.

Outro aspecto importante e que merece destaque é o crescimento do número de pessoas com idade igual ou superior a 80 anos, conforme Camarano (1999, p. 1) “[...] a proporção da população ‘mais idosa’, ou seja, de 80 anos ou mais, também está aumentando, alterando a composição etária dentro do próprio grupo.” Sendo assim, podemos considerar que este segmento poderá requerer diferenciada e demasiada atenção e cuidados, tendo em vista a condição peculiar da velhice e as limitações vividas pela mesma, evidentemente, devido a diversos e múltiplos fatores, os quais contribuirão ou não, para maiores chances de desenvolverem algum grau de dependência, seja parcial ou total, que podem ser provocados pelo próprio processo de envelhecimento ou até mesmo pela presença de doenças crônicas



e/ou pelas precárias condições de vida. Fato é, a dependência ocasionada pela velhice e/ou patologias, está amplamente vinculada aos determinantes sociais, ou seja, a velhice vivida resulta – para além de aspectos biopsiocossociais – de condições de vida, inevitavelmente, impostas pela sociabilidade a que estão inseridas, afinal, não basta desejar ou idealizar uma velhice ativa e livre de dependências, é preciso ter, minimamente, as condições objetivas e concretas para manter uma qualidade de vida em sua totalidade (econômica, social, emocional, etc).

Neste sentido, há que se considerar também que a velhice é heterogênea e conforme afirma Papalia, Olds, Feldmand, (2006, p. 667. Grifos dos autores) ela é, até mesmo percebida de forma distinta, de acordo com o grupo etário: “o termo *idosos jovens* refere-se a pessoas de 65 a 74 anos, que costumam estar ativas, cheias de vida e vigorosas. Os *idosos velhos*, de 75 a 84 anos, e os *idosos mais velhos*, de 85 ou mais anos, têm maior tendência para a fraqueza e para a enfermidade [...]” Completamos que isso não significa que velhice seja sinônimo de doença, porém com o avanço da idade a pessoa poderá ficar mais frágil, pois

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência - o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência - senilidade. Cabe ressaltar que certas alterações decorrentes do processo de senescência podem ter seus efeitos minimizados pela assimilação de um estilo de vida mais ativo. (BRASIL, 2006)

Embora seja reducionista evidenciar o envelhecimento puramente enquanto processo “natural” o que se pretende enfatizar são as alterações reais e concretas que ocorrem na vida das pessoas idosas e seus familiares diante do processo de senescência, uma vez que se tratam de vidas mutiladas pela opressão e exploração do capital, de um lado os dependentes de cuidados e de outro os (as) cuidadores (ras) sobrecarregados (as).

Em retomada a citação, defende-se aqui que o envelhecimento é um processo que sofre influência dos aspectos sociais, econômicos e culturais, mas sabe-se que todos os seres humanos que atingem elevadas idades passam por mudanças, ocorrendo então a senescência, diferentemente da senilidade. E a ocorrência de uma ou de outra, reafirmamos, está diretamente ligada as condições reais de vida do sujeito, em outras palavras, o acesso a renda, ao trabalho, a educação, ao lazer, a habitação, etc., podem contribuir com um processo de envelhecimento saudável (senescência) ou precário (senilidade).

No que tange às propostas propaladas sobre o estilo de vida ser ativo ou não, isso não é apenas uma opção do indivíduo, mas depende do grau de acesso a informações, a bens e serviços, ou seja, não é uma escolha, mas sim uma condição. Portanto, quanto mais precária e desigual for as condições de vida do indivíduo, mas terá chances de ter um processo de



envelhecimento igualmente precário e conseqüentemente uma velhice doentia e dependente. Nos termos de Haddad (1986, p. 36) “[...] O mundo real que é ocultado, produtor da velhice trágica, é o mundo da práxis humana, determinação da existência humana como elaboração da realidade”.

Diante do exposto quando uma pessoa idosa necessita de cuidados, ela e sua família nem sempre dispõe de condições financeiras para pagar um (a) cuidador (a) formal para realizar essa atividade, principalmente, as famílias da classe trabalhadora e subalterna. Assim, na maioria dos casos, a própria família se organiza e fica responsável por esse cuidado, mas normalmente impõe a um membro (geralmente às mulheres) toda a responsabilidade na realização do cuidado, sendo então um cuidador (a) informal.

Sobre esse assunto, segundo Rocha, Vieira, Sena (2008), existem diferenças entre cuidador formal e informal, sendo o cuidador formal aquele profissional capacitado para realizar um trabalho sob remuneração; enquanto o informal normalmente é alguém da família ou algum vizinho, com quem a pessoa idosa tem laços de afinidade.

No entanto, como vimos, o crescimento da expectativa de vida no país e as mudanças nos arranjos e dinâmicas familiares somado as transformações societárias e agudizamento das condições precárias e desiguais de vida e trabalho, é urgente pensar, a médio e a longo prazo, no futuro da população já envelhecida e daquela que está envelhecendo. É preciso refletir se existe e/ou se existirá políticas públicas com a oferta de serviços para atender a todas as demandas da população idosa. É pertinente indagarmos: as famílias conseguirão atender seus membros idosos (as)? E o Estado, o que faz diante desse cenário?

Por conseguinte, o objetivo geral desse estudo foi compreender como o Estado, por meio de suas políticas públicas, está contribuindo no apoio e assistência as famílias que exercem o cuidado informal de pessoas idosas com algum grau de dependência (parcial ou total); já como específicos foram: identificar as políticas públicas destinadas a apoiar a família que possui pessoas idosas dependentes (parcial ou total); evidenciar como a família apoia o principal cuidador familiar informal do (a) idoso (a). A metodologia utilizada nesse estudo foi a pesquisa bibliográfica amparada por uma concepção teórica-metodológica dialético-crítica.

Defende-se aqui que a responsabilidade do cuidado e da assistência deva ser do Estado, que deve assistir os indivíduos e suas famílias constitucionalmente, dando apoio e suporte material e técnico de acordo com a realidade regional e singular de cada caso. Embora saiba-se que o Estado delega essa tarefa para a família e que ele só entra em cena em casos onde a família é vista como “falha” e “incapaz”, sendo responsabilizada pela situação dos seus membros. Soma-se a isso, a retirada e os cortes de direitos e de investimentos na área social, por conseguinte, tende a piorar a situação daqueles que



necessitam de serviços públicos, seja para si ou para um familiar, com ou sem algum tipo de dependência.

2 - ESTADO, POLÍTICAS PÚBLICAS E FAMÍLIA: quem atende a velhice com dependência parcial ou total?

Que o ser humano envelhece, temos conhecimento desde a antiguidade, mas a novidade contemporânea é a quantidade de anos de vida que um indivíduo tem alcançado. Como cada país tem suas especificidades, justamente por isso, nem todos estão passando por esse processo de alteração na pirâmide etária e conquista do direito de envelhecer, a título de exemplo, muitos países do continente africano.

Mas na particularidade do Brasil, é válido destacar que o país vem passando por uma transição demográfica ao deixar de ser jovem, para ser considerado um país de pessoas idosas e longevas, no entanto, é necessário evidenciar suas particularidades, ou seja, seu alto nível de desigualdade social, realidade que é inerente a ordem social vigente, pois envelhecer e viver mais anos, nem sempre é sinônimo de viver melhor, conforme Haddad (1986, p. 17) “[...] ainda que se tenha elevado a esperança média de vida, isso não significa que tenham melhorado as condições objetivas de vida da classe trabalhadora [...]”. Neste sentido, se os sujeitos não acessam uma qualidade de vida elevada, o processo de envelhecimento fica, por conseguinte, prejudicado. Logo, na velhice a pessoa irá sentir os reflexos de uma vida sem acesso a direitos básicos podendo com o avançar da idade tornar-se dependente parcial ou total de terceiros.

Desta forma, deu-se atenção aqui, aquelas pessoas idosas com algum grau de dependência para realizar suas atividades básicas na vida diária⁵⁴, tornando-se dependente parcial ou totalmente de terceiros, que normalmente é de algum familiar, assim conforme Caldas (2003, p. 775)

A dependência se traduz por uma ajuda indispensável para a realização dos atos elementares da vida. Não é apenas a incapacidade que cria a dependência, mas sim o somatório da incapacidade com a necessidade. Por outro lado, a dependência não é um estado permanente. É um processo dinâmico cuja evolução pode se modificar e até ser prevenida ou reduzida se houver ambiente e assistência adequados. (Grifos nossos).

Percebe-se que a dependência acontece quando uma pessoa necessita de ajuda para realizar suas atividades e tarefas cotidianas, como tomar banho, alimentar-se, vestir-se, etc.,

⁵⁴ A função é avaliada com base na capacidade de execução das atividades da vida diária (AVD), que por sua vez se dividem em: (a) atividades básicas da vida diária – tarefas próprias do autocuidado, como alimentar-se, vestir-se, controlar os esfíncteres, banhar-se, locomover-se, etc.; (b) atividades instrumentais da vida diária – indicativas da capacidade para levar uma vida independente na comunidade, como realizar as tarefas domésticas, compras, administrar as próprias medicações, manusear dinheiro, etc.; e (c) atividades avançadas da vida diária. – marcadoras de atos mais complexos, e em grande parte, ligados à automotivação, como trabalho, atividades de lazer, contatos sociais, exercícios físicos, etc. (CALDAS, 2003, p. 775)

o que pode caracterizar-se como uma ajuda total, onde a pessoa não conseguiu fazer nenhuma atividade sozinha ou parcial, quando ela consegue desenvolver algumas atividades, embora necessite de ajuda de forma indispensável.

No caso de pessoas idosas que vivenciam algum tipo de dependência, é a família, a instituição chamada e responsabilizada pelo Estado para exercer esse cuidado e proteção social, conforme preconizado pelo Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741) no seu Art. 3º:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. (BRASIL, 2003).

Identificamos que a família é comumente responsabilizada e culpabilizada por não prestar auxílio aos seus idosos (as), mas o que não é observado é que, as famílias e em especial os (as) cuidadores (as) de igual modo precisam de cuidados, de apoio. Contudo, ao ver do Estado, as famílias são vistas como “entes auto-capacitados” aos cuidados e se não o fazem são moralmente culpadas. A isto, observou Mioto e Prá (2015, p. 152) “Aqueles que delegam seus membros necessitados aos serviços e se furtam de sua presença e seus cuidados são tidas como más famílias”. E completamos com Saraceno (1992, apud Teixeira, 2016, p.82), elas não são “simples terminal passivo de mudanças sociais, mas sim um dos atores sociais que contribuem para definir as formas e os sentidos da própria mudança social, ainda que com diferentes graus de liberdade segundo as circunstâncias”.

Em continuidade, ainda na mesma legislação, no seu parágrafo § 1º inciso V, sobre a garantia de prioridade, tem-se a “priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar⁵⁵, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência” (BRASIL, 2003). Fica explícito a responsabilização em primeiro lugar da família, em último caso, é que poderá ser acionada outras instituições. Mas para que a família proteja e cuide dos seus membros, ela necessita de recursos: humanos e materiais, pois

Independentemente de alterações e mudanças substantivas na composição e nos arranjos familiares, a família é um forte agente de proteção de seus membros: idoso, doente crônico, dependentes, crianças, jovens, desempregados. Não podemos, porém, exaurir esse potencial protetivo sem lhe ofertar um forte apoio. Há aqui uma mão dupla a ser garantida (CARVALHO, 2010, p. 274).

Percebe-se que a família, embora venha sofrendo transformações, ainda é uma instituição que pode potencializar a proteção a seus membros, mas para isso poderá necessitar do apoio das políticas públicas, envolvendo os serviços de saúde, educação,

⁵⁵ Embora a legislação ainda traga esse termo, ele está desuso, pois adota-se hoje a nomenclatura: Instituição de Longa Permanência – IPLI, também presente na mesma legislação em outros artigos.

assistência social, entre outros. Logo, é necessário oferecer cuidado e recursos para as famílias, para que elas tenham condições de cuidar dos seus membros, ainda mais por se tratar de um país de realidade tão heterogênea e desigual, em um cenário atual de cortes, liquidação de direitos, há concentração de renda, desigualdades latentes e uma cultura conservadora e patriarcal.

Diante disso, sabe-se que histórica e culturalmente a mulher sempre foi encarregada do papel do cuidado no ambiente doméstico, seja com crianças, adolescentes, deficientes e com pessoas idosas. Ratificamos o pensamento de Teixeira (2016, p.125) ao afirmar que [...] em realidade o Brasil é um país que sobrecarrega a família, e muito especialmente a mulher, devido às grandes limitações dos serviços de ajuda às famílias, situação que não pode ser revertida sem a participação ativa do Estado.”

E mesmo com as mudanças que as famílias vêm atravessando na contemporaneidade, inclusive as funções que as mulheres vêm exercendo diante de suas conquistas, elas extrapolaram o ambiente privado e estão conquistando os espaços públicos, ainda assim, continuam sendo vistas como responsáveis pelo cuidado com a família. Desse modo, pode-se dizer que, na maioria das vezes, são as mulheres que cuidam das pessoas idosas dependentes parcial ou totalmente. Além disso,

[...] a maioria dessas mulheres são filhas desses idosos, estão na meia-idade ou já são idosas jovens, têm alguns problemas de saúde como hipertensão, diabetes e problemas de coluna. A maioria dedica muitas horas do seu dia para o cuidado de seu familiar, poucas têm revezamento com outra pessoa nessa função de cuidar, por isso mesmo muitas sentem-se deprimidas e estressadas. (QUEIROZ, 2007, p. 19).

Outra questão que merece reflexão é sobre a saúde física e mental das (dos) cuidadoras (res) de pessoas idosas, pois segundo a autora sendo a maioria pessoas também idosas, que já apresentam problemas de saúde e muitas vezes se não tiver apoio de profissionais e da própria família, poderão ficar sobrecarregadas (os) e adoecer, além de ser um fator que poderá provocar violência doméstica, através da negligência.

Sobre esse assunto Karsch (2003) afirma que no Brasil a transição demográfica e epidemiológica aponta uma realidade de pessoas idosas com algum grau de dependência, que estão sendo atendidas por suas famílias, em especial por mulheres, que residem com essas pessoas idosas e normalmente são esposas, filhas e mães.

Ainda segundo Karsch (2003) os estudos indicam que as doenças crônicas são responsáveis pela dependência das pessoas idosas. Mas é necessário refletir sobre os modos de vida dessa população, o grau de acesso aos direitos sociais, que em sua grande maioria foram negados, e, portanto, tiveram condições precárias de vida, ficando vulneráveis ao acometimento de tais doenças crônicas, por exemplo, pois um ser humano que não teve suas

necessidades básicas atendidas de forma satisfatória, como alimentação, educação, saúde, a tendência é ficar exposto a situações de vulnerabilidade.

Resta saber como o Estado vem contribuindo com as famílias que tem um ente que necessita de maiores cuidados, pois não adianta responsabilizar a família e não dar suporte para que ela tenha condições de realizar o cuidado requerido pelos seus membros. Sobre isso, buscou-se suporte na legislação, e o Estatuto do Idoso prevê que “Art. 18. As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda.” (BRASIL, 2003), ou seja, antes da alta hospitalar é necessário que a família receba orientações sobre os cuidados que as pessoas idosas irão exigir, observando cada caso específico.

Essas orientações deveriam ser desenvolvidas por equipes multiprofissionais, envolvendo médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, entre outros, para buscar atender as necessidades de cada pessoa de forma integral. Além disso, é necessário o trabalho de intersetorialidade com as demais políticas públicas, a fim de atender todas as necessidades da pessoa idosa e de suas famílias em sua integralidade e totalidade.

Saindo do ambiente hospitalar, a (o) cuidadora (o) poderá deparar-se com dúvidas e surgir novas demandas, sem contar que pode ser necessário dar seguimento ao tratamento. Assim conforme a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS), no item 4.1 atribuições Comuns a todos os membros das Equipes que atuam na Atenção Básica:

XVIII. Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;

XIX. Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde;

Está previsto que a pessoa idosa, que tenham algum grau de dependência receba assistência domiciliar por parte da equipe de atenção básica a saúde, mas diante da realidade, sabe-se que a quantidade de demandas imposta aos profissionais pode ser um obstáculo, podendo sobrecarregá-los, impossibilitando o atendimento a todas as solicitações. Há também o Serviço no Domicílio tipificado no âmbito da Política de Assistência Social, cujas competências não são os cuidados de saúde, no entanto pretende amenizar a sobrecarga familiar e realizar um trabalho de apoio e fortalecimento de vínculos.



Outra questão importante são os gastos com remédios, materiais de higiene como fraldas, produtos para curativos, que nem sempre a família consegue através de serviços públicos de saúde, sendo em alguns momentos obrigadas a arcar com as despesas, e até entrar com processos contra o Estado, através da judicialização do direito.

A lei 8.080 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 e regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) como direito de todos e dever do Estado. Em 2002 essa lei teve incluída o Subsistema de Atendimento e Internamento Domiciliar através da Lei nº 10.421 de 2002 e trouxe a garantia da modalidade de internação domiciliar, com equipe formada por profissionais que desenvolvam procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros.

Embora exista todo um aparato jurídico legal, sobretudo uma legislação na qual prevê direitos sociais relacionados a saúde, o Estado vem se ausentando cada vez mais das suas responsabilidades e vem colocando a família como primeira instituição, seguida da sociedade, para serem acionadas para o cuidado e proteção as crianças, adolescentes, pessoas idosas e pessoas com deficiência. A isto, é importante perceber

As várias leis ou políticas setoriais nacionais compõem um desenho de política social que é refratário (parte constituinte e constituída) das tendências de uma “nova” (e ao mesmo tempo velha) cultura de fazer política social, aquela que divide responsabilidades sociais no trato das refrações da questão social com a sociedade civil [...] como espaço de proteção social, de execução da política social (com ou sem recursos públicos). (TEIXEIRA, 2016, p. 99).

O estudo supracitado corrobora que está ficando o Estado, através das suas instituições, como último recurso a ser acionado, quando os dois primeiros não forem capazes de sozinhos responderem de forma eficiente aos papéis e atribuições impostos, que é de cuidado e proteção emocional, de afeto e material, ou melhor, de proteção social dos seus membros.

Ademais, é importante sinalizar que as famílias vêm passando por um processo de transformações na sua estrutura, modelos e configurações, segundo Goldani (1994, p. 8)

Entre as explicações mais comuns para as mudanças nas estruturas familiares nos anos 80 sobressai a crescente e marcante presença das mulheres brasileiras nos espaços públicos nas últimas décadas, acompanhada pelas discussões sobre feminismo, trabalho, desigualdades e direitos da mulher.

A saída da mulher do espaço público para adentrar outros espaços, incluindo o mercado de trabalho, além do crescente número de separações, das famílias monoparentais, principalmente as chefiadas por mulheres, e até aos arranjos unipessoais de pessoas que vivem sozinhas, que não tiveram filhos, tais fatores podem alterar a dinâmica de papéis assumidos histórica e culturalmente pelas famílias, e no aspecto do cuidado a um ente com dependências na velhice. Assim, resta-nos indagar se os serviços existentes respondem as

demandas da população envelhecida e daquela que está no processo de envelhecimento e que poderá na velhice demandar algum tipo de ajuda, devido a algum grau de dependência?

Um serviço previsto na Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais de 2009 é o Centro-Dia, serviço que faz parte da Proteção Social Especial de média complexidade, ofertado para “pessoas com deficiência e idosas com dependência, seus cuidadores e familiares” (BRASIL, 2009, p. 33).

O Centro Dia do Idoso cujo objetivo é de proteção, convívio, anteparo familiar para minimizar sobrecarga, tendo também o intuito de evitar a institucionalização da pessoa idosa, pois oferece condições para que durante o dia a pessoa idosa obtenha cuidados, e à noite retorne para a família e seja superada as situações violadoras de direito. Nota-se, então, a importância desse serviço, pois como os dados apontam o crescimento da expectativa de vida no país, esse serviço poderá ser um dos mais requisitados num futuro próximo, principalmente pelas famílias em situação de vulnerabilidade e violações de direitos. Logo, existe a necessidade de ofertar mais vagas e estar mais presente em todos os municípios brasileiros, pois “Em 2013, foram contabilizados 510 Centros-Dia (equipamentos de proteção social especial para pessoas com deficiência, idosas e suas famílias) presentes em 290 municípios (5,2% do total).” (IBGE, 2014).

Segundo o guia de Orientações Técnicas Centro Dia do Idoso (CDI), elaborado em 2014 (p.12), pela Secretaria de Desenvolvimento Social do Estado de São Paulo, traz como público alvo do serviço:

Idosos, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos, em situação de vulnerabilidade ou risco social, e cuja condição requeira o auxílio de pessoas ou de equipamentos especiais para a realização de atividades da vida diária, tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada (graus de dependência I ou II segundo a ANVISA).

Ainda como condição necessária, os familiares do idoso têm que estar trabalhando e/ou estudando, não tendo, assim, nenhuma disponibilidade de proverem os cuidados necessários ao idoso.

Percebe-se as condicionalidades impostas para acessar tal serviço, e há que se considerar que se trata de um serviço relativamente novo, sem muitas orientações precisas. Deveria, portanto, ser direito de todas as pessoas idosas e suas famílias, pois mesmo que o cuidador familiar não trabalhe fora de casa, as atividades domésticas também são um tipo de trabalho não remunerado, além disso, cuidar de uma pessoa idosa com algum grau de dependência, mesmo quando é realizado por um membro da família sem remuneração, também é um trabalho, e pode trazer desgaste físico e emocional, portanto, o Centro Dia do Idoso (CDI) deveria ser direitos de todos e não restrito a condicionalidades. Mas uma vez percebe-se a responsabilização individual e familiar diante da velhice, ficando o Estado afastado e só intervindo minimamente em última instância.

Assim, concordamos com Queiroz (2010, p. 198) quando afirma que

Embora em nosso país exista uma Política Nacional do Idoso (1994) uma Política Nacional de Saúde do Idoso (1999) e um Estatuto do Idoso (2003), a realidade tem mostrado que os recursos existentes destinados ao atendimento de idosos dependentes são precários e insuficientes em face do rápido aumento da longevidade da população brasileira. Longevidade essa que se caracteriza por comprometimentos, em decorrência da falta de recursos e cuidados para um envelhecimento sem dependência.

Acrescentamos que além dessas legislações específicas para o segmento idoso, temos ainda outras leis, conforme já mencionado, a lei 8.080 que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Básica de 2017. Ressaltamos ainda, que o insuficiente atendimento as pessoas idosas dependentes e suas famílias não se dá apenas pelo fato do crescimento acelerado da longevidade, mas acrescentado a isso, pela adoção por parte do Estado brasileiro a uma política neoliberal.

O neoliberalismo é responsável pelos cortes na área social e, conseqüentemente, a classe trabalhadora que depende de serviços públicos, como educação, saúde, lazer, saneamento básico, etc., fica prejudicada, pois tem seus direitos reduzidos e precarizados ou ficando até mesmo sem nenhum acesso. Por conseguinte, compromete-se o processo de envelhecimento, que ao invés de ocorrer de forma lenta e saudável, pode ser acelerado e intensificado, resultando em perdas e incapacidades na velhice, além da sobrecarga e responsabilização unilateral da família.

Diante dessa realidade, resta aos profissionais inseridos nas políticas de seguridade social e nas demais políticas públicas, a defesa, resistência e luta junto a população pela garantia e efetivação dos direitos sociais de saúde, educação, moradia, habitação, lazer, trabalho, transporte, etc., sendo essa uma possibilidade para a construção de uma nova realidade, onde todos e todas possam ter seus direitos efetivados com dignidade.

3 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão mostrou que existem políticas sociais públicas para atender as pessoas idosas acometidas por algum tipo de dependência, seja parcial ou total, no entanto fragmentam-se em áreas, seu acesso se dá por condicionalidades e são pontuais, totalmente distantes do princípio da universalidade, ou seja, o atendimento a todos. Nesta lógica, seleciona-se os mais vulneráveis dos vulneráveis, a exemplo do Centro Dia do Idoso (CDI), que exige um certo perfil considerado prioritário para o acesso ao serviço.

No que se refere a área da saúde, o atendimento domiciliar é uma garantia para todos aqueles que necessitem, entretanto em função da vasta demanda, nem sempre os



profissionais podem dar todo o suporte as famílias, sem contar que no momento das visitas domiciliares são realizadas orientações e os procedimentos necessários, mas a equipe vai embora e a família, na maioria das vezes representada por uma única pessoa, um (a) cuidador (a), que fica sozinha como responsável pelos cuidados e atenção integral aos seus idosos.

Logo, diante da realidade que se apresenta e as tendências de crescimento contínuo da população idosa e com elas suas limitações advindas das condições precárias e desiguais de vida, é urgente pensar estratégias como a implantação de serviços destinados as pessoas idosas que venham apresentar algum grau de dependência e/ou ampliação do número de vagas nos serviços já existentes.

Isto posto, é urgente a efetivação dos direitos já previstos nas legislações, assim como a construção de novos, pois se todos tivessem acesso aos direitos sociais e à qualidade de vida, o processo de envelhecimento e a velhice poderia ocorrer de forma mais digna. Porém para que isso aconteça é necessário a organização política da classe trabalhadora, afinal, identificamos que Estado ultraliberal tem transferido em proporções cada vez maiores e mais intensas, suas responsabilidades para o indivíduo, suas famílias e para a sociedade.

Portanto, partimos da defesa de que as famílias, unicamente, não devem ser responsabilizadas pelos cuidados a seus (suas) idosos (as), sobretudo em casos de dependência parcial ou total, uma vez que o Estado deve oferecer serviços que possibilitem às famílias condições objetivas e concretas de potencializar os cuidados com seus membros os quais necessitam recursos e anteparo especializados em função das dependências.

Ademais, o estudo trouxe algumas reflexões teóricas sobre a temática, que pela relevância social que possui, necessita de outras pesquisas, pois é a partir do conhecimento profundo da realidade que poderá ser possível pensar em estratégias que atendam as demandas apresentadas.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em 19 nov. 2019.
- BRASIL. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 out. 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm . Acesso em: 13 dez. 2019.
- Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília; 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/22.pdf> Acesso em: 14 jan. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em 02 jan. 2020.
- CALDAS, Célia Pereira. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-781, maio/jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15880.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2019.
- CAMARANO, Ana Amélia. (Coord.). **Como vai o idoso Brasileiro?** Rio de Janeiro: IPEA, 1999. (Texto para discussão, n. 681). Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2810/1/td_0681.pdf. Acesso em: 27 dez. 2018.
- CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. Famílias e Políticas públicas. In: ACOSTA, Ana Rojas. VITALE, Maria Amalia Faller (Orgs.). **Família: Redes, Laços e Políticas Públicas**. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2010.
- GOLDANI, Ana Maria. As famílias brasileiras: mudanças e perspectivas. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 91, p. 7- 22, nov. 1994. Disponível em: <http://www.fcc.org.br/pesquisa/publicacoes/cp/arquivos/743.pdf> Acesso em: 28 nov. 2019.
- HADDAD, Eneida Gonçalves de Macedo. **A ideologia da velhice**. São Paulo: Cortez, 1986.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **MUNIC 2013**: Número de Centros de Referência em Assistência Social aumenta 44,9% de 2009 a 2013. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo.html?busca=1&id=1&idnoticia=2638&t=munic-2013-numero-centros-referencia-assistencia-social-aumenta-44-9-2009&view=noticia> Acesso em 14 jan. 2020.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2018** Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/wp-content/uploads/2019/04/tabua_de_mortalidade_2017_analise.pdf Acesso em: 01 jan. 2020.
- KARSCH, Ursula M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-866, Jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15890.pdf> Acesso em: 28 jun. 2019.
- QUEIROZ, Zally P.V. Quem cuida de quem cuida? In: **Violência doméstica contra a pessoa idosa**: orientações gerais. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde -CODEPPS. São Paulo: SMS, 2007. Disponível em: http://midia.pgr.mpf.gov.br/pfdc/15dejunho/caderno_violencia_idoso_atualizado_19jun.pdf Acesso em: 30 nov. 2019.
- QUEIROZ, Zally Pinto Vasconcelos. O Impacto do Cuidado na Vida do Cuidador de Idosos: fator de risco de negligência doméstica em idosos dependentes. In: BERZINS, Marília Viana. MALAGUTTI, William (Orgs.). **Rompendo o silêncio**: faces da violência na velhice. São Paulo: Martinari, 2010.



- PAPALIA, Daiane. E.; OLDS, Sally Wendkos; FELDMAN, Ruth Duskin. **Desenvolvimento humano**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 25 nov. 2009. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf Acesso em: 5 jan. 2020.
- MIOTO, Regina Célia Tamaso. PRÁ, Keli Regina Dal. Serviços Sociais e responsabilização da família: contradições da Política Social brasileira. In. **Familismo, direitos e cidadania: contradições da política social**. 1ª ed. São Paulo: Cortez, 2015.
- ROCHA, Michel Patrick Fonseca. VIEIRA, Maria Aparecida. SENA, Roseni Rosângela de. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, nov.- dez; 61(6): 801-8. Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a02v61n6> Acesso em: 01 jan. 2020.
- SÃO PAULO. **Guia de Orientações Técnicas Centro Dia do Idoso**. São Paulo: Secretaria de Desenvolvimento Social, 2014. Disponível em: <http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/a2sitebox/arquivos/documentos/658.pdf> Acesso em: 28 nov. 2019.
- TEIXEIRA, Solange Maria. **A família na política de assistência social: concepções e as tendências do trabalho social com famílias nos CRAS de Teresina**. 2ª ed. Teresina: EDUFPI, 2016.

TRABALHO, ADOECIMENTO E VELHICE EM TEMPOS DO CAPITAL: a insuficiência renal crônica em Manaus/Amazonas.

Marlene De Deus Lima (Ifamassistente Social); Yoshiko Sasaki (Ifamassistente Social).

RESUMO: Este estudo visa refletir sobre a relação trabalho, adoecimento e velhice na sociedade capitalista, apresentando o papel das políticas públicas e os números da insuficiência renal crônica (IRC) em pessoas idosas em Manaus, Amazonas. Tem abordagem crítica, de natureza quantiquantitativa. Evidenciou a estreita relação entre as condições de trabalho vivenciadas pelos sujeitos ao longo de sua vida e seu adoecimento na velhice. No caso das pessoas idosas atendidas pelo Programa SOS VIDA em Manaus, a grande maioria foram acometidos pela insuficiência renal crônica (IRC) com diagnóstico somente na fase aguda deste agravo, também denominada de fase terminal da doença.

Palavras-chave: Trabalho e Velhice e Políticas Públicas

ABSTRACT: This study aims to reflect on the relationship between work, illness and old age in capitalist society, presenting the role of public policies and the numbers of chronic renal failure (CRF) in elderly people in Manaus, Amazonas. It has a critical approach, of quantitative and qualitative nature. It evidenced the close relationship between the working conditions experienced by the subjects throughout their life and their illness in old age. In the case of elderly people assisted by the SOS VIDA Program in Manaus, the vast majority were affected by chronic renal failure (CRF) diagnosed only in the acute phase of this condition, also called the terminal phase of the disease.

Keyword: Work and Old Age and Public Policie



1. INTRODUÇÃO

Este estudo visa refletir sobre a relação trabalho, adoecimento e velhice na sociedade capitalista, apresentando o papel das políticas públicas e os números da insuficiência renal crônica (IRC) em pessoas idosas em Manaus, Amazonas. Tem abordagem crítica, de natureza quantitativa. O recorte se deu a partir de nossas observações enquanto profissionais inseridos na equipe multiprofissional e atuando junto a estes sujeitos no programa SOS VIDA e a inserção no programa de pós-graduação de mestrado em serviço social e sustentabilidade na Amazônia (PPGSS/UFAM) em 2015 e atualmente no Doutorado junto ao Programa de Pós-graduação em Sociedade e Cultura na Amazônia (PPGSCA/UFAM) que possibilitou o aprofundamento desta problemática.

O modelo de desenvolvimento capitalista brasileiro tem ao longo de sua história, passado *por* inúmeras crises cíclicas, pois, dependendo do contexto, as mesmas apresentam-se com características específicas, porém sua base continua sendo a mesma, ou seja, o modelo de produção fundado na relação capital e trabalho, onde produz nesse movimento os não incluídos ou desempregado estrutural, Antunes (2003).

Conforme o IBGE (2011), se ao longo do século XX foi impulsionado por um desenvolvimento desigual e capitalismo dependente cujo resultado foi à inclusão social de uma pequena parcela da população ao trabalho formal (40%), deixando outra parcela em subemprego e trabalho precarizado (60%).

Apesar de termos em 1988 a Constituição cidadã, tida como um *WelfareState* a brasileira, passados mais de trinta anos ainda não se consolidou sua seguridade social, frente uma conjuntura de redução de direitos, orientada pelos princípios neoliberais, devido não mais confronto de “Guerra Fria”, com o esfacelamento da URSS e queda do Muro de Berlim em 1989, de modo que foi ampliado as desigualdades e vulnerabilidades sociais no terceiro mundo, principalmente.

Paralelo e ao mesmo tempo perpassando esse cenário, trabalho e velhice se entrelaçam, e conforme cresce a expectativa de vida do sujeito trabalhador, aumenta também a prevalência de distúrbios mentais e doenças crônicas. No Brasil, Diogo *et al.* (2004) apontam que, aproximadamente, 40% das pessoas idosas na faixa etária entre 75 e 84 anos e mais da metade da população acima dos 85 anos de idade apresentam alguma incapacidade, contribuindo, para muitos, para torná-lo um peso a família.

É nesse contexto que a insuficiência renal crônica insuficiência renal crônica (IRC) de forma lenta e progressiva atinge a saúde dos trabalhadores, justificando a necessidade de conhecermos os inúmeros aspectos da doença, principalmente na velhice, momento da vida



destes sujeitos em que os mesmos colheriam as benéficas de uma vida de trabalho a partir do gozo da tão almejada aposentadoria, LUGON (2009).

No Amazonas, na cidade de Manaus, Lima (2015) constatou que em 2014 o Programa SOS VIDA atendeu a um total de 7.903 sujeitos, destes, 7.034 acometidos pela IRC, o que equivale a 89% dos atendimentos naquele ano. Se comparados ao quantitativo de atendimento em 2013, evidencia-se crescimento da demanda em torno de 114%.

Daí refletirmos sobre: Qual a relação do trabalho com o processo de adoecimento do trabalhador na sociedade capitalista? De que forma esta relação tem impactado no processo de envelhecimento dos sujeitos trabalhadores? Diante do adoecimento, de que forma o Estado tem atuado na proteção social destes sujeitos e na promoção de políticas públicas que garantam condições dignas de sobrevivência dos mesmos.

A análise das variáveis aqui expostas é de fundamental importância para dar a visibilidade que a questão merece, além de propiciar oportunidade para nós, profissionais do serviço social e demais profissionais das diferentes áreas de conhecimento refletirmos e melhor interirmos junto a estes sujeitos e suas famílias, contribuindo para a construção de políticas públicas e melhorar a qualidade de vida e enfrentamento de inúmeros agravos.

O estudo foi realizado a partir de quatro momentos inter-relacionados entre si, que além de constituírem-se em ação metodológica em constante movimento de construção e desconstrução da temática, foram imprescindíveis à construção de um resultado teórico-prático. Os usuários foram convidados a participarem voluntariamente da pesquisa através do Termo de Consentimento e Livre Esclarecido.

2. DESENVOLVIMENTO

É consenso na comunidade científica dos economistas de base marxista entender o trabalho enquanto fonte de toda riqueza de qualquer sociedade. Entendem que, se por um lado a natureza fornece materiais que o homem, por meio do trabalho, converte-as em riqueza. Para além disso, o trabalho é a condição básica e fundante de toda e qualquer vida humana, ele, o trabalho, cria e recria o próprio homem continuamente, numa relação intrinsecamente dialética.

Tanto Marx como Engels nos estudos da economia política defendem a eliminação da propriedade privada, da divisão do trabalho, e da exploração e unilateralidade do homem como meio de chegar não somente ao pleno desenvolvimento das forças produtivas como também para a recuperação da onilateralidade. Em Marx (1978), a base da sociedade, e a essência do fundante do homem pleno é o trabalho. Pelo trabalho o homem se faz homem, constrói e transforma a sociedade, a si e com isso, a própria constrói história. Enquanto



categoria central, explica o mundo, a sociedade, a história, a constituição do homem permitindo-lhe antever o futuro e construir uma verdadeira práxis humana capaz de construir uma nova sociedade.

Marx entende que a consciência determina o ser social, e esta, por sua vez, é determinada pela matéria. O homem diferencia-se da natureza devido ao seu poder para modificá-la e ao mesmo tempo produzir além do que necessita, diferenciando-se das demais categorias e ou espécies de animais, também diferente das outras espécies animais, sendo esta uma atividade consciente. A humanização da natureza é realizada por meio do trabalho enquanto atividade prática e consciente do homem. Este, ao produzir seus próprios meios de vida, produz indiretamente sua própria vida material.

Hegel (1982), dentro do seu sistema filosófico, defende o trabalho como eixo central na análise homem/natureza e a construção da consciência deste próprio homem. O trabalho em Hegel é a base da riqueza das civilizações, é percebido pelo autor como processo de exteriorização dialética do sujeito. Em sua tese, na relação homem/natureza, o trabalho tem função mediadora, é o suporte básico da formação da consciência no homem. É por meio do trabalho, enquanto instrumento e ação intencional, consciente, objetivada e reflexiva que o homem atua sobre a natureza e esta sobre o próprio homem, transformando a si mesmo, numa relação dialética que possui o poder de libertação das forças, fluxo e ciclos da natureza.

Ao descobrirmos o sistema capitalista de produção do véu em que o mesmo esta envolto, trazemos a tona a forma e estrutura com que este sistema apropria-se do trabalho humano segundo suas necessidades. Evidenciamos que desde sua gênese, o capitalismo, segundo Marx (1998), tem uma lógica de funcionamento bem específica: organizar o trabalho humano para produzir mercadorias que serão vendidas por preço superior ao seu custo. Ou seja, a extração de mais-valia é, igualmente, extração de mais-poder.

Ao organizar a produção, o capitalista organiza, também, toda a sociedade, subjugando as diferentes lógicas sociais a uma lógica mercantil, produtivista e concorrencial. Para tanto, fazem-se necessários à coerção e o disciplinamento da força de trabalho. Se o binômio exploração-acumulação é válido para todos, independentemente da nacionalidade, do setor, da cultura local ou de qualquer outro elemento, as formas que assumem as condições de exploração e as dinâmicas da acumulação podem ser bem diferentes (CATTANI, 2004).

E continua Cattani (2004), mesmo durante o período do Estado de Bem Estar vivenciado pelo mundo no período entre 1945 e 1973, esse sistema não foi capaz de eliminação dos conflitos, seja no campo do trabalho, ou na esfera da política, mas pelo contrário, presenciou-se o arrefecimento da violência, se comparada ao período anterior.

São inúmeros os intelectuais que compreendem que todo o período histórico do Estado de Bem Estar e processo de “crescimento econômico” por ele impulsionado foi incapaz

de promover mudanças substanciais para o conjunto da população, mas pelo contrário, privilégios históricos continuaram a serem mantidos sem mudanças substanciais para o conjunto da população, Draibe(1990); Esping-Andersen (1991) e Santos (1999).

No Brasil, segundo Sposati (2007), a política social brasileira contemporânea é, em realidade, inconsistente e fragmentada. Acanhada e tímida no que diz respeito às políticas preventivas, colabora para intensificar a magnitude dos problemas que procura amenizar ao nível das políticas compensatórias, as quais, por sua vez, permanecem presas a uma concepção contratualista que as tornará incapazes, e em médio prazo, que sua própria expansão, por um lado. E as poucas preventivas dificilmente do governo, por outro, irão vinculação das políticas redistributivas, senso estrito, ao processo acumulativo, se trouxe consequências benéficas, em um caso, compromete visivelmente a execução de outro programa.

Ainda segundo Sposati (2007), independentemente da administração de tais políticas, impõe-se a reformulação das vinculações entre a equidade com processo acumulativo para que se possa, efetivamente, ingressar em uma era de cidadania universal cuja raiz encontra-se na contribuição de cada qual, via trabalho, ao conjunto da sociedade. Com base neste critério, Santos(1999), uma pauta de direitos essenciais deveria ser associada ao conceito de cidadania os quais deveriam estar eqüitativamente assegurados, independentemente da acumulação.

Mattoso (1995) aponta que como a expansão econômica revelou-se insuficiente para atender às demandas ampliadas dos agentes econômicos, um novo elemento foi adicionado como viés ideológico: a qualificação profissional, obtida graças à educação: “Eu trabalho, eu estudo, eu consigo”, onde a exclusão de alguns do processo passou a ser interpretada como de responsabilidade dos excluídos. Castel (1998), reportado por Cattani, explica que a estabilidade, contratos coletivos, direitos sociais para todos e vários outros elementos relacionados ao mundo do trabalho tinham força de lei e legitimidade assegurada.

Oliveira (2010) observa que nunca teve um Estado de Bem Estar no Brasil. Lembra que até 1930, a pobreza foi considerada disfunção social e tratada como caso de polícia. E ao enfrentar os problemas de forma institucionalizada, o Estado optou por ações pontuais e fragmentadas voltadas para a regulação do mercado de trabalho.

Antes da Constituição Federal de 1988, era característica da política social, o acesso apenas da parcela da população que se encontra formalmente no mercado de trabalho, configurando o que Santos(1998) chama de “cidadania regulada”. Enquanto para os que estão fora deste processo, resta apenas ser atendido por meio da assistência social, com um caráter de ajuda aos necessitados, complementaridade e excepcionalidade desenvolvida através de



programas pontuais, desarticulados ou, simplesmente, puro assistencialismo paternalista destinado aos destituídos e muitas vezes de cunho eleitoreiro.

Assim, com base em Iamamoto (2009) e Behring (2007), em nome do aumento de produtividade, da elevação dos lucros, do encolhimento do Estado, da racionalidade, de um modelo de produto pautado na alta qualidade, na acirrada concorrência no mercado, conjugado ao processo de financeirização do capital, trouxe em seu bojo o desemprego estrutural e a precarização do trabalho em escala global.

No entendimento de Antunes (2003) foi a partir do aumento significativo de mão-de-obra disponível no mercado que se constatou a existência de um permanente exercito de trabalhadores, cuja a característica é o fato de somente conseguirem colocação neste mercado de trabalho, na condição de trabalhadores parciais, terceirizados, temporários ou mesmo, sem vínculo empregatício. Mattoso (19952) afirma que o desemprego provocado pelas mudanças no mundo do trabalho é a ponta de um enorme *iceberg*, pois estas condições de trabalho tornaram-se crescentemente informais, precárias, com trabalho e salários descontínuos, de curta duração e sem contribuição para previdência.

Para a Organização Internacional do Trabalho – OIT, o desemprego vem mantendo um ritmo ascendente mundialmente desde a década de 1980. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD (2001) revelou que em 2009 um aumento de 18,5% da população desocupada no Brasil. Que 20,5% da população ocupada eram trabalhadores por conta própria e, entre os 54,3 milhões de empregados, 28,2% sem carteira de trabalho assinada, BARBOSA (2009).

De acordo com Santos (1999), o sistema capitalista mediante as particularidades sócio-históricas postas a partir de 1970, no contexto de sua crise estrutural, elaborou estratégias de reação para reverter tendências da taxa de juros. Operou por meio de iniciativas que configuraram a mundialização da economia, Chesnais (1996) e a ascensão do neoliberalismo. Neste processo, Santos (1999), os indivíduos são submetidos a profundos processos de alienação e mercantilização da vida social, que resultam em intensa fragmentação, tanto na forma de sentir a opressão, como na constituição dos sujeitos coletivos e na transformação das suas necessidades em demandas políticas.

No Brasil, o processo do desenvolvimento do capitalismo se desenvolve dentro de um quadro recessivo, em nível da produção de bens manufaturados e primários, mas existem outros caminhos encontrados pelo capital, em relação à crise, principalmente a especulação financeira, os negócios com os bancos, Almeida & Alencar (2003); Ortiz (2001); Iara & Canoas (2010). O programa neoliberal é marcado pela negação da regulação estatal, pelo abandono das políticas de pleno emprego e pela regulação dos mecanismos de seguridade social, em prol da regulação operada pelo mercado (MOTA, 2008),.



Para Antunes (2003) surgem “os novos subproletários do mundo” – trabalho feminino mal remunerado, jovens sem experiência no mercado de trabalho, trabalhadores considerados “velhos”, segundo a ótica do capital, os quais são tidos como descartáveis pelos empregadores e sem outras oportunidades, vão aumentar a massa de desocupados.

Lara & Canoas (2010) fundamentados em Marx (1985) explicitam que na lei geral, absoluta, da acumulação capitalista quanto maior a riqueza social, o capital em função, a dimensão e energia de seu crescimento e, conseqüentemente, a magnitude absoluta do proletariado e da força produtiva de seu trabalho, maior é o exército industrial de reserva.

Para Meszáros (2011) a imensa expansão especulativa do aventureirismo financeiro é naturalmente inseparável do aprofundamento da crise dos ramos produtivos da indústria, assim como das resultantes perturbações que surgem com a absolutamente letárgica acumulação de capital no campo produtivo da atividade econômica. A crise estrutural do sistema capitalista como um todo está destinada a piorar consideravelmente. Vai tomando-se muito mais profunda, invadindo não só o mundo das finanças globais, mas também todos os domínios da nossa vida social, econômica e cultural.

Bauman (2005) já apontava uma transformação profunda no padrão de convívio humano inaugurado pela ‘modernidade líquida’, uma mutação no projeto civilizatório e nos mecanismos de regulamentação das fronteiras. Há uma indefinição quanto aos fins da ação humana. Que diante deste “mapa irracional” do mundo contemporâneo, os indivíduos hoje são confrontados diariamente com a possibilidade de serem declarados redundantes, supérfluos, impuros, destinados à lixeira humana, à invisibilidade social.

Na região norte, Nascimento (1994), ao analisar o caso específico das transformações causada pelo modelo de desenvolvimento capitalista no Estado do Pará, observa que a retórica do desenvolvimento regional e da integração da Amazônia ao Brasil e ao mundo, tem se expressado pela pauperização cada vez maior dos seus habitantes nativos emigrantes que, iludidos pela propaganda da riqueza fácil, constituem em bolsões de pobreza, tornando o Estado paradoxalmente rico em recursos naturais e pauperismo em igualdade de renda e emprego. Que é nesse cenário periférico e semi-industrializado brasileiro que deve ser pensada a condição das políticas sociais e especialmente a seguridade social aos diferentes sujeitos objeto deste estudo.

Assim, pensar a questão do envelhecimento na sociedade capitalista contemporânea significa localizá-lo, no âmbito da análise das relações de produção, do trabalho, do mercado de consumo e de seus determinantes e condicionantes nas condições de vida da população idosa no país. Segundo Beauvoir (1990) nos primórdios, a velhice era vista como um processo natural, gradativo e contínuo, iniciando com o nascimento e estendendo-se por todas as fases



da vida, numa sociedade comunitária. Na sociedade antiga, composta essencialmente de camponeses e artesãos, havia uma exata coincidência entre a profissão e a existência.

A coletividade não tinha que se preocupar com o idoso, segundo esta autora, pois o trabalhador vivia em seu local de trabalho, as tarefas produtivas e as domésticas confundiam-se. Entre os artesãos altamente qualificados, as capacidades aumentavam com a experiência e com os anos. Nas profissões em que elas declinavam com a idade, existia no seio da exploração uma divisão do trabalho que permitia adaptar as tarefas às possibilidades de cada um. Quando se tornava inteiramente incapaz, o velho vivia com a família, que assegurava sua subsistência, Beauvoir (1990).

Paiva (2012) pontua que a história registra mudanças que repercutiram nas relações sociais, como aquelas que no século X, com o fim das invasões na Europa, possibilitaram um crescimento demográfico, cujas necessidades básicas do novo contingente humano não poderiam ser supridas pela produção servil. Que o contingente populacional passou a compor o rol das mediações de reprodução social, pois a sobrevivência da própria espécie dependia disso.

Contudo, na sociedade moderna, segundo Mészáros (2011), essa mediação passa a sofrer as determinações da ordem sociometabólica da reprodução do capital. Pois, além de reproduzir a espécie como garantia da sobrevivência humana, a mesma deve realizar-se nos limites necessários à sobrevivência do sistema do capital. Que o tratamento dos problemas e de todas as dificuldades é restrito aos seus “efeitos e consequências” e tratado como “disfunções temporárias”, através de ajustes e modificações parciais que, sem questionar os fundamentos causais, propiciem possibilidades imediatas de remediá-los e corrigi-los.

Para Teixeira (2009) envelhecer para o trabalhador, na ordem e no tempo do capital, é ter seu tempo de vida subordinado ao tempo de trabalho, mesmo depois de aposentado. Para os trabalhadores velhos de baixa renda, segundo a autora, no capitalismo periférico brasileiro, é ter seu tempo livre submetido às exigências de reprodução social do capital e de controle social que se estende ao envelhecimento, submetendo o idoso ao planejamento externo de comportamentos, atitudes, sentimentos, consciência e mecanismos organizativos.

No entendimento de Ribeiro et al. (2009), a velhice é concebida como uma realidade multidimensional tendo em vista sua complexidade fisiológica, psicológica e social, pois existem conotações políticas e ideológicas atreladas ao conceito de velhice, sendo assim inviável estabelecer conceitos universalmente aceitáveis e uma terminologia globalmente utilizável em relação ao envelhecimento. Sendo assim, os conceitos de idoso e velhice, devem estar associados aos fatores biopsicossociais, além da cronologia da própria idade do sujeito.

O censo 2010 do IBGE (2011) mostrou que a população brasileira era de 190.755.799 de habitantes, dos quais 20.590.599 eram de idosos, com idade maior ou igual a 60 anos,

correspondendo a 10.8% da população brasileira. No Amazonas a população chegou a 3.483.985, destes, 210.173 era idoso, o que equivale a 6,03% do total da população do Estado, sendo 27.508 os idosos com 80 anos ou mais de idade.

Neste estudo, mesmo apresentando diferentes concepções que envolvem o conceito de velhice, estaremos adotando o termo velhice não o limitando a fatores cronológicos, mas entendendo que a velhice é reproduzida nos limites das condições concretas no espaço e no compasso do tempo do capital; como o resultado e o prolongamento de um processo que completa o curso de vida humana, onde a ênfase na demarcação cronológica para designar etapas singulares da vida, numa perspectiva fragmentada do todo, é produto da modernidade.

No que se refere a saúde, Diogo e Neri (2004), aponta que deve ser pensada enquanto produto da interação e do equilíbrio entre as condições físicas e mentais dos indivíduos e os recursos que a sociedade lhes oferece para a promoção e a manutenção de sua boa qualidade de vida, ao longo de todo o desenvolvimento.

Albuquerque (2008) considera que é complexa a aplicação dos conceitos de saúde relacionados ao envelhecimento, pois os mesmos sofrem a interferência de atitudes culturais negativas, preconceituosas sobre essa condição de velhice.

Segundo o IBGE (2011), com base no PNAD de 2003 a 2008, entre os idosos que declararam possuir doenças crônicas, 64% apresentavam mais de uma patologia. Enquanto entre as pessoas mais jovens, de 0 a 14 anos, esse percentual era de apenas 9%. Entre os idosos, esse percentual atinge 75% do grupo, Veras (2007).

Entre as doenças crônicas, grande destaque tem sido dado pela comunidade científica nacional e internacional à doença renal crônica, que vem sendo considerada como problema de grande relevância, complexa, exigindo múltiplas abordagens no seu tratamento. Alertam que, apesar dos avanços da medicina terem trazido significativos resultados ao tratamento da doença, a chance de morte supera a de iniciar a diálise, à medida que a doença progride, mesmo quando os usuários recebem cuidados médicos padrão, Rucco (2010); Pedroso (2007); Oliveira (2005); Kusumota (2007).

O Brasil ocupa hoje o quarto lugar no ranking dos maiores programas de diálise do mundo, apenas superado pelo Japão, Estados Unidos e Alemanha. Estima-se que 95% dos tratamentos dialíticos são custeados pelo Sistema Único de Saúde e, que o número da incidência dessa doença já atingiu os 1,4 milhões de indivíduos. E o mais alarmante é que mais de 70% das pessoas não sabiam que tinham a doença; Kusumota (2005).

A Insuficiência renal crônica (IRC), segundo Sesso et al (1999), tem sido uma das principais preocupações no Brasil e no mundo, considerando o acelerado crescimento dos números de pessoas acometidas por este agravo, sua elevada taxa de mortalidade, morbidade e custos. Ela, progressivamente e com frequência, evolui para a insuficiência renal



crônica terminal (IRCT), com alta taxa de letalidade, apesar dos tratamentos disponíveis, no caso, ao tratamento por meio da terapia renal substitutiva (TRS), ou seja, diálise.

No Amazonas, ao analisarmos os relatórios estatísticos junto ao Programa SOS SOCIAL no período de 2009 a 2014 e também os estudos de Lima (2015) evidenciamos que somente no ano de 2009, 89% da demanda foi de usuários renais crônicos, elevando em 114% a demanda para procedimento de hemodiálise, o que tem nos instigado a constante reflexões no sentido de entendermos a DRC enquanto problema de saúde pública, considerando a intensidade com que esta doença vem acometendo a população como um todo, e, em particular, o Estado do Amazonas e seus municípios, assim como sobre os primórdios das ações voltadas aos pacientes com doenças renais crônica no Brasil.

Para Silva (2000), em relação à doença renal crônica, o estágio mais grave é aquele quando o paciente apresenta o comprometimento total da função renal, (estágio terminal) onde o paciente é obrigado a submeter-se a diálise peritoneal; hemodiálise e/ou os transplantes.

O principal problema, segundo Ribeiro (2009), no controle deste agravo é o desconhecimento das pessoas sobre a doença, que acontece de forma silenciosa, retardando, na maioria das vezes, seu diagnóstico, que ocorre em estágios avançados da doença, com danos irreversíveis na função renal, insidiosa e assintomática.

Sobre as terapêuticas ambulatoriais para os pacientes renais crônicos, Lanza et, al (2008) inferem que a doença renal crônica consiste na perda progressiva e irreversível da função renal, de tal forma que, em suas fases mais avançadas, os rins não conseguem mais manter a normalidade do meio interno do paciente. Cherchiglia et al (2006) somente com a utilização de métodos de filtragem artificial do sangue, ou com o transplante renal, há a possibilidade de sobrevivência do paciente.

Lopes(2008), a hemodiálise é realizada três sessões semanais de quatro horas por sessão. É proposto para 90% desses pacientes. A decisão do método de tratamento é o médico, paciente e família, conforme quadro clínico e o estilo de vida do paciente (D' ÁVILA (1999); ORLANDI (2008).

Com a evolução da IRC, tanto o paciente quanto sua família deve ser preparada para enfrentar a fase terminal da doença, e a diálise, enquanto única possibilidade de manter-se vivo, ou seja, a vida da pessoa idosa passa a depender de uma máquina.

Fora do mercado de trabalho, destituídos de boas condições de saúde e envelhecidos, as pessoas idosas passam a compor o mapa brasileiro da exclusão social. Conforme Antunes (2003) constituintes da zona de desfiliação, "os desfiliaados". Para Pochmann (2001), hoje, as fraturas no padrão sistêmico de integração social trazem a tona o fato do processo de exclusão ser uma dimensão circunscrita ao mercado.



Neste viés, representa uma exclusão, conforme Escorel (1999), Nascimento (1994) e Antunes (2003), enquanto reflexo do desemprego estrutural que se desenvolveu a partir dos anos 80 em consequência da reestruturação produtiva e as mudanças no estatuto do trabalho, nos mecanismos de proteção social e trabalhista. Uma exclusão constituída a partir da utilidade do homem no processo produtivo e na lógica do capital.

Castel (1998) contribui elegendo quatro “zonas de exclusão”, apontando o eixo trabalho e o eixo relações sociais como constituintes das zonas de integração, de vulnerabilidade, de desfiliação e de assistência.

Hanna Arendt (1999) afirma que na “nova exclusão” estão inseridos pessoas e grupos que “não têm direitos a ter direitos” e não são reconhecidos como semelhantes, ou mesmo pertencer à Humanidade, levando-os, muitas vezes, a ser salvo de extermínio e ao mesmo tempo excluído das principais políticas públicas.

Pereira (2009) afirma que a Política Pública é um tipo particular e moderno da política e que tem como principal função, concretizar direitos de cidadania conquistados pela sociedade e amparados em lei. Infere que há duas interpretações bastante conhecidas: a que privilegia o Estado como produtor exclusivo de política pública; e a que privilegia a relação dialeticamente contraditória entre Estado e sociedade como o fermento da constituição e processamento dessa política.

Santos (1998) ao discutir o papel do Estado, principalmente, na América Latina, pontua que seu conceito transcende o de política, sua lógica volta-se para a problematização de vários aspectos, sobretudo, na correlação de forças políticas entre Estado e sociedade civil. Essa relação ganha visibilidade na condução da vida social por meio das decisões do Estado (sob a forma dos governos) que são transformadas em política públicas e políticas Sociais REY (2010).

No entendimento de Giovanni (1992), os sistemas de Proteção Social representam formas pelos quais as sociedades desenvolvem um conjunto de ações voltadas para proteger em parte ou o conjunto dos seus membros, variando qualitativamente conforme o contexto histórico, econômico, social e cultural de seus membros. Tais sistemas provêm de certas vicissitudes da vida natural ou social, tais como a velhice, a doença, o infortúnio e as privações, variando as formas seletivas de distribuição, redistribuição de bens materiais, bens culturais, imprescindíveis a sobrevivência e a integração na vida social.

Tal perspectiva, de acordo com Giovanni (1998), dar a proteção social uma abrangência que perpassa desde a sobrevivência e integração da vida social à oferta de serviços para as diferentes vicissitudes e as regulações que permitem o homem viver em sociedade. Tais sistemas, ao incluírem todos esses elementos em seu bojo, materializam as dimensões da cobertura aos diferentes riscos aos quais os indivíduos podem ser acometidos.



Contudo, este seguimento populacional situa-se a margem do trabalho concebido enquanto relação do homem com a natureza na produção de valores de uso necessários à subsistência humana, condição imprescindível a existência do ser social. No entanto, na sociedade capitalista, enquanto locus de uma vida de labor, o trabalho está associado à lógica do capital.

A análise evidencia a relação entre capital e trabalho e o processo de adoecimento do trabalhador na sociedade capitalista está na forma como ela se apropria do corpo e de tudo relacionado a vida dos sujeitos. De acordo com o capítulo V de O Capital, Marx, o homem se realiza e se materializa por meio do trabalho. É como produto desse trabalho que ele se constitui enquanto ser histórico, possibilidade de permanência apesar dele mesma. Por meio desse trabalho o homem cria vínculos com outros homens tanto no passado quanto no presente. É através do trabalho que o homem modifica a natureza, modifica a si mesmo, produz o produto, e com se realiza.

Ao refletirmos sobre de que forma esta relação tem impactado no processo de envelhecimento dos sujeitos trabalhadores, recorreremos a Marx(1985), para o qual as condições de trabalho, referindo-se as manufaturas, já demonstravam as péssimas condições de trabalho das pessoas, e o quanto eram maléficas a saúde do mesmo.

Hoje, com a necessidade constante de mais e maior produção, de maior consumo, de novas tecnologias, de cada vez mais utilização das ciências em prol da valorização do valor do capital, da participação do Estado na proteção do capital, evidencia-se cada vez mais um profundo e histórico processo de adoecimento da população trabalhadora em pleno o século XXI, constatando que apesar de todo esse progresso, a essência maléfica e exploradora do capital continua a mesma.

Barreto (2000) infere que a reestruturação capitalista criou também uma sociedade de desempregados-despossuídos, impossibilitados não somente de consumir, mas também de sobreviver. Que tanto Homens quanto mulheres são objetos da ganância e da negligência empresarial, e expostos a doenças, a acidentes ou mesmo morrendo suavemente no e do trabalho.

Ao considerarmos a IRC, esses sujeitos, conforme nossos estudos, não estão conscientes dos fatores que os levaram a adquirirem esta doença, pois, conforme Max25 explica as consequências do processo de exploração aos trabalhadores pelo capital não submete somente ao comando e disciplina do capital o trabalhador, mas também cria graduações hierárquicas entre os próprios trabalhadores, deformando-os monstruosamente, o próprio indivíduo é mutilado.

Nesse processo de exploração, Marx (1985) já afirmava que todos os órgãos dos sentidos eram igualmente prejudicados, tamanha eram as condições insalubres vivenciadas

pelos trabalhadores, pela atmosfera poluída com os resíduos das matérias-primas e barulho ensurdecedor entre outros. Mas para os sujeitos da pesquisa, adoeceram ou adquiriram a doença pelo fato de não “ beberem água”. Apenas um dos entrevistados disse que o principal fator dele ter perdido a funcionalidade dos rins foi “as três picadas de cobra” que ele pegou quando trabalhava como agricultor.

Diante do adoecimento, constatou-se que o Estado continua falhando na garantia de direitos a proteção social e na promoção de políticas públicas que garantam condições dignas de sobrevivência dos mesmos. Pois, a maioria dos entrevistados em relação às políticas de saúde, e o acometimento pela doença descrevem o mesmo mapa e percurso para ter acesso ao tratamento médico junto às unidades de saúde, seja no município de origem do usuário, seja em Manaus. Sendo utilizada como porta de entrada do usuário, quase sempre, o Pronto Socorro João Lucio ou o Pronto Socorro 28 de Agosto de Manaus.

3. CONCLUSÃO

O estudo mostrou que apesar das múltiplas metamorfoses do capital, este continua a aprofundar o processo de exploração, alargando cada vez mais a distância entre o capital e a classe trabalhadora. Impõe um alucinante ritmo de trabalho, desestruturando famílias, fragmentando o próprio indivíduo, ao mesmo tempo, estimula a competição, consumo, gera violência, doenças, empobrecimento, criminalizando homens e mulheres pobres.

Para Marx (1995), a divisão do trabalho na sociedade capitalista ataca o indivíduo em suas raízes vitais. Em função disso, os trabalhadores estão adoecendo no trabalho. Não importa se as condições de trabalho são melhores ou piores, se é material ou intelectual, o século XXI tem assistido a um profundo e prolongado processo de adoecimento da classe trabalhadora, fazendo da velhice um fardo não somente para o próprio trabalhador envelhecido, mas a sua família. Presenciamos cotidianamente trabalhadores adoecidos e impossibilitados de cuidar da própria saúde, em função do perigo do desemprego histórico.

Nesse processo, as políticas sociais de inclusão social postas em prática nas últimas duas décadas não têm sido suficientes para fazer frente aos reflexos sociais das políticas econômicas vigentes no mesmo período. Que o Estado em vez de proporcionar inclusão e proteção social e garantia de direitos aos trabalhadores, fragilizados jurídico ou politicamente.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, R. Os sentidos do trabalho – ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2003. 6a ed. São Paulo: Boitempo.
- DIOGO, M. J. D.; NERI, A. L.; CACHIONI M. Saúde e qualidade de vida na velhice. São Paulo: Alínea, 2004.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Sinopse do Senso Demográfico de 2010. Rio de Janeiro, 2011.
- LUGON, J.R. Doença Renal Crônica no Brasil: um problema de saúde pública. *Jornal da Sociedade Brasileira de Nefrologia e Divisão de Nefrologia, Departamento de Medicina, Universidade Federal Fluminense*, 2009;31 (supl 1):2-5.
- LIMA, M.D. O Cotidiano das pessoas idosas com insuficiência renal crônica (IRC), participantes do programa SOS VIDA e atendidas nas unidades de saúde de Manaus [dissertação]: / Marlene de Deus Lima; orientação de Yoshiko Sasaki. Manaus: Universidade Federal do Amazonas - 2015.
- CATTANI, A.D. Desemprego e degradação social. Trabalho e autonomia. Petrópolis: Vozes, 2004
- DRAIBE, S. As políticas sociais brasileiras: diagnósticos e perspectivas para a década de 90, Brasília: IPEA/IPLAN, 1990.
- ESPING-Andersen, G. As três economias políticas do Welfare State. IN: *Lua Nova*. 24, 1991.
- SANTOS, Wanderley Guilherme dos. Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira. 3. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1999.
- SPOSATI, Aldaíza. Assistência Social: de ação individual a direito social. In: *Revista Brasileira de Direito Constitucional* n.10, jul – dez/2007
- MATTOSO, J. A desordem do trabalho. São Paulo: Scritta, 1995.
- CASTEL, R. A dinâmica dos processos de marginalização: da vulnerabilidade à 'desfiliação'. *Caderno CRH, Salvador*, 1997 n. 26-27, p. 19-40.
- OLIVEIRA, Adão Francisco de. Políticas públicas educacionais: conceito e contextualização numa perspectiva didática. In: OLIVEIRA, Adão Francisco de. *Fronteiras da educação: tecnologias e políticas*. Goiânia-Goiás: PUC Goiás, 2010.
- IAMAMOTO, Marilda Villela. O Serviço Social na cena contemporânea. In: CFESS/ABEPSS. *Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.
- BEHRING, Elaine R. Política Social no contexto da crise capitalista. In: *Serviço Social: direitos profissionais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.
- PNAD. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Dados sobre População do Brasil, PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios), 2001.
- BARBOSA L. R. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial; 2009.
- SANTOS, Wanderley Guilherme dos. Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira. 3. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1999.
- CHESNAIS, F. A mundialização do capital. São Paulo: Xamã, 1996
- ALMEIDA, A. M. O.; CUNHA, G. G. (2003). Representações sociais do desenvolvimento humano. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(1), 147-155.
- ORTIZ, R. (1994). *Mundialização e cultura*. São Paulo: Brasiliense. [[Links](#)]
- LARA, R.; Canoas, J. W. Trabalho, envelhecimento e desemprego. In: Lourenço, E. et. al. *O avesso do trabalho II: trabalho, precarização e saúde do trabalhador*. São Paulo: Expressão Popular, 2010, cap. 6, p. 137-157.
- MOTA, Ana Elizabete. Cultura da crise e seguridade social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.



- ANTUNES, R. Os sentidos do trabalho – ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2003. 6a ed. São Paulo :Boitempo.
- MARX, K. (1985). O Capital: Crítica da Economia Política. Abril Cultural, São Paulo. Livros I, II e III p. 655-768. Coleção Os Economistas.
- MESZÁROS, I. 1930- Para além do capital :rumo a uma teoria da transição; tradução Paulo Cezar Castanheira, Sérgio Lessa. - 1.ed. revista. - São Paulo :Boitempo, 2011.
- BAUMAN,Zygmunt. *Identidade*: entrevista a Benedetto Vecchi. Rio de Janeiro:J.Zahar,2005.
- NASCIMENTO, E.P.Hitótese sobre a nova exclusão social: dos Excluídos Necessários Excluídos Desnecessários.Cardenos CRH, nº 21, jul-dez,1994
- BEAUVOIR, S. A velhice. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- PAIVA, S.O. C. Envelhecimento, saúde e trabalho no tempo do capital: um estudo sobre a racionalidade na produção de conhecimento do Serviço Social. Recife,2012.
- TEIXEIRA R. A. A Produção Capitalista do Conhecimento e o Papel do Conhecimento na Produção Capitalista. Economia, Brasília (DF), v.10, n.2, p.421–456, mai/ago 2009.
- RIBEIRO et al. P. C. C.; NERI, A. L.; CUPERTINO, A. P. F. B.;YASSUDA,M. S.(2009).Variabilidade no envelhecimento ativo segundo gênero, idade e saúde.
- ALBUQUERQUE, S.M.R.L. Envelhecimento ativo: desafios do século. SP: Andreoli, 2008.
- VERAS, R. P.; PARAHYBA, M. I. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. Cad.Saúde Pública, RJ: Fund .OswaldoCruz,Escola Nacional Saúde Pública Sérgio v. 23, n. 10, p. 2479-2489, out./2007.
- RUCCO, K. Q, et al.Avaliação nutricional de pacientes em hemodiálise. J Health Sci Inst. 2010;28(3):268-71 268.
- PEDROSO, R.S; Sbardelloto, G. Qualidade de vida e suporte social em pacientes renais crônicos:Revisão Teórica Virtual de Psicologia Hospitalar e Saúde.BH,v.4,n.7,2007.
- OLIVEIRA, L. A. et al. Humanização e cuidado: a experiência da equipe de um serviço de DST/Aids no município de São Paulo. Ciências e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 689-698, jul./set. 2005.
- KUSUMOTA,A, L.; RODRIGUES, R. A. P.; MARQUES, S. Idosos com insuficiência renal crônica : alterações do estado de saúde. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 525-532.mai./jun. 2004. KUSUMOTO, L. et al. **Adultos e idosos em hemodiálise**: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. Ribeirão Preto, 2008.
- SESSO, R., Lopes, A. A.; Thomé, F. S.; Bevilacqua J. L.; Romão, J. E, Lugon, J. Relatório do censo brasileiro de diálise. 2008. J. Bras. Nefrol. 2008;30(4):233-8.
- SILVA, M. J. P. A importância da comunicação verbal e não verbal no cuidado domiciliar de idosos. In: Duarte, Y. A. O.; Dijojo, M. J. D. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000.
- LANZA et, al. (2008) LANZA, AH.B.; CHAVES, A.P.A.; Garcia, R.C.P.; Brandão, J.A.G. Perfil biopsicossocial de pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico. Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde, v.33, n. 3, p. 141-145, 2008.
- CHERCHIGLIA, M. L. et al. Gênese de uma política pública de ações de alto custo e complexidade: as terapias renais substitutivas no Brasil. Revista Médica de Minas Gerais, Minas Gerais, v. 16, p. 83 - 89, 2006.
- LOPES, A. A. Oportunidades para melhorar a qualidade de vida e a sobrecarga dospacientes tratados cronicamente por hemodiálise: lições do DOPPS. In: Cruz, J. et al. Atualidades em Nefrologia. 10. ed. São Paulo: Sarvier, 2008. p. 386-390.
- D`ÁVILA, R. et al. Sobrevida de pacientes renais crônicos em diálise peritoneal e hemodiálise. Jornal Brasileiro de Nefrologia, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 13-21, 1999.
- ORLANDI F. S. O Idoso Renal Crônico em Hemodiálise: a Severidade da Doença e sua Relação com a Qualidade de Vida. J BrasNefrol. 30(4): 245-50, 2008.
- POCHMANN M. O trabalho sob fogo cruzado. São Paulo : Contexto. Werlang, S. R. C. 1996, 2001. Brasil na virada do século: um país liberal. Dados, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3. Disponível em: . Acesso em: 25 de junho de 2005.
- ESCOREL, S. Vidas ao léu – trajetórias de exclusão social. 1999. Rio de Janeiro:Fiocruz.



- NASCIMENTO, E. P. 1994. Hipóteses sobre a nova exclusão social: dos excluídos necessários aos excluídos desnecessários. Cadernos CRH, Salvador, n. 21, p. 29-47.
- HANNA Arendt. O que é política? Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.
- PEREIRA, Potyara A.P. Discussões conceituais sobre política pública como política pública e direito de cidadania. I. BOSCHETTI, Ivonete.et al.(org)ed. São Paulo:Cortez, 2009.Pg.87-89.
- REY, Mabel T. O Estado em debate: transições e contradições. A Construção do Estado. In: Revista Margem Esquerda. Ensaios marxistas n. 15. São Paulo; Boitempo, 2010.
- GIOVANNI, Geraldo. Sistemas de proteção social: uma introdução conceitual. In: Oliveira, Marco Antonio de (Org.). Reformas do estado e políticas de emprego no Brasil. Campinas (SP): UNICAMP. IE, 1998.
- BARRETO, M. Violência, saúde e trabalho: uma jornada de humilhações. São Paulo: EDUC, 2000.



A ASSISTÊNCIA SOCIAL E A SAÚDE MENTAL DOS/AS ADOLESCENTES EM PROCESSO DE DESACOLHIMENTO COMPULSÓRIO

Pedro Egidio Nakasone (Unifesp); Juliana Oliveira Marzola Dos Santos (Unifesp).

RESUMO: A assistência social dentro dos espaços de acolhimento institucional possui um papel fundamental na garantia e promoção de direitos das crianças e adolescentes. Assim, não bastam ser observados esses princípios, pois como profissionais inseridos no âmbito da saúde deve-se pensar na promoção da saúde mental, uma vez que o rompimento de vínculos ou as situações que levaram ao acolhimento trazem inúmeros marcadores. Tais marcadores serão ressignificados no momento do desacolhimento pela maioria, visto o processo de transição para a vida adulta e o novo rompimento de vínculos, desta forma, olhar-se-á às legislações de assistência social nesta fase.

Palavras Chave: Assistência Social; Legislação; Saúde Mental.

ABSTRACT: Social assistance inside institutional care spaces plays a fundamental role in guaranteeing and promoting children and adolescents rights'. Thus, observing these principles is not enough, because as professionals inserted in health scope, should think about mental health promotion, since the bonds breaking or situations that led to the reception brings numerous markers. These markers will be re-signified in the retirement moment at adulthood, the transition process to adulthood and all the new break of bonds, therefore, we will analyze social assistance legislation at this stage.

Keywords: Social Assistance; Legislation; Mental Health.



1. INTRODUÇÃO

O serviço social está imerso em diversas áreas de atuação, englobando inúmeros aspectos da vida cotidiana em sociedade. Partindo deste contexto, o presente trabalho visa compreender a inserção profissional do/a assistente social no âmbito da saúde. Assim, analisar-se-á o contexto da saúde mental dos/as adolescentes que estão em processo de desacolhimento institucional e como as diretrizes da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e as legislações de assistência social trabalham nesta perspectiva, incorporando o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e as demais orientações técnicas do Conselho Nacional da Assistência Social (CNAS) e do Conselho Nacional da Criança e do Adolescente (CONANDA).

O/A assistente social também é um profissional da saúde, de acordo com o Ministério da Saúde, a partir da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 218, de 6 de março de 1997, além da Resolução Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) nº 383, de 29 de março de 1999, que garante essa prerrogativa profissional na área da saúde.

Nesse sentido, trabalhar-se-á também os elementos da atuação profissional com base na interdisciplinaridade e intersetorialidade entre os agentes, tendo em vista as orientações do Código de Ética do/a Assistente Social, lei 8.662/93, da categoria e os seus princípios fundamentais.

Seguindo as diretrizes do processo de acolhimento institucional, de acordo com as Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para crianças e adolescentes (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a fome – MDS), buscar-se-á uma análise bibliográfica sobre como as legislações trabalham com a temática, compreendendo o processo da saúde mental como prioridade aos adolescentes acolhidos e serão desacolhidos pela maioria civil.

Nesta esteira, destaca-se que o acolhimento institucional é uma medida provisória e excepcional, todavia em muitos casos, os/as adolescentes permanecem em acolhimentos até atingir a maioria, sendo que esse momento causa angústia e incertezas, uma vez que haverá outro rompimento de vínculos. Assim, o/a assistente social inserido neste espaço deve se atentar não somente a promoção de garantias de direitos sociais, mas trabalhar na perspectiva da saúde mental com outros agentes, buscando minimizar tal impacto na saúde psíquica do/a adolescente.

Assim, tentaremos sintetizar, diante do exposto, como a saúde mental dos/as adolescentes em processo de desacolhimento institucional é trabalhada na perspectiva técnica de acolhimento.



2. SAÚDE: DIMENSÕES TÉCNICAS

Ao abordar a questão da saúde deve-se entender que ela não é um conceito simples de se definir, pois o senso comum impera sobre a questão aos que não estão inseridos diretamente na área. Assim, de acordo com Batistella, (2007), durante o processo da evolução humana, principalmente pós-revolução industrial, o foco era estudar a doença, ou seja, a saúde fica negligenciada, entendendo que a ausência de doenças implicava em ter saúde automaticamente. Contudo, nem sempre a ausência de sintomas de doenças significa uma condição estável de saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948, define saúde da seguinte forma: “um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (BATISTELLA, 2007). A partir deste contexto há diversas divergências sobre permanecer em um estado “completo”, uma vez que o ser humano passa por transformações, problemas que afetam diretamente a sua mente, corpo e as relações sociais. Nessa perspectiva,

[...] a simples tentativa de definir o estado de bem-estar mental e social poderá supor uma existência sem angústias ou conflitos, sabidamente inerentes à própria história de cada ser humano e de cada sociedade. Assim, o discurso médico pode converter-se em discurso jurídico, e tudo aquilo que é considerado perigoso ou desviante se torna objeto de uma intervenção – medicalização. (CAPONI, 1997 *apud* BATISTELLA, 2007, p. 58)

Apesar de o contexto desejar englobar vários elementos da aquisição da saúde e para permanência da mesma, as interpretações podem ser subjetivas, pois o conceito é amplo do que é um ser completo.

Outra abordagem para a saúde é a sua utilização como valor social (FOCAULT, 1982 *apud* BATISTELLA, 2007, p. 58). Essa perspectiva visa compreendermos que durante a idade moderna a sociedade necessitava de força de trabalho, e investir em saúde para os operários era manter a mão de obra necessária para as indústrias. As nomenclaturas medicina social e medicina urbana destacam bem a utilização da saúde pró capital com interesses delimitados e definidos, tal contexto se enquadra bem no consenso da categoria profissional dos/as assistentes sociais.

Ao retomar o contexto da saúde no Brasil, devemos entender que somente após a promulgação da Constituição de 1988 que o tema começa a ganhar um destaque maior, com a instituição da Reforma Sanitária, garantindo a universalidade e gratuidade.

Em sentido amplo, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (Brasil, 1986: 4 *apud* BATISTELLA, 2007, p. 64)



Contudo, o projeto neoliberal que se instituiu na década de 1990 impõe um impasse para a saúde ao trabalhar na perspectiva da mercantilização da mesma. A saúde ao ser incorporada na perspectiva de produto, acaba provocando uma desigualdade entre aqueles que podem pagar e ter um acesso mais digno aos meios e recursos necessários para seus tratamentos, ou para facilitar sua qualidade de vida.

Nesse sentido, ao dialogar com o serviço social no contexto exposto, tem-se que compreender que a atuação profissional, por mais que tivesse inserida desde o seu surgimento na década de 1930 em áreas da saúde, não contemplava o projeto da reforma sanitária nas décadas de 1980 e no início da década de 1990.

Na saúde, os avanços conquistados pela profissão no exercício profissional são considerados insuficientes, pois o Serviço Social chega à década de 1990 ainda com uma incipiente alteração do trabalho institucional; continua enquanto categoria desarticulada do Movimento da Reforma Sanitária, sem nenhuma explícita e organizada ocupação na máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão (encaminhamento operacionalizado pela Reforma Sanitária) e insuficiente produção sobre “as demandas postas à prática em saúde” (BRAVO, 1996 *apud* CFESS, 2010, p. 25).

Assim, somente a partir da constituição do serviço social como categoria profissional alinhada com os interesses da classe trabalhadora, classe à qual faz parte, e pelo rompimento com o viés conservador, vindo de encontro e se consolidando com os ideais marxistas em 1993 é que se instaura um novo paradigma para a atuação profissional. Assim, a partir de 1993, há uma atuação mais efetiva dos/as assistentes sociais no âmbito da política de saúde.

Com base no exposto, os/as profissionais da assistência social inseridos dentro da área da saúde não podemos desassociar as diretrizes do Sistema Único da Assistência Social (SUAS) e a da saúde, uma vez que as diretrizes do serviço social vão de encontro com as do Sistema Único de Saúde (SUS).

Do ponto de vista das políticas públicas de saúde, entende-se que insistir na separação entre o social e a saúde significa contrariar o princípio da integralidade. Reforça a fragmentação da vida e constrói atalhos contrários às diretrizes do Sistema Único de Saúde. Abordar os acidentes e as mais variadas formas de violência como ‘causas externas’ ao setor saúde é reduzir a capacidade política de todos os atores sociais para agir perante essas complexas questões sociais. (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2007, p. 74)

O serviço social, segundo Kruger (2010, p. 130) deve ter em mente duas premissas básicas dentro da atuação profissional a “herança intelectual e operacional da profissão na área da saúde e a identificação das tendências técnico-políticas”. Nessa perspectiva, o/a profissional deverá se orientar compreendendo os aspectos que a saúde foi tratada e as atuais formas de desmontes da política de saúde que visam atender os anseios do capital. Fazendo uma leitura dos espaços de atuação e a inserção da profissão dentro desses espaços desde o começo, evitando concepções de cunho individual e imediatista.



Desta forma, a saúde e a assistência social caminham juntas para emancipar o indivíduo compreendendo suas necessidades a fim de não revitimizá-lo, “voltadas à garantia de direitos e de condições dignas de vida” (BRASIL, 2005, p. 93).

2.1. A Constituição Federal e a proteção integral

Ao tratar da perspectiva da saúde brasileira devemos apontar que antes da Constituição Federal e, posteriormente da promulgação da Lei Orgânica da Saúde (LOS) (1990), e da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), as ações governamentais voltadas para a saúde eram pontuais, de cunho específico, e tinha uma vertente baseada na filantropia e no controle do acesso à saúde.

E dentro desse quadro que podemos apontar o processo de acolhimento e proteção para as crianças e adolescentes. Antes de 1988, o processo de proteção aos infantes era baseado no Código de Menores de 1979, que também tinha objetivos pontuais, possuía um viés de “ajuste”, colocando-os em uma posição de “situação irregular”. Nesse sentido, o código trazia a perspectiva de que o/ adolescente e seus genitores eram responsáveis por suas atitudes. Destaca-se o artigo 2º do diploma legal: “Para os efeitos deste Código, considera-se em situação irregular o menor: I- privado de condições essenciais à sua subsistência, saúde e instrução obrigatória [...]” (BRASIL, 1979).

A referida legislação pontua somente nesta ocasião o contexto da saúde para as crianças e adolescentes.

Entrando no contexto da Constituição, a qual ganhou a alcunha de cidadã, por ampliar e instituir a seguridade social no país, esta que contemplaria a previdência social, a assistência social e a saúde, o tripé da proteção social. É que se direciona um novo olhar às políticas públicas sociais para as crianças e adolescentes.

Com a instituição da doutrina da proteção integral em seu artigo 227, é que o Estado passa a assumir a responsabilidade no processo de cuidado e proteção de forma direta, colocando a infância e à adolescência como prioridade absoluta, incluindo a saúde como um direito inerente e prioritário.

Tal premissa é consolidada com a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990, que rompe com os paradigmas do Código de Menores e institui um novo marco social na proteção das crianças e adolescentes.

2.2. Legislações sociais para crianças e adolescentes e a saúde mental



Ainda que se tenha avançado dentro das políticas públicas sociais para a proteção dos/as adolescentes, o processo acolhimento altera significativamente o modo de concepção da vida. Por ser uma medida extrema, ela deverá ser fundamentada, visando, acima de tudo, resguardar a integridade física e psíquica. Uma vez que a assistência social “[...] Ocupa-se de prover proteção à vida, reduzir danos, monitorar populações em risco e prevenir a incidência de agravos à vida em face das situações de vulnerabilidade” (BRASIL, 2005, p. 88).

O Estatuto da Criança e do Adolescente apesar de constituir um marco avançado no processo da proteção à infância e juventude ainda está longe de ser um ordenamento jurídico que contemple todas as mudanças societárias, principalmente com o avanço de políticas cada vez mais residuais e focalizadas.

O processo de desligamento institucional pode ser entendido como automático, tendo em vista que é considerado adolescente o indivíduo até os 18 anos, conforme o artigo segundo do Estatuto. Nesse sentido, ele traz em seu artigo 92, VIII, a questão do desligamento gradativo para os/as adolescentes. A perspectiva que se busca é compreender como esse desacolhimento gradativo é trabalhado na perspectiva da saúde mental dos/as adolescentes que serão desacolhidos pela maioria civil.

Apesar de o Estatuto trazer em seu bojo diversos elementos sobre a questão psicológica não deixa claro a forma que a mesma deverá ocorrer durante este processo para a emancipação da vida adulta, direcionado para uma regulamentação específica, que ocorre em 2009, pelo CONANDA: Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para crianças e adolescentes.

As orientações rezam os procedimentos e metodologias que devem ser aplicados durante o processo de acolhimento e desacolhimento, definindo políticas e a forma de articulação entre os demais sistemas sociais envolvidos, educação, saúde, justiça, entre outros. Todavia, ao se analisar a perspectiva do desacolhimento pela maioria há apenas a questão da autonomia e o processo da República de Jovens (BRASIL, 2009, p. 18).

A história nacional e os indicadores do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) de 2012⁵⁶, destacam que a taxa de pretendentes a adoção para os/as adolescentes é mínima, alcançando 0,1% para a faixa etária entre 15 e 17 anos. Em outras palavras, os/as adolescentes não serão adotados, e nesta perspectiva que entra a questão da saúde mental.

O rompimento de vínculos primários com os pais e/ou responsáveis ocorre por decorrência de algum tipo de violência, ou seja, existe um trauma e uma violência que afeta diretamente o psicológico das crianças e adolescentes.

⁵⁶ https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2011/02/pesq_adocao_brasil.pdf. [Acesso em 10 out. 2019].



Nesse sentido, o processo de desligamento pela maioria traz outros vieses à tona, uma vez que, apesar de existir o acompanhamento psicológico para o processo de desacolhimento, as orientações trabalham na perspectiva da adoção e da família acolhedora, ou mesmo ao retorno ao lar de origem.

A perspectiva da legislação não contempla de forma ampla os aspectos psíquicos dos/as jovens que estarão expostos às intempéries da vida adulta, e a forma de prepara-los para esse novo ciclo, que marcará outro momento de rompimento de vínculos afetivos e sociais.

O Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária traz alguns elementos do exposto.

Em virtude dos desafios enfrentados na adolescência, a privação da convivência familiar e comunitária nesse período pode tornar particularmente doloroso o processo de amadurecimento, frente à falta de referenciais seguros para a construção de sua identidade, desenvolvimento da autonomia e elaboração de projetos futuros, acompanhados ainda de rebaixamento da auto-estima [...] observou que a adolescência nos serviços de acolhimento institucional pode ser acompanhada de sentimentos de perda, frente à aproximação da separação, muitas vezes, do único referencial do qual o adolescente dispõe: os vínculos construídos na instituição. [...] assim, a importância da atenção às necessidades específicas desta etapa do ciclo vital e do trabalho pela garantia do direito à convivência familiar e comunitária do adolescente, bem como de se favorecer um processo de desligamento gradativo da instituição. (BRASIL, 2006, p. 31)

Contudo, o plano ainda não menciona diretamente a saúde mental durante este processo. Nessa esteira, o Projeto de Diretrizes das Nações Unidas sobre Emprego e Condições Adequadas de Cuidados Alternativos com Crianças (2007), retrata somente a questão do acesso ao cuidado e instalações, sem focar na questão psíquica dos/as jovens que serão desacolhidas.

Assim, as legislações pertinentes à área, em que pese trazerem elementos substanciais ao processo de acolhimento ainda não traz uma abordagem direta sobre a saúde mental no desacolhimento pela maioria civil, ao contrário da proposta pedagógica que é instituída em todos os ordenamentos para o processo de adoção e/ou inserção em uma família substituta.

3. ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE

A atuação profissional após 1993 visa a emancipação e a busca intransigente dos direitos humanos, conforme preconizado em nossos princípios fundamentais no Código de Ética. Com base nas diretrizes da profissão e nas competências próprias que são atribuídas ao assistente social devemos compreender o contexto sócio-histórico, e as dimensões que as manifestações da questão social impõem aos menos favorecidos, moldando e modificando a



forma que as relações sociais são trabalhadas. A ideologia burguesa, de viés conservador e meritocrático, trabalha na oposição da ideologia de nossa categoria, da emancipação humana.

Segundo o Conselho Federal de Serviço Social devemos ter:

[...] apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade; análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país e as particularidades regionais; compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio-histórico, nos cenários internacional e nacional, desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade; identificação das demandas presentes na sociedade, visando formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado (ABEPSS, 1996 apud CFESS, 2010, p. 35).

A culpabilização da pobreza já está instaurada pela ideologia capitalista vigente. E dentro da saúde ela também é reforçada constantemente, uma vez que o discurso burguês reza o individualismo e o indivíduo como responsável pelo seu próprio bem-estar e suas condições de saúde. Todavia, ao trabalharmos compreendendo o contexto capitalista temos o “[...] reconhecimento das determinações sociais do processo saúde e doença e das necessidades de saúde que o assistente social tem construído novos espaços de atuação interdisciplinares, sobretudo nas áreas de promoção da saúde, educação em saúde e prevenção de doenças [...]” (KRUGER, 2010, p. 132).

E dentro desta perspectiva que a saúde mental dos/as adolescentes que estão em acolhimentos e serão desacolhidos devem ser observadas. Tendo em vista que nesses espaços sócio-ocupacionais temos uma interligação multiprofissional, que busque “ações com os demais sistemas de defesa de direitos humanos, em específico com aqueles de defesa de direitos de crianças, adolescentes” (BRASIL, 2005, p. 88).

Ainda, de acordo com a NOB/SUAS, temos:

articulação intersetorial de competências e ações entre o SUAS e o Sistema Único de Saúde – SUS, por intermédio da rede de serviços complementares para desenvolver ações de acolhida, cuidados e proteções como parte da política de proteção às vítimas de danos, drogadição, violência familiar e sexual, deficiência, fragilidades pessoais e problemas de saúde mental, abandono em qualquer momento do ciclo de vida, associados a vulnerabilidades pessoais, familiares e por ausência temporal ou permanente de autonomia principalmente nas situações de drogadição e, em particular, os drogaditos nas ruas; (BRASIL, 2005, p. 88)

O Código de Ética da profissão e a graduação profissional do/a assistente social traz elementos de como lidaremos com as manifestações da questão social. Entretanto, nem toda categoria profissional possui um embasamento teórico-político que busca uma concepção crítica com base no método histórico dialético.

Ao analisarmos o VII princípio fundamental da categoria temos: “Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas

expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual” (CFESS, 1993). Nesse sentido, o/a agente profissional deverá compreender as dimensões que se encontra, tentando dialogar com as demais categorias profissionais.

O/a profissional da assistência social está inserido em diversos espaços sócio ocupacionais e atua em conjunto com os mais variados setores intersetoriais (saúde, judiciário, educação). Assim, não se atua isolados de outras profissões, além disso, há a consciência de que para bem interagir com as demais profissões, é sempre necessário sabermos definir o nosso campo de atuação e sermos competentes (CARVALHO, 2012).

A interdisciplinaridade está calcada na troca de saberes, buscando conciliar as diferentes profissões com base no respeito e nos conhecimentos diversos de cada área. Tendo em vista essa posição, a questão da saúde mental deve ser articulada com os psicólogos dos espaços institucionais, visando uma construção coletiva para as garantias de direitos que englobem a saúde mental e a assistência social, de forma articulada e priorizando a proteção integral dos/as adolescentes.

Apesar da amplitude da atuação profissional do/a assistente social, seja no campo direto da saúde ao lidarmos diretamente com questões biológicas e psíquicas e as decorrências das mesma; ou no judiciário expressando as arbitrariedades ou violações cometidas contra a população, ter-se-á a concepção que somente por meio das discussões e diálogos construtivos com os demais profissionais é que nos fortaleceremos como categoria profissional, sem deixar de lado o nosso projeto ético-político.

Nesse sentido, diante da questão do desacolhimento e da saúde mental, o/a assistente social deve compreender que “[...] o processo de trabalho é compreendido como um conjunto de atividades prático-reflexivas voltadas para o alcance de finalidades, as quais dependem da existência, da adequação e da criação dos meios e das condições objetivas e subjetivas [...]” (GUERRA, 2000). Desta forma, buscar condições com os demais agentes para trabalhar a questão da saúde mental é de suma importância para o desenvolvimento do nosso trabalho, entrando no campo da interdisciplinaridade, alargando nossa atuação para além de políticas sociais de cunho assistencial.

A atuação profissional dos/as assistentes sociais, segundo Guerra (2000), “[...] modificam, transformam, alteram as condições objetivas e subjetivas e as relações interpessoais e sociais existentes num determinado nível da realidade social: no nível do cotidiano [...]”. Assim, a capacidade técnica científico-profissional no combate das desigualdades engendradas pelo capitalismo é de suma importância nas políticas públicas, para garantir a inserção social dos indivíduos, como resultado de uma atividade produtiva imaterial.

A política da saúde, assim como da assistência social são bases da sociedade, por um estado democrático de direito que visa a superação das desigualdades historicamente existentes.

4. CONCLUSÃO

O presente trabalho tentou, de forma concisa, contextualizar a atuação do/a assistente social dentro do âmbito da saúde, ao reforçar os elementos e diretrizes da atuação profissional neste campo. Buscou-se também trazer elementos das diretrizes do processo de acolhimento e a perspectiva da saúde mental, de acordo com a legislação vigente, dos adolescentes que serão desacolhidos compulsoriamente pela maioria civil.

A atual conjuntura política nacional prega o individualismo e o empreendedorismo visando a autorresponsabilização do indivíduo pelas mazelas sociais produzidas pelo capitalismo. E neste espaço de lutas antagônicas e de anacronismos que estamos inseridos, a luta por um sistema universal, gratuito e de qualidade é a bandeira da profissão, entendendo as contradições inerentes ao sistema vigente.

Ao elucidar o aspecto profissional conseguimos discorrer que a atribuição profissional não ocorre aleatórias as demais categorias profissionais, e somente em conjunto que conseguiremos efetivar o que foi aprovado na reforma sanitária, tendo como perspectiva o SUAS e o SUAS.

A questão da saúde mental dos/as adolescentes desacolhidos compulsoriamente está ao largo das orientações legais, desta forma, uma pesquisa de forma profunda em instituições de acolhimento, com base em seus Projetos Políticos Pedagógicos, dariam uma base concreta para trabalhar esse processo. Todavia, o foco do presente trabalho foi contextualizar a dimensão da saúde mental nas políticas de acolhimento, analisando, ainda que de forma simples como estão expostas as orientações para o processo de desacolhimento.

De acordo com o exposto, o momento de ruptura, ainda que tenha determinadas orientações não trabalham de forma direta para esse processo específico, e a assistência social ainda não se apropriou desta vertente. Ao pesquisarmos a questão do desacolhimento e a saúde mental tem-se uma grande quantidade de pesquisas voltadas à psicologia sobre o assunto, e ficando ao cargo do serviço social somente as políticas sociais. Nesse sentido, o trabalho retoma os aspectos mencionados da necessidade da articulação entre as demais áreas dos saberes, para que o processo de desacolhimento institucional contemple o todo, o/a adolescente por completo, inserindo a assistência e a saúde como um elemento na garantia e promoção de direitos.



REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 9 fev. 2020.
- _____. Lei nº 6.697, de 10 de outubro de 1979. **Institui o Código de Menores (REVOGADO)**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/L6697.htm>. Acesso em: 5 jan. 2020.
- _____. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 2 jan. 2020.
- _____. Lei nº 8.662, de 13 de março 1993. **Dispõe sobre o Código de Ética do/a Assistente Social**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm>. Acesso em: 9 fev. 2020.
- _____. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para Atuação Profissional de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. 2010. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf>. Acesso em: 9 fev. 2020.
- _____. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004**. Norma Operacional Básica – NOB/SUAS. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2020
- _____. **Orientações Técnicas: serviços de acolhimento para crianças adolescentes**. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/orientacoes-tecnicas-servicos-de-acolhimento.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2020.
- _____. **Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária**. Disponível em: <https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Plano_Defesa_CriançasAdolescentes%20.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2020.
- _____. **Projeto de Diretrizes das Nações Unidas sobre Emprego e Condições Adequadas de Cuidados Alternativos com Crianças**. Disponível em: <<http://www.neca.org.br/programas/ivdiretrizes.pdf>>. Acesso em: 1 fev. 2020.
- BATISTELLA, Carlos. **Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde**. Fonseca, A.F; Corbo, AD (orgs). In: O território e o processo saúde doença, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil in MOTA (et all) (Org.) **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.
- CARVALHO, Fabiana Aparecida. O Serviço Social e a interdisciplinaridade. In: **Revista Dialogos: pesquisa em extensão universitária**. Brasília, v.18, n.1, dez, 2012.
- GARBOIS, J. A; SODRÉ, F; DALBELLO-ARAÚJO, M. **Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde**. DOI: 10.1590/0103-1104201711206. Acesso em: 04 de fev. 2020.
- GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade no trabalho do Assistente Social**. São Paulo: Cortez, 2000.
- KRUGER, Tânia Regina. **Revista Serviço Social & Saúde**. UNICAMP Campinas, v. IX, n. 10, dez. 2010



O MOVIMENTO NACIONAL DE MENINOS E MENINAS DE RUA NA CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A INFÂNCIA NO BRASIL

Pollyana Gonçalves Dos Inocentes (Universidade Federal Do Maranhão - Ufma).

RESUMO: Neste artigo, faz-se brevemente uma discussão acerca de Estado e Políticas Públicas, apresentando as perspectivas teóricas de alguns autores, os pontos de aproximação e divergências. Discute-se os movimentos sociais enquanto sujeitos das políticas públicas, especificamente as políticas para a infância e a trajetória histórica do Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua (MNMMR) no processo de implementação de um novo paradigma de proteção. Busca-se, oferecer elementos para refletir os caminhos transcorridos pelo MNMMR, que ganhou visibilidade, destacadamente, visibilidade política, chamando a atenção da sociedade e do governo, promovendo mudanças nas políticas para a infância, suprimindo as bases das PNBEM.

PALAVRAS-CHAVE: Movimentos sociais. Políticas públicas. Garantia de direitos

ABSTRACT

In this article, there is a brief discussion about State and Public Policies, presenting the theoretical perspectives of some authors, the points of approximation and divergences. Social movements are discussed as subjects of public policies, specifically policies for childhood and the historical trajectory of the National Movement of Street Boys and Girls (MNMMR) in the process of implementing a new protection paradigm. The aim is to offer elements to reflect the paths taken by the MNMMR, which has gained visibility, notably, political visibility, drawing the attention of society and the government, promoting changes in policies for children, suppressing the bases of PNBEM.

KEYWORDS: Social movements. Public policy. Guarantee of rights

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a promulgação da Constituição Federal de 1988 representou uma mudança radical do paradigma legal, reconhecendo crianças e adolescentes enquanto sujeitos de direitos, portanto cidadãos e estabelecendo um conjunto de direitos fundamentais para o seu pleno desenvolvimento. A conquista desses direitos expressos no dispositivo constitucional, fruto da mobilização dos movimentos sociais da década de 1980, serviu de base sociojurídica para a reformulação da legislação de crianças e adolescentes, através da aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, inaugurando a Doutrina da Proteção Integral, e conseqüentemente um sistema de promoção e garantia de direito às crianças e adolescentes.

Na conjuntura nacional de 1980, de efervescência dos movimentos sociais e do processo de redemocratização do país, é importante considerar que nesse período, as lutas sociais obtiveram grandes conquistas, das quais a CF 1988 e O ECA fazem parte.

Nesse cenário de luta, destaca-se a importância dos movimentos de defesa da infância, destacadamente o Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua (MNMNR), chamando a atenção da sociedade e do Estado para mudanças no paradigma da situação irregular, ganhando visibilidade e tendo um papel importante nas articulações políticas durante e depois da Assembleia Constituinte, influenciado decisivamente, na aprovação do novo ordenamento legal.

O presente trabalho busca abordar a importância dos movimentos sociais na construção de políticas públicas para a infância. Tomando por referência a CF 1988 e o ECA, produtos de um determinado tempo histórico e que refletem as lutas sociais pelo reconhecimento de direitos fundamentais às crianças e adolescentes. Nessa perspectiva, o MNMNR demonstra a força dos movimentos sociais em chamar a atenção da sociedade sobre a necessidade de uma nova visão no atendimento à infância, tendo por referência a agenda de questões e propostas elaboradas e encaminhadas ao reconhecimento do poder público, que contemplasse políticas públicas de garantia do pleno desenvolvimento de crianças e adolescentes.

O presente trabalho é fruto das discussões realizadas na disciplina de Formulação e Avaliação de Políticas Públicas do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de abordagem qualitativa, fundamentada no método materialista histórico e dialético.

2 ESTADO E POLÍTICAS PÚBLICAS: conceituação teórica

Para iniciar a discussão acerca dos movimentos sociais enquanto sujeitos sociais dos movimentos constitutivos do processo das políticas públicas apresentaremos uma breve discussão sobre Estado e Políticas Públicas e seus significados na perspectiva de alguns autores, com vistas a problematizá-los, identificando pontos de aproximação e divergências entre eles.

Assim, não se busca apresentar uma única teoria que, supostamente, daria conta de explicar o Estado e as Políticas Públicas. Sendo assim, busca-se nesse movimento exercitar por meio das correntes teóricas apresentadas, elementos que possam contribuir para se pensar a gradual formulação de políticas públicas, com ênfase às voltadas para crianças e adolescentes no Brasil.

O Estado moderno surge do esfacelamento das sociedades feudais e da lei divina como fundamento das hierarquias políticas, na fase inicial do capitalismo, a chamada acumulação primitiva do capital e expressa os interesses da sociedade burguesa em constituir uma nova forma de organização política, desencadeando uma discussão sobre o papel do Estado (BEHRING; BOSCHETTI, 2007).

Enterrado o *Antigo Regime*, abre-se o século XIX com o Estado criado pela burguesia triunfante, o *Estado burguês*. Colocando a seu serviços aqueles “órgãos onipotentes” de que falava Marx (o exército, a polícia, a burocracia), a nova classe dominante articulou a superestrutura necessária para o desenvolvimento das nova forças produtivas de que o seu ascenso era o inequívoco indicador: criam-se as melhores condições para a concretização histórica do modo de produção que tem como uma de suas classes fundamentais a burguesia - trata-se do *modo de produção capitalista*, gestado no ventre do feudalismo e no interior do qual a produção generalizada de *mercadorias* ocupa o centro da vida econômica (NETTO; BRAZ, 2012, p. 87-88, grifo do autor).

Os contratualistas⁵⁷ se debruçaram em buscar uma abordagem racional do exercício do poder político por meio do Estado, portanto o Estado moderno seria um mediador civilizador, perspectiva resgatada pelas formulações de Keynes⁵⁸, com a tese do Estado interventor, para o pensamento liberal, uma espécie de “mal necessário”, resumido a fornecer a base legal para qual o mercado tende a melhorar “os benefícios aos homens” (BEHRING; BOSCHETTI, 2007).

No contexto de consolidação do capitalismo, o Estado se desenvolve vinculado à classe burguesa como estratégia de comando político adequado a responder aos interesses do capital, privilegiando a propriedade privada dos meios de produção. Assim, “a formação do

⁵⁷ Os contratualistas partem da “[...] ideia de conceber a sociedade civil, com as suas diferentes distribuições de direitos e obrigações, como se tivesse sido estabelecido por um contrato social” (BLACKBURN, p. 1997, p.77).

⁵⁸ John Maynard Keynes - Filósofo e economista inglês. Embora seja conhecido, sobretudo como economista (BLACKBURN, p. 1997, p.77).



Estado moderno é uma exigência absoluta para assegurar e proteger permanentemente a produtividade do sistema” (Mészáros, 2011, p. 106).

A análise gramsciana a respeito do Estado assume uma visão ampliada, o que significa a ampliação do campo de atuação e do significado simbólico do Estado. Portanto, o Estado seria a soma da sociedade civil e da sociedade política no nível da superestrutura, não se resumindo aos órgãos de poder das esferas governamentais (GOHN, 1997).

Com base nesta linha de análise, utilizar a visão gramsciana do Estado ampliado, significa, portanto superar a noção de que “o executivo no Estado moderno não é senão um comitê para gerir os negócios comuns de toda classe burguesa” (MARX; ENGELS, 2010, p. 42), e reconhecer que os conflitos e as lutas sociais perpassam os aparelhos de Estado.

Desta forma, reconhece-se a importância das lutas sociais, considerando que é a partir das organizações sociais que o Estado assume tarefas e funções essenciais dentro do Modo de Produção Capitalista (MPC) ao ser pressionado a responder às demandas da população, porém tais demandas só serão atendidas em sua amplitude no momento em que este deixe de ser “produto e a manifestação do antagonismo inconciliável de classes” (LENIN, 2007, p. 27), nessa perspectiva, a superação dos antagonismos de classes ou seja, em que o Estado deixe de ser Estado capitalista.

Na sociedade capitalista, o Estado ampliado ou “Estado Contraditório”⁵⁹ atende aos interesses da classe dominante e da classe dominada, como parte do processo de lutas, por meio de recorrentes contestações organizadas das classes subordinada. Neste contexto, o proletariado organizado politicamente reivindica melhoria nas condições de vida e de trabalho e pressiona o Estado e a classe dominante por respostas às suas reivindicações.⁶⁰

O Estado capitalista na concepção poulantziana é caracterizado por relações de poder na esfera política do Estado, em que se disputam, contudo com a hegemonia de uma classe, espaços de poder institucional, político e ideológico, incorporando uma estratégia de transição para o socialismo, imputando novas determinações aos pressupostos gramscianos da “guerra de posição” (DURIGUETTO, 2007).

Destaca-se que a organização e a mobilização da classe trabalhadora no final do século XIX e início do século XX foram determinantes para mudanças no paradigma do Estado liberal pautadas em princípios pela “emancipação humana”, “socialização da riqueza” e na

⁵⁹ Categoria adotada por Poulantzas para rechaçar a ideia de que o Estado seria um instrumento a serviço de uma única classe. Expõe as contradições que perpassam as relações de força. A análise do Estado capitalista em sua fase monopolista, feita por Poulantzas permitiu ao autor atualizar a forma de analisar o Estado o que, em parte, revela a influência gramsciana. “No que diz respeito ao Estado capitalista, a separação relativa das relações criadas pelas relações de produção constitui o fundamento organizacional de sua ossatura orgânica e revela sua ligação com as classes sociais e a luta de classes sob o capitalismo” (POULANTZAS, 2000, p. 24)

⁶⁰ Ninguém induz ninguém sozinho, há um sistema de correlação de forças no qual cada pressão há uma resposta ou a uma antecipação às pressões. É uma luta. Se algum grau de democratização é obtida no processo é graças às lutas e não à clarividência ou à predisposição de algum ator ou setor governamental (GOHN, 1997, p188).

instituição de “nova sociabilidade não capitalista”, alcançando conquistas importantes no que refere à generalização dos direitos políticos, tais como o direito ao voto, a organização em sindicatos e partidos, a livre expressão e manifestação” (BEHRING, BOSCHETTI, 2007).

A classe trabalhadora não conseguiu instituir uma nova ordem societária, pautada em princípios emancipatórios, mas contribuiu expressivamente para o reconhecimento dos direitos civis e políticos e conseqüentemente para a instituição dos direitos sociais, sob os efeitos do desenvolvimento e da expansão do capitalismo industrial, ao questionar e tencionar por mudanças no papel do Estado capitalista.

A instituição de políticas sociais foi gradual e diferenciado entre os países, dependendo do grau de organização e pressão da classe trabalhadora, nível de desenvolvimento das forças produtivas e da correlação de forças no aparelho estatal. A passagem do XIX para século XX, marca a transição do capitalismo concorrencial para o monopolista e neste período o “Estado capitalista passa a assumir e a realizar ações sociais de forma mais ampla, planejada, sistematizada e com caráter de obrigatoriedade” (BEHRING, BOSCHETTI, 2007, p. 64).

Nesse período a valorização do capital é enfrentada por um novo padrão de acumulação e um novo regime de regulação social⁶¹, configurando a nova dinâmica econômica e sócio-político nos países de capitalismo avançado, com a instituição dos modelos de *welfare state*. Nesse contexto, o Estado redimensiona suas funções na combinando alto grau de intervenção na economia, com vistas à garantia dos lucros dos monopólios e incorporação das demandas sociais dos trabalhadores, via políticas sociais (DURIGUETTO, 2007).

Em se tratando de política social no Brasil, país de capitalismo dependente, as políticas sociais se constituíram com as marcas dessa característica histórica, subordinado e dependente do mercado mundial. As políticas sociais no Brasil estão relacionadas diretamente às condições vivenciadas nos níveis econômicos, político e social, sendo quase sempre vítimas da ação ou omissão do Estado, que privilegiam os interesses dos grupos econômicos e financeiros em detrimento dos interesses de grande parcela da população. O pensamento que mais prevaleceu no Brasil em se tratando de justiça social resume-se na seguinte sentença: “a questão social é uma questão de polícia”.

As políticas sociais, em alguns momentos, são vistas como mecanismos de manutenção da força de trabalho, em outros como conquistas dos trabalhadores, ou mesmo

⁶¹ A nova dinâmica demanda do Estado novas funções, que passa a instituir políticas de regulação econômica e social e a intervir diretamente na relação capital e trabalho, por meio da política salarial, fiscal, de crédito e via políticas públicas, visando aumentar o número de emprego, renda e consumo (DURIGUETTO, 2007).



como doação das elites dominantes e, ainda como instrumento de garantia do aumento da riqueza ou dos direitos do cidadão (Faleiros, 1991).

Segundo NETTO (1992), as políticas sociais são produtos da capacidade de organização da classe trabalhadora, na qual o aparelho estatal, por vezes, antecipa-se a responder as suas demandas, estrategicamente, incorporando direitos sociais e políticos de cidadania⁶², contudo sem oferecer riscos à manutenção e valorização do capital.

As políticas sociais surgem no sistema capitalista a partir da mobilização da classe operária no decorrer das primeiras Revoluções Industriais. Portanto, as políticas sociais enquanto estratégia do aparelho estatal de intervenção nas relações sociais, só pôde existir graças ao surgimento dos movimentos populares iniciados no final do século XIX.

“Não tem havido, pois, política social desligada dos reclamos populares. Em geral, o Estado acaba assumindo alguns destes reclamos, ao longo de sua existência histórica” (VIEIRA, 2004, p. 144).

As políticas sociais em sua dimensão pública não resultam diretamente das ações do Estado, embora seja o principal responsável em ofertar políticas sócias, mas se configuram como produto histórico de uma luta entre projetos societários distintos, assumindo uma perspectiva de reconhecimento dos direitos das classes subalternizadas.

De acordo com Pereira (2008), a política social se afigura uma política pública ao contemplar todas as forças e agente sociais, comprometendo o Estado, o que significa, portanto que a política social, dentre outros, é um tipo de política pública. As designações de políticas públicas e políticas sociais são *polícies* (políticas de ação⁶³), sendo a política social pertencente ao gênero da política pública. Fazem parte do conjunto das políticas públicas (inclusive a econômica) todas as políticas que demandam intervenção do Estado, no controle, planejamento e execução de procedimentos voltados a atender às necessidades da sociedade.

A política pública é entendida como uma forma de regulação ou intervenção na sociedade. Nesse sentido, a dinâmica da formação de políticas públicas articula diferentes sujeitos, com interesses e expectativas diversos. Trata-se, portanto de um conjunto de “ações” ou “omissões” do Estado que decorre de “decisões” e “não decisões”, constituída por interesses diversos, limitada e condicionada a processos econômicos, políticos e sociais (SILVA, 2001).

[...] uma política pública se estrutura, se organiza e se concretiza a partir de interesses sociais organizados em torno de recursos que também são produzidos socialmente. Seu desenvolvimento se expressa por momentos articulados e, muitas vezes, concomitante interdependentes, que comportam sequencias de ações em forma de resposta, mais ou menos

⁶² Direito básico do homem, o que significa o direito a ter direitos (ARENDDT, 1983)

⁶³ Integrantes do ramo do conhecimento denominado de *policy Science* (ALMEIDA, ALENCAR, 2012, p. 20).

institucionalizadas, a situações consideradas problemáticas, materializadas mediante programas, projetos e serviços (SILVA, 2001, p 37-38).

De acordo com SILVA (2001) a política pública pode ainda, ser entendida como um instrumento de mudança social, com vistas a promover o bem-estar social, principalmente dos extratos sociais mais invisibilizados devendo, portanto, ser um mecanismo que promova a cidadania e a ampliação da democracia, contrapondo-se à percepção de mero recurso de legitimação política do Estado subordinado à lógica do capital.

3 AS POLÍTICAS PÚBLICAS E OS MOVIMENTOS SOCIAIS ENQUANTO SUJEITOS DA POLÍTICA PÚBLICA

A partir da discussão realizada, o pressuposto fundamental da reflexão acerca do movimento do processo das políticas públicas neste artigo, é que estas, devem ser analisadas numa perspectiva de totalidade, orientadas por intencionalidades, com dimensão política e permeadas de contradições, em que estão inseridos diferentes sujeitos e instituições nesta dinâmica.

O processo de construção das políticas públicas envolve os seguintes movimentos: como as políticas são formuladas, implementadas e avaliadas. Durante esse processo, uma série de atividades são realizadas dentro do sistema político. Nesse sentido, tais atividades são configuradas como movimentos não lineares, porém articulados e interdependentes e, por vezes, podem ocorrer ao mesmo tempo. Nesse movimento, há a participação de “diferentes instituições e diferentes sujeitos, políticos, grupos de interesses, partidos políticos, legisladores, burocratas, mídia, etc.” (SILVA, 2013, p. 22).

Para Silva (2013) para uma melhor compreensão acerca do *fazer das políticas públicas* é necessário considerar as especificidades de cada movimento constitutivo do processo das políticas públicas, tendo cada um dos movimentos enquanto uma totalidade específica, articulados dialeticamente entre si. Os movimentos do processo das políticas públicas são representados pela: constituição do problema e da agenda governamental⁶⁴; formulação de alternativas de política⁶⁵; adoção da política⁶⁶ e implementação ou execução de programas sociais⁶⁷.

Nessa linha de entendimento, o processo constitutivo das políticas públicas, envolve diferentes sujeitos, orientados por interesses e racionalidades diferentes, que permeiam a luta pela inclusão de determinado problema na agenda pública e, conseguinte, a sua

⁶⁴ Materializada por uma lista de problemas que chamam a atenção da sociedade e do governo (SILVA, 2013).

⁶⁵ Materializado pelo momento de pré-decisão que abrange e constitui o diagnóstico da situação problema (SILVA, 2013)

⁶⁶ Materializada a partir da escolha de alternativas de enfrentamento da situação problema (SILVA, 2013).

⁶⁷ Esta fase envolve todas as atividades que permitirão que a política se materialize (SILVA, 2013).



regulamentação como uma política pública. Cabe ao Estado, através do sistema político mediar os interesses envolvidos no processo de constituição de uma política pública.

No movimento constitutivo do processo das políticas públicas, tomam parte diferentes sujeitos, como já citado nesse trabalho, dentre os quais, destacam-se: os grupos de pressão, movimentos sociais e outras organizações da sociedade civil; partidos políticos, ou políticos; administradores e burocratas; técnicos, planejadores e avaliadores; o Poder Judiciário e, ainda a mídia, responsável por dar visibilidade aos problemas sociais e criar espaços que permitem o acompanhamento do processo das políticas públicas, em suas fases de formulação e implementação de programas (SILVA, 2013).

Portanto, a mobilização de grupos de representantes da sociedade civil e do Estado discutem e fundamentam seus argumentos, com vistas a regulamentar direitos sociais e formular políticas públicas que imprimam os interesses e as necessidades de todos os envolvidos.

Destaca-se, a relevância e a racionalidade⁶⁸ dos Movimentos Sociais, como sujeitos do processo das políticas públicas, responsáveis por transformar os *issues*⁶⁹ - os problemas que afetam indivíduos ou segmentos da sociedade, em questões sociais que merecem a atenção do poder público, e conseqüente irão integrar ou não a agenda pública.

De acordo com Gohn (2007), os Movimentos Sociais refere-se a ações sociopolíticas construídas por grupos sociais coletivos que pertencem a diferentes classes e camadas da sociedade, articulados em determinadas conjunturas socioeconômicas e políticas de um país, gerando uma série de inovações na esfera pública, tendo participação direta e indireta na luta política de uma nação, contribuindo para o desenvolvimento e a transformação da sociedade civil e política.

Na relação entre o Estado e a sociedade civil, em que ambos têm racionalidades e interesses diferentes, apesar da interdependência e autonomia, considera-se que a formulação de políticas públicas sintetiza as lutas sócio-históricas, incorporando as conquistas das classes subalternizadas e, nesse movimento contraditório, confluindo para o projeto político hegemônico da lógica da acumulação capitalista (GOHN, 2007).

Sob o prisma marxista os movimentos sociais refere-se a processos de lutas da classe trabalhadora inclinadas a transformação do *status quo*, na esfera econômica e nas condições de opressão sociopolítica e cultural.

Ademais, os movimentos sociais enquanto sujeitos são entendidos, a partir de sua historicidade, considerando suas características, desafios e contradições no movimento de

⁶⁸ Os valores que orientam a racionalidade dos Movimentos Sociais são os da representatividade.

⁶⁹ Os *issues* (problema), no que se refere ao processo de formulação e implementação de uma política pública é imprescindível definir os *issues* da política com vistas a identificar as preferências de cada sujeito social



construção das políticas públicas, nos quais se refletem conflitos de interesses, arranjos nas esferas do poder que perpassam toda a estrutura do Estado e da sociedade civil.

Os movimentos sociais, que, emergiram na conjuntura brasileira nos final dos anos 1970, lutando pelo fim da ditadura militar e pela redemocratização do país, foram sujeitos sociais importantes no processo de discussão e definição de novas formas de organização e gestão das políticas públicas, especificamente as políticas sociais.

Nesta perspectiva, destaca-se que os questionamentos dos movimentos sociais, em relação às políticas sociais, gestadas em um contexto autoritário de um modelo de crescimento econômico concentrador de renda e com caráter excludente e focalizado e, quanto à participação da sociedade civil nas decisões políticas influenciaram a Assembleia Constituinte, culminando nos dois princípios que norteiam o processo de descentralização: a democratização dos e a participação da sociedade civil na formulação e na implementação das políticas públicas.

4 O PARADIGMA DA PROTEÇÃO INTEGRAL: UM NOVO MODELO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A INFÂNCIA

No processo de construção das políticas públicas, destaca-se a participação de diversos movimentos sociais que lutaram, e lutam pelo reconhecimento de direitos civis, políticos e sociais. Muitas das políticas públicas implementadas pelo Estado, decorrem dessas lutas. Destaca-se no campo da infância, o Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua⁷⁰ (MNMMR), com papel importante na articulação durante e após a Assembleia Nacional Constituinte.

Durante o processo de redemocratização do país, ocorreu uma intensa institucionalização dos movimentos sociais que passaram a ocupar os espaços públicos e partilhar responsabilidade com o poder público, dentre os espaços, destaca-se os conselhos, ainda que não se tenha obtidos todo os resultados esperados (CARDOSO, 2004).

De acordo com Jesus (2006, p. 64): “A partir do Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua deu-se a reunião de esforços de setores especializados do Poder Público Federal e organismos da sociedade civil”, que estimulados pelos organismos internacionais e insatisfeitos com a política de atendimento direcionada ao “menor” em instituições como a FUNABEM⁷¹ e FEBEM⁷², faziam duras críticas à institucionalização das crianças e

⁷⁰ Referência aos “menores”, ditos em “situação irregular” que viviam nos grandes centros urbanos com vínculos familiares fragilizados ou rompidos, passando a maior parte do tempo nas ruas em busca de sobrevivência, e por vezes, envolvendo-se em atitudes antissociais.

⁷¹ FUNABEM – Fundação Nacional do Bem- Estar do Menor.

⁷² FEBEM – Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor.

adolescentes e questionavam os mecanismos de controle social repressivo do Juizado de Menores.

Destaca-se que as primeiras legislações e instituições específicas destinadas às crianças e adolescentes, surgiram em diversos países da Europa e da América Latina, dentre os quais, o Brasil, baseadas na Doutrina da Situação Irregular e tinha como eixo central a ideia do controle social dos “menores” infratores e daqueles considerados abandonados moral e materialmente por seus familiares, sustentada no binômio carência/delinquência (SARAIVA 2016).

No Brasil, dos anos 1927 a 1979, a legislação brasileira destinada ao “menor” de 18 anos foi norteadada pelo paradigma da doutrina da situação irregular. Destacam-se dois Códigos de Menores - o Código de Mello Matos de 1927 e o Código de 1979, este último, responsável juntamente com a PNBEM⁷³, pela política de atendimento à infância e à adolescência.

O processo de reconhecimento de direitos às crianças e adolescentes foi marcado por um contexto de tensões, divergências e conflitos, desde o período da Assembleia Constituinte, em 1986, onde surgiram duas articulações políticas divergentes (SILVA, 2011).

A Comissão Criança Constituinte, primeira proposta de emenda, criada pelo então Presidente José Sarney, reunia diversos ministérios, e representava os interesses do governo. As discussões em torno dessa emenda foram marcadas por tensões e divergências, culminando em protestos no ato da entrega da emenda.

A Comissão Criança Prioridade Nacional, a segunda emenda, de base popular, representava os interesses da sociedade civil, organizada pelo MNMMR e pela Pastoral do Menor, contrapondo-se ao anteprojeto da Constituição, expressava as propostas dos movimentos em defesa das crianças e dos adolescentes chamando a atenção da sociedade e do governo a olharem ao problemas relacionados à infância.

Nesse movimento, em março de 1988 foi criado o Fórum DCA (Fórum Nacional permanente de Entidades Não Governamentais de Defesa dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes), tendo como finalidade desenvolver ações de enfrentamento à violência às crianças e adolescentes e “organizar a participação das entidades não governamentais nos *lobbies* da Assembleia Constituinte” (SILVA, 2011, p. 112).

Destaca-se a importância desse Fórum, que durante alguns anos funcionou como uma articulação política, desempenhando um papel importante, sobretudo na fusão das duas emendas (Criança Constituinte e Criança Prioridade Nacional), influenciado diretamente a conquistas dos direitos das crianças e dos adolescentes, tendo como síntese os artigos 227⁷⁴

⁷³ PNBEM - Política do Bem-Estar do Menor.

⁷⁴ Evidência o conjunto de direitos e a rede de responsáveis em assegurar tais direitos.

e 228⁷⁵ da Constituição Federal de 1988, inaugurando a Doutrina da Proteção Integral no Brasil ⁷⁶.

Com base nesses dispositivos constitucionais foi instituído o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). A elaboração e aprovação do ECA foi marcada por um contexto de embate e divergências políticas, apesar de as alianças dos diferentes sujeitos políticos terem acontecido de maneira tranquila, uniforme e consensual, aparentemente sem grandes conflitos de interesses e racionalidades, (SILVA, 2011).

Destaca-se no campo da gestão, que o ECA diferenciou-se do Código de Menores, com base no princípio da democratização da coisa pública ao inserir a participação da sociedade nas questões relacionadas às crianças e adolescentes. A participação popular foi institucionalizada por meio da criação dos Conselhos de Direitos das Crianças e dos Adolescentes (CDCA) e dos Conselhos Tutelares (CT), com participação da sociedade, como controladores de serviços públicos.

Os Conselhos de direitos tem composição paritária, entre governo e sociedade em todas as esferas administrativas– municipal, estadual e nacional e com funções deliberativas das políticas e controle dos fundos públicos⁷⁷. Destaca-se a importância da participação da sociedade civil e dos representantes do poder público nos Conselhos e nas Conferências realizadas periodicamente, dada a importância da formulação de uma agenda governamental na formulação de políticas públicas que garantam as diretrizes previstas no ECA.

Cabe aos Conselhos de direitos participar ativa e criticamente na formulação de políticas públicas; acompanhar, fiscalizar e controlar sua execução; denunciar as omissões e as transgressões decorrentes da não operacionalização do ECA (SILVA, 2011, p.118).

O ECA, não pode ser considerado produto, unicamente dos movimentos sociais em defesa da infância, uniforme e convergente, mas resulta de diferentes interesses políticos, jurídicos e sociais. Assim, portanto o Estatuto contempla conteúdos e interesses divergentes.

Somente depois de anos de vigência é que fica evidente sua finalidade, seus objetivos e as concepções de Estado, de sociedade, de família e de criança e adolescente que o fundamentaram (SILVA, 2001, p. 115-116).

Nessa perspectiva, os movimentos sociais em defesa da infância, representando pelo MNMMR, teve um papel fundamental no reconhecimento de direitos a crianças e adolescentes. O paradigma da situação irregular foi substituído pelo paradigma da proteção integral, consubstanciada na CF 1988 e no ECA, que prevê reconhecimento de direitos e participação popular, no entanto a cultura punitivista e repressiva permanecem nas

⁷⁵ Torna penalmente inimputáveis os menores de 18 anos.

⁷⁶ Contrapondo-se ao paradigma da situação irregular, inaugurou um sistema de garantia de direitos, conferindo a crianças e adolescentes o *status* de sujeitos de direitos.

⁷⁷ Destinados a gerenciar recursos.

instituições de acolhimento de adolescentes autores de atos infracionais e em grande parte da sociedade.

5 CONCLUSÃO

O capitalismo se desenvolveu e modernizou vinculado ao Estado. O Estado moderno se configurou, portanto como a estrutura de comando político responsável por garantir a produção e reprodução do sistema sociometabólico do capital, privilegiando a propriedade privada dos meios de produção, tendo a função de assegurar e proteger permanentemente a produtividade do sistema.

A sociedade burguesa criou uma nova concepção de Estado, desencadeando uma discussão acerca do papel do Estado. Sob o prisma do Marxismo, o Estado funciona como um mero comitê a gerir os interesses da classe burguesa. Em oposição a essa formulação, a análise gramsciana de Estado, prevê uma visão ampliada, portanto o aparelho estatal é terreno de correlações de forças por legitimidade política, no qual a sociedade civil participa.

Nessa direção, o Estado para legitimar-se politicamente, incorpora direitos políticos e sociais demandados através do processo de organização e reivindicação das classes subalternas. No que tange às políticas sociais e políticas públicas, não se pode tomá-las como produtos exclusivos do Estado burguês. As políticas sociais e as políticas públicas decorrem fundamentalmente da capacidade de organização e mobilização das classes subalternas, por vezes de antecipação do Estado.

Diante disso, as políticas públicas se configuram como uma forma de regulação ou intervenção no Estado, ou ainda, um conjunto de ações ou omissões do Estado. No processo das políticas públicas articula diferentes sujeitos com interesses e racionalidades diferentes, limitadas e condicionadas a processos econômicos, políticos, sociais e culturais de uma dada sociedade.

Comungamos com a definição de política pública enquanto mecanismo de transformação social, principalmente dos mais despossuídos, orientada a promover o bem estar e a cidadania, existindo contradições existentes, opondo-se a definição de mero recurso de legitimação político-estatal subordinada tão somente a lógica do sistema capitalista.

A política pública é permeada de diversidade e contradições, sendo uma resposta do Estado às pressões sociais, campo onde se situam diferentes sujeitos com interesses e racionalidades diferentes, portanto atende também a interesses contraditórios, ora atende às demandas do capital, ora às classes subalternizadas.

Diante, disso reconhece-se a importância da participação dos Movimentos Sociais em defesa da infância, especificamente o Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua



(MNMMR) na luta pela defesa da infância e mudança no paradigma da situação irregular, sobretudo no processo de mobilização e articulação política para mudanças na legislação destinada às crianças e adolescentes que teve como síntese a conquista de garantia de direitos fundamentais para crianças e adolescentes, expressas no artigo 227 e 228 da CF 1988 e, posteriormente a aprovação do ECA, que inaugurou a Doutrina da Proteção Integral no Brasil.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) foi a primeira legislação brasileira a instituir um Sistema de Garantias de Direitos, rompendo no plano legal, com o sistema antigarantista presente nos antigos Códigos de Menores, atribuindo cidadania às crianças e adolescentes e suprimindo as bases da PNBm, tornando-os prioridade absoluta.

O ECA não decorre somente das lutas sociais, é produto de diferentes forças políticas, diferentes interesses políticos, jurídicos e sociais, com interesses e racionalidades diferentes. Assim, portanto o ECA agregou conteúdos e interesses contraditórios, devido o processo de discussão, elaboração e aprovação ter sido feito por forças políticas contrárias.



REFERÊNCIAS

- BEHRING, E. R; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história.** São Paulo, Cortez, 2007.
- BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** Lei federal 8.069, de 13 de julho de 1990. Brasília: Secretaria de Estado dos Direitos Humanos, 2002.
- _____. **Constituição Federal.** Brasília: Esplanada dos Ministérios, 2002.
- _____. **Código de Menores.** Lei federal n.º 6.697/79. Concepções, anotações, histórico, informação. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de edições técnicas, 1984.
- _____. **Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente.** Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo. Brasília- DF: Conanda, 2006.
- DAGNINO, Evelina (org.). Os Anos 90: política e sociedade no Brasil. IN: CARDOSO, Ruth Corrêa Leite. **A trajetória dos Movimentos Sociais.** São Paulo: Brasiliense, 2004.
- DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Sociedade Civil e Democracia: um debate necessário.** São Paulo: Cortez, 2007
- ENGELS. F; MARX. K. **Manifesto Comunista.** São Paulo: Boitempo, 2010.
- GOHN, Maria da Glória. **Teoria dos Movimentos Sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos.** São Paulo: Edições Loyola, 2007
- FALEIROS, V. P. **O que é Política Social.** São Paulo: Brasiliense, 2006.
- JESUS, Maurício Neves. **Adolescente em Conflito com a Lei: prevenção e proteção integral.** Campinas: Sevanda, 2006.
- MESZÁROS. I. **Para além do capital: rumo a uma teoria de transição.** São Paulo: Boitempo, 2011.
- MONTAÑO, C. **Pobreza, “questão social” e seu enfrentamento.** In: Rev. **Serviço Social e Sociedade** n° 110, 2012.
- NETTO, José Paulo. **Economia política: uma introdução crítica / Jose. Paulo Netto e Marcelo Braz** — São Paulo: Cortez, 2006. –
- POULANTZAS, N. **O Estado, o poder, o socialismo.** São Paulo: Paz e Terra, 2000.
- SILVA, Maria Liduina de Oliveira. **Entre Proteção e Punição: o controle sociopenal dos adolescentes.** São Paulo: Editora Unifesp, 2011.
- SILVA, Maria Ozanira da. **Avaliação de Políticas e Programas Sociais: teoria & prática.** São Paulo: Veras Editora, 2001.
- SILVA, Maria Ozanira da. **Pesquisa Avaliativa: aspectos teóricos-metodológicos** São Paulo: Veras Editora ; São Luís, MA: Grupo de Avaliação e Estudo da Pobreza e de Políticas Direcionadas à Pobreza (GAEPP), 2013.
- PEREIRA, Potyara a. P. **Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais.** São Paulo: Cortez, 2006.
- SARAIVA. João Batista. **Adolescentes em confronto com a lei: o ECA como instrumento de responsabilização ou eficácia das medidas socioeducativas.** Uberaba/MG: boletim jurídico, 2016.
- V. I. L. **O Estado e a Revolução: o que ensina o marxismo sobre o Estado e o papel do proletariado na revolução.** São Paulo: Editora Expressão Popular, 2010.

EIXO: ÉTICA, DIREITOS HUMANOS E SERVIÇO SOCIAL, ÊNFASE PARA A SAÚDE



ESTUDO SOCIAL: REFLEXÕES SOBRE O SABER-PODER DOS DOCUMENTOS PRODUZIDOS SOBRE AS FAMÍLIAS

Gracielle Feitosa De Loiola Cardoso (Puc São Paulo - Pontifícia Universidade Católica De São Paulo).

RESUMO: O presente trabalho constitui-se como uma pesquisa em exercício profissional cujo objetivo é refletir sobre as fontes orais e documentais como elementos para o desvendamento da realidade de famílias com filhos em situação de acolhimento institucional. Tem como base o cotidiano profissional da autora, que atua como assistente social no Poder Judiciário Paulista. Acredita-se que o documento escrito materializa o ato profissional, assim, ao realizar entrevistas e sistematizá-las em relatórios, laudos e pareceres sociais, registra-se um saber a respeito das pessoas que pode contribuir, ou não, para compreensão de sua realidade vivida, para a ampliação ou restrição de direitos.

Palavras-chave: Estudo Social. Família. Serviço Social. Sociojurídico.

ABSTRACT: The present work constitutes a research in professional practice whose objective is to reflect on the oral and documentary sources as elements for the unveiling of the reality of families with children in a situation of institutional reception. It is based on the professional daily life of the author, who works as a social worker in the Paulista Judiciary Branch. It is believed that the written document materializes the professional act, thus, when conducting interviews and systematizing them in reports, reports and social reports, there is a knowledge about the people that can contribute, or not, to an understanding of their reality lived, for the extension or restriction

Keywords: Social Studies. Family. Social service. Socio-legal.

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho constitui-se como uma pesquisa ESTUDO SOCIAL: REFLEXÕES SOBRE O SABER-PODER DOS DOCUMENTOS PRODUZIDOS SOBRE AS FAMÍLIAS a em exercício profissional cujo objetivo é refletir sobre as fontes orais e documentais como elementos para o desvendamento da realidade de famílias com filhos em situação de acolhimento institucional. Tem como base o cotidiano profissional da autora, que atua como assistente social no Poder Judiciário Paulista. Acredita-se que o documento escrito materializa o ato profissional, assim, ao realizar entrevistas e sistematizá-las em relatórios, laudos e pareceres sociais, registra-se um saber a respeito das pessoas que pode contribuir, ou não, para compreensão de sua realidade vivida, para a ampliação ou restrição de direitos. Mas do que falar pelo outro é importante se colocar no lugar de escutar plenamente o outro. A escrita também é um instrumento político, assim não pode ser meramente descritiva, verificatória e responsabilizatória. Nos documentos produzidos não pode desaparecer os sujeitos e a história por trás da história.

É preciso registrar nos documentos produzidos sobre as famílias a realidade social, preservando, como nos diz Martinelli (2015), “a centralidade dos sujeitos e a ética na circulação da informação”. Ou seja, com sustentações argumentativas que façam a diferença qualitativa no caminho processual dessas famílias, e não apenas no sentido de produzir e (re) produzir famílias “incapazes”. Portanto, um dos desafios postos está em como avançar para além da constatação de realidades de desproteção das famílias, e caminhar para a construção de práticas de resistência. É preciso avançar para que as pessoas, para além do âmbito do Judiciário, sejam mais do que informantes dos autos, sejam sujeitos participantes e não permaneçam ocultos nos processos e registros a eles referidos. A história oral nos convida a uma postura ética e política diante das narrativas e dos registros realizados, ao respeito pelo “direito a ser”, pelo “direito a existir”, que a cada ser humano assiste.

2 O TRIBUNAL DE JUSTIÇA COMO ESPAÇO SÓCIO-OCUPACIONAL DO SERVIÇO SOCIAL

O Tribunal de Justiça de São Paulo foi instalado em 1874, na ocasião tinha a função de julgar todas as causas em segunda instância e era denominado Tribunal da Relação de São Paulo e Paraná, anteriormente julgadas pelo Tribunal de Relação do Rio de Janeiro. Com a Proclamação da República no Brasil, em 1889, ocorre a separação judiciária das províncias, em 1891, momento em que surgiu o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo.



Hoje, o território do estado de São Paulo está dividido em comarcas (cada uma das unidades em que se divide o território dos estados da Federação para fins de administração da justiça), atualmente são 338. Cada comarca abrange um ou mais municípios e distritos. A comarca da Capital é dividida em foro central e 15 foros regionais. As comarcas do interior estão distribuídas em Circunscrições Judiciárias, que, hoje, totalizam 56, agrupadas em dez Regiões Administrativas Judiciárias.

Contudo, no Tribunal de Justiça não há uma padronização unificadora dos processos de trabalho entre os Fóruns. Cada Fórum tem sua organização e os trabalhadores desenvolvem seus trabalhos sem estabelecer uma comunicação direta entre eles.

Sob este aspecto observa-se que a subjetividade do magistrado produz rebatimentos nos processos de trabalho, o que contribui para uma diversidade nos processos de trabalho no Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, e outros desafios entram em cena, tais como: como garantir as peculiaridades da territorialidade, sem perder de vista ou por vezes violar direitos? Em algumas comarcas, por exemplo, os processos de destituição do poder familiar ocorrem de forma mais ágil, em outras são protelados por anos, enquanto crianças e adolescentes aguardam institucionalizadas por longos períodos.

Por outro lado, há comarcas em que as crianças são colocadas em famílias substitutas sem sequer ter sido concluída a destituição o poder familiar em primeira instância. Assim, em umas comarcas há um aceleração, em outras uma lentidão, em umas há uma atenção e proteção à família de origem, em outras uma priorização da família adotiva, e assim o entendimento de cada magistrado é que vai delimitando os caminhos e movimentos que são percorridos, ora garantindo justiça, ora violando direitos. Observa-se que a célebre afirmação – melhor interesse da criança – vai depender de quem está interpretando, bem como será influenciada por uma questão de classe, raça e gênero.

O serviço social no sociojurídico compreende, além do Poder Judiciário, a Defensoria Pública, o Ministério Público, o Sistema Prisional e de Segurança Pública, e as organizações que executam medidas socioeducativas com adolescentes (CFESS, 2014). São espaços de atuação profissional muito propícios a uma ação conservadora, que por sua natureza, importam controle e punição do Estado.

A inserção profissional do assistente social no judiciário data, no Brasil, da própria origem da profissão. Iamamoto (2008) menciona que a presença do Serviço Social na área⁷⁸ sociojurídica acompanhada o processo de institucionalização da profissão no Brasil. Nos finais da década de 1930, já se constata a atuação do assistente social junto ao “juízo de menores”

⁷⁸ É válido destacar que há um debate em torno da tentativa de definir se é “área” ou “campo” sóciojurídico. Contudo, tal discussão não será objeto de análise nesse ensaio. Para aprofundar a discussão ver: Borgianni (2013); Subsídios para atuação de Assistentes Sociais no sóciojurídico (CFESS/CRESS, 2013).

e serviços especializados do poder executivo, tanto no Estado de São Paulo quanto no Rio de Janeiro. No início da década de 1940 já havia a presença de assistentes sociais no Tribunal de Justiça de São Paulo, embora date de 1949 a instalação oficial do Serviço Social junto à justiça da infância e juventude paulista.

Trabalhando, na maioria das vezes, com demandas sociais que permeiam o cotidiano das Varas da Infância e Juventude e Varas da Família e das Sucessões e, mais recentemente, também das Varas Criminais⁷⁹, o assistente social intermedia ações judiciais que envolvem crianças e adolescentes que necessitam de medidas protetivas, jovens autores de atos infracionais, famílias em situação de conflito, etc. Nessa intervenção, principalmente, oferece subsídios sociais à autoridade judiciária, mediante relatórios, laudos e pareceres.

Assim, o Serviço Social no judiciário tem como função central realizar estudos sociais e sistematizá-los através de laudos, relatórios e pareceres com vistas a instruir socialmente processos, sentenças e decisões judiciais. Portanto, a manifestação em um processo depende da solicitação do magistrado.

O que está dado como desafio e possibilidade aos assistentes sociais que atuam nessa esfera em que o jurídico é a mediação principal — ou seja, nesse locus onde os conflitos se resolvem pela impositividade do Estado — é trazer aos autos de um processo ou a uma decisão judicial os resultados de uma rica aproximação à totalidade dos fatos que formam a tessitura contraditória das relações sociais nessa sociedade, em que predominam os interesses privados e de acumulação, buscando, a cada momento, revelar o real, que é expressão do movimento instaurado pelas negatividades intrínsecas e por processos contraditórios, mas que aparece como “coleção de fenômenos” nos quais estão presentes as formas misticadoras e fetichizantes que operam também no universo jurídico no sentido de obscurecer o que tensiona, de fato, a sociedade de classes (BORGIANI, 2013, p.413).

No entanto, Fávero (2014, p.04) menciona que “no âmbito do judiciário são mais comuns à constatação dos acontecimentos e a efetivação de ações que garantam alguma proteção à criança, enquanto ‘prioridade absoluta’, em detrimento da atenção à família”. Dessa forma, embora o ECA, por exemplo, estabeleça que a pobreza não constitui motivo suficiente para a perda do poder familiar e que, quando necessário, a família será incluída em “programas oficiais de auxílio”, percebe-se que diante de uma conjuntura de uma proteção social centralizada em programas de transferência de renda e com foco na ativação para o mercado de trabalho, muitas vezes o judiciário representa a ‘última etapa’ de um caminho percorrido pela família no interior de um processo de desproteção social. Sem acesso à proteção social via políticas sociais e, menos ainda via mercado, muitas crianças e adolescentes têm sido afastados da convivência com suas famílias.

⁷⁹ Sobretudo após a aprovação e vigência da Lei nº13.431, de 04 de abril de 2017, que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência, formalizando, legalmente, o depoimento especial e a escuta especializada.



Porém, o assistente social no poder judiciário não opera imediatamente a elaboração e/ou implementação de políticas sociais, dada à natureza mesma desse poder, ainda que o profissional disponha de uma dimensão prático-interventiva junto aos sujeitos de direitos com os quais trabalha (IAMAMOTO, 2008). Não obstante, como sair deste lugar de apenas constatação das situações e necessidades apresentadas pelas famílias? O que se espera do profissional nesse espaço sócio-ocupacional? Como se dá o processamento do trabalho nesse espaço considerando as interfaces com o sistema de justiça e, por vezes, requisições conservadoras que são solicitadas aos profissionais?

Por conseguinte, tem sido cada vez mais recorrente o fato da sociedade contemporânea ver no judiciário uma alavanca capaz de produzir políticas públicas e transformações sociais. A judicialização é abordada por Aginsky e Alencastro (2006, p.21), como “o fenômeno que caracteriza-se pela transferência, para o poder judiciário, da responsabilidade de promover o enfrentamento à questão social, na perspectiva de efetivação dos direitos humanos”. No entanto, as respostas do judiciário são respostas individuais e focalizadas a demandas que são, muitas vezes, coletivas e estruturais.

As autoras questionam ainda a supervalorização do poder judiciário no trato dos desdobramentos da questão social.

Tal panorama levou a que o Poder Judiciário passasse a ser o depositário das demandas sociais dos segmentos mais fragilizados e subalternizados da sociedade, na busca de fazer valer os direitos sociais trabalhistas, de proteção de crianças, idosos etc. Ou seja, aquilo que pela pactuação política não está sendo possível conquistar em nosso país, desde Collor, Fernando Henrique, passando por Lula e agora Dilma — porque os interesses econômicos e financeiros das elites dominantes determinam claramente os rumos do Estado brasileiro —, está se buscando no Poder Judiciário, pois, sem muitas alternativas, a população não tem como reivindicar fácil acesso a direitos básicos de cidadania (BORGIANI, 2013, p.426).

Dessa maneira, no espaço do Tribunal de Justiça a barbárie chega fragmentada como demanda individual, com o risco do caso a caso se sobrepor aos interesses coletivos. E algumas requisições conservadoras afetam o cotidiano de trabalho do assistente social, tais como: Leis que buscam agilizar processos de adoção em detrimento da convivência familiar e comunitária; laudos usados como prova pericial; Lei da mediação de conflitos – desenvolver soluções consensuais para as controvérsias; foco na produtividade e despolitização dos sujeitos. Nesse sentido,

São questionadas as repercussões da centralidade desta instância estatal, carregada, muitas vezes, de autocracia e moralismo na gestão de conflitos e nas mediações com a realidade concreta, analisando o quanto suas respostas individuais e focalizadas, a demandas que são coletivas e estruturais, reverberam em um imaginário coletivo de concepção de Sistema de Justiça quanto à ideia de acesso à justiça em seu sentido mais amplo (AGUINSKY & ALENCASTRO, 2006, p.20).

Assim, pode-se dizer que as condições de trabalho dos assistentes sociais no espaço sócio-ocupacional do Tribunal de Justiça são condicionadas pela forma que o Direito e o Sistema de Justiça assumem nessa sociedade.

2.1 Estudo Social: ampliação ou violação de direitos?

Em face desse contexto, como fica o trabalho do/a assistente social em tempos de requisições tão conservadoras? Em um cenário de desmonte das políticas públicas? Em um cotidiano que repõe as protoformas da caridade e da não profissionalização? Que tende a individualizar, por vezes, psicologizar, e não reconhecer as múltiplas determinações que incidem sobre a realidade vivida pelas famílias?

Nessa realidade, ações de resistência são necessárias e urgentes; práticas de resistências em face de um contexto repressor, punitivo e de controle que sob discursos de proteção, tem afastado, por vezes, de forma violenta crianças e adolescentes de conviverem com suas famílias de origem.

A partir das expressões cotidianas mais singulares e aparentemente desprovidas de mediações sociais concretas é que os assistentes sociais que atuam nessa área têm que operar e trabalhar para reverter à tendência reprodutora da dominação, da culpabilização dos indivíduos e da vigilância de seus comportamentos (BORGIANNI, 2013, p.413).

Contudo, para ir além de discursos de culpabilização e responsabilização das famílias, torna-se importante avançar na compreensão de que “as vulnerabilidades” não são somente individuais e pessoais, são pobreza e vulnerabilidades engendradas por um processo “desigual e combinado” da sociedade brasileira (IANNI, 2004).

Refletindo sobre algumas situações vivenciadas no cotidiano de trabalho da autora, sobretudo as que se referem à situação de acolhimento institucional de crianças e adolescentes e a garantia de uma proteção social a suas famílias com vistas ao retorno ao convívio familiar, observa-se que prevalece uma visão moralista de apenas imputar na família todas as responsabilidades por sua situação vivida, de colocar exclusivamente no seu interesse, na sua insistência, no seu movimento para provar ao outro (ao profissional que a avalia, ao Juiz, ao Promotor, ao Conselho Tutelar, dentre outros) que tem condições de cuidar e de ter o seu filho de volta. Caso a família (genitora), ligue, procure, é porque está interessada e, se some, é porque não deseja ter o filho de volta, em uma avaliação mais de julgamento do que de compreensão da realidade vivida pela família.

Assim verifica-se que, mesmo em tempos de proteção integral, ainda há resquícios do viés “menorista” na atenção às crianças, adolescentes e suas famílias. Sob esse aspecto, Rizzini (2004) enfatiza que, historicamente, famílias têm sofrido com a retirada de suas



crianças em razão da situação de pobreza, com a justificativa de que elas estariam protegidas e em melhores condições longe de suas famílias. Porém, uma questão tão complexa como essa, muitas vezes, tem sido resumida como uma suposta incapacidade da família para cuidar de seus filhos, culpabilizando-a e cobrando dos pais que eduquem seus filhos, sem, no entanto, lhes assegurar o acesso aos direitos sociais que garantam uma vida digna.

Observa-se que sob o discurso do melhor interesse da criança cria-se uma falsa dualidade, uma disputa entre os direitos das crianças e dos adolescentes e os direitos de suas famílias, como se fossem antagônicos por si só. Um falso dilema que se adequa perfeitamente em uma sociabilidade capitalista, permeada por interesses e valores da classe dominante, num contexto em que a “família que deseja adotar” aparece como a “família ideal” e capaz de cuidar e “salvar” o destino e a vida de crianças e adolescentes institucionalizados.

Interessante destacar que muitas das situações de destituição do poder familiar, ou mesmo, o afastamento de crianças e adolescentes de suas famílias são subsidiados por documentos produzidos por profissionais, dentre eles assistentes sociais, que atuam em diferentes serviços que compõem a suposta rede de proteção. Que, por vezes, produzem documentos com maior centralidade na constatação e na verificação das incapacidades das famílias, do que na garantia de alguma proteção.

Em seus estudos Eunice Fávero tem procurado demarcar o “saber-poder” desses documentos, que podem seguir em uma perspectiva de ampliação ou de violação de direitos.

O poder saber profissional pode ter direcionamentos distintos, a depender da visão de mundo do profissional e de seu (des) compromisso ético, pode ser direcionado tanto para a garantia de direitos dos sujeitos envolvidos na ação – na medida em que intervém no sentido do desvendamento e da denúncia dos mecanismos objetivos e subjetivos que contribuem, como no presente estudo, para que a pessoa se veja sem condições de criar seus filhos – como pode contribuir para o controle social e o disciplinamento, de cunho moralizando, culpabilizando as pessoas, individualmente, pelas condições socioeconômicas precárias em que vivem. A culpabilização pode traduzir-se, em alguns casos, em interpretações como negligência, abandono, violação de direitos, deixando submerso o conhecimento das determinações estruturais ou conjunturais, de cunho político e econômico, que condicionam a vivência na pobreza por parte de alguns sujeitos envolvidos com estes supostos atos (FÁVERO, 2007, p.161).

Assim, como destaca Fávero (2007, p.161), “o saber-poder pode, então ser utilizado como resistência à opressão ou como controle do que se classifica, na visão positivista, como disfunção emocional ou social, desvinculando a situação apresentada da questão social mais ampla”.

Há assim, um conjunto de ritos judiciais que estão implicados no trabalho profissional. Os autos processuais, por exemplo, que são montados por uma série de documentos, ao descrever os casos, podem ocultar as pessoas. Como diz Bernardi (2011, p.

23), “mecanismos e estratégias de discurso, construção de figuras e personagens que podem ser, assim, muito diferentes das pessoas concretas que, por serem ditas, podem não dizer”.

No entanto, é importante compreender o assistente social enquanto sujeito desse processo de trabalho, desnaturalizando aquilo que o capitalismo tende a estabelecer como natural.

É, portanto, em um terreno de disputas e conflitos em que trabalham os assistentes sociais no Tribunal de Justiça, exercendo suas atribuições tendo em vista oferecer subsídios para a decisão judicial por meio do estudo social. As opiniões, tecnicamente fundamentadas, transformam-se em pareceres que podem corroborar as decisões judiciais nos casos, contribuindo para a construção e sustentação de concepções sociais a respeito da população e de suas demandas, contribuindo para a proteção ou para a violação de direitos dependendo, não só, mas também, da intencionalidade e do direcionamento ético-político, teórico-metodológico e técnico-operativo do profissional.

3 CONCLUSÃO

Afirma-se o coletivo, o reconhecimento dos diversos arranjos familiares, mas no miúdo do cotidiano buscam-se respostas individuais e fragmentadas, enquanto há uma dimensão coletiva de desigualdade e violação de direitos que não estão postas.

Nesse sentido, o direito à convivência familiar aparece esvaziado de suas determinações concretas se não forem buscados os nexos e as relações com a sociedade burguesa desenvolvida, como produto e expressão da luta de classes.

Pois, o discurso abstraído de relações sociais e históricas, como nos lembra Guerra:

Porta tendências conservadoras de reprodução da ordem social, porque tanto despolitiza a chamada “questão social”, naturalizando-a, quanto ao secundarizar as diferentes possibilidades de acesso aos bens e serviço dadas pela condição social das classes, acoberta as desigualdades (e a injustiça) e as condições históricas nas quais os direitos sociais resultaram de conquistas da classe trabalhadora. O próprio discurso de acesso à cidadania pela via dos direitos universais pasteuriza os interesses em jogo, transforma os sujeitos em – plagiando Marx (1985) – “gelatinas homogêneas”, categorizando-os como força de trabalho e consumidores, categorias sociais pertinentes à ordem burguesa, sobre as quais as instituições da sociedade burguesa visam a exercer seu poder de controle e de dominação (GUERRA, 2013, p.36).

Há, portanto, um paradoxo entre o real e o formal, cuja questão de fundo reside na contradição central da sociedade burguesa: a apropriação privada da riqueza socialmente produzida. Não por acaso, a palavra liberdade tem sido muito usada na atualidade, pois se encaixa perfeitamente no contexto capitalista que imprime um modo de ser que atravessa as relações sociais, baseado na expropriação. No entanto, trata-se de uma liberdade fetichizada

pois, como nos diz Virgínia Fontes (2017), “o capitalismo é a produção incessante de necessidades e uma sociedade que produz necessidades é contrária a liberdade”.

O capitalismo, portanto, produz uma aparente liberdade, como se todos fossem iguais. No entanto, trata-se de uma igualdade que escamoteia a desigualdade social existente. Mas com base na defesa dessa liberdade, muitas famílias são afastadas cotidianamente do convívio com seus filhos por não serem protetivas, por não aderirem ao investimento de um Estado, cuja família entra em cena não pela ótica de uma proteção social pública, mas pela possibilidade de destituição do poder familiar de seus filhos.

Considerando este cenário, é importante destacar que a vida cotidiana com suas exigências de produtividade, imediatividade, fragmentação, pode levar “a não enxergar o ser humano na sua complexidade”, mas também “pode se prestar à alienação”, como aponta Barroco (2010, p.72),

Em função de sua repetição acrítica dos valores, de sua assimilação dos preceitos e modos de comportamento, de seu pensamento, repetitivo e ultrageneralizador, a vida cotidiana se presta à alienação. A alienação moral também se expressa através do moralismo, modo de ser movido por preconceitos. Devido ao seu peculiar pragmatismo e sua ultrageneralização, o pensamento cotidiano é facilmente tentado a se fundamentar em juízos provisórios, ou seja, em juízos pautados em estereótipos, na opinião, na unidade imediata entre o pensamento e a ação.

Contudo, aqui se reconhece o cotidiano como um espaço de contradição, em que ao mesmo tempo, em uma mesma ação pode se servir ao capital e ao trabalho. Como nos coloca Yamamoto & Carvalho,

Como as classes sociais só existem em relação, pela mútua mediação entre elas, a atuação do assistente social é necessariamente polarizada pelos interesses de tais classes, tendendo a ser cooptada por aqueles que têm uma posição dominante. Reproduz, também, pela mesma atividade, interesses contrapostos que convivem em tensão. Responde tanto a demandas do capital como as do trabalho e só pode fortalecer um ou outro polo, pela mediação de seu posto. Participa tanto dos mecanismos de dominação e exploração como, ao mesmo tempo e pela mesma atividade, de respostas a necessidades de sobrevivência da classe trabalhadora e de reprodução dos antagonismos desses interesses sociais, reforçando as contradições que constituem o móvel da história. A partir dessa compressão é que se pode estabelecer uma estratégia profissional e política para fortalecer as metas do capital ou do trabalho, mas não se pode excluí-los do contexto da prática profissional, visto que as classes só existem inter-relacionadas. É isso inclusive que viabiliza a possibilidade do profissional colocar-se no horizonte dos interesses das classes trabalhadoras (1982, p. 75).

O reconhecimento da dimensão contraditória no cotidiano profissional expressa um divisor de águas em relação a análises que se fixam em posições unilaterais ou voluntaristas, e imprime a possibilidade de rupturas com as visões messiânicas, fatalistas ou possibilistas.

É fato que no cotidiano profissional há “armadilhas” e potencialidades. As armadilhas podem levar a uma visão de descontextualização das determinações mais amplas que



envolvem uma situação. Há o risco de sucumbir ao viés individual diante de uma enorme demanda de trabalho, e da precarização e intensificação desse trabalho, que concorre com a desqualificação profissional, perdendo-se a dinâmica coletiva, a coletivização das demandas individuais.

Porém, sem perder de vista a lógica que organiza o espaço sócio-ocupacional do Tribunal de Justiça, tampouco sua interface com a área do Direito e as determinações mais amplas que incidem sobre o trabalho profissional, novamente cabe perguntar: a serviço do que nos colocamos nesse espaço sócio-ocupacional? Qual o nosso direcionamento e intencionalidade?

Não podemos fugir das requisições, mas podemos ampliá-las, não só respondê-las de forma automática e mecânica. É importante, pois, pensar outras lentes para que o profissional possa recompor a totalidade da questão social, sem cair no engodo da segmentação. Daí, a importância também da teoria crítica, e de não perder de vista a dimensão de totalidade, negação e historicidade.

Pois, como nos diz Guerra:

Independente de qualquer manifestação retórica, ao não superar a intervenção tópica, focalista, pontual e emergencial, apelando para o “sentimento do direito” em detrimento de fornecer instrumentos necessários à aquisição da consciência do direito, o que só será possível se este tiver efetividade real e concreta na vida dos sujeitos, toda intervenção profissional permanecerá, tenhamos consciência ou não, na perspectiva de controle, posto que o discurso acaba sendo o limite, e, como tal, limitador da efetividade do direito (GUERRA, 2013, p.51).

Assim, há que se superar, “os postulados legalistas formais, ou seja, formas sem conteúdo que produzem uma suposta justiça formal em contraponto à justiça substantiva” (Guerra, 2013, p.51). Cujas influências idealistas pautam-se na ideia de famílias capazes, protetivas, mas com uma funcionalidade no atual padrão de reprodução social.



REFERÊNCIAS

- AGUINSKY, B.G.; ALENCASTRO, E.H. de. Judicialização da questão social: rebatimentos nos processos de trabalho dos assistentes sociais no Poder Judiciário. In: **Revista Katálysis**. Florianópolis/SC, v.9, n.1, jan./jun. de 2006, p.19-26.
- BARROCO, M.L.S. A dimensão ético-política do ensino e da pesquisa em Serviço Social. In: **Temporalis**. N.19, ABEPSS, 2010.
- _____. A historicidade dos Direitos Humanos. In: FORTI, V; GUERRA, Y. (orgs). **Ética e Direitos: ensaios críticos**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013. [Coletânea Nova de Serviço Social].
- BERNARDI, D.C.F. A Construção de um saber psicológico na esfera do Judiciário Paulista: um lugar falante. In: FÁVERO, E.T.; MELÃO, M.J.R.; JORGE, M.R.T. (orgs). **O Serviço Social e a Psicologia no Judiciário: construindo saberes, conquistando direitos**. 4ªed. São Paulo, Cortez, 2011.
- BORGIANI, E. Para entender o Serviço Social na área sociojurídica. In: **Revisita Serviço Social e Sociedade**, nº115, p.407-442, jul./set de 2013.
- CARDOSO, G.F. de L. **(Re) Produção de famílias “incapazes”**: Paradoxos à convivência familiar de crianças e adolescentes institucionalizados. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo/PUC-SP, 2017.
- FÁVERO, E.T. **Questão Social e Perda do Poder Familiar**. São Paulo: Veras Editora, 2007. (Série Temas nº5).
- _____. Barbárie Social e Exercício Profissional: apontamentos com base na realidade de mães e pais destituídos do poder familiar. In: FÁVERO, E; GOIS, D.A. de. (org.). **Serviço Social e Temas Sociojurídicos: Debates e Experiências**. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris. 2014. [Coletânea Nova de Serviço Social].
- _____. **Mãe (E Pais) em situação de abandono**: Quando a pobreza é fator condicionante do rompimento dos vínculos do Pátrio Poder. Tese (Doutorado em Serviço Social). São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo/PUC-SP, 2001.
- _____. O Serviço Social no Judiciário: construções e desafios com base na realidade paulista. **Serviço Social e Sociedade**, nº115, São Paulo, jul/set de 2013.
- FONSECA, C. **Caminhos da Adoção**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2002.
- GUERRA, Y. Transformações societárias, Serviço Social e cultura profissional: mediações sócio-históricas e ético-políticas. In: MOTA, A.E.; AMARAL, A. (org.). **Cenário, Contradições e Pelejas no Serviço Social Brasileiro**. São Paulo: Cortez, 2016. p. 83-110.
- _____. Direitos Sociais e Sociedade de Classes: o Discurso do Direito a Ter Direitos. In: FORTI, V; GUERRA, Y (orgs.). **Ética e Direitos: ensaios críticos**. 4ª edição. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.
- IAMAMOTO, M.V. Questão social, família e juventude: desafios do trabalho do assistente social na área sociojurídica. In: SALES, M. A.; MATOS, M. C.; LEAL, M. C. (Org.). **Política social, família e juventude: uma questão de direitos**. 3. Ed. São Paulo: Cortez, 2008. p. 261-298.
- IAMAMOTO, M. CARVALHO, R. Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 37ª ed. São Paulo: Cortez, 2012.
- MARTINELLI, M. L. **Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre Identidade**. São Paulo: PUC-SP, 2015. (Mestrado em Serviço Social, PEPGSS, Anotações de aula).
- NETTO, J. P. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. 8ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- RIZZINI, I. **O século perdido: raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil**. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.



CÁRCERE E ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA: DESAFIOS PARA EFETIVAÇÃO.

Jeane Letícia De Carvalho Freitas (Prefeitura Municipal De São Francisco Do Pará);
Maryanne De Almeida Rodrigues (Prefeitura Municipal De Marituba).

RESUMO: Objetivando discorrer sobre as condições em que vivem as pessoas com deficiência física nas instituições penais da região Metropolitana de Belém, o estudo parte de uma visão ampla dos apenados do Estado, para analisar as demandas da casa penal e os impasses da efetivação de direitos. A pesquisa ocorreu no Presídio Estadual Metropolitano II, através de entrevistas semiestruturadas com a equipe multidisciplinar da casa penal e os apenados. Os resultados mostram que a vivência dos apenados caracteriza dupla privação, acentuada pela superlotação e deterioração das casas penais, o número reduzido de agentes prisionais e/ou a ausência de atendimento específico.

Palavras-chave: Deficiência física; Apenados; Privação de liberdade.

ABSTRACT: Aiming to discuss the conditions in which people with physical deficiency live in the criminal institutions of the Metropolitan region of Belém, the study starts from a broad view of the state's punished, to analyze the demands of the penal house and the impasses of the effectuation of rights. The research took place in the Metropolitan State Prison II, through semi-structured interviews with the multi-disciplinary team of the penal house and the convicts. The results show that the experience of the prisoners characterizes double deprivation, accentuated by overcrowding and deterioration of criminal homes, the reduced number of prison officers and/or the absence of specific attendance.

Keywords: Physical deficiency; Punished; Deprivation of liberty.

1. INTRODUÇÃO

A legislação nacional é ainda jovem quando se trata dos direitos das pessoas com deficiência, mesmo que, conforme o censo demográfico de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 45,6 milhões de pessoas declararam ter pelo menos um tipo de deficiência, seja visual, auditiva, motora ou mental/intelectual. No Pará, cerca de 23,61% dos paraenses têm algum tipo de deficiência, exatamente 1.790.259 pessoas, ou seja, uma pessoa com alguma deficiência a cada cinco.

De acordo com a Lei Orgânica da Assistência Social, de número 8.742/93, artigo 20, §2º, enquadram-se na classe de Pessoa com Deficiência, aquelas que possuem impedimento por longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que se vêm impedidos de participar plena e efetivamente na sociedade em iguais condições com os demais indivíduos desta mesma sociedade pela interação com barreiras (BRASIL, 1993).

Ainda que os Estados tenham aderido à Convenção dos Direitos Humanos visando garantir a defesa dos direitos inerentes às pessoas com deficiência, enfatizando dignidade, respeito e proteção, ainda se faz necessário avançar na efetivação dos mesmos. O Art. 5º da Constituição Federal institui que todos são iguais perante a lei, e assegura aos apenados o respeito à integridade física e moral. Da mesma forma, o Art. 10º do Pacto Internacional de Direitos Civis exige tratamento com humanidade e respeito à dignidade inerente à pessoa humana.

De prévio conhecimento e relativa familiaridade com questões concernentes à pessoas com deficiência e apenados, ambas por ocasião do campo de estágio, a pesquisa inicia com uma série de questionamentos: as casas penais estão adaptadas para receber a pessoa com deficiência? o tratamento médico dispensado à pessoa com deficiência é diferenciado? A equipe técnica está preparada para atender a pessoa com deficiência privada de liberdade? e principalmente, Em que medida, os apenados com deficiência física, têm seus direitos garantidos?

Buscando respostas a estes questionamentos a pesquisa é centrada em identificar o tratamento direcionado à pessoa com deficiência no cárcere, a sua vivência e seus sentimentos expressados diante da condição de ser presidiário e também na condição de pessoa com deficiência, considerando o contexto da realidade do sistema penitenciário brasileiro.

Para melhor compreensão o artigo segue a linearidade de absorção de informações, abordando o conceito social da pessoa com deficiência; as instituições penais em diferentes épocas até a atualidade; a política de saúde no sistema penitenciário brasileiro, brevemente como essa política se dá no sistema Penitenciário Paraense; e, por fim, a análise e interpretação dos dados do tratamento dispensado à pessoa com deficiência no sistema penal, respectivamente.

2. CONCEITO SOCIAL DE “PESSOA COM DEFICIÊNCIA”

Santos (2008) afirmou que o conceito de deficiência foi influenciado por vários acontecimentos em diferentes sociedades, resultando em significados divergentes, a começar pela visão mística, que no ocidente compreendia as diferenças e marcas como resultado de ira ou milagre divino, até à concepção atual como patologia ou manifestação da diversidade humana. Caracterizando a propagação de estereótipos e violação de direitos, como descrevem Souza (2014) e Teles (2013). todo aquele que evidenciava uma discrepância do “padrão” de interação com o ambiente foi oprimido, taxado de incapaz e defeituoso.

Contemporaneamente o Decreto 3.298, de 20 de dezembro de 1999, conceitua deficiência como qualquer perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano (BRASIL, 1999). A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, através do Decreto Legislativo nº 186, expressam:

Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. (BRASIL, 2009)

O termo deficiência passa a ser compreendido como resultado da interação da relação da pessoa com o ambiente. A deficiência não está nos sujeitos, mas nas barreiras postas: o modo como a sociedade está organizada, que determinam e condicionam as limitações destas pessoas que como seres participantes de uma sociedade, é importante que lhes seja concedida a inserção e participação social. Conforme Marta, a incapacidade existe ao se deparar com barreiras, sejam culturais, físicas ou sociais, que impedem seu acesso aos diversos sistemas da sociedade que estão ao alcance dos outros cidadãos.

Nessa perspectiva, Santos ressalta que o número significativo de pessoas com alguma forma de deficiência na sociedade brasileira, transforma o tema em uma questão social que

obriga o poder público a criar ações que promovam os direitos de cidadania dessa população, através de políticas públicas ou por meio de outros documentos que assegurem seus direitos constitucionais.

Para a legitimação e defesa dos seus direitos, ocorreram diversas manifestações sociais no mundo que resultaram em legislação e discussões, a exemplo a Organização das Nações Unidas (ONU) que instituiu, em 1975, a Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes, garantindo-lhes direitos específicos e atenções diferenciadas (SOLÉRA, 2008) e a Constituição da República Federativa do Brasil, prevendo garantias que visam à integração social dessa população, tais como os direitos de acesso a locomoção, com eliminação das barreiras arquitetônicas (art. 227, art. 244); atendimento educacional e de saúde especializados (art. 208, III e 23, II); integração social (art. 24, inciso XIV e art. 203, inciso IV), (BRASIL, 1988).

Para Bobbio, mais importante do que definição da natureza do direito é a garantia destes, não basta que existam, eles tem que ser acessados, visto que é de conhecimento do próprio sistema que são violados com certa continuidade. A exemplo disso, os vários espaços sociais, sobretudo o prisional, em que as condições estruturais são, historicamente, impeditivas para o exercício pleno destes direitos para os seus reclusos, sobretudo para aqueles que têm alguma limitação física.

3. A HISTÓRIA DAS PRISÕES: UM PRESENTE QUE IMITA O PASSADO.

Nas antigas civilizações como Egito, Pérsia, Babilônia e Grécia, não havia privação de liberdade. Os espaços destinados ao “encarceramento” dos delinquentes tinha caráter transitório, pois abrigava os réus até seu julgamento ou execução. Magnabosco enfatiza que durante séculos a prisão serviu de contenção e a sua finalidade era lugar de custódia e tortura.

Da antiguidade à idade média e desta até a consolidação do modo de produção capitalista, é recorrente a criação de leis penais, bem como o uso das mais variadas formas de punição, desde formas violentas até as vinculadas aos princípios humanitários (MELLO, 2010). Mantenedoras da ordem social vigente, conforme a conjuntura local e/ou global, as divergências se evidenciam principalmente entre continentes, fruto de construção sóciohistórica.

Assis afirma que as leis previstas durante o exercício da pena, bem como os direitos humanos do apenado, estão garantidas em vários estatutos legais. Merecendo destaque o primeiro Congresso de Nações Unidas para a Prevenção do Crime e o Tratamento dos

Delinquentes, realizado em Genebra em 1955, prevendo regras mínimas para o tratamento de reclusos, aprovado pelo Conselho Econômico e Social das Nações Unidas.

Para Foucault, a finalidade da prisão deixou de ser então o de causar dor física e o objeto da punição abandonou o corpo para atingir a alma do infrator. Estas instituições foram modificadas a partir do século XVIII quando a prisão tornou-se a essência do modelo punitivo, assumindo um caráter de privação de liberdade, como uma nova arte de fazer sofrer.

No Brasil, foi a partir do século XIX que se deu início ao surgimento de prisões, adotando um sistema progressivo semelhante ao da Inglaterra, em que considera o comportamento e aproveitamento do preso, verificando suas boas condutas e trabalho, e tendo por finalidade, a liberdade condicional se este passar pelas fases adequadamente. (SOUZA, 2013). Resultado de discussões éticas ao longo de séculos, o tratamento dispensado ao condenado passou a ter status de direito público.

Em nível nacional, nossa Carta Magna reservou 32 incisos do artigo 5º que trata das garantias fundamentais do cidadão, destinadas à proteção do homem preso. Existe ainda, em legislações específicas - a Lei de Execução Penal - os incisos de I a XV do artigo 41, que dispõe sobre os direitos garantidos ao sentenciado no decorrer da execução penal. (ASSIS, 2007, p.4)

Esse aparato legal se deu a partir do reconhecimento tardio dos direitos aos infratores. A Constituição Federal em seu artigo 5º determina que não haverá penas de caráter perpétuo, cruéis de trabalhos forçados, de banimento e nem de mortes, como também, assegura aos presos o respeito à integridade física e moral. Ainda assim, para Torres (2001), o sistema penitenciário brasileiro apresenta problemas gravíssimos e sobrevive de forma caótica, constantes conflitos, ocasionando violação dos direitos humanos daqueles que vivem no cárcere.

Desta forma, esse sistema que, outrora, tinha o intuito de substituir as penas desumanas, como as de morte e de tortura, não está desempenhando seu papel. Ao contrário, tem reafirmado ainda mais esse cenário horripilante, tornando os seus em criminosos, tendo como principal atributo a insalubridade, já que o ambiente interno é sujo, sem espaço suficiente para os detentos. (SOUZA, 2013, P. 205)

Este cenário degradante comprova que as condições precárias em que se encontram as estruturas prisionais são o catalisador do fracasso do sistema penitenciário. A sua função principal que é o de contribuir para a ressocialização dos reclusos, na realidade, está intensificando o processo de criminalização dos mesmos.

4. A POLÍTICA DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO.

As pessoas em condição de privação de liberdade mantêm seu direito fundamental de gozar de saúde, o qual está assegurado no artigo 196 da Constituição Federal: “a saúde é um direito de todos e dever do Estado”, assim como a Lei 8.080, que dispõe as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e seu funcionamento (BRASIL, 1990). Desta forma, entende-se que a privação de liberdade é a única punição que deverá ser imposta.

Segundo Assis (2007), as péssimas condições de higiene, alimentação, superlotação, insalubridade, dentre outros fatores podem comprometer o estado de saúde do preso, caracterizando o que o autor chama de dupla penalização. Em decorrência disso, pode ser observado o descumprimento dos dispositivos da Lei de Execução Penal (LEP), a qual prevê no inciso VII do artigo 40 o direito à saúde por parte do preso, como uma obrigação do Estado.

Pensando nessa atenção direcionada à saúde dos apenados, foi instituído em setembro de 2003, através da Portaria Interministerial nº 1.777, do Ministério da Justiça e do Ministério da Saúde, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário - PNSSP, o qual tem o papel de promover a atenção integral à saúde dessa população confinada em unidades prisionais masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas.

A consolidação do Plano representa um avanço para o país, na medida em que, pela primeira vez, a população confinada nas unidades prisionais é objeto de uma política de saúde específica, que possibilita o acesso a ações e serviços de saúde que visam a reduzir os agravos e danos provocados pelas atuais condições de confinamento em que se encontram, além de representar sua inclusão no SUS.

A principal via de acesso à saúde da pessoa privada de liberdade é a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), que proporciona a ponte entre o serviço e o apenado, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), visando o cuidado integral. Tem como princípios básicos a integralidade, a equidade, a valorização dos mecanismos de participação popular, entre outros. A integração dos serviços públicos com o Sistema Penitenciário abre inúmeras possibilidades de manutenção do bem estar dos apenados e, quando efetivado, resgata o caráter de reinserção social dessas pessoas.

A situação das pessoas com deficiência que se encontram encarceradas é um problema que tem tomado proporções alarmantes, uma vez que o sistema carcerário brasileiro, na situação em que se encontra, afronta por muito tempo os princípios mais importantes do Direito. (MAURÍCIO, 2009). As inadequações dos presídios ante a recepção desse grupo faz parte da realidade atual, razão pela qual, surgem considerações na busca de uma solução,

se não definitiva, então paliativa com vistas a operacionalizar ao encarcerado com deficiência o cumprimento de sua pena de maneira digna.

5. A SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO NO PARÁ

A Superintendência do Sistema Penal (SUSIPE) foi criada com o vislumbre de tornar o espaço penitenciário voltado à reinserção dos indivíduos, “reeducados” para não retornarem a transgressão, desde que assumiu, tem a missão de trazer para os internos das penitenciárias, educação, capacitação profissional, entretanto, nem todos são alcançados pelos projetos sociais, os critérios inclusivos nas oportunidades que visam inserção social são: crimes com menor potencial ofensivo, penas menores e bom comportamento.

A SUSIPE criada em de 26 de maio de 1974 por meio da Lei nº 4713, vinculada à Secretaria de Estado de Segurança Pública (SEGUP), tem por missão institucional planejar, coordenar, implementar, fiscalizar e executar a custódia e reintegração social de pessoas presas, internadas e egressos em cumprimento ao disposto na Lei Federal nº 7.210, de 11 de junho de 1984 - Lei de Execução Penal. A Lei nº 8.332, de 14 de dezembro de 2015, dispõe sobre a reestruturação da SUSIPE e foi sancionada pelo governador do Estado, Simão Robson Oliveira Jatene, durante o Exercício de seu mandato.

Atualmente, a SUSIPE atua em todo o Estado do Pará com 47 unidades prisionais intituladas como: Centros de Triagem (CTs), Centrais de Recuperação (CRs), Presídio Estadual Metropolitano (PEM), Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), Colônia Penal Agrícola (CPA), Casa de Albergado (CA) divididas em 12 regiões de integração, Região Metropolitana, Guamá, Rio Caeté, Araguaia, Carajás, Tocantins, Baixo Amazonas, Lago Tucuruí, Rio Capim, Xingú, Marajó e Tapajós.

O Estado do Pará calcula atualmente uma população carcerária total estimada, até setembro de 2018, de 19.133 (dezenove mil, cento e trinta e três), custodiados somente pela SUSIPE, destes são 18.018 homens e 1.115 mulheres, ocupando o 9º estado com maior população carcerária do país. Ao passo que o número de vagas, a capacidade de abrigar fica em torno de um total de apenas 8.716 apenados, sendo na Região Metropolitana 4.896 homens, 560 mulheres e no interior 3.088 homens e 172 mulheres.

No tocante às unidades prisionais que têm unidade de saúde básica em sua estrutura física está, Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), que trata somente pessoas com transtorno psiquiátrico que transgrediram as leis e não tem condições de serem reinseridas na sociedade, pelo risco a sua integridade e da comunidade; Centro de

Reeducação Feminino - CRF, Central de Triagem Masculina de Marabá (CTMM) por meio no PNAISP, inaugurada em meados de 2018, que atende 9 das 10 unidades prisionais do Complexo Penitenciário de Americano em Santa Izabel (CPASI) e outra em Marituba, situada dentro do Presídio Estadual Metropolitano II (PEM II), para onde são encaminhados os apenados com deficiência física.

Entretanto, a equipe de saúde é mínima para o quantitativo de pessoas existente no sistema penitenciário. É o que se expressa no presídio de Americano (CPASI) no qual, mesmo com a recém criada unidade básica, não contempla todos os internos da casa penal. Assim também é a realidade do PEM II, em que os tratamentos e exames especializados deverão ser feitos fora da instituição, e isso exige a disposição de escolta e muitas vezes a ambulância para ir até a unidade médica.

Se há poucas condições de saúde voltadas para os internos, para a pessoa com deficiência é ainda pior, visto que este grupo precisa de exames específicos, fisioterapia entre outros serviços para a superação de sua limitação física. Não obstante, está o excessivo número de detentos, o que salienta a notória falta da acessibilidade em meio ao quantitativo convivendo no espaço da carceragem, os espaços compartilhados, como celas, banheiros, setor de saúde, transporte, entre outros.

6. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

O lócus da pesquisa foi o Presídio Estadual Metropolitano II (PEM II), localizado no município de Marituba/PA. Para o desenvolvimento do estudo, foram realizadas pesquisas bibliográficas de autores que estudam a temática no período de agosto a outubro de 2018 e pesquisa de campo no mês de novembro de 2018.

Como estratégia metodológica, a pesquisa adotada foi descritiva, de natureza qualitativa, com entrevistas semiestruturadas aplicadas à (9) internos, (1) assistente social, (1) enfermeira, (1) agente penitenciário, objetivando compreender a vivência dos apenados com deficiência física de caráter permanente.

O desenvolvimento da entrevista se deu: com a apresentação da finalidade e procedimentos da pesquisa para a direção da casa penal; conhecimento do espaço sócio-ocupacional; coleta de depoimentos da equipe multidisciplinar e levantamento do número de apenados com deficiência física da unidade.

A Portaria N° 482 institui normas para a operacionalização do PNAISP, o Art. 3° caracteriza a equipe multidisciplinar das unidades entre 501 (quinhentos e um) até 1200 (um

mil e duzentos) custodiados, como Equipe de Atenção Básica Prisional tipo III, que deve conter no mínimo: 1 (um) psiquiatra ou médico com experiência em saúde mental; 2 (dois) profissionais selecionados dentre: assistência social, enfermagem, farmácia, fisioterapia, psicologia, ou terapia ocupacional. Normas essas não alcançadas inteiramente pela casa penal, que abrigava em novembro de 2018 pouco mais 600 internos.

A unidade prisional não dispõe de exames e serviços especializados, descaracterizando o princípio da equidade adotado pelo SUS. Situação relatada pela equipe multiprofissional, “verdadeiramente, não existe uma atenção diferenciada porque nós não temos condições estruturais pra dar um cuidado diferenciado. Então, no geral, esse cuidado ele é de forma geral, de fato.” (funcionário 2), que reconhece a insuficiência no trato singularizado do interno que precisa de um atendimento superior, o que decorre da falta de condições existentes dentro do próprio sistema.

Em termos estruturais, a equipe multiprofissional é composta por: odontólogo, assistente social, professores, psicóloga, enfermeira e técnicas de enfermagem, não dispondo de profissionais e serviços que alcance a superação de dificuldades decorrentes da deficiência que desenvolva as potencialidades dos reclusos, a exemplo, reabilitação através da fisioterapia. Frequentemente, os procedimentos relativos à saúde se dão pela manhã, das 08:00 às 13:00 hrs, horário de atividades gerais na casa penal e atuação da equipe multidisciplinar, a tarde os internos permanecem nas celas.

Não temos um profissional fisioterapeuta, com relação à fisioterapia (...) A minha direção informa que a gente precisa encaminhar o pedido que eles vão marcar ambulatorialmente, mas eu pessoalmente nunca vi isso acontecer. Serviço de órtese e prótese não existe, cadeiras existem, mas em número insuficiente. (...)É necessário, mas não existe, quando o custodiado precisa de uma órtese, um óculos por exemplo, consegue por via particular, família que paga. (Funcionário 2)

A saída dos internos, para dispor dos serviços de saúde, mesmo que assegurado pelo Art. 14 da LEP, segue um protocolo, de solicitação de escolta militar e ambulância, ou em casos emergenciais em que não houver estes aparatos, a direção assume total responsabilidade. Vale frisar que no PNAISP não constam eixos enfatizando à pessoa com deficiência, assim como na LEP, em que não há menção a este sujeito para além de questões laborais. Questionados sobre estas limitações, a equipe técnica enfatizou que apesar do PEM II ser a unidade de referência à pessoa com deficiência, muitas de suas demandas não são contempladas. “Porque realmente, nós não temos o número de cadeiras suficientes, de rodas, de banho, rampas de acessibilidade, no momento não têm.” (Funcionário 2)

O PEM II é a unidade de custódia “apta” segundo termos do Plano de Ação Estadual para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no

Sistema Prisional a receber esse grupo. Contudo, os tratamentos que são oferecidos, especificamente na enfermaria, se restringem apenas a curativos e controle do contágio de doenças infectocontagiosas, procedimentos rotineiros em UBS's comuns. “A equipe de enfermaria dão atenção, a casa se encontra sem remédio, estão aí pra trabalhar, mas não tem remédio.” (interno 04); “Enfermaria só serve para curativo”. “Nós somos esquecidos na enfermaria” (interno 05)

Encaminhados de outros presídios, os apenados são em sua maioria do interior do estado do Pará, a LEP em seu art. 41, inciso X assegura a visita como um direito do preso, visando manter os laços e o apoio familiar, as transferências dificultam o recebimento de visitas dos familiares, pois as despesas de transporte, alimentação e estadia, são consideravelmente dispendiosas, diminuindo assim, a frequência de visitas, corroborando até para o rompimento de laços afetivos.

“eu nem me preocupo com a cirurgia, só queria ter a liberdade de abraçar meus filhos.” (interno 01)

“Nunca passei por isso, me sinto esquecido, abandonado, ainda mais quando não recebo visita.” (interno 05)

Os presos com deficiência ficavam acomodados em uma cela que comportava no período da pesquisa 12 internos, sendo somente 4 deles os que estão em estado mais grave, e permanecem no que eles chamam “latão”, referindo-se ao material que compõe as macas, os demais dormem em colchonetes no chão, em um mesmo ambiente. A cela fica no setor de saúde da casa penal e pela manhã permanece um detento que os auxilia a ir ao banheiro, limpar o cômodo e até mesmo tratar da higiene dos apenados.

A superlotação ocasiona menor atenção aos serviços de limpeza e higienização das celas, abrindo margem à proliferação de epidemias e ao contágio de doenças, tendo em vista os objetivos relacionados à saúde. “Todos esses fatores aliados ainda à má alimentação dos reclusos, o sedentarismo, o uso de drogas, (...), faz com que presos que se encontravam em condições saudáveis, sejam acometidos de doenças e/ou resistência física e saúde fragilizadas.” (ASSIS, 2007) como escaras, manchas pelo corpo e coceira, visto que o banho de sol ocorre apenas duas vezes por semana durante uma hora. Fato constatado através de relatos dos entrevistados.

Garantir nas unidades prisionais condições salubres, particularmente no que diz respeito a celas, banheiros, cozinha e espaço de lazer, garantindo espaço físico suficiente, ventilação, controle sanitário e epidemiológico, é o que assegura o Plano de ação estadual para a PNAISP, contudo, esta garantia de direito na lei é utópica diante da realidade apresentada para pessoa com deficiência no sistema carcerário. Ainda que separados dos demais, os apenados que se encontram no setor de saúde continuam cumprindo sua pena,



não de maneira mais branda, mas com desafios peculiares às suas condições gerais que vão além da capacidade de percepção dos demais custodiados. Como afirma um dos internos:

No geral, você sente que suas necessidades são assistidas pela casa penal?
“Não, porque é muito dificultoso, nossa cadeira de banho tá quebrada, chega até ferir gravemente, sangra as feridas.” (interno 07)

No decorrer da entrevista, constatou-se que os internos chegam crendo que a unidade possa assegurar um tratamento adequado e a recorrente queixa quanto aos serviços se darem de forma geral, pontual e limitada: um recuo na questão de direitos, posto que o Decreto Legislativo Nº 186, referente a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, faz frente de enfrentamento das desigualdades de oportunidades das pessoas com deficiência, por meio da adoção de medidas que viabilizem equidade, inclusão, não discriminação, autonomia, entre outras.

A contradição presente na LEP é que o direito ao atendimento das necessidades dos apenados não adquire status de cidadania, pois sua operacionalização depende das estruturas físicas no ambiente penitenciário, bem como dos critérios internos das unidades prisionais para fins de classificação e concessão dos benefícios previstos na LEP. (MAURICIO, 2009)

De acordo com a fala dos entrevistados, constatou-se que a falta de ações voltadas à pessoa com deficiência na casa penal é vista por eles como um agravante na qualidade de vida e no processo de inclusão e reinserção social. Quanto às condições de vida dessas pessoas no sistema penal, Cardoso (2006) afirma que não é possível a mudança no contexto de vida desses indivíduos sem que haja a implantação de programas e políticas sociais voltadas para integração desse grupo que assegure seus direitos, assim como, possibilitem, a assistência psicossocial, acesso à escola e iniciativas que favoreçam a formação profissional.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os direitos da pessoa com deficiência só começaram a ter visibilidade a partir da promulgação da declaração dos direitos da pessoa com deficiência, em 1975. No Brasil, os rebatimentos da declaração contribuem para impulsionar a luta dos movimentos sociais da pessoa com deficiência, que culminou em conquistas significativas, que ganharam legitimidade através da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, lei 13.146/15 em seu artigo 84, trazendo cidadania por reconhecer suas necessidades a conquista desses direitos.



Para efetivação destes direitos, foi criado o Estatuto a Pessoa com deficiência que prevê importantes avanços, como adequação de espaços comuns, porcentagem obrigatória de vagas reservadas em empresas públicas ou privadas, olhar voltado a atenuar as desigualdades rotineiras. Porém esta política não alcança as unidades prisionais, as quais se tornam ambientes tendenciosos para violação de direitos das pessoas com deficiência.

Por meio da pesquisa, identificamos que são muitos os entraves vivenciados pelos internos que têm deficiência física de caráter permanente no Presídio Estadual Metropolitano II. Apesar de um número irrisório dentro do sistema penitenciário, os presos com deficiência possuem limitações que os diferenciam dos demais, e isto influencia diretamente no processo de cuidados desses sujeitos dentro da unidade prisional. A estrutura física da penitenciária, no geral, não é adaptada para atender a necessidade de acessibilidade deste grupo, como a falta de rampas acessíveis, cadeiras de rodas suficientes, dentre outras.

Foi possível observar o cuidado limitado dispensado a este grupo, o qual requer atendimentos especializados como serviços de órtese e prótese, e fisioterapia, consultas especializadas, não disponíveis no PEM II, assim como, encaminhamentos para unidade referência. Mediante a falta de condições indispensáveis para inclusão deste grupo, sua maior dificuldade no ambiente prisional é locomoção. O sentimento expressado por eles é de abandono, medo e tristeza, em razão de sua limitação física, e o significado de estar preso e deficiente é de “dupla privação”. O distanciamento dos familiares, as lembranças de sua vida pregressa lhes causam autodesvalorização, sentimentos negativos expressados durante a entrevista.

Esperamos, por fim, que os resultados da pesquisa, ao dar visibilidade da vivência das pessoas que tem limitação física dentro dos presídios, a qual revelou todos os empecilhos para se ter o exercício de sua cidadania, poderá contribuir na criação de propostas e ações voltados a este grupo, objetivando propiciar melhores condições de vida e o acesso aos direitos de forma plena.

REFERÊNCIAS

- ASSIS, Rafael Damaceno. **A realidade atual do sistema penitenciário brasileiro**. 2007. Disponível em: <https://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/3481/A-realidade-atual-do-sistema-penitenciario-brasileiro>. Acesso em: 24 ago 2018
- BRASIL. Lei de Execução Penal. **Lei n. 7.210, de 11 de julho de 1984**: Lei de Execução Penal. Brasília: Câmara dos Deputados - Coordenação de Publicações, 2008. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7210.htm. Acesso em: 24 ago 2018
- _____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 22 Ago 2018
- _____. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em 22 set 2018
- _____. 1992). **Decreto n. 592**, de 6 de julho de 1992. Acesso em 9 Abr 2018, disponível em Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0592.htm. Acesso em 22 set 2018
- _____. Ministério da Justiça. **Resolução nº 14**, de 11 de novembro de 1994. Regras mínimas para tratamento dos presos no Brasil. Conselho Nacional de Polícia Criminal e Penitenciária. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/cnppc>. Acesso em 22 set 2018
- _____. **Decreto nº. 3.298**, de 20 de dezembro de 1999. Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm Acesso em: 18 Mai 2018.
- _____. **Lei 10.098** de 19 de dezembro de 2000. Lei de Promoção da Acessibilidade das Pessoas Portadoras de Deficiência ou com Mobilidade Reduzida. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L10098.HTM Acesso em: 18 Mai 2018.
- _____. Ministério da Justiça/Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial n.º 1.777**, de 9 de setembro de 2003. Dispõe sobre o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/Depen/funpen/legislacao/2003Portaria1777.pdf> Acesso em: 30 set 2018
- _____. **Decreto 6.949** de 25 de agosto de 2009. Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm Acesso em: 19 Mai 2018.
- _____. **Portaria Interministerial nº 1**, de 2 de janeiro de 2014. Disponível em Ministério da Saúde: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.htm. Acesso em: 25 set 2018.
- _____. **Lei n. 13.146**, de 6 de julho de 2015. Disponível em Estatuto da pessoa com deficiência: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 8 Abr 2018.
- _____. Superintendência do Sistema Penitenciário do Estado do Pará - SUSIPE, Belém, 2018 <<http://www.susipe.pa.gov.br/content/miss%C3%A3o>> Acesso em: 31 out 2018.
- _____. **Lei n. 8.742**, de 7 de dezembro de 1993. Disponível em Lei Orgânica da Assistência Social: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742compilado.htm. Acesso em 9 Abr 2018
- BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 2004.
- CARDOSO, Italo. **Apresentação do Relatório: Situação do sistema prisional brasileiro**. (2006). Síntese de vídeo conferência nacional. Câmara dos Deputados. Comissão de Direitos Humanos e Minorias, Brasília.
- COYLE, Andrew. **Administração penitenciária: uma abordagem de direitos humanos**. Manual para os servidores penitenciários. Brasília: Centro Internacional de Estudos Penitenciários, 2002. Disponível em:



- [http://www.hawaii.edu/hivandaids/A_Human_Rights_Approach_to_Prison_Management_\(Portugese\).pdf](http://www.hawaii.edu/hivandaids/A_Human_Rights_Approach_to_Prison_Management_(Portugese).pdf). Acesso em: 11 nov 2018
- FONSECA, Francisco de Assis Araújo da. **A pessoa com deficiência e o cumprimento da pena privativa de liberdade**. 2013. Disponível em: <https://assisfonseca.jusbrasil.com.br/artigos/111957701/a-pessoa-com-deficiencia-e-o-cumprimento-de-pena-privativa-de-liberdade>. Acesso em: 11 nov 2018
- FONSECA, Ricardo Tadeu Marques. **A ONU e seu conceito revolucionário de pessoa com deficiência**. Disponível em: http://www.ampid.org.br/ampid/Artigos/Onu_Ricardo_Fonseca.php. Acesso em: 26 Mai 2018.
- FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**. Nascimento da prisão. Tradução de Raquel Ramallete. 39ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.
- Instituto Brasileiro de Geografia e estatística - IBGE. (2010). **Censo Demográfico 2010**: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro, Brasil.
- LANNA JÚNIOR, Mário Cléber Martins (Comp.). **História do Movimento Político das Pessoas com Deficiência no Brasil**. - Brasília: Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2010.
- LAKATOS, Eva Maria e MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos da Metodologia do Trabalho Científico**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2005.
- MAGNABOSCO, Danielle. **Sistema penitenciário brasileiro**: aspectos sociológicos. Jus Navigandi, Teresina, ano 3, n. 27, n. 23, dez. 1998. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/1010/sistema-penitenciario-brasileiro-aspectos-sociologicos>. Acesso em: 26 Mai 2018.
- MARTA, Taís Nader; ARANTES, Sílvia Gelli. **A inclusão da pessoa com deficiência no Brasil**. Revista de Direito. v. 12, n. 16, 2009.
- MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni. **Orientações Básicas para a Pesquisa**. Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde. 2006.
- MARTINS, José Alves; BARSAGLINI, Reni Aparecida. **Aspectos da identidade na experiência da deficiência física: um olhar socioantropológico**. Interface (Botucatu), v.15, n.36, p. 109-122, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832011000100009&script=sci_abstract&tIng=pt. Acesso em: 28 Mai 2018.
- MAURICIO, Célia Regina Nilander. **Execução penal e os portadores de deficiência à luz dos Mandados constitucionais**. Diálogo e Interação, v. 1, 2009. Disponível em: <http://www.faccrei.edu.br/publicacao/artigo-execucao-penal-e-os-portadores-de-deficiencia-a-luz-dos-mandados-constitucionais>. Acesso em: 22 Mai 2018.
- MELLO, Helenória de Albuquerque. **O trabalho na prisão**: um estudo no instituto de reeducação penal Desembargador Sílvio Porto em João Pessoa - PB. 2010. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
- MENEZES, Bruno Seligman de; MENEZES, Cristiane Penning Pauli de. **O acesso à saúde no sistema penitenciário**: a (in)observância da lei de execuções penais. In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, XVII, n. 122, mar 2014. Disponível em: http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=14554&revista_caderno=29. Acesso em: set 2018.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **A ONU e as pessoas com deficiência**. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-com-deficiencia/> Acesso em: 22 Mai 2018.
- OTHERO, Marília Bense. **Atenção à saúde da pessoa com deficiência**: necessidades sob a perspectiva dos sujeitos. 2010. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-01022011-175108/pt-br.php>. Acesso em: 25 Mai 2018.



- PINTO, Guaraci, HIRDES, Alice. **O processo de institucionalização de detentos: perspectivas de reabilitação e reinserção social.** Esc. Anna Nery R Enferm., v. 10, n.4, p.678 – 83, 2006.
- RANGEL, Anna Judith. **“Violações aos direitos humanos dos encarcerados no Brasil: perspectiva humanitária e tratados internacionais”.** 2018. Disponível em: <https://ninhajud.jusbrasil.com.br/artigos/123151293/violacoes-aos-direitos-humanos-dos-encarcerados-no-brasil-perspectiva-humanitaria-e-tratados-internacionais> Acesso em: 15 Abr 2018.
- SANTOS, Wederson Rufino dos. **Pessoas com deficiência: nossa maior minoria.** Physis. v.18, n.3, p. 501-519, 2008.
- SASSAKI, Romeu Kazumi. **Terminologia sobre deficiência na era da inclusão.** In: **Vivarta, Veet (coord.).** Mídia e deficiência. Brasília: Andi/Fundação Banco do Brasil, p. 160-165, 2003.
- SAVAZZONI, Simone de Alcântara. **Dignidade da pessoa humana e cumprimento de pena das pessoas com deficiência.** Revista Eletrônica da Faculdade de Direito da PUC-SP, v. 3, 2010.
- SEVERINO, Antonio Joaquim. **Metodologia do Trabalho Científico.** 21. ed. rev. e ampl. São Paulo: Editora Cortez, 2000.
- SOLÉRA, Márcia de Camargo Oliva Gaya. **É possível a inclusão? Um estudo sobre dificuldades da relação do sujeito com a diferença.** 2008. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em : <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-16122008-153306/es.php>. Acesso em: 22 Mai 2018.
- SOUZA, Simone de. **“O DEFICIENTE SOB A TUTELA PENAL: Um estudo sobre a responsabilidade do Estado face ao tratamento dispensado ao apenado com deficiência, tendo como pano de fundo o garantismo constitucional brasileiro.”** 2014. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=c932714a29aa065c>. Acesso em: 28 Mai 2018.
- SOUZA, Mariani Cristina, Machado, Ana Elise, & Souza, Ana Paula (2013). **Sistema Penitenciário brasileiro: origem, atualidade e exemplos funcionais.** Revista do Curso de Direito da Faculdade de Humanidades e Direito, v. 10, n. 10, 2013.
- TEIXEIRA, Marina Codo Andrade. **Políticas públicas para pessoas com deficiência no Brasil.** 2010. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Carlos Chagas, São Paulo.
- TELES, Valéria Aparecida Soares. **As Políticas Públicas para a Inserção do Deficiente Físico no Mercado de Trabalho, no Município de Itapetininga – SP.** 2013. Monografia de Especialização (Gestão Pública Municipal) - Universidade Tecnológica Federal do Paraná – UTFPR, Curitiba.
- TORRES, Andréa Almeida. **Direitos Humanos e Sistema Penitenciário Brasileiro: Desafio Ético e Político do Serviço Social.** Revista Serviço Social e Sociedade, nº 67, 2001.



IX CONASSS
CONGRESSO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE
XII SIMPSSS
SIMPÓSIO DE SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE

30 anos do SUS: Território de Lutas e o Serviço Social na Saúde
Edição virtual, 22 a 24 de setembro de 2020

233

EIXO: MEDIDAS DE PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

COVID-19 E ÀS MEDIDAS DE SAÚDE DE RECOMENDAÇÕES DA OMS: POLÍTICAS NEGLIGENCIADAS PELOS PAÍSES EM CUIDADOS DE SAÚDE, SAÚDE PÚBLICA E NA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE

Liliádía Da Silva Oliveira Barreto (Universidade Federal De Sergipe)

RESUMO: Ensaio teórico baseado em recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) aos países para contenção da pandemia COVID-19. Abrange o final do séc. XX até os primeiros meses do ano de 2020. Discute medidas de saúde e as determinações restritivas do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) 2005 de mobilidade urbana sanitária e isolamento social. Conclusões: Pandemia COVID-19 associou descumprimento das recomendações dadas pela OMS para investimento em saúde pública de cobertura universal, rede de atenção primária em saúde e recursos humanos. Crise sanitária relacionou desigualdades sociais e meio ambiente desfavoráveis aos riscos sociais, econômicos com grau de letalidade para várias gerações.

Palavras-Chave: Cobertura Universal de Saúde. Cuidados Primários de Saúde. Força de Trabalho em Saúde (FTS). Pandemia COVID-19. Sistema de Saúde Pública.

ABSTRACT: Theoretical essay based on recommendations from the World Health Organization (WHO) to countries for containing the pandemic COVID-19. It covers the end of the century XX until the first months of the year 2020. Discusses health measures and the restrictive determinations of the International Health Regulation (IHR) 2005 of urban sanitary mobility and social isolation. Conclusions: Pandemic COVID-19 associated non-compliance with the recommendations given by the WHO for investment in public health with universal coverage, primary health care network and human resources. Health crisis related unfavorable social and environmental inequalities to social and economic risks with a degree of lethality for several generations.

Keywords: Universal Health Coverage. Primary Health Care. Health Workforce (FTS). COVID-19 pandemic. Public Health System.

1. INTRODUÇÃO

As novas configurações epidemiológicas, demográficas e tecnológicas ocorridas no final do século XX e início do século XXI demarcaram os principais fenômenos que desenharam o cenário das mudanças observadas no mundo inteiro. Estas novas configurações provocaram mudanças nas pessoas, no meio ambiente e na produção material da vida humana com demandas de necessidades de saúde sem respostas para atender a população mundial.

Países do mundo inteiro foram provocados a tomar consciência do conceito ampliado de saúde que substituiu o entendimento ausência de doenças pela compreensão do direito fundamental da vida humana, preconizado na Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma Ata (1978), que conceituou a saúde como “completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”(Brasil, 2002).

O conceito ampliado de saúde foi sistematizado em documentos consensuais produzidos por diferentes países, especialmente entre as décadas de 1980 e 1990. Estes países apoiados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e outros órgãos internacionais debateram publicamente a necessidade de mudar seus sistemas de saúde, a oferta do serviço e a qualificação dos seus trabalhadores por meio de uma gestão de saúde pública universal, de acesso gratuito e de qualidade.

Entre estes documentos¹ se destacaram as Cartas de Intenções elaboradas em Conferências Internacionais sobre a Promoção da Saúde e as recomendações da OMS para a promoção e proteção da saúde dos povos. Enfatizaram mudanças nos sistemas de saúde e implantação de um modelo assistencial mais abrangente nos países, destacando cinco pontos fundamentais: implantação de políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, reorientação dos serviços de saúde, reforço da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais.

Recomendações da OMS apresentadas neste contexto serviram para chamar a atenção dos governos para a necessidade do investimento em saúde pública e políticas de favorecimento da participação popular como elementos-chave para alcançar saúde, incentivar o desenvolvimento de competências técnicas-científicas e assistenciais-humanizadas,

¹ Estes documentos citados foram compilados das Cartas de Promoção da Saúde por meio do Projeto Promoção da Saúde, uma série elaborada por Textos Básicos em Saúde – editada pelo Ministério da Saúde no Brasil, em 2002.

garantir recursos e apoiar pesquisas, produzir insumos e equipamentos e organizarem sistemas de saúde colaborativos com gestão qualificada de bens e serviços.

Organismos de representação de movimentos sociais de saúde, conselhos de classe dos profissionais de saúde e das academias, pesquisadores e a própria população foram mobilizados por movimentos sanitários de influência mundial para a produção material de sustentação teórica, científica e tecnológica que se disseminaram como novas perspectivas de cuidados de saúde para todos os povos.

González e Almeida (2010) destacaram o Movimento Internacional Pró-Mudança que mobilizou países da América Latina para as principais discussões teórico-críticas tratadas no mundo inteiro sobre a ampliação do conceito de saúde e sua contraposição ao binômio saúde-doença. No Brasil se observou o Movimento de Reforma Sanitária que deu sustentação para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) redefinindo a política nacional de saúde no país a partir de 1988.

Sistemas de Saúde Pública implantados no Canadá na América do Norte, Alemanha e Inglaterra na Europa, Tailândia na Ásia e Brasil na América Latina seguiram o modelo de política de saúde universal com características de atendimento em rede de serviços e investimento, prioritário na Atenção Primária da Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB) como forma de integralizar o atendimento do cuidado com as pessoas em detrimento do tratamento de doenças.

Governos em todos os continentes foram alertados para a urgência de implantação de sistemas de saúde pública como uma estratégia política para enfrentamento aos desafios da desigualdade social e do cuidado com o meio ambiente, reconhecidos como os principais problemas a serem combatidos no mundo para promover a saúde de forma equânime.

Relatórios Mundiais da Saúde com recomendações sobre Recursos Humanos em Saúde (OMS, 2006), Cuidados de Saúde Primários (OMS, 2008), Financiamento dos Países para a Cobertura Universal da Saúde (OMS, 2010) e documentos que fortaleceram estas recomendações produzidos posteriormente podem ser citados para contextualizar as premissas de preparação dos países para o enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional declarada pela OMS quando da Pandemia Mundial instalada em decorrência do surto da COVID-19, doença provocada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2.

Estes relatórios documentaram a severa crise da Força de Trabalho em saúde(FTS) com um déficit global de 12,9 milhões de trabalhadores de saúde para 2035 em relação ao limiar de 34,5 profissionais de saúde qualificados por 10 000 pessoas (OMS, 2006), a falta de 18 milhões de profissionais de saúde em todo o mundo qualificados para a APS ou AB com

urgente necessidade dos países investirem na formação profissional e no cuidado de saúde em rede de APS como a melhor forma de atendimento para os maiores impactos sociais e de menores custos para os cofres públicos(OMS, 2008) e apresentou dados suficientes para que os países ricos e pobres reservassem 15% de seus recursos para financiar cobertura universal de saúde considerando que 20% a 40% do dinheiro gasto com a saúde eram desperdiçados pela ineficiência da aplicação desnecessária e excessiva dos governos (OMS, 2010).

O Relatório Mundial da Saúde(OMS, 2010) estimou 150 milhões de pessoas sofrendo a catástrofe financeira motivada pelo custo elevado para cuidados com a saúde e 100 milhões de famílias empurradas para abaixo da linha da pobreza por conta de problemas associados à falta de cobertura universal de saúde dentro dos países.

As recomendações dadas pela OMS por meio destes relatórios reforçaram implantação da cobertura universal de saúde utilizando recursos levantados por meio de impostos em produtos de consumo internacional acordados entre países, criação de fundos apoiados pela Organização das Nações Unidas (ONU), Organização Pan Americana de Saúde (Opas), Organização Internacional do Trabalho (OIT) e outros órgãos colaboradores(OMS, 2010), implantação da rede de APS ou AB como essenciais para promover o cuidado da saúde das pessoas a baixos custos e com maiores impactos (OMS, 2008) e investimento prioritário em políticas de qualificação e sustentabilidade voltadas para a FTS como parte fundamental para garantir desenvolvimento de um sistema de saúde abrangente de caráter universal (OMS, 2006).

Apesar de todas as recomendações e os dados estatísticos apresentados, muitos países desenvolvidos e em desenvolvimento não se atentaram para a importância destas ações e continuaram com práticas curativas sem a implantação de modelos assistenciais de saúde desejáveis.

O Relatório de Desenvolvimento Humano (RDH) de 2019 elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) identificou cerca de 1,3 bilhão de pessoas no mundo vivendo com falta de água potável e alimentação adequada, saneamento básico, energia elétrica e acesso aos bens e serviços fundamentais de saúde e educação, caracterizada pela pobreza multidimensional que ultrapassou o índice da má distribuição da renda; 662 milhões de pessoas vivendo a pobreza multidimensional em 104 países de renda média e baixa e outras 879 milhões correndo o risco de cair na pobreza multidimensional de forma rápida se forem acometidos por conflitos, doenças, seca, desemprego e muito mais.

Principais medidas tomadas para o desenvolvimento humano da população mundial que impactaram na melhoria da qualidade de vida das pessoas foram decorrentes dos pactos firmados entre os países para o alcance dos Objetivos para o Desenvolvimento do Milênio (ODM), adotados pela Declaração do Milênio das Nações Unidas entre os anos de 2000 a 2015 e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), que deu continuidade a estes objetivos a partir de 2016, comprometidos com medidas mais amplas de sustentabilidade entre as pessoas, planejados para cumprirem a agenda 2030, com vistas a promover uma abordagem global e uma estratégia coordenada pela promoção da dignidade humana e enfrentamento, simultâneo, de mazelas como pobreza, fome, doenças, analfabetismo, degradação ambiental e discriminação contra as mulheres.

Estes compromissos foram acordados como um pacto de desenvolvimento sustentável para a humanidade envolvendo os países membros da ONU, que reuniu aproximadamente 191 países e 23 organizações internacionais comprometidos em combater a pobreza, a fome e outros males da sociedade com forte impacto na organização dos serviços e qualificação da FTS para desenvolverem competências de atuação em rede de atendimento do cuidado, de forma técnica e humanizada, com ações promocionais e preventivas de educação em saúde, especialmente na APS sem negligenciar as demais redes de atendimento.

O compromisso dos países com estes objetivos tem contribuído com melhores índices de saúde apontados em relatórios de monitoramento destas ações, muito embora alguns indicadores avaliados por estudiosos tenham identificado uma agenda incompleta dos ODM e um déficit de compromisso que afetaram avançar com os ODS (POZ, 2013). Exemplo disso, citam-se os seguidos surtos epidemiológicos e pandemia do vírus do ebola ocorridos na África entre os anos de 2014 a 2016 com 28.454 pessoas infectadas e 11.297 mortes em decorrência da morosidade de uma resposta internacional imediata (SAMPAIO e SCHÜTZ, 2016).

Associada à pandemia do vírus do ebola a África sofreu com a falta de hospitais, profissionais de saúde e medicamentos agravadas às precárias condições de moradia, alimentação, violência entre comunidades e a desinformação contando com a solidariedade dos Médicos Sem Fronteira e da Cruz Vermelha para somarem forças no controle da disseminação da doença pelo mundo.

Preocupações com a saúde global que envolveram compromissos com a saúde pública e o meio ambiente, desde que não afetassem diretamente a centralidade da produção material no mundo, foram despercebidas ou postergadas para outros momentos, ainda que permanecesse o discurso contrário, e que as estatísticas identificassem disseminação sem

controle de casos graves de deslocamentos migratórios, guerras civis, desastres naturais e provocados, segregação racial, abandono humano pela discriminação ou institucionalização de vulneráveis descuidados pelo sistema público entre outros comprometedores do cuidado com a saúde, principal problema a ser enfrentado no combate à doença social que a vinculou à pobreza humana multidimensional.

Esta realidade introduziu os graves problemas sociais e econômicos enfrentados pelo mundo inteiro em decorrência da negligência do investimento em políticas de saúde pública com elevação do agravamento da crise sanitária provocada pela pandemia da COVID-19, fenômeno eminente surgido em 2020.

2. METODOLOGIA

O estudo discutiu as medidas de saúde recomendadas pela OMS e as determinações de vigilância epidemiológica orientadas pelo Regulamento Sanitário Internacional (RSI) 2005 com ações restritivas de mobilidade urbana sanitária e isolamento social. Marco temporal considerou a aplicação dessas medidas de saúde apresentadas no final do século XX, culminando com a análise da Pandemia da COVID-19 que envolveu os primeiros meses do ano de 2020.

As tendências do comportamento sócio-político dos estados para o enfrentamento da Pandemia COVID-19, associadas à mudança de paradigma da concepção de saúde como direito fundamental da pessoa humana foram discutidas na expectativa de contribuir para melhorar o conhecimento e a capacidade técnica e institucional de intervenção sobre o cenário crítico que cobriu o mundo com o surgimento do novo coronavírus Sars-CoV-2

O material pesquisado foi consultado no acervo bibliográfico e documental do Portal da Biblioteca Virtual da Saúde - BVS (<http://brasil.bvs.br/>) nas Bases de Dados da Organização Mundial da Saúde – WHOLIS (www.who.int), da Organização Pan Americana da Saúde – PAHO (www.paho.org) e do Ministério da Saúde - MS (<http://bvsmis.saude.gov.br/>).

O levantamento dos dados foi retirado do material produzido no Brasil e por agências internacionais apresentados em relatórios, artigos, declarações e recomendações, material de cursos, cartilhas, leis, pareceres e resoluções entre outros, também consultado no Repositório Institucional para Trocas de Informações - IRIS (<https://iris.paho.org>) da OMS/Opas no Brasil (<https://www.paho.org/bra>).

A revisão bibliográfica envolveu a narrativa da literatura publicada online sobre a pandemia da COVID -19 em artigos científicos e vídeos instrucionais de instituições de pesquisa, ensino, programas do governo federal e agências de fomento, revistas de veiculação internacional, especificamente consultadas as bases de dados da OMS (<https://news.un.org/pt/tags/organizacao-mundial-da-saude>), da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ (<https://campusvirtual.fiocruz.br/gestordecursos/hotsite/covid19>) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO (www.abrasco.org.br) com documentos pesquisados de acesso público.

3. CONDIÇÕES DA SAÚDE NO MUNDO COM A PANDEMIA DA COVID-19

A Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV-2) é a manifestação sintomática provocada por um grupo de vírus da família dos coronavírus causadores da doença COVID-19. A doença tem caráter sintomático respiratório semelhante a uma gripe de grau leve a moderado podendo evoluir para quadro viral semelhante a uma pneumonia grave com risco de morte (BRASIL, 2020).

Apesar de ser uma doença desconhecida, com comportamento sintomático ou assintomático, tem natureza genética que provoca rápido contágio por gotículas respiratórias de nariz e boca em contato próximo com indivíduos infectados, possui alta capacidade de mutação e infecção pela acelerada disseminação entre seres humanos, com tendência a efeitos graves que causam a morte nos chamados grupos de riscos: pessoas idosas e/ou que possuam alguma comorbidade vinculada à diabetes, hipertensão arterial, cardiopatias, câncer e obesidade.

Boletins Epidemiológicos da OMS relacionados ao acompanhamento da COVID-19 de 2020 registraram que em dezembro de 2019 a doença provocou comportamento sintomático entre pessoas moradoras de Wühan, uma importante cidade de tráfego aéreo nacional e internacional da China de 11 milhões de habitantes, com progressiva disseminação para várias outras cidades próximas e rápida contaminação entre os países no mundo inteiro.

O surto viral da COVID-19 foi declarado pela OMS Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional elevado à Pandemia Global em 11 de março de 2020 quando foram contabilizados mais de 118 mil casos confirmados em 114 países e 4,2 mil mortes registradas. Havia risco eminente de propagação acelerada da doença para todos os continentes e os hospitais do mundo inteiro enfrentavam o risco da superlotação com o internamento de milhares de pessoas lutando por suas vidas de forma recorrente.



O quadro 1 apresenta dados divulgados pela OMS sobre a evolução da doença no mundo registrados no período de março a junho de 2020 em termos de sua disseminação pelos continentes e os principais países que se tornaram epicentros de contaminação e mortes.

Quadro 1: Panorama da COVID-19 no Mundo

REGIÕES	CASOS CONFIRMADOS	MORTE REGISTRADAS	PAISES COM MAIOR INCIDÊNCIA DE CASOS		
			Países	Confirmados	Mortes
Região das Américas	3.781.538	201.848	EUA	2 057 838	115.112
			Brasil	850 514	42.720
Região da Europa	2 416 920	188 350	Reino Unido	295.893	41.698
			Espanha	243 928	27.136
			Itália	236 989	34.345
			França	152 767	29.343
Região do Mediterrâneo Oriental	778.200	17.077	Irã	187.427	8.837
			Paquistão	144 478	2.729
Região do Pacífico Ocidental	198.995	7.215	China	84 778	4645
			Singapura	40 604	26
			Filipinas	25 930	1088
Região do Sudeste Asiático	471.392	12.927	Índia	332 424	9.520
			Bandagles	87 520	1171
Região Africana	175.503	4.111	África do Sul	70.038	1.480
			Nigéria	16.035	420

Fonte: Dados computados até 15 de junho de 2020 - Observatório Global da Saúde/OMS

A Declaração da Pandemia Global foi emitida pela OMS com base no Regimento Sanitário Internacional - RSI(2005) que associou aos países membros da OMS o cumprimento das recomendações temporárias de Medidas de Saúde Pública com registro das Notificações e Informações Detalhadas com Responsabilidade designada para implementação, socialização das informações e manutenção da comunicação permanente de forma a garantir a transparência na condução da emergência conforme quadro 2 apresenta o detalhamento destas recomendações.

Quadro 2: Detalhamento das Recomendações dadas pela OMS conforme RSI (2005)

RECOMENDAÇÕES TEMPORÁRIAS DA OMS	
População em geral	<ul style="list-style-type: none"> Práticas de higiene respiratória e das mãos, seguindo práticas alimentares seguras e procurar orientação médica caso ocorra sintomas do COVID -19.
Trabalhadores da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> Utilizar Protocolo de Controle de Infecção (PCI) com plano de treinamento, plano de conduta e equipe de apoio; Aplicar precauções padrão: higiene respiratória e das mãos, uso de equipamento de proteção individual (EPI) adequado de acordo com a avaliação de riscos, práticas de segurança de injeção, gerenciamento seguro de resíduos, roupas de cama adequadas, limpeza ambiental e esterilização do equipamento de atendimento ao paciente; Assegurar proteção ao paciente com recomendações de higiene e oferta de materiais de proteção no atendimento.
Pessoas com suspeita de contaminação	<ul style="list-style-type: none"> Isolamento domiciliar adequado e acompanhado por profissionais de saúde; Capacitar paciente e família a seguir as precauções (higiene das mãos, higiene respiratória, limpeza ambiental, limitação de movimento, lavagem dos alimentos, etc.) ; Garantir segurança de riscos por ingestão acidental e incêndios.
Comunicação de risco e engajamento comunitário	<ul style="list-style-type: none"> Comunicação regular proativa e transparente sobre o COVID-19: o que é conhecido, o que é desconhecido e o que está sendo feito para obter mais informação, de forma a minimizar as consequências adversas; Exercer vigilância, notificação de casos, rastreamento de contatos, cuidados com os doentes, prestação de cuidados clínicos e recolha de apoio local para quaisquer necessidades logísticas e operacionais para a resposta.
Viajantes	<ul style="list-style-type: none"> Higiene pessoal, etiqueta da tosse e manter uma distância de pelo menos um metro de pessoas que apresentam sintomas; Desaconselha restrições de viagens ou comércio a países com surto.
Estados Membros	<ul style="list-style-type: none"> Capacitar antecipadamente o país para responder pronta e eficazmente a riscos e emergências em saúde pública de importância internacional; Criar um Comitê de Emergência de Saúde Internacional; Elaborar Planos de contingência para saída e entrada de pessoas, bagagens e bolsas, objetos e produtos do país; Garantir a identificação oportuna de casos suspeitos, a coleta e envio de amostras a laboratórios de referência, a

implementação de protocolos de vigilância, notificação de novos casos e controle de riscos com estatísticas de óbitos;
· Implantar Medidas de Saúde que deverão ser empregadas considerando as dificuldades confrontadas.

Fonte: Recomendações da Opas/OMS, janeiro de 2020 disponível em www.paho.org/bra.

Considerando a Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional países de todos os continentes passaram a se organizar para atender ao RSI(2005) e às recomendações da OMS conforme dados mais específicos iriam sendo registrados em Boletins Epidemiológicos de acompanhamento da COVID-19 socializados aos Sistemas de Vigilância Sanitária em todo mundo.

Estudos acadêmicos e de pesquisas científicas, produções audiovisuais remotas e jornalísticas, editoriais e relatórios sócio-políticos e econômicos se somaram como principais fontes² de informação, amplamente divulgados seu acervo pela mídia acadêmica e social de forma a aproximar das pessoas o monitoramento das medidas de saúde públicas recomendadas pela OMS para todas as nações. As informações de acesso livre sobre a pandemia COVID-19 desenharam o panorama inicial da doença direcionando a mudança do comportamento humano, socioeconômico e sanitário dos países com grau de incertezas e fragilidades.

Destaca-se relatar a experiência da China com medidas de saúde para enfrentamento da COVID-19 por sua contribuição com o uso da biotecnologia para a rápida identificação da sequência genética do vírus socializado em direção às pesquisas de vacinas e opções de tratamento, kits de teste para a detecção das pessoas infectadas, ampliação da rede de atendimento hospitalar com a construção de hospitais de campanha, produção de respiradores, fabricação de tecidos de maior proteção para a equipe médica, produção de máscaras e EPI entre outros.

A vasta aplicação de inteligência artificial em saúde para identificação e monitoramento dos infectados provocou o bloqueio e a restrição de viagens internacionais, controle de entrada e saída dos aeroportos e o desaceleramento do contágio associado às aplicações de quarentena rigorosa de pessoas e famílias (JUHWAN OH, JONG-KOO LEE, DAN SCHWARZ, HANNAH L. RATCLIFFE, JEFFREY F. MARKUNS & LISA R, 2020), exemplos que irão ficar na história da saúde mundial e deverão fazer parte dos novos construtos para o planejamento da saúde global do futuro.

² O debate da mídia de cobertura do assunto das principais redes jornalistas e os boletins epidemiológicos da OMS e de outros países identificaram o panorama recente de como a doença tem direcionado o comportamento socioeconômico e sanitário dos países para o enfrentamento do novo coronavírus Sars-CoV-2

Apesar das grandes contribuições da China associadas ao enfrentamento imediato da COVID-19 pelo uso da tecnologia inteligente, não se pode esquecer que o país priorizou antecipadamente o desenvolvimento de um sistema de saúde equitativo, denominado 'Plano China Saudável 2030' (XINHUA, 2017) com aumento da capacidade de assistência à saúde da população (WANG e TANG, 2020).

Medidas de Saúde para o enfrentamento da COVID-19 na China foram acompanhadas de proteção financeira com recursos previamente arrecadados para garantir proteção à saúde mesmo para quem tinha plano particular de atendimento. Estes recursos foram gastos para a remoção de despesas médicas catastróficas compensadas pelas barreiras financeiras para quem adquiriu o coronavírus.

O 'Plano China Saudável para 2030' garantiu a proteção à saúde da população mediada por subsídios dos Ministérios das Finanças e da Administração da Segurança Pública dirimindo mazelas sociais e econômicas que se constituíram com o fechamento do comércio no epicentro da contaminação.

Wang e Tang (2020) analisaram que as mortes sequenciais de profissionais de saúde e pessoas comuns ocorridas na China foram provocadas pela falta de profissionais de saúde que atingiu gravemente a APS e pela mesma escassez de profissionais de saúde que também atingiu a capacidade clínica de atendimento, provocando o deslocamento de profissionais de outras cidades em número insuficiente, e deixou o país no centro dos principais índices negativos de mortalidade provocados por um vírus, até a OMS declarar a Europa como epicentro da doença em 13 de março de 2020.

Se a China e países asiáticos passaram pela pandemia com perdas e ganhos de suas principais contribuições, não se pode ver com os mesmos olhos o cenário europeu, que foi castigado pelas vítimas da COVID-19 acumuladas pela falta de leitos hospitalares, condições de comorbidades acentuadas pelo envelhecimento humano e pela falta de estrutura dos hospitais para atender tantas pessoas, entre as quais se evidenciaram a morte de muitos profissionais de saúde e o adoecimento de outros (VERELST, KUYLEN, BEUTELS, 2020), constituindo como um dos cenários do colapso sanitário a falta de espaço para enterrarem seus mortos vastamente registrado pela mídia social. Países como o Reino Unido, Itália e Espanha se tornaram, entre os meses de março e abril, o cenário dos novos epicentros de contaminação do mundo.

Análise de Castro, Seno e Pochmann (2020) é de que a Europa vitimou gerações de famílias pelas graves sequelas sociais desencadeada pela maior crise econômica já vivenciada desde a guerra mundial de 1948, relatada em números de acelerado desemprego,

comprometimento da produção industrial e falência de muitos comércios. Fenômeno social aparente retirou a população da quarentena com retorno gradativo ao trabalho. A população enfrentou o risco da contaminação do vírus, ainda em processo acelerado pelo medo da letalidade econômica anunciada e de suas sequelas sociais não dimensionadas.

Países norte-americanos, especialmente os Estados Unidos sofreram com o acelerado processo de contaminação e colapso do sistema de saúde em decorrência do atraso na tomada de medidas de saúde recomendadas pela OMS e a falta do investimento em saúde pública de cobertura universal (OMS, 2008). No mês de abril de 2020 se tornou o epicentro da contaminação da COVID-19 e vitimou várias famílias a custear despesas médicas catastróficas em decorrência da ausência de políticas de proteção social para garantir o cuidado com a saúde da população. Somado a isto, se presenciou o enfrentamento do desemprego, a falência múltipla da indústria e do comércio com a instalação da severa crise econômica anunciada como principal sequela a ser enfrentada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2 (ANTUNES, 2020).

Países latino-americanos como o Peru, Equador e Venezuela foram citados por Maxmem (2020) por terem sofrido com a extrema violência policial que se intensificaram pelo agravamento de questões sociais já existentes. Medidas de saúde aplicadas por seus governos foram executadas com o uso da coerção punitiva e gás lacrimogênicos para fazer a população cumprir o recolhimento e isolamento social antes do horário agendado. Somados a isto, se evidenciaram a falta de laboratórios para realização de exames, dificuldade de acesso aos hospitais pela dificuldade de deslocamento, falta de covas para enterrar seus mortos aglomerando pessoas vivas e mortas num mesmo espaço, entre outros problemas gerados socialmente.

Alvarez (2020) ao analisar a pandemia entre os países africanos chamou a atenção para o histórico da questão social mais grave de associação da COVID-19 com as desigualdades sociais e meio ambiente fecundados de riscos e contaminações. Países como Nigéria, Benin, Guiné, Gana, Libéria, Mali, Serra Leoa localizados na África Ocidental sofreram a disseminação da COVID-19 com o período de endêmica da febre de lassa³ e seu pico anual de contaminação observado na estação seca (dezembro-abril) após o ciclo de reprodução dos ratos *Mastromy*, espécie local.

3 Descritos em Médicos Sem Fronteiras a febre de lassa existe há 50 anos provocada por um vírus descoberto na aldeia de Lassa, na Nigéria. A doença é um tipo de febre hemorrágica viral como o Ebola, endêmica nos países da África Ocidental, como Nigéria, Serra Leoa, Guiné, Libéria e Benin. Ver <https://www.msf.org.br/videos/o-que-e-febre-de-lassa>.

O período da epidemia da febre de lassa associada à pandemia da COVID-19 ampliou a disseminação dos problemas sanitários mais complexos do flagelo social humano e da falta de preservação de ambiente saudável agravados pela aplicação das medidas de saúde recomendadas pela OMS.

Autoridades de saúde e de vigilância sanitária fizeram fechamento dos portos de entrada e saída de pessoas e mercadorias impedindo a população de receber remédios e kit de testes para notificação e controle das doenças, além de dificultar a chegada de ajuda de outros países e profissionais de saúde.

Apesar do surto da COVID-19 na África até o mês de junho de 2020 não ter um registro de laboratório com números agravantes como vistos em outros continentes, já se observou o lastro deixado pela doença que apontou para a fragilidade da proteção da saúde das pessoas e profissionais de saúde que foram vitimados pela falta de insumos para trabalhar e o acesso às notificações de exames laboratoriais. Cuidados clínicos e hospitalares foram comprometidos pela precariedade do acompanhamento correto, além do aumento dos riscos de contaminação em ambiente fecundo para disseminação de outros vírus e o coronavírus associados.

As medidas de saúde recomendadas pela OMS para países latino-americanos e África se perderam pelos altos índices de resistência, descrédito na gestão do comando emergencial nas principais áreas de enfrentamento de combate à COVID-19.

Condições sanitárias precárias, comunicação e informação pública negligenciada, fatores econômicos de proteção laborativa, de sustentabilidade e segurança para aplicação de medidas de saúde evidenciaram as sequelas mais agravantes que a COVID-19 poderia deixar para uma população.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Cuidados com a saúde da população mundial vinculado às desigualdades sociais e à má distribuição de renda entre países ricos e pobres se destacam pela preocupação da OMS e outros órgãos internacionais desde o século XX por chamarem à responsabilidade dos governos para o planejamento de políticas de proteção à saúde internacional. O nível de maior ou menor gravidade e risco da manifestação das doenças e os agravamentos decorrentes das condições socioambientais e econômicas de enfrentamento nas diferentes regiões entre países e dentro de um mesmo país em dimensões globais, revelaram a necessidade de promover condições ambientais favoráveis, acessibilidade ao serviço de saúde e a garantia

do atendimento como uma condição mínima para assegurar saúde como um direito fundamental à vida.

Alguns países não conseguiram mudar de forma independente por não priorizar recursos orçamentários para investir na mudança do modelo assistencial e no planejamento da FTS. Agravos desta condição são advindos do descaso com a saúde pública, interesses mercadológicos diversos, ausência de formulação de políticas de saúde protecionistas e outros problemas decorrentes.

Por outro lado, há países onde as desigualdades sociais são prevalentes e é preciso pensar estratégias governamentais de enfrentamento das condições específicas de vida e trabalho de cada contexto de forma equânime para que seja igualitária as possibilidades de mudança. Nestes países há uma necessidade de se ouvir as pessoas e suas formas de enfrentamento social dos problemas e tomar de suas experiências as possibilidades reais para implantação de sistemas de saúde voltados para o cuidado.

Experiências da pandemia Covid-19 em diferentes países evidenciaram que as recomendações da OMS e órgãos internacionais de saúde dialogaram discursos do cuidado com a saúde alinhados ao pensamento da solidariedade humana sem dirimir responsabilidades públicas e compromissos firmados entre os países, de forma a tratar de forma igual países diferentes em dimensões e contextos. Ortega (2020) apontou que estas medidas tem tamanhos iguais para espaços diferentes com urgente necessidade de se ouvir a população e suas experiências de enfrentamento aos problemas de saúde.

Agravamentos da questão social que vincularam os riscos da extrema pobreza e a falência das riquezas nacionais em diferentes países recorrentes de doenças que circulam o mundo são, efetivamente observados em sequelas onde as desigualdades sociais são presentes e o descaso com a preservação do meio ambiente saudável comprometem a vida das pessoas, famílias e a produção da riqueza de seus países. Naturalmente, países mais pobres são sempre os mais afetados, especialmente na África Subsaariana, Ásia e regiões das Américas em graus de gravidade extrema.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se entre os países ricos e pobres que os problemas de enfrentamento da pandemia COVID-19 estão associados às recomendações permanentes da OMS quanto ao investimento em saúde pública de cobertura universal, consolidação do modelo de cuidado de saúde promocional das pessoas em detrimento do tratamento de doenças e o descaso



com uma política de proteção aos recursos humanos em saúde com melhores condições de vida e trabalho para seus profissionais.

De um modo geral, as recomendações temporárias dadas pela OMS tratadas pelas medidas de saúde pública e de vigilância sanitária para a proteção da COVID-19 tendeu a deixar sequelas no corpo e na mente, com dúvidas e incertezas ainda não identificadas a dimensão de seu alcance em todos os países. Entretanto, as desigualdades sociais para o enfrentamento do problema é real, e nisto se reflete incondicionalmente o achatamento da linha de pobreza com sequelas que se somam de maiores riscos sociais e econômicos com grau de letalidade associados às falências dos sistemas econômicos, de segurança social e de saúde dos países comprometedores do futuro de várias gerações.

Previsões para novo comportamento social e econômico já são observados como forma para o enfrentamento do combate efetivo aos problemas gerados pela pandemia, especulações de mudança no modo de produzir o trabalho das pessoas sem prejuízos para as empresas de forma remota, novo paradigma da produção material globalizado poderá reorientar o pensamento econômico preservando prioritariamente as condições de saúde das pessoas por meio de investimento em saúde pública de forma global associada e colaborativa.



REFERÊNCIAS

- ALVAREZ, M et al. COVID-19 pandemic in west Africa. *The Lancet Global Health*, 01 April 2020. [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X\(20\)30123-6.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X(20)30123-6.pdf)
- AHMED F. et al. Why inequality could spread COVID-19. *The Lancet Public Health*, [s.l.], 2 abr. 2020. Elsevier BV. Disponível em [http://dx.doi.org/10.1016/s2468-2667\(20\)30085-2](http://dx.doi.org/10.1016/s2468-2667(20)30085-2). [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(20\)30085-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(20)30085-2/fulltext). Acesso 06.05.2020.
- ANTUNES, Davi. Os Serviços nos EUA do Século XXI in CASTRO, Daniel. SENO, Danilo Dal. POCHMANN, Márcio (Org.). *Capitalismo e a Covid-19*. São Paulo/SP, 2020. Disponível em <http://abet-trabalho.org.br/wp-content/uploads/2020/05/LIVRO.CapitalismoxCovid19.pdf>. Acesso em 28.04.2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Declaração de Alma Ata (Compilada) p. 33 a 34. As Cartas da Promoção da Saúde Projeto Promoção da Saúde (Série B. Textos Básicos em Saúde). Brasília/DF, 2002
- _____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Regulamento Sanitário Internacional - RSI 2005. Aprovado pelo Congresso Nacional Brasileiro pelo Decreto Legislativo 395/2009 publicado no DOU de 10/07/09, pág.11. Disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/documents/375992/4011173/Regulamento+Sanit%C3%A1rio+Internacional.pdf/42356bf1-8b68-424f-b043-ffe0da5fb7e5>. Acesso em 30.04.2020.
- _____. Universidade de Brasília (UNB). Sociedade Brasileira de Medicina Tropical (SBMT). Núcleo de Medicina Tropical da UNB. Febre de Lassa: epidemia deixa mais de 100 mortos na Nigéria nos primeiros meses do ano. Versão online. Publicação: 11 de março de 2020 Disponível em <https://www.sbmt.org.br/portal/febre-de-lassa-epidemia-deixa-mais-de-100-mortos-na-nigeria-nos-primeiros-meses-do-ano/>. Acesso em 20.05.2020.
- _____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância Sanitária. Secretaria de Vigilância em Saúde: desafios e Perspectivas. Relatório de Gestão 2019/2020. Versão Preliminar. Brasília/DF, 2020. Disponível em https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/secretaria_vigilancia_saude_desafios_perspectivas_relatorio_gestao_2019_2020.pdf. Acesso em 12.05.2020.
- _____. Ministério da Saúde (MS). BOZZA, Fernando. Lidando com a epidemia. Vídeo produzido pelo Núcleo de Operações de Inteligência em Saúde (NOIS), abril de 2020. Associação de Medicina Intensiva Brasileira – AMIB. Disponível em <https://youtu.be/tJ7SoizPGzE>. Acesso 24.04.2020.
- CASTRO, Daniel. SENO, Danilo Dal. POCHMANN, Márcio (Org.). *Capitalismo e a Covid-19*. São Paulo/SP, 2020. Disponível em <http://abet-trabalho.org.br/wp-content/uploads/2020/05/LIVRO.CapitalismoxCovid19.pdf>. Acesso em 28.04.2020.
- GONZALÉZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. de. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, v. 20, n. 2, p. 551-570. Rio de Janeiro/RJ, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n2/a12v20n2.pdf>. Acesso 21.03.2018.
- JUHWAN, Oh. JONG-KOO. Lee, DAN, Schwarz. HANNAH, L. RATCLIFFE, Jeffrey F. MARKUNS & LISA R. Resposta Nacional à COVID-19 na República da Coreia e Lições Aprendidas para Outros Países (do inglês Hirschhorn National Response to COVID-19 in the Republic of Korea and Lessons Learned for Other Countries). *Health Systems & Reform*. Taylor e Francis, 6p. 2020. Disponível em <https://doi.org/10.1080/23288604.2020.1753464>. Acesso 01.05.2020.



OMS. Organização Mundial da Saúde. The World Health Report on Human Resources for Health - Working Together for Health, 2006 (Trad. Relatório Mundial da Saúde sobre Recursos Humanos em Saúde: Trabalhando Juntos pela Saúde). Editor da versão portuguesa Ministério da Saúde, 2007. 210 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em https://www.who.int/whr/2006/06_overview_pr.pdf?ua=1. Acesso 28.05.2020.

_____. Organização Mundial da Saúde. The World Health Report 2008 : Primary Health Care Now More Than Ever (Trad. Relatório Mundial da Saúde: Cuidados de Saúde Primários: agora mais do que nunca). Editor da versão Portuguesa Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde. Genebra/Suíça, 2008. Disponível em https://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf?ua=1. Acesso 18.05.2020.

_____. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial da Saúde - Financiamento dos Sistemas de Saúde: O Caminho para a Cobertura Universal. [WHO. The world Health Report – Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage]. Genebra/Suíça; 2010. Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44371/9789899717848_por.pdf?sequence=33&isAllowed=y. Acesso 13.05.2020.

ONU. Organização das Nações Unidas. PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Estados Unidos). Relatório Global sobre Desenvolvimento Humano 2019. Além do rendimento, além das médias, além do presente: Desigualdades no desenvolvimento humano no século XXI. 362 p. Disponível em http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_pt.pdf. Acesso em: 28.04.2020.

POZ. Mário Roberto Dal. A crise da força de trabalho em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(10): 1924-1926, out, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013001000002&script=sci_arttext. Acesso em 20 de abril de 2015.

SAMPAIO, João Roberto Cavalcante e SCHÜTZ, Gabriel Eduardo A epidemia de doença pelo vírus Ebola de 2014: o Regulamento Sanitário Internacional na perspectiva da Declaração Universal dos Direitos Humanos. Artigo Original. *Caderno de Saúde Coletiva*, 2016, Rio de Janeiro, 24 (2): 242-24. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n2/1414-462X-cadsc-1414-462X201600020184.pdf>. Acesso em 20.04.2020.

VERELST, Frederik , KUYLEN, Elise , BEUTELS. Philippe. Indications for healthcare surge capacity in European countries facing an exponential increase in coronavirus disease (COVID-19) cases. *Euro Surveill*, abril de 2020. Disponível em <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.13.2000323#referenceContainer>. Acesso 02.05.2020

XINHUA. Ju Peng. Comitê Central do Partido Comunista da China e Conselho de Estado. Programa China Saudável 2030". Íntegra do Relatório do 19º Congresso Nacional do Partido Comunista da China. Beijing/China, 2017. Disponível em http://portuguese.xinhuanet.com/2017-11/03/c_136726423.htm. Acesso em 20.04.2020.

WANG, Z., TANG, K. Combating. COVID-19: health equity matters. *Revista Online Nature Medicine*, nº. 26, p. 458, 2020. Disponível em <https://www.nature.com/articles/s41591-020-0823-6.pdf>. Acesso em 06.05.2020.



EDUCAR PARA PREVENIR: A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE E VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DA COVID-19

Maria Eretusa Vieira Nunes (Hospital Maternidade Able Belarmino De Amorim)

RESUMO: Recentemente fomos surpreendidos por uma onda de infecção a nível global provocada pelo vírus SARS-CoV-2 que ocasiona a doença Covid-19. Desde então, começou uma grande luta mundial afim de conter a disseminação do vírus, pois, a doença ainda não tem cura e o processo de produção de vacinas é lento. Diante disso, uma das principais estratégias de contenção do vírus é a prevenção. Neste sentido, as ações de Educação em Saúde e Vigilância em Saúde ganharam grande importância no enfrentamento da doença. Com essas ações busca-se evitar o contágio em massa e conseqüentemente o colapso do sistema de saúde.

Palavras-Chave: Covid-19; Educação em Saúde; Vigilância em Saúde.

ABSTRACT: We were recently surprised by a global infection wave caused by the SARS-CoV-2 virus that causes Covid-19 disease. Since then, a great worldwide struggle has begun to contain the spread of the virus, as the disease has not yet been cured and the vaccine production process is slow. Therefore, one of the main strategies for containing the virus is prevention. In this sense, the actions of Health Education and Health Surveillance have gained great importance in coping with the disease. These actions seek to prevent mass contagion and, consequently, the collapse of the health system.

Keywords: Covid-19; Health education; Health Surveillance.

1 INTRODUÇÃO

A COVID-19 é uma doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, que apresenta um quadro clínico que varia de infecções assintomáticas a quadros respiratórios graves. Este vírus iniciou sua onda de infecção na cidade de Wuhan, na China, no final do ano de 2019. E desde então, ele tem se espalhado para o mundo todo, e no mês de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde - OMS decretou o estado de pandemia, ou seja, teve-se a ocorrência de diversos surtos em várias regiões do planeta.

De acordo com a OMS, a maioria dos pacientes com COVID-19 podem ser assintomáticos e uma menor parte dos casos podem demandar atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória e desses casos alguns podem necessitar de suporte para o tratamento de insuficiência respiratória (suporte ventilatório).

Desde então, começou uma grande luta mundial afim de conter a disseminação do vírus, pois, a doença ainda não tem cura e o processo de produção de vacinas é lento. Diante disso, uma das principais estratégias de contenção do vírus é a prevenção, ou seja, evitar a exposição ao vírus, para que as pessoas não sejam contaminadas todas ao mesmo, ocorrendo assim um colapso no sistema público de saúde.

É neste sentido, que a Educação em Saúde, entendida como um processo educativo de construção de conhecimentos em saúde entre profissionais da saúde e a população (BRASIL, 2012), se torna uma grande aliada nessa luta. É por meio de Ações Educativas que as orientações quanto à prevenção são repassadas para a população. Estas terão, que passar por um processo de aprendizado e reorganizar sua rotina diária, inserindo medidas que possam evitar a disseminação do vírus no seu cotidiano pessoal e de trabalho. Pequenas atitudes, como lavar as mãos, usar máscaras, uso de etiqueta respiratória, e além disso o isolamento social, são coisas que podem surtir um grande efeito nessa causa.

A Educação em Saúde pode ser vista também de um outro ângulo, voltada para os profissionais de saúde. Por ser uma doença nova e sem muitas informações a seu respeito, os profissionais de saúde têm que estar em uma constante busca de informações que embasem o seu trabalho. Nesta perspectiva, temos o Ministério da Saúde e a Organização Mundial da Saúde – OMS que tem orientado à categoria, por meio de protocolos, notas técnicas e portarias, orientando como devem proceder diante de casos da doença. Essas orientações vão desde ao atendimento do paciente na atenção primária, nos hospitais de referências e até mesmo, orientação quanto ao manejo dos corpos das vítimas que vieram a óbito em decorrência da doença.

Ainda na perspectiva da prevenção destacamos também o trabalho da Vigilância em Saúde, que tem papel importantíssimo nesse contexto. Esta, de maneira geral se caracteriza como um conjunto articulado de ações destinadas a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças. Pode ser dividida em quatro categorias: vigilância epidemiológica, vigilância ambiental, vigilância sanitária e vigilância em saúde do trabalhador (BRASIL, 1990)

Portanto, o presente trabalho tem como objetivo, explicitar as principais Ações Educativas e as ações de Vigilância em Saúde que estão sendo empregadas no processo de contenção da disseminação do novo Coronavírus no Brasil, bem como trazer uma breve explanação sobre esse novo vírus e a doença ocasionada por ele, a Covid-19.

2 A PANDEMIA DA COVID-19

Em dezembro de 2019, uma série de casos de pneumonia causada por um novo coronavírus foi identificada em Wuhan, na China. Conhecido cientificamente por SARS-CoV-2, este vírus causa uma doença que foi denominada Covid-19. Em janeiro de 2020, o novo coronavírus foi anunciado oficialmente pelas autoridades chinesas como agente causador dessas infecções. E desde então, ele tem se espalhado para o mundo todo, e no mês de março de 2020, a OMS decretou o estado de pandemia, ou seja, teve-se a ocorrência de diversos surtos em várias regiões do planeta.

Segundo Cruz et al. (2020), “os coronavírus são vírus envelopados com RNA de sentido positivo, não segmentados, pertencentes à família Coronaviridae e à ordem Nidovirales, e são amplamente distribuídos em humanos e outros mamíferos, causando várias condições que variam da gripe "comum" à morte”.

De acordo com o Ministério da Saúde (2020), o vírus tem um nível de transmissão muito alto e provoca uma síndrome respiratória aguda que varia de casos leves – cerca de 80% – a casos muito graves com insuficiência respiratória – entre 5% e 10% dos casos. Sua letalidade pode variar conforme a faixa etária e condições clínicas associadas. Pessoas idosas ou com comorbidades prévias como asma, diabetes e hipertensão, obesidade, imunodepressão, doenças renais crônicas, miocardiopatias, entre outras, podem manifestar mais facilmente a forma grave da doença. Atualmente, o vírus já infectou mais de 1 milhão de pessoas e as mortes já passam de 400 mil em todo o mundo. O Brasil está em segundo lugar no ranking com maior número de infectados e mortos.



A transmissão entre humanos ocorre principalmente por meio de gotículas respiratórias oriundas de pessoas infectadas. Ou seja, ao ter contato próximo com pessoas doentes a infecção pode se dar por meio de espirros, tosse, gotículas de saliva, catarro, aperto de mãos e até mesmo ao tocar objetos ou superfícies contaminadas, como celulares, mesas, maçanetas, entre outros, seguidas de contato com a boca, nariz e olhos (BRASIL, 2020). Outras formas de transmissão ainda estão sendo estudadas.

O período de incubação é o tempo que leva para os primeiros sintomas aparecerem desde a infecção, que pode ser de 2 a 14 dias. Já com relação ao período de transmissibilidade a OMS está estudando as investigações a respeito e aponta que uma pessoa infectada pelo vírus SARS-CoV-2 pode transmitir a doença principalmente durante o período sintomático e não descarta também que a transmissão possa ocorrer mesmo sem o aparecimento de sinais e sintomas (BRASIL, 2020).

Segundo Cruz et al. (2020),

A transmissão ocorre principalmente em pacientes com doença reconhecida e não em pacientes com sinais leves e inespecíficos, ou seja, acredita-se que a disseminação ocorra somente após a presença de sinais de doença do trato respiratório inferior. No entanto, pacientes com infecção por Covid-19 detectada em estado grave ou fatal têm maior probabilidade de transmitir esse vírus, pois eliminam um número maior de partículas infecciosas em comparação com pacientes que apresentam a infecção de maneira leve ou assintomática.

Vale ressaltar que, embora a probabilidade de transmissão seja maior por pacientes graves, não deve ser desconsiderado a transmissão por pessoas assintomáticas ou com sintomas leves.

De acordo com Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (Covid-19) na Atenção Básica (2020), o paciente com a doença Covid-19 geralmente apresenta sintomas e sinais como: febre ($\geq 37,8^{\circ}\text{C}$); tosse; dispneia; dificuldade de respirar; mialgia e fadiga; coriza; dor de garganta; sintomas respiratórios superiores e sintomas gastrointestinais, como diarreia (mais raros). Alguns pacientes também relatam episódios de náuseas e vômito. A lista de sintomas aumenta a cada dia, conforme vão sendo apresentadas as pesquisas sobre a doença.

Para fins de diagnóstico, os pacientes suspeitos de infecção pelo novo Coronavírus são classificados de acordo com seus sintomas clínicos. Desta forma,

As pessoas que apresentam sintomas como, febre de início súbito, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta ou dificuldade respiratória, na ausência de outro diagnóstico específico, é considerado uma Síndrome Gripal – SG. [...]. Será considerado Síndrome Respiratória Aguda Grave – SRAG, o quadro em que o indivíduo de qualquer idade, com Síndrome Gripal (conforme definição anterior), apresente os seguintes sinais de gravidade: saturação de $\text{SpO}_2 < 95\%$ em ar ambiente; sinais de desconforto respiratório ou aumento da frequência respiratória avaliada de acordo com a idade; piora

nas condições clínicas de doença de base; hipotensão e indivíduo de qualquer idade com quadro de insuficiência respiratória (BRASIL, 2020).

Ambos são considerados suspeitos da Covid-19, sendo passível de investigação, notificação imediata, tratamento e testagem conforme indicação. É importante salientar que, a notificação de casos suspeitos ou confirmados deve ser realizada em até 24 horas nos sistemas e-SUS-VE em caso Síndrome Gripal – SG e no SIVEP-Gripe em caso de Síndrome Respiratória Aguda Grave – SRAG, conforme ficha de notificação disponível no site do Ministério da Saúde.

No que se refere ao diagnóstico, este é realizado por um profissional de saúde que irá fazer uma avaliação para detectar a presença de critérios clínicos como por exemplo, sensação febril ou febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta ou coriza ou dificuldade respiratória, o que é classificado como Síndrome Gripal-SG. E desconforto respiratório/dificuldade para respirar ou pressão persistente no tórax ou saturação de oxigênio menor do que 95% em ar ambiente ou coloração azulada dos lábios ou rosto, o que é classificado como Síndrome Respiratória Aguda Grave-SRAG.

Após avaliação e a confirmação dos sintomas, o Ministério da Saúde (2020) recomenda o isolamento domiciliar de todos os casos suspeitos ou confirmados de COVID-19, bem como de todos seus contactantes domiciliares, por 14 dias após o início dos sintomas. Esse tempo de isolamento deverá ser ampliado caso um contactante domiciliar venha apresentar sintomas. Além disso, caso o paciente tenha indicação será solicitado exames laboratoriais a fim de detectar a presença do vírus em seu organismo. Atualmente, devido ao alto número de infectados e a dificuldade e a escassez de testes, está sendo priorizado pacientes idosos, pacientes do grupo de risco (asmático, diabético, hipertenso, etc.) e os pacientes graves.

No Brasil, os principais tipos de teste que estão sendo usados para a detecção do Coronavírus são, entre outros, o teste de biologia molecular (RT-PCR em tempo real) e o teste imunológico (teste rápido).

O RT-PCR é considerado o padrão-ouro no diagnóstico da COVID-19. Estes baseiam-se na detecção de sequências únicas de RNA viral, com confirmação por sequenciamento de ácidos nucleicos, quando necessário. A amostra é preferencialmente obtida de raspagem de nasofaringe e orofaringe e deve ser coletada entre o terceiro e o sétimo dia após o início dos sintomas (BRASIL, 2020).

Já, o teste rápido, detecta a presença de anticorpos IgM e IgG produzidos pelo organismo de pessoas que foram expostas ao vírus. O exame é realizado a partir da amostra



de sangue do paciente, sendo recomendado a realização do teste a partir do décimo dia do início dos sintomas (BRASIL, 2020).

Contudo, é imperioso destacar, que o diagnóstico também deve levar em consideração a avaliação médica, além de exames complementares. Pode ser diagnosticado também a partir de critérios epidemiológicos, como por exemplo, histórico de contato próximo ou domiciliar, nos últimos 7 dias do aparecimento dos sintomas, com caso confirmado para Covid-19.

Pelo fato de a Covid-19 ser uma doença nova, ainda não existe um medicamento específico para o seu tratamento. O que se tem feito é o tratamento dos sintomas com medicamentos já existentes. Também não há uma vacina mundialmente eficaz. O que se tem são várias vacinas em desenvolvimento, algumas em suas fases finais de testes, porém, a expectativa é que o período para estar disponível para a população é de aproximadamente um ano. No Brasil, a referência no desenvolvimento dessas vacinas é a Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz.

Levando em consideração que estamos em um estado de pandemia, que não existe vacina para a Covid-19 e que temos um sistema público de saúde precário, a única solução a princípio para evitar a propagação do SARS-Cov-2 é a prevenção. Precisamos evitar que todas as pessoas sejam infectadas de uma vez, afim de não gerar um colapso no sistema saúde, tanto a nível nacional como internacional.

Levando em consideração este cenário, uma série de medidas foram tomadas, orientadas pela OMS para evitar a disseminação do vírus. Estas serão detalhadas no tópico seguinte.

3 A EDUCAÇÃO EM SAÚDE E VIGILÂNCIA EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DA COVID-19

Uma das principais maneiras de evitar a propagação do vírus da Covid-19 é a prevenção. Desta forma, o Ministério da Saúde e a OMS estabeleceram inúmeras medidas a serem adotadas tanto pela população quanto pelos profissionais de saúde.

Essas ações podem se dá tanto na forma de ações educativas para a população, com o intuito de orientar e repassar as orientações determinadas pelas instituições de saúde, como também por meio de capacitações para os profissionais de saúde. Outra forma ainda é, por meio da Vigilância em Saúde, que tem como objetivo articular as ações destinadas a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças.

A priori, apresentaremos as contribuições da Educação em Saúde para o combate a pandemia da Covid-19. Neste sentido, podemos defini-la como um processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...]. E também como um conjunto de práticas na área da saúde que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção à saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2012).

Para se alcançar bons resultados nas ações de Educação em Saúde é necessário o envolvimento de três partes principais:

Os profissionais de saúde que valorizem a prevenção e a promoção tanto quanto as práticas curativas; os gestores que apoiem esses profissionais; e a população que necessita construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados, individual e coletivamente (FALKENBERG *et al.*, 2014).

Quando aplicamos essa definição no contexto de uma pandemia de um vírus altamente contagioso, essas ações ganham uma importância ainda maior, tendo em vista que tem como objetivo imediato evitar a propagação de uma doença que tem dizimado milhares de pessoas pelo mundo em tão pouco tempo.

Deste modo, iremos explicitar de forma objetiva as principais ações educativas de prevenção, determinadas pela OMS e Ministério da Saúde que podem ser empregadas no cotidiano e que terá um grande efeito no processo de contenção do novo Coronavírus.

Uma das mais eficazes é o isolamento social, que tem essencialmente duas abordagens. No isolamento social horizontal, que vem sendo amplamente utilizado no Brasil e defendido pelos serviços de saúde, toda a população, com exceção de quem trabalha em atividades essenciais deve ficar em casa. Nessa vertente, parte do comércio também é fechada. Já no isolamento vertical, apenas pessoas do grupo de risco como, idosos e pessoas com comorbidades (hipertensão, diabetes, asma, entre outros) são orientadas a ficar em casa.

Para além desses, há ainda uma outra forma de isolamento chamada de *lockdown*⁴, na qual a população não pode sair de casa, sob pena de prisão por expor a perigo a vida ou saúde de outrem ou desobediência. O comércio também é fechado, ficando aberto apenas os serviços essenciais (supermercados, farmácias, postos de gasolinas, serviços de saúde). Vale ressaltar que essa medida por ser mais severa, deve ser determinada por parte do Estado e regulamentada judicialmente.

⁴ Traduzido para o idioma português significa confinamento.

Uma medida que também tem ajudado é o distanciamento social, que estabelece uma distância limite de 1,5 a 2,0 metros entre as pessoas, a fim de evitar o contato próximo, principalmente em locais públicos, como supermercados, por exemplo.

Além disto, outras recomendações importantes foram repassadas pela OMS e Ministério da Saúde. Estas se referem a questões de higiene e etiqueta respiratórias e, estão inclusas ações como,

Lavar com frequência as mãos até a altura dos punhos, com água e sabão, ou então higienize com álcool em gel 70%; ao tossir ou espirrar, cobrir nariz e boca com lenço ou com o braço, e não com as mãos; evita tocar olhos, nariz e boca com as mãos não lavadas; ao tocar, lavar sempre as mãos como já indicado; manter uma distância mínima de cerca de 2 metros de qualquer pessoa tossindo ou espirrando; evitar abraços, beijos e apertos de mãos; [...] higienizar com frequência o celular e os brinquedos das crianças; não compartilhar objetos de uso pessoal, como talheres, toalhas, pratos e copos; manter os ambientes limpos e bem ventilados; evitar circulação desnecessária nas ruas, estádios, teatros, shoppings, shows, cinemas e igrejas [...]; se estiver doente, evitar contato físico com outras pessoas, principalmente idosos e doentes crônicos, e fique em casa até melhorar; dormir bem e ter uma alimentação saudável e utilizar máscaras caseiras ou artesanais feitas de tecido em situações de saída de sua residência (BRASIL, 2020).

O uso de máscaras faciais, assim como o isolamento social é considerado uma das medidas mais eficazes para evitar a infecção. Porém, as máscaras cirúrgicas ou caseiras para a população, principalmente para profissionais de saúde que têm contato direto com pacientes infectados, não são uma proteção 100% eficaz contra vírus, uma vez que não possuem um filtro de ar adequado e deixam os olhos expostos e, embora possam ajudar a reduzir o risco de infecção, o melhor é o uso de máscaras com filtro de ar especializado, pois eles são projetados especificamente para proteger uma pessoa contra partículas potencialmente perigosas que estão no ar. Como por exemplos as máscaras N95 e FFP2 que filtra aproximadamente 92% das partículas no ar e protege contra resíduos não-tóxicos e elementos fibrogênicos, evitando a inalação de fluidos tóxicos do pó, aerossóis e fumaça (CRUZ et al, 2020)

Para além das orientações para evitar a infecção, o Ministério da Saúde recomenda algumas atitudes caso você seja contaminado. Estas, têm objetivo de diminuir a disseminação do vírus, entre elas estão,

ficar em isolamento domiciliar; utilizar máscara o tempo todo; se for preciso cozinhar, usar máscara de proteção, cobrindo boca e nariz todo o tempo; depois de usar o banheiro, nunca deixar de lavar as mãos com água e sabão e sempre limpe vaso, pia e demais superfícies com álcool ou água sanitária para desinfecção do ambiente; separar toalhas de banho, garfos, facas, colheres, copos e outros objetos apenas para seu uso; o lixo produzido precisa ser separado e descartado; sofás e cadeiras também não podem ser compartilhados e precisam ser limpos frequentemente com água sanitária ou álcool 70%; manter a janela aberta para circulação de ar do ambiente usado para isolamento e a porta fechada, limpar a maçaneta frequentemente com álcool 70% ou água sanitária (BRASIL, 2020).

Essas recomendações são voltadas para toda a população, já a Educação em Saúde quando voltada aos profissionais de saúde, no contexto dessa pandemia, tem o intuito de capacitá-los sobre a doença. O Ministério da Saúde tem produzido uma série de protocolos e normas técnicas para direcionar a atuação dos profissionais. As orientações incluem o manejo clínico dos pacientes, protocolo de tratamento, notificação imediata, manejo clínico dos corpos em caso de mortes e até instruções de como se paramentar e desparamentar com os Equipamentos de Proteção Individual – EPI’s durante o atendimento de pacientes positivos para Covid-19. Este último requer uma atenção importante, pois é no ato de desparamentar que ocorrem mais infecções entre os profissionais de saúde.

Associada às ações de Educação em Saúde está a Vigilância em Saúde, definida como,

O processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças (BRASIL, 2018).

Está dividida em quatro categorias: vigilância epidemiológica, vigilância ambiental, vigilância sanitária e vigilância em saúde do trabalhador (BRASIL, 1990). Nesse artigo, abordaremos apenas as ações de vigilância epidemiológica no contexto da pandemia.

De acordo com a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), a Vigilância Epidemiológica,

É um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

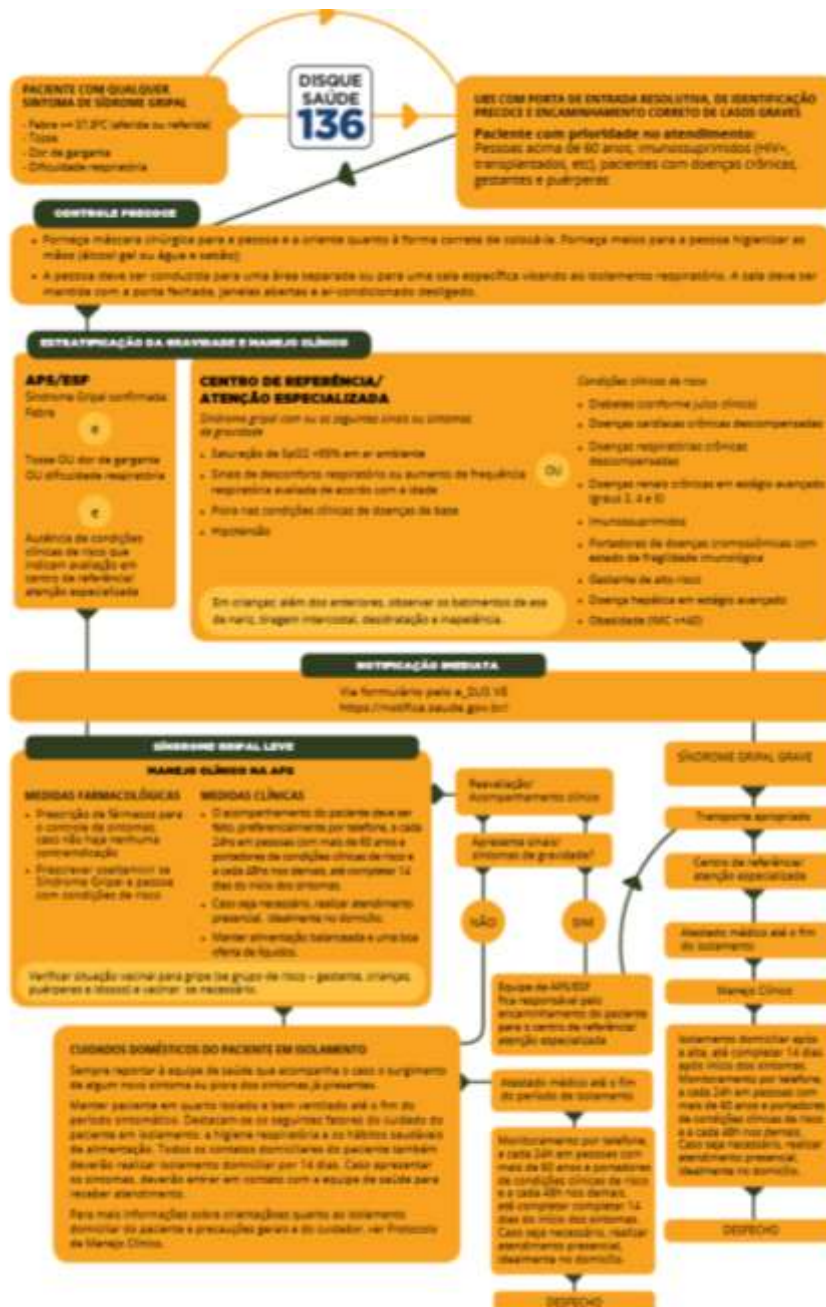
Na atual conjuntura, a Vigilância Epidemiológica ganhou uma grande importância por atuar diretamente no combate a propagação da Covid-19. Neste sentido, visando fortalecer as ações de vigilância o Sistema de Vigilância De Síndromes Respiratórias Agudas foi reforçado para orientar o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e a Rede de Serviços de Atenção à Saúde do SUS para atuar na identificação, notificação, registro, coleta de amostras, investigação laboratorial, manejo e medidas de prevenção e controle, incluindo a circulação simultânea de Coronavírus, Influenza e outros vírus respiratórios durante o período de abril a setembro de 2020 (BRASIL, 2020).

No que diz respeito ao enfrentamento do vírus da Covid-19, esse sistema tem como objetivos específicos,



Identificar precocemente a ocorrência de casos de Doença pelo Coronavírus 2019 [...]; estabelecer critérios para a notificação e registro de casos suspeitos em serviços de saúde, públicos e privados; estabelecer os procedimentos para investigação laboratorial; monitorar e descrever o padrão de morbidade e mortalidade por Doença pelo Coronavírus 2019 [...]; monitorar as características clínicas e epidemiológicas dos vírus [...]; estabelecer as medidas de prevenção e controle; realizar a comunicação oportuna e transparente da situação epidemiológica no Brasil (BRASIL, 2020).

No cotidiano, essas ações têm se apresentado da seguinte maneira: o paciente que apresentar sintomas de Síndrome Gripal – SG ou Síndrome Respiratória Aguda Grave – SRAG é considerado suspeito para Covid-19 e são notificados imediatamente nos sistemas e-SUS-VE e SIVEP-Gripe, respectivamente. A partir disso, os casos seguem em investigação por meio do monitoramento dos sintomas pelo teleatendimento, em caso de isolamento domiciliar (Síndrome Gripal -SG) e pela equipe de saúde do hospital em caso de isolamento hospitalar (Síndrome Respiratória Aguda Grave-SRAG). Havendo indicação, de acordo com os protocolos, os pacientes terão suas amostras coletadas e serão testados com o método adequado para cada caso. Podemos compreender melhor, a seguir, no fluxograma sobre o atendimento à pacientes suspeitos na atenção básica, considerada porta de entrada do SUS.



Quadro 1: Fluxograma de manejo clínico na atenção primária em transmissão comunitária

Fonte: Ministério da Saúde

A Vigilância Epidemiológica ainda é responsável pela coleta, análise e divulgação dos números de casos, bem como a emissão de boletins epidemiológicos diários com o objetivo de manter a população informada. Além também, de realizar campanhas de prevenção da doença.



Sendo assim, é evidente a relevância da Educação em Saúde e da Vigilância em Saúde no enfrentamento da Covid-19, com efeitos notórios no controle da doença.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, sabemos que a prevenção é uma das estratégias mais eficazes contra a propagação do vírus SARS-CoV-2. As ações de Educação em Saúde e Vigilância em Saúde tem surtido grande efeito no enfrentamento da pandemia da Covid19. Contudo, não é suficiente. A disponibilidade de uma vacina segura e eficaz para contribuir com o controle da pandemia, além de medicamentos que tratem especificamente a doença é imprescindível, porém, os desafios e esforços necessários para desenvolver, avaliar e produzir rapidamente em escala são enormes.

A OMS tem reunido os cientistas e os profissionais de saúde do mundo inteiro para acelerar o processo de pesquisa e desenvolvimento de vacinas e tratamentos, além de desenvolver estratégias para conter a disseminação do coronavírus e ajudar a cuidar das pessoas afetadas.

Atualmente existem várias vacinas em desenvolvimento em todo o mundo. No Brasil, a Fiocruz tem se destacado nesse contexto.

Diversos estudos têm mostrado eficácia de algumas medicações no tratamento dos sintomas da doença. Como por exemplo, a Dexametasona, que foi recentemente aprovada pela Associação Brasileira de Infectologia para uso em pacientes graves com ventilação mecânica, com efeito significativo na redução das mortes ocasionada pela Covid-19.

Contudo, é imperioso destacar, que é tarefa de todos contribuir para conter a disseminação do vírus. Portanto, é impreterível que a população em geral que siga todas as recomendações para evitar o contágio.



REFERÊNCIAS

- ABREU, Manuel Ramón Pérez *et al.* Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. **Revista Habanera de Ciencias Médicas**, Havana, v. 19, n. 2, p. 1-15, 19 mar. 2020. Disponível em: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3254/2505>. Acesso em: 14 jun. 2020.
- BRASIL. Lei nº 8.080 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. **Lei Orgânica da Saúde**. Brasília, 1990.
- _____. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2017.
- _____. Resolução n. 588 de 12 de junho 2018. **Política Nacional de Vigilância em Saúde**. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Brasília, 2018.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. 1 ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2009. 63p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. 2 ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2012. 45p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (Covid-19) na Atenção Primária à Saúde**. Versão 9. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2020. 36p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande Do Norte **Plano de Contingência nacional para infecção humana pelo novo coronavírus Covid-19**. Natal, 2020. 213p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia De Vigilância Epidemiológica: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo Coronavírus 2019**. Versão 3. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2020. 59p.
- _____. Ministério da Saúde. **Sobre a doença: o que é Covid-19**. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#o-que-e-covid>. Acesso em: 13 jun. 2020.
- CRUZ, M. Palacios *et al.* **COVID-19, una emergencia de salud pública mundial**. Revista Clínica Española, [s.l.], v. 220, n. 2, p. 79-148, mar. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2020.03.001>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256520300928?via%3Dihub>. Acesso em: 15 jun. 2020.
- FALKENBERG, Mirian Benites *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 19, n. 3, p. 847-852, mar. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123201400300847. Acesso em: 16 jun. 2020.
- MACIEL, Marjorie Ester Dias. EDUCAÇÃO EM SAÚDE: conceitos e propósitos. **Cogitare Enfermagem**, [s.l.], v. 14, n. 4, p. 773-776, 14 dez. 2009. Universidade Federal do Paraná. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v14i4.16399>. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/16399>. Acesso em: 16 jun. 2020.
- WHO. **Coronavirus disease (COVID-19) pandemic**. World Health Organization. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>. Acesso em: 13 jun. 2020.
- VILLEGAS-CHIROQUE, Miguel *et al.* **Pandemia de COVID-19: pelea o huye**. Revista Experiencia En Medicina del Hospital Regional Lambayeque, [s.l.], v. 6, n. 1, p. 1-4, 5 mar.



2020. Hospital Regional Lambayeque. <http://dx.doi.org/10.37065/rem.v6i1.424>. Disponível em: <http://rem.hrlamb.gob.pe/index.php/REM/article/view/424>. Acesso em: 15 jun. 2020.



IX CONASSS
CONGRESSO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE
XII SIMPSSS
SIMPÓSIO DE SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE

30 anos do SUS: Território de Lutas e o Serviço Social na Saúde
Edição virtual, 22 a 24 de setembro de 2020

265

EIXO: MOVIMENTOS SOCIAIS, SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE

LUTAS E RESISTÊNCIAS NO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA EBSEERH: A EXPERIÊNCIA DE MINAS GERAIS

Aline Cristina Do Prado Maríngolo (Unesp Universidade Estadual Paulista "Julio De Mesquita Filho" Faculdade De Ciências Humanas E Sociais - Campus De Franca); Rosana Freitas Arantes (Uftm - Universidade Federal Do Triângulo Mineiro)

RESUMO: O presente trabalho tem como objetivo apresentar as lutas e resistências frente ao processo de implantação da EBSEERH no estado de Minas Gerais. A pesquisa bibliográfica e documental, calcada no materialismo histórico crítico, foi realizada através da busca de dados nos sites dos HU's, nos sites da FNCPS e nos blogs dos Fóruns de Saúde. Os resultados apontaram que apesar da hegemonia da crítica a lógica gerencial de mercado da EBSEERH e mesmo diante a pressão da sociedade civil organizada, esta tem se consolidado na gestão dos HU's.

Palavras-Chave: Política de Saúde; Lutas sociais; Movimentos sociais; Modelos privatizantes de gestão.

ABSTRACT: This work aims to present the struggles and resistance in the face of the implementation process of EBSEERH in the state of Minas Gerais. The bibliographic and documentary research, based on critical historical materialism, was carried out by searching data on the HU websites, on the websites of the FNCPS and on the blogs of the Health Forums. The results showed that, despite the hegemony criticism of the managerial market logic of EBSEERH and even in the face of pressure from organized civil society, this was consolidated in the management of the UHs.

Keywords: Health Policy; Social struggles; Social movements; Privatization models of management.

1 – INTRODUÇÃO

No campo da saúde, a conquista dos objetivos da Reforma Sanitária no texto Constitucional, não se efetivou numa mudança concreta nas condições de vida e saúde da população, uma vez que esse projeto de saúde democrático foi interrompido pelas propostas minimalistas e privatizantes, típicas do Estado neoliberal. Além de impactos no modo de gestão e implementação das políticas sociais, a prevalência das políticas de ajuste fiscal traz rebatimentos também na organização das lutas e reivindicações sociais.

A chegada avassaladora do neoliberalismo às políticas de saúde deixou muito evidenciado, por um lado, os atores sociais que disputavam projetos privatistas de saúde e, por outro lado, a continuidade dos ideais da reforma sanitária.

Conforme destaca Bravo e Menezes (2014, p. 76) “o movimento sanitário, sujeito político fundamental na formulação do projeto de Reforma Sanitária na década de 1980 ficou recuado a partir dos anos 1990”. Com a ofensiva do neoliberalismo vivemos um contexto de “redução da vitalidade dos movimentos das classes e camadas subalternas, que se expressa na perda de ponderação de movimentos sociais capazes de colocar em pauta algo mais que reivindicações pontuais e particularistas” (NETTO, 2004, apud, BRAVO e MENEZES, 2014, p. 76).

Neste quadro, a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS) e os Fóruns de Saúde, reascendem os princípios democratizantes e populares do movimento sanitarista da década de 1980, como alternativas de luta e resistência em defesa de uma saúde pública, universal e de qualidade.

Mediante esse contexto, o presente trabalho⁵ tem como objetivo evidenciar as lutas e resistências travadas no processo de implantação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) em Minas Gerais.

No primeiro momento apresentamos a FNCPS como um espaço de luta que retoma os ideais da reforma sanitária, suas bandeiras de luta, particularmente em torno da EBSERH, e os sujeitos que a compõe. No segundo momento apresentamos estratégias de luta e resistência à implantação da EBSERH no estado de Minas Gerais.

2 - FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE COMO MOVIMENTO NÃO INSTITUCIONALIZADO

⁵ O presente trabalho é fruto do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da UFTM em março de 2016.

A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde é composta por diversas entidades, movimentos sociais, fóruns de saúde, centrais sindicais, partidos políticos, estudantes e professores universitários na defesa dos princípios da Reforma Sanitária, que se organizam e mobilizam com o objetivo de defender, fortalecer e lutar por um SUS na perspectiva constitucional.

A perspectiva da Frente é fortalecer as lutas contra a privatização da saúde nos estados e municípios, articulando e aprofundando-as em nível nacional. Os fóruns também têm se posicionado em defesa da qualidade dos serviços ofertados pelo SUS. Estes têm um grande desafio na construção de uma nova hegemonia no campo da saúde que reafirme o caráter público e estatal da saúde e o seu valor de uso, resistindo ao seu uso como mercadoria e fonte de lucro, perante a força dos aparelhos privados de hegemonia a serviço da reprodução dos valores e concepções de mundo da classe dominante que naturaliza as desigualdades sociais, despolitiza as expressões da questão social e criminaliza as reações dos movimentos sociais à devastadora destruição dos direitos sociais (BRAVO e CORREIA, 2012, p. 140).

A FNCPS é contra a EBSEH, e se coloca de forma crítica e contrária a esse modelo privatizante de gestão. As lutas desses sujeitos coletivos são por uma gestão que garanta o caráter público da Universidade, que respeite a autonomia universitária e proponha que os HU's cumpram sua função social, tanto na formação no âmbito da saúde como espaços de estágios e projetos de pesquisa e extensão, quanto como espaços de atendimento de saúde, seguindo os princípios que norteiam o SUS, como integralidade, universalidade, participação social.

Por outro lado, a luta da Frente não está centrada “apenas” na defesa do SUS, mas também na defesa de bandeiras mais amplas como alcançar um mínimo de 10% do PIB para a saúde, o fim da Desvinculação das receitas da União (DRU), a auditoria da dívida pública, contra a entrada de capital estrangeiro nos serviços de assistência à saúde, dentre outras pautas de cunho anti-capitalista (BRAVO e MENEZES, 2014, p. 80).

Mediante a consolidação da EBSEH como forma de gestão do Hu's, em todo o território nacional, a FNCPS e os Fóruns que a compõe, construíram em cada universidade a resistência perante o avanço dessa empresa, na perspectiva de provocar espaços de diálogo e debate para discussão de estratégias de luta para resistir a essa forma de privatização da saúde e retrocesso de direitos já conquistados. Destacamos também que outros sujeitos políticos não vinculados a Frente também fizeram parte desse processo.

Nessa perspectiva, a Frente tem realizado diversas atividades no sentido de publicizar e ampliar o debate da privatização da saúde aos segmentos da classe trabalhadora e das camadas populares da sociedade. Nesse contexto destacam-se a realização de 5 Seminários Nacionais. O primeiro realizado no Rio de Janeiro em 2010, contou com uma média de 400 participantes de todo o país, no qual foi deliberado a criação da FNCPs. O 2º, 3º e 4º Seminários, foram realizados respectivamente em São Paulo (2011), Maceió (2012) e Santa Catarina (2013).

Em março de 2015 aconteceu o 5º Seminário Nacional no Rio de Janeiro, com o tema 'Saúde, crise do capital e lutas sociais na América Latina' e se constituiu como um espaço de fortalecimento da luta pela saúde enquanto direito além de articular os fóruns de todo o país, contando inclusive com a participação do Fórum Popular de Lutas Sociais de Uberaba/MG.

Além desses Seminários, que contribuem para a consolidação, organização e formação política da FNCPs enquanto sujeito político de luta pela saúde pública, a entidade tem utilizado algumas estratégias tendo em vista a efetivação de suas bandeiras de luta.

Além de atos e manifestações contrários à mercantilização da política de saúde, realizados em comemoração ao Dia Mundial da Saúde, a Frente tem realizado ações no campo jurídico, no âmbito do parlamento, no conjunto da sociedade, nos espaços de controle social, no âmbito da formação, dos meios de comunicação e nas ruas.

No campo jurídico as estratégias são por meio de ações civis públicas, Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) contra as leis municipais e estaduais e contra as suas implementações, articulações com os Ministérios Públicos Estaduais e Federal, TCE (Tribunal de Contas do Estado) e TCU (Tribunal de Contas da União), continuidade ao acompanhamento à votação da ADI 1.923/98 (pela inconstitucionalidade da Lei 9.637/98 que cria as OSs), articulação para elaboração da ADI 4.895/2013 contra a EBSERH, ajuizada pelo Procurador-Geral da República.

No âmbito do parlamento, articulando e pressionando os parlamentares a fim de impedir o processo de privatização da saúde, por meio de manifestações nas Câmaras Municipais e Assembleias Legislativas nas sessões de votação dos projetos que privatizam a saúde, denunciando publicamente os que têm votado contra o SUS e pela privatização; além de participação em Audiências Públicas.

No conjunto da sociedade, realizando debates sobre a privatização com os trabalhadores da saúde e usuários do SUS, na direção de ampliar os horizontes do debate, da luta e da resistência contra o desmonte da saúde pública. Ressalta-se como eventos importantes: a Cúpula dos Povos realizada no Rio de Janeiro, 2012; os Fóruns Sociais

Temáticos, em Porto Alegre em 2012, 2013 e 2014 e os Congressos do MST, em 2014 e do ANDES, em 2013 e 2014, os quais contaram com o protagonismo da FNCPS.

Nos espaços de controle social, as ações se dão através da ocupação e tensionamento sobre os mecanismos institucionais – Conselhos e Conferências – para se posicionarem contra os modelos privatizantes de gestão. A participação da FNCPS e dos Fóruns de Saúde foi fundamental na 14ª Conferência Nacional de Saúde, na qual, conforme já destaca, deliberou-se a necessidade de ampliar o escopo da participação popular na gestão da saúde.

No âmbito da formação com realização de cursos de atualização, debates, incentivo a pesquisas e trabalhos de extensão em torno da saúde pública.

Nos meios de comunicação através da produção de material para divulgação nas entidades, partidos, sindicatos além da grande imprensa, bem como a utilização de blogs, facebook, jornais, entre outros. Nas ruas, por meio de caminhadas, atos e manifestações.

A Frente tem participado das Marchas dos Servidores Públicos; dos Atos do Dia Mundial da Saúde, da Luta Antimanicomial, do Dia Internacional de Luta das Mulheres, do Dia do Trabalhador, do Grito dos Excluídos, das Jornadas de Junho e Julho de 2013.

A Frente divulgou duas notas, a saber: “Ir para as ruas e se manifestar faz bem à saúde” e “Saúde que defendemos”. Nesta última nota, a Frente problematiza as propostas apresentadas pela presidente Dilma com relação à Saúde que não enfrentam à determinação social do processo saúde-doença, rebaixa a pauta da saúde à lógica incrementalista e assistencial, e reitera o modelo médico-centrado e a privatização. Tal nota questiona também o Programa “Mais Médicos” apresentado pelo governo.

Por outro lado, é preciso dizer que o quadro contemporâneo das lutas sociais tem sido de fragmentação, no qual a luta dos trabalhadores perde a dimensão da universalidade, e passam a incorporar demandas particulares e singulares. Mediante a flexibilização, a precarização do trabalho, bem como o minimalismo da proteção social brasileira, a luta se direciona dos questionamentos estruturais da ordem burguesa para uma luta pela defesa do óbvio, ou seja, pela defesa de direitos que já foram garantidos constitucionalmente.

3 - ESTRATÉGIAS DE LUTAS NO CONTEXTO DE MINAS GERAIS

Minas Gerais é o estado que possui o maior número de Universidades Federais do país. Entre essas, a UFTM, UFMG, UFJF possuem HU's e já foram privatizados pela gestão da EBSEH, e a UFU, que, transferiu a gestão pública para a EBSEH em 2019. Nesse sub-

tópico apresentamos como se deu a adesão à Empresa nesses HU's, buscando enfatizar as lutas e as resistências travadas durante esse processo.

3.1 - Hospital De Clínicas Da Universidade Federal Do Triângulo Mineiro (HC-UFTM)

O HC-UFTM, inaugurado em 1982, se constitui como uma instituição de referência na região. O HC-UFTM atende aos 27 municípios que compõem a macrorregião Triângulo Sul do estado de Minas Gerais como único hospital que oferece atendimento de alta complexidade, 100% pelo Sistema Único de Saúde. Recebe ainda, pacientes de outras regiões de MG e, de diversos estados brasileiros (UFTM, on-line, 2016).

Certificado como Hospital de Ensino, o hospital funciona como campo de prática para os estudantes da Universidade, além de desenvolver pesquisas científicas e extensão universitária. Com 287 leitos, o hospital possui um Pronto-Socorro Adulto, um Pronto Socorro Pediátrico, três Ambulatórios, um Centro de Reabilitação e clínicas especializadas nas mais diversas áreas de assistência e complexidade.

No HC da UFTM, a transferência da gestão para a EBSEH se deu com a assinatura do contrato no dia 17 de janeiro de 2013, com vistas a “impulsionar uma reestruturação física e tecnológica, buscando otimizar os atendimentos, além de solucionar a necessidade de recomposição do quadro de profissionais do hospital”. O HC, que antes era gerido diretamente pela UFTM, com apoio da Fundação de Ensino e Pesquisa de Uberaba (FUNEP), passa, desde então, a ser gerido pela EBSEH.

No que tange ao processo de transferência da gestão para a Empresa, é importante sublinhar que não houve participação da sociedade civil e acadêmica na tomada de decisão, a comunidade acadêmica por meio dos seus órgãos representativos não foi ouvida.

Assim, consideramos que a transferência da gestão do hospital da UFTM à EBSEH se deu num processo autoritário, de cima pra baixo, pois envolveu apenas a Reitoria, os gestores do hospital e da Empresa, não respeitando, por exemplo, o Conselho Universitário, órgão de deliberação máxima, que se colocou contrário à transferência de gestão.

Em decorrência disso, desde a implantação da EBSEH, servidores do hospital bem como demais segmentos da comunidade acadêmica realizaram ações em contraposição a gestão da empresa.

No dia 28 de abril de 2013 foi realizado em Uberaba um plebiscito nacional sobre a EBSEH organizado em nível nacional pelo Andes, Fasubra Sindical, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (Denem) e Fenasps.

É importante ressaltar que esse plebiscito, apesar de não contar com a participação direta da Frente por meio do Fórum popular de Lutas sociais de Uberaba, num momento em que o Fórum ainda não existia, o processo de organização e mobilização por meio do plebiscito, contou com a participação da Fasubra Sindical e Andes, sujeitos coletivos integrantes da Frente Nacional Contra a Privatização.

Na UFTM, num total de 1291 votos, 1050 votos (81,33%) foram contrários à empresa, e os outros 231 votos (17,90%) foram favoráveis. Nesse plebiscito, o segmento com maior rejeição à EBSEH foi a comunidade externa (88,40% contrários). O segmento com menor rejeição à empresa foram os docentes (70,67% contrários). Entre os alunos, 86,44% disseram não, e entre os técnicos o número foi de 73,82% contrários à EBSEH.

Além do plebiscito, foi protocolada no dia 28/10/2013 uma representação junto à Procuradoria da República em Uberaba (Ministério Público Federal), por meio de mobilização social do SINTIMED, visando a anulação do contrato celebrado entre a UFTM e a EBSEH.

Nesse quadro de indignação perante a adesão à Empresa é criado em junho de 2014 o Fórum Popular de Lutas Sociais de Uberaba, a partir das discussões realizadas em torno da construção do Manifesto em Defesa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Triângulo Mineiro 100% público e contra a EBSEH. O Fórum, que conta com as forças políticas do Sinte-Med, do CRESS/MG; do Departamento de Serviço Social da UFTM, do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais, além dos partidos PCB e PSTU, desde sua criação em Uberaba tem realizado ações em repúdio à lógica gerencial de mercado da EBSEH, a saber, atos públicos, discussão e dossiê ao MP, manifestos e notas de repúdio, carta aos vereadores, prefeito e governador, abaixo assinados e manifestações.

Cabe ressaltar, que todas essas ações foram negadas pelo poder conservador da reitoria e das forças locais, que julgaram constitucional a transferência da gestão da coisa pública à empresa. O juiz federal da 1ª Vara de Uberaba, Elcio Arruda, entendeu que o Estatuto da UFTM permite ao Reitor assinar contratos em geral, entre eles o firmado com a EBSEH, sem necessidade de consultar os órgãos superiores, como o CONSU. Também considerou que prevalece a presunção de constitucionalidade da Lei 12.550/2011, que criou a EBSEH. A sentença foi proferida em 09 de maio e publicada em 30 de maio de 2014 no Diário Oficial da União.

Importante lembrar, que a criação da EBSEH veio com o propósito de substituir os trabalhadores que são terceirizados pela FUNEPU, por trabalhadores terceirizados por essa empresa. Estudos realizados pela EBSEH e pelo HC-UFTM destacam a necessidade da abertura de 1.451 vagas na propositura de repor o quadro de profissionais da FUNEPU e na

perspectiva da demanda do hospital. Todavia, com a transferência de gestão para a EBSERH foram liberadas somente 794, ou seja, bem abaixo do estipulado pela empresa e pelas demandas do HC-UFTM.

Desde a chegada da EBSERH inúmeros trabalhadores da FUNEPU foram demitidos, num contexto de reestruturação dos recursos humanos do hospital, os quais em sua maioria foram ou serão substituídos por novos profissionais contratados especificamente pela Empresa. Antes da chegada da transferência da gestão, o Hospital contava com profissionais contratados diretamente pela União, sob o RJU, e com os profissionais contratados pela FUNEPU, os quais trabalhavam sob o regime das leis trabalhistas da previdência social (CLT).

Desse modo, antes mesmo da gestão da EBSERH, já se observava um cenário de precarização das relações e condições de trabalho, pois, profissionais que realizavam as mesmas atividades profissionais e sob as mesmas horas de trabalho, possuíam remunerações e direitos trabalhistas diferentes. Nesse sentido, consideramos que a implantação da EBSERH agravou esse quadro de precarização, pois a Empresa veio com o propósito de substituir os trabalhadores terceirizados da FUNEPU por outros trabalhadores terceirizados, agora da EBSERH, no lugar de unificar os vínculos de trabalho na direção de servidores públicos. Desde então, o hospital passou a contar com profissionais contratados por três vínculos diferentes, acirrando-se com isso as contradições já existentes no processo de trabalho no hospital e contribuindo ainda mais com a fragmentação da luta dos trabalhadores, uma vez que com a chegada da EBSERH, os empregados públicos passaram a contar com sindicato próprio.

3.2 - Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG)

O HC-UFMG é um hospital geral que realiza atividades de ensino, pesquisa, extensão e assistência à saúde, sendo referência no sistema municipal e estadual de saúde no atendimento aos pacientes na média e alta complexidade. Inaugurado no dia 21 de agosto de 1928, o complexo hospitalar surgiu a partir do agrupamento de algumas clínicas ao redor da Faculdade de Medicina da UFMG. Em 1955, o complexo hospitalar passou a se chamar Hospital das Clínicas. Atualmente o complexo hospitalar é formado por um edifício central, o Hospital São Vicente de Paulo e 7 prédios anexos para atendimento ambulatorial. Assim como na UFTM, o processo de transferência da gestão do HU para a EBSERH foi verticalizado, de cima pra baixo, que ocorreu nos bastidores, portanto, de modo antidemocrático. Mesmo diante das lutas e ações travadas no judiciário, nas ruas e na sociedade.

Antes da assinatura do contrato de transferência da gestão, preocupados com os avanços das negociações entre a EBSEH e a UFMG, representantes do Sindicato dos Trabalhadores nas Instituições Federais de Ensino (SINDIFES), do Sindicato dos Professores de Universidades Federais de Belo Horizonte e Montes Claros (APUBH) e do Diretório Central dos Estudantes da UFMG (DCE-UFMG) solicitaram ao MPF uma reunião para publicizarem a inconstitucionalidade da empresa. Após a referida reunião foi instaurado o procedimento administrativo n.º 1.22.000.000784/2013-86, em cujo âmbito foi expedida a Recomendação MPF/MG/PRDC n.º 56, em 09 de abril de 2013, para que a Reitoria da UFMG se abstivesse de celebrar contrato com a EBSEH sem antes propiciar a realização de audiência pública e, se for o caso, na sua sequência, reuniões para um debate mais qualificado, democrático e plural sobre os temas nela tratados com os principais interessados, incluindo o Ministério Público Federal e outras autoridades federais da educação e saúde, representantes da EBSEH e sociedade civil, para esclarecer à comunidade acadêmica e à sociedade em geral a viabilidade da proposta, os termos do contrato, bem como as possíveis implicações decorrentes da adesão (UFMG, on-line, 2016).

Por meio do Ofício PRMG/PRDC/SCG nº 5301/2013 (fls. 86/87), o Ministério Público Federal concitou o Reitor da UFMG a promover um debate mais amplo com a comunidade acadêmica. Todavia, o Reitor se negou a levar os debates para além do Conselho Universitário da UFMG, afirmando apenas que o assunto já fora debatido nesse órgão.

No dia 14 de março de 2012 foi agendada reunião do Conselho Universitário para votação acerca da adesão à empresa. Antes da reunião, a coordenação do SINDIFES entregou aos conselheiros vasto material relativo à empresa - parecer contrário a EBSEH da Comissão de Educação, Cultura e Esporte da Câmara; moção de repúdio do Conselho Nacional de Saúde e do Fórum Mineiro em Defesa do SUS, entre outros, para subsidiar os mesmos no debate sobre a empresa.

Houve ato público chamado pelo movimento estudantil e pelo SINDIFES-BH e, diante da intransigência da Reitoria em aceitar um tempo maior para o debate e pela desconsideração do Conselho acerca dos documentos enviados pelo SINDIFES-BH, cerca de 70 estudantes ocuparam a sala de reuniões do Conselho.

A Reitoria adotou então uma velha prática para fugir do debate: cancelou a reunião na sala ocupada e partiu para a sala de reuniões da COPEVE, na unidade Administrativa III, aprovando a adesão a EBSEH de forma melancólica, com votos favoráveis dos docentes e contrários por parte de técnico-administrativos e estudantes.

Aos 30/12/2013, foi publicado no Diário Oficial da União (Seção 3 – pag. 98) o Extrato de Contrato firmado entre a UFMG e a EBSEH, e logo depois, no dia 20/02/2014, foi publicado o edital de concurso nº 01 de 2014, para a contratação do quadro de pessoal com lotação no HC/UFMG nas áreas médica, assistencial e administrativa, à revelia do que decidiu o MPF.

Apesar da recomendação do procurador Júlio Marcelo de Oliveira, a UFMG não acatou o pedido e assinou o contrato de gestão com a EBSEH.

Diante desse quadro, o MPF ajuizou ação civil pública contra a UFMG pedindo a suspensão dos efeitos do contrato que transferiu a administração do Hospital das Clínicas em Belo Horizonte para a EBSEH, bem como a suspensão dos concursos públicos realizados.

Além dessa ação junto ao MPF, foram realizadas, antes, durante e após a assinatura do contrato diversas ações públicas, debates, rodas de conversas, manifestações e eventos, promovidos por estudantes e sindicatos na direção de engrossar o debate contra a privatização da saúde e impedir/cancelar o contrato de gestão.

3.3 - Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HC-UFJF)

O HU-UFJF foi inaugurado no dia 08 de agosto de 1966, com o nome de Hospital-Escola. Em 1994, com a implantação do SUS o HU/UFJF incorporou-se ao Sistema e passou a ser o Hospital Universitário de referência da Região. Hoje o HC da UFJF é um centro de referência ao atendimento de pacientes do SUS, numa área de abrangência que engloba mais de 90 municípios da Zona da Mata de Minas Gerais e do estado do Rio de Janeiro. O hospital desenvolve há mais de 40 anos assistência à saúde da população em níveis primário, secundário e terciário, conjugando atividades de ensino, pesquisa e extensão.

De acordo com informações disponíveis no site do Hospital, o recurso humano da unidade reúne mais de 800 pessoas, entre docentes (232), técnico-administrativo (468), residentes (103), além de voluntários, imbuídos no programa de acolhimento integrado, voltado não apenas para o paciente, mas com programas de acolhimento para as famílias. O Hospital Universitário disponibiliza uma capacidade instalada e ocupacional de 140 leitos, 16 leitos de Hospital Dia, salas de Ambulatório nas diversas especialidades, boxes para acolhimento integrado, consultório de Odontologia hospitalar, 8 centros cirúrgicos (sendo 4 de grandes cirurgias e 4 de pequenas e médias), perfazendo uma média de 7.500 consultas/mês e 294 internações/mês (UFJF, on-line, 2016).

A principal força política de luta e resistência foi o “Comitê em defesa do HU”. O Comitê foi criado em 2011, com o intuito de lutar pela garantia do caráter público do Hospital Universitário de Juiz de Fora, e conta com a participação de profissionais do hospital e das seguintes entidades: SINTUFEJUF, APES e DCE/UFMG, Conselho Regional de Serviço Social (GRESS), Comitê Central Popular de Juiz de Fora e Coletivo Piracema.

As ações do Comitê de luta e resistência vêm sendo construídas democrática e coletivamente, com base em estudos e experiências bem-sucedidas, na perspectiva da saúde pública nos fóruns, movimentos sociais e demais espaços de lutas desenvolvidos nas instituições federais de ensino brasileiras.

Uma das estratégias do Comitê foi a construção e publicação da cartilha “Trabalhadores na luta contra a EBSERH” em 2012, na perspectiva de prestar esclarecimentos sobre a política de privatização dos hospitais de ensino através da gestão por uma empresa pública de direito privado. Esta cartilha foi amplamente utilizada pelo Comitê nas ações de luta e resistência travadas no âmbito jurídico, nas ruas e na sociedade, antes e após o processo de transferência de gestão do HU.

Nessa perspectiva, no dia 3 de dezembro de 2012 foi realizado um plebiscito interno, no qual, docentes, técnico-administrativos, estudantes, residentes e funcionários ligados à comunidade do HU/UFJF rejeitaram a proposta de privatização da unidade. No plebiscito, 756 votaram contra a adesão à EBSERH, o que representa 80,5% do total. Entre os favoráveis, foram 183 votos e 19,5% da preferência. A maioria contrária venceu nas três categorias votantes, conforme mostra os dados abaixo:

Conforme os dados informados pela Comissão Eleitoral, dentre os 939 votantes, 325 eram técnico-administrativos, que se dividiram entre 296 contra (91%) e 29 a favor (9%) da empresa. A outra parcela era representada por estudantes, em um total de 551 pessoas, sendo que 424 disseram não (77%) e 127 foram favoráveis (23%). Por fim, dos 63 docentes, 36 são contra (57,1%) e 27 a favor (42,9%) (UFJF, on-line, 2016). A apuração do resultado foi enviada ao Conselho Diretor do HU. A realização do plebiscito foi antecedida por três debates, que tiveram como objetivo o esclarecimento das implicações da adesão ou não à EBSERH, a discussão sobre a possibilidade de manutenção do hospital caso opte-se pela não adesão. Os debates aconteceram nos dias 22, 26 e 29 de novembro de 2012, sendo que não houve a presença de nenhum representante da empresa.

Ademais, o Comitê em Defesa do HU realizou uma série de visitas a deputados da região de Juiz de Fora, com o objetivo de informar os riscos que a adesão à EBSERH poderá trazer ao HU. Por meio dos encontros com os deputados Júlio Delgado, Marcus Pestana e

Margarida Salomão, dentre outros políticos, o Comitê solicitou aos mesmos que façam intervenções junto ao MEC no sentido de regularizar a situação dos hospitais universitários na perspectiva do SUS constitucional.

Outra ação importante do Comitê foi a audiência realizada no dia 15 de março de 2013, com o Reitor da UFJF, Henrique Duque, que teve como objetivo discutir os cortes financeiros no HU, reforçar a posição contrária à EBSEH e na defesa da decisão democrática do Plebiscito realizado no Hospital Universitário. Na reunião o reitor reafirmou o compromisso de acatar as decisões democráticas aprovadas na UFJF.

Apesar de todas essas ações, o Conselho Superior da Universidade Federal de Juiz de Fora (CONSU/UFJF) decidiu em reunião no dia 09/04/2013 pela adesão à EBSEH. Foram 29 votos a favor da adesão, uma abstenção e 22 votos contrários.

É importante destacarmos que, assim como na UFMG, foi solicitado pelo MPF a suspensão da transferência da gestão à empresa. O juiz Guilherme Fabiano Julien de Rezende, da 2ª Vara de Juiz de Fora, concedeu liminar ao MPF suspendendo o processo de privatização do HU da UFJF por meio da adesão à EBSEH. Segundo o juiz, a empresa é inconstitucional porque afronta a autonomia didático-científica das universidades e o princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão.

3.4 - Hospital De Clínicas Da Universidade Federal De Uberlândia (HC-UFU)

Construído como unidade de ensino para o ciclo profissionalizante do curso de Medicina da Escola de Medicina e Cirurgia de Uberlândia, o HC-UFU foi inaugurado em 26 de agosto de 1970, iniciou suas atividades em outubro do mesmo ano, com apenas 27 leitos. O HC-UFU hoje possui 520 leitos e mais de 50 mil metros quadrados de área construída. Maior prestador de serviços pelo SUS, em Minas Gerais, e terceiro no ranking dos maiores hospitais universitários da rede de ensino do Ministério da Educação (MEC), é referência em média e alta complexidade para 86 municípios da macro e micro regiões do Triângulo Norte (UFU, on-line, 2016).

Com a Constituição de 1988, o HC/UFU se transformou em um importante elo na rede do SUS, principalmente, para atendimento de urgência e emergência e de alta complexidade sendo o único hospital público regional com porta de entrada aberta 24 horas para todos os níveis de atenção à saúde. No HU da UFU, ainda que o contrato de transferência da gestão à EBSEH não tenha sido assinado, esse processo está bem avançado e pode se efetivar a qualquer momento. No dia 28 de fevereiro de 2014, em reunião do Conselho Universitário

realizada no prédio da reitoria da UFU, decidiu-se pela pré-adesão à EBSEERH. A comissão instaurada para apresentar um plano alternativo de manutenção do hospital expôs um documento de 58 páginas. Ao final deixaram a decisão a cargo dos conselheiros que, após intensa discussão, votaram a favor da pré-adesão. Foram 43 votos favoráveis, 32 votos contrários e 6 abstenções.

Mesmo após a adesão, o SINTET-UFU, protagonista na luta e resistência à privatização do HU, continuou na realização de atos públicos contra a adesão a EBSEERH. Vale destacar que a luta travada na UFRJ serviu de inspiração para os líderes do sindicato dos trabalhadores da UFU, os quais, nesta reunião, exemplificaram os problemas e as irregularidades da experiência da EBSEERH nas outras universidades bem como apontaram outros caminhos alternativos à empresa.

Por outro lado, a deliberação pela não adesão à empresa foi abafada pela intensificação da pressão política sobre a universidade para que aprovasse a pré – adesão da referida empresa. Tal pressão chegou ao ponto de o governo tornar a EBSEERH uma condição para o envio de verbas.

O Ministério Público do Estado de Minas Gerais contradizendo inclusive a postura do Procurador Geral da República (propôs a Ação Direta de Inconstitucionalidade ADI4895/2012 a EBSEERH), fez coro a essa pressão enviando a UFU uma recomendação para que esta realizasse a pré-adesão a EBSEERH. Tal pressão chegou ao cúmulo de que o próprio Promotor foi a mídia informar que os Conselheiros seriam processados caso não aderissem a EBSEERH, ou seja, uma afronta à autonomia universitária. (UFU, on-line, 2016).

Esse quadro conjuntural culminou com a proposta de pré-adesão do HU da UFU à empresa pública de caráter privado. Se seguir esse caminho de privatização, o próximo passo será a elaboração do “plano de reestruturação do hospital e contrato. Depois da assinatura do contrato são feitos os procedimentos para realização de concurso público e inicia-se a execução do plano de reestruturação” (EBSEERH, on-line, 2016).

4 - CONCLUSÃO

A partir do exposto podemos compreender que foram muitas as estratégias de lutas e resistências da classe trabalhadora frente à privatização dos Hospitais Universitários no Brasil, e em particular em Minas Gerais. A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, por meio de suas ações e bandeiras de lutas, capilarizadas pelos Fóruns de Saúde, exercem um papel de protagonistas nessa direção.

Pudemos verificar que a rejeição à EBSERH como forma de gestão dos HU's é hegemônica em todo o território nacional, o que se evidencia, por exemplo, por meio do plebiscito nacional. Aqui, cabe uma indagação: Como seria possível então que, mesmo perante o repúdio generalizado à Empresa, a mesma se consolide na grande maioria dos HU's pelo Brasil?

A aproximação com o referencial teórico nos permitiu identificar que o processo de transferência de gestão da coisa pública à Empresa de caráter privado, só pode ser entendido por meio da apreensão das contradições e correlações de forças expressas em nossa sociedade, bem como entre os sujeitos políticos que incorporam essas lutas e resistências na particularidade de cada realidade.

Nesse bojo, ressaltamos ainda as contradições inerentes ao próprio sistema capitalista, particularmente com o avanço neoliberal. O governo brasileiro tem seguindo a cartilha neoliberal desde a década de 1990, entretanto, na atual conjuntura, notamos um avanço importante das forças conservadoras, com um aprofundamento da crise do capital e as respostas que penalizam a classe trabalhadora adotadas pelo governo. Vimos que esse quadro societário marcado pelo avanço do conservadorismo impõe limites diretos na organização dos trabalhadores numa perspectiva classista, numa ascensão do que vem sendo chamado de “novos movimentos sociais”.

Por meio da consulta dos contratos de gestão dos HU's, de acesso às notícias de jornais e meios eletrônicos, informações da Frente Nacional Contra a Privatização da saúde e dos Fóruns locais de saúde, além de consultas a demais documentos, nos foi possível compreender como se deu o processo de transferência da gestão à EBSERH e as lutas e resistências travadas durante esse processo.

Concluimos que a Frente tem se constituído como uma importante estratégia de luta no campo da saúde pública, em tempos de caos e fragmentação das lutas populares. Os Fóruns se constituem também como importante força política nesse processo de luta e resistência, na medida em que capilarizam as bandeiras de luta da Frente nas particularidades de cada município e região. Por outro lado, é preciso dizermos que, além desses sujeitos vinculados à Frente, percebemos outras forças políticas que não vinculados à Frente, os quais resistem e lutam pela defesa do SUS.

Nos HU's aqui analisados, verificamos que as forças políticas envolvidas na luta contra a privatização se constituem, de modo geral, por centrais sindicais, docentes e estudantes universitários, trabalhadores da saúde, partidos políticos da extrema esquerda, conselhos e associações profissionais, a destacar o Serviço Social, entre outros agentes. Nesses



Hospitais, a luta não se encerrou com a assinatura do contrato, pelo contrário, as manifestações e atos públicos têm se dado em diversas instâncias: nas ruas, na sociedade, na mídia, junto ao judiciário, na universidade e demais âmbitos, por meio de abaixo assinados, rodas de conversas e espaços de discussão coletiva, plebiscitos, dentre outros.

O trabalho se coloca de forma relevante, na direção de reafirmar o posicionamento em defesa da saúde pública e do projeto de reforma sanitária que dá a gênese ao SUS, além de reforçar a necessidade da crescente organização e consciência da classe que vive do trabalho, em tempos tão avessos e aviltantes. Concluimos este ensaio afirmando que se faz necessário uma ampliação do debate da privatização da saúde para que de fato a sociedade civil organizada possa incorporar essa luta e tencionar por meio dos espaços institucionalizados ou não institucionalizados de participação social.

Com isso queremos dizer, que se a classe trabalhadora organizada por meio dos movimentos sociais ocupar os espaços de participação social, esta pode, num processo de luta e resistência, mostrar que existem outras saídas para o enfrentamento da crise do capital que não essas medidas de austeridade que penalizam a classe trabalhadora, a saber: a auditoria da dívida pública, prevista pela Constituição Cidadã e ignorada pelos governos neoliberais; além de reformas na tributação dos impostos e nas formas de arrecadação dos fundos públicos.



REFERÊNCIAS

- ANDREAZZI, Maria de Fátima Silianski de. Os Planos de Saúde e as ameaças ao sistema de saúde brasileiro na atualidade. In: BRAVO, Maria Inês; MENEZES, Juliana Sousa Bravo de. **A Saúde no governo do Partido dos Trabalhadores e as Lutas Sociais contra a Privatização**. Rio de Janeiro: UERJ, 2014
- BEHRING, E. R. **Brasil em contrarreforma**: desestruturação do Estado e a perda de direitos. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- BRAVO, M. I.S.; CORREIA, M. V. C. **Desafios do controle social na atualidade**. Serv. Soc., São Paulo, n.109, p.126-150, jan./mar. 2012.
- BRAVO, Maria Inês; MENEZES, Juliana Sousa Bravo de (Orgs.). As lutas pela saúde e os desafios da Frente Nacional contra a Privatização da saúde na atualidade. In: BRAVO, Maria Inês; MENEZES, Juliana Sousa Bravo de. **A Saúde no governo do Partido dos Trabalhadores e as Lutas Sociais contra a Privatização**. Rio de Janeiro: UERJ, 2014.
- Frente Nacional Contra a privatização da Saúde. **Relatório Analítico das irregularidades e dos prejuízos à Sociedade, aos Trabalhadores e ao Erário causados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH**. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0B3SRQLv1tEAVYzIXbC1UaGFYYIE/edit>>. Acesso em: 10 de jan. de 2016.



OS MOVIMENTOS SOCIAIS DA AIDS E O SERVIÇO SOCIAL: SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA AS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS NA CONTEMPORANEIDADE.

Ana Paula Gil Rodrigues (Unifesp - Universidade Federal De São Paulo); Ester Freitas Pereira (Unifesp - Universidade Federal De São Paulo)

RESUMO: Esse artigo apresenta reflexões sobre os Movimentos Sociais da aids, que enfrentou desafios desde o final da década de 1970, e obteve direitos significativos que contribuíram para o tratamento de todos os portadores do HIV/Aids. Contextualiza a importância do SUS como uma política de Estado, e os desmontes vindo do capital, através da ideologia burguesa que é um instrumento de dominação, contra tudo que os Movimentos Sociais alcançaram, que compôs a história da aids no Brasil. Ressalta ainda as contribuições do Serviço Social perante o atendimento das pessoas que vivem com HIV/Aids.

Palavra chaves: Movimentos Sociais da aids, Direitos, HIV/AIDS, Serviço Social.

ABSTRACT: This article presents reflections on the Social Movements of aids, which has faced challenges since the late 1970s, and gained significant rights that have contributed to the treatment of all people with HIV/AIDS. It contextualizes the importance of the SUS as a state policy, and the dismantling from the capital, through the bourgeois ideology that is an instrument of domination, against all that the Social Movements achieved, that made up the history of aids in Brazil. It also highlights the contributions of the Social Work to the care of people living with HIV/AIDS.

Keywords: Aids Social Movements, Rights, HIV / AIDS, Social Work.

1 – INTRODUÇÃO

Os Movimentos Sociais da aids⁶ no contexto brasileiro, desde o final da década de 1970, mobilizaram a sociedade civil, a comunidade científica e principalmente os portadores do vírus para lutar por direitos, dentre eles a distribuição gratuita dos medicamentos, preservativos e outros insumos e também assegurar o tratamento do HIV/Aids, de forma universal e com equidade.

Todo progresso de conquistas foram frutos das lutas sociais que também no final da década de 1980 na cidade de Santos, o Movimento Social da aids se tornou mais intenso, quando o município era conhecido como a “Capital da aids”. Assim, as respostas para a epidemia foram dadas com eficácia, sendo Santos a primeira cidade do país a criar uma Política Municipal contra a aids, revertendo o alto índice de portadores do HIV, na época.

Atualmente as Políticas Nacionais de combate à aids estão sendo destruídas, por uma política de Governo em uma conjuntura de desmonte dos direitos sociais.

O território nacional é uma “colônia” dos países ricos, a subordinação do nosso país ao capital estrangeiro, culminou em retrocessos sociais e políticos.

No universo da aids, a classe burguesa, tece a sua dominação por meio das frações capitalistas, assim se beneficiando através das indústrias farmacêuticas, entre outras instituições privadas com o consentimento do Estado, que defende os seus interesses de acumulação.

Com o avanço do neoliberalismo, a privatização do Sistema Único de Saúde (SUS) está se concretizando, pois os desmontes na área da saúde pública estão acontecendo de maneira exponencial. Isso explica o propósito da classe dominada de unir-se e formar Movimentos Sociais, para reivindicar os seus direitos.

Refletiremos neste artigo, sobre os Movimentos Sociais da aids e a sua historicidade interligando as suas mobilizações, que resultaram em conquistas que estão presentes na atualidade, mas estão sendo destruídas por ardis políticos, econômicos, ideológicos burgueses que são de ordem capitalista. Sendo que todas as lutas históricas deixaram o legado nessa geração, de heranças de resistência para mantermos o que já temos e reivindicarmos outros direitos. Retrataremos também as contribuições do Serviço Social perante aids que se apresenta como expressão da questão social.

⁶ “Sim, aids é uma palavra da língua portuguesa, reconhecida desde a publicação da edição de 2001 do dicionário Houaiss. É também reconhecida pela Academia Brasileira de Letras após a Reforma Ortográfica. Em português, não é uma sigla, é o nome da doença (inspirado na sigla em inglês). Portanto, em português, usem letra minúscula para escrever aids (se for no início da frase, só o A em maiúscula)”. (<https://www.palavrainpressa.com.br/2016/03/23/pilula-de-portugues-para-a-aids-assimcom-letras-todas-minusculas/>. Acesso em :18/01/20).

2 – O PERCURSO DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E DO SERVIÇO SOCIAL

2.1 Os movimentos sociais da aids versus o capitalismo

A gênese dos Movimentos Sociais da aids no Brasil, tal como nos concebe Silva (2015, p.79) nasce no final dos anos 1970, formado sobretudo por homens homossexuais. Mas logo nos primeiros anos de atividade, as lésbicas começaram a se afirmar como sujeito político relativamente autônomo; e nos anos 1990, travestis e depois transexuais passaram a participar de modo mais orgânico.

Tomamos a reflexão de Santos e Goulart (2017, p.150) afirmando que a participação dentro de um coletivo é capaz de fazer com que o sujeito tenha protagonismo na formação de todos os outros sujeitos que estão no entorno e na luta social.

Antes de mais nada, é importante ressaltar que a construção do SUS, por meio da Constituição Federal em 1988, foi o resultado de inúmeras lutas dos Movimentos Sociais, sendo o SUS, o único distribuidor legal pelo tratamento de todos os portadores do vírus no Brasil. Chioro (2015, p.277) relata que o processo de construção dessa política⁷ de sucesso está intimamente ligado aos alicerces e construção do SUS (Sistema Único de Saúde). Os movimentos sociais ganharam força no início da epidemia e direcionam as políticas públicas para uma resposta nacional à doença.

A privatização é um ataque do capitalismo aos portadores do HIV/Aids, ao SUS⁸ e aos Movimentos Sociais que fizeram diversos enfrentamentos para que os direitos fossem concretizados na vida dos portadores do vírus. Demonizar o que é público, sucateando-o de todas as formas, e fazendo a população acreditar que a privatização é a melhor opção, é uma estratégia ardilosa do capital. Além do que, se privatizarem totalmente o SUS, os medicamentos antirretrovirais (ARVs) deixariam de ser distribuídos de forma gratuita e universal, de modo que este desmonte na saúde pública atingiria, principalmente, a população portadora do vírus economicamente mais vulnerável.

Esse direito do recebimento gratuito dos medicamentos de aids, foi conquistado através de lutas incessantes, segundo Costa e Lago (2010, p. 35-31) do ponto de vista político, as pressões do movimento social foram fundamentais para a aprovação da Lei nº 9.313.

⁷ O Brasil começou a ter uma política de nacional de combate a AIDS em meados dos anos 80, mas foi apenas na década de 90, em Santos, que ações públicas começaram a existir de fato [...] Àquela época Santos amargava com o triste título de Capital da AIDS por ser a cidade que abrigava a maior incidência de novos casos da síndrome descobertos a cada ano, dos quais 50% se deviam à contaminação por drogas injetáveis (SOUZA, 2015. p. 129).

⁸ Assim, a história da política de aids não se desvincula da construção histórica do Sistema Único de Saúde, cujas diretrizes incluem a justiça, a equidade e a universalidade. Foi pautada nessas premissas que essa política foi construída. Ameaças ao SUS são ameaças também à política de aids e de tantas outras doenças que estavam controladas. Nesse momento, é preciso defender o direito do povo brasileiro à saúde pública, gratuita e de qualidade. Disponível em: <http://abiids.org.br/a-politica-nacional-de-aids-os-movimentos-sociais-e-o-sus/32128> Acesso em: 17/01/20

Mas para que existam retrocessos, tem que haver um Estado social mínimo e um Estado neoliberal máximo, que atenda os interesses do capital e da burguesia que é uma classe que constitui os blocos de poder e que controla o aparelho do Estado. Esses blocos são fracionados e não hegemônicos, relata Saes (2014, p.108), sendo que a classe capitalista teve, portanto, de se diferenciar em agentes sociais distintos: o banqueiro, o industrial, o comerciante.

Uma fração da burguesia pode ter o papel dominante na economia sem ter, entretanto, a hegemonia política: este foi notadamente, por longo tempo, o caso do grande capital monopolista, dominando na economia, enquanto a hegemonia política pertencia a tal ou tal fração do capital médio.

[...] O que seria preciso sublinhar fortemente é que a aliança no poder entre classes e frações dominantes sob direção de uma fração hegemônica, a cujos interesses correspondem particularmente o aparato do Estado, é uma coordenada permanentemente da forma de dominação burguesa (POULANTZAS, 1976, p.34).

Dentre as frações da classe dominante, as indústrias farmacêuticas influenciam com o seu poder o mercado dos antirretrovirais (medicamentos de aids), e os países ricos que são os proprietários das patentes e da tecnologia de ponta, dominam o sistema (monopólio) de medicamentos ao redor do planeta, com o consentimento do Estado neoliberal.

A utilização das medidas de proteção da saúde e do interesse público enfrenta, desde o início e até hoje, grande pressão contrária principalmente pelas empresas farmacêuticas multinacionais. Segundo Carvalho,

[...] No final da década de 1990 e início dos anos 2000, denúncias feitas principalmente pelos EUA, no âmbito da OMC, contra países como o Brasil e a África do Sul, que produziam e comercializavam genéricos, exigiram rápidas e efetivas respostas tanto da sociedade civil organizada como dos setores governamentais engajados com uma saúde pública universal, dando origem ao que hoje chamamos de “movimento global pelo acesso a medicamentos” (CARVALHO *et al*, 2016, p. 42).

O Brasil sempre foi um país que obteve restos de tecnologia, nunca esteve no centro das pesquisas de ponta sobre o HIV/Aids. Assim os países ricos capitalistas que detêm o poder, fazem do mercado de medicamentos o seu território particular.

2.2 Os movimentos sociais da aids, com seus protagonistas, conquistas e enfrentamentos

Esclarece Pereira que as lutas sociais contra a aids se originaram de movimentos populares⁹. “No início da epidemia havia uma forte exclusão social, os portadores do HIV não podiam frequentar lugares públicos e o temor das pessoas em tocar e falar com portadores do vírus era extremo. Para ele foi fundamental que [...] fornecer os antirretrovirais era uma das reivindicações desse movimento de enfrentamento, a participação e conexão dos artistas da época aumentaram a visibilidade da luta do movimento em defesa dos direitos dos portadores do HIV”. (PEREIRA, 2017, p.25).

Consequentemente foi promulgada a Lei 9313/96, referente à distribuição gratuita de medicamentos de HIV/Aids, sendo uma vitória histórica contra a epidemia. Na época quase essa lei foi vetada, relata Sarney (2015, p.75) que a área econômica quis vetar o projeto, alegando, como sempre, a falta de recursos. Poulantzas descreve que há diversos aparatos ideológicos, dentre eles os partidos políticos burgueses [...] *ora, já se havia constatado que o terreno da dominação política não está ocupado somente pela classe ou fração hegemônica, mas por um conjunto de classes ou frações dominantes* (1976, p.37).

A classe dominante poderia tomar como modelo de política, o exemplo descrito por Mbembe (2018, p. 9) afirmando que a política, portanto, é definida duplamente: um projeto de autonomia e realização de acordo com uma coletividade mediante comunicação e reconhecimento.

Quando o Governo Lula chegou ao aparelho do Estado, realizou inúmeras mudanças benéficas referentes a Política Nacional de aids, mas a classe burguesa sempre controlou o aparelho de Estado, limitando a atuação do Governo através do seu poder ideológico, político e econômico.

As mudanças e os direitos que foram conquistados foram importantes, mas ainda são paliativos para o tamanho dos desafios que os portadores de aids enfrentam, ainda mais nessa conjuntura política, seria necessário uma mudança estrutural para que esses desafios sejam vencidos que para Poulantzas (1976, p.36) por exemplo, um “governo popular” não saberia se limitar a simples modificações no alto pessoal estatal, acreditando com isso que as simples boas intenções políticas são suficientes para mudar as coisas: trata-se de transformar as próprias estruturas do Estado e da sociedade.

A classe trabalhadora, sempre esteve interligada aos movimentos sociais, por meio dos seus enfrentamentos, por direitos. Tanto no HIV, quanto no que tange a moradia, ou no direito à terra, também na questão racial entre outros. Nesse sentido, segundo relata Boito

⁹ O parágrafo citado, sobre as lutas dos Movimentos Sociais da aids, foi retirado do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da assistente social e mestranda Ester Freitas Pereira, com a temática: O (A) Assistente Social e suas possíveis contribuições na estratégia da PEP. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) - Campus Baixada Santista - Curso Serviço Social (2017).

(2011, p. 245), só será uma classe efetiva, como coletivo organizado e ativo, quando o antagonismo latente se tornar manifesto.

Vale lembrar, que a solidariedade foi proposta em momento de luta contra as mazelas da aids, e teve um valor de bandeira política imediata na mobilização, um caráter de urgência e de mobilização de pessoas e grupos (SEFFNER e PARKER, 2016, p. 295).

A mobilização dessas lutas contra a epidemia, favoreceram politicamente as mulheres cisgênero, transexuais, lésbicas e bissexuais portadoras do HIV, que também participaram ativamente dos Movimentos Sociais da aids. Ser mulher e com HIV, em uma sociedade patriarcal, sexista, misógina e homofóbica é desafiador. Também temos o modelo de “família”, que exclui desse universo as mulheres que não são heterossexuais. Tomamos a reflexão de Cisne e Santos afirmando que a força ideológica das relações patriarcais se atualiza de tal forma que, apesar dos avanços históricos decorrentes das lutas sociais dos sujeitos feministas e LGBT, elas encontram a maneira de se reproduzir, pois:

[...] quando necessário, à reprodução do conservadorismo; especialmente para exercer o controle, disseminam uma concepção de família tradicional, em que o alvo é universo identificado como feminino e uma espécie de negação de tudo que não for heterossexual (CISNE e SANTOS, 2018, p. 44).

O estigma ainda é muito forte, que concerne às mulheres com HIV/Aids, segundo Ceccon e Meneghel (2017, p.1089) mulheres vivendo com HIV/Aids são percebidas como infratoras, promíscuas, impuras, marcadas e segregadas a espaços restritos. Não somente as mulheres que vivem com o vírus são excluídas, mas a “morte social” esta presente no que concerne a todos que tem o HIV/Aids.

2.3 O legado de luta para o fortalecimento dos movimentos da aids e os desmontes dos direitos na atualidade

Na conjuntura atual não há nada para se comemorar. Os desmontes relacionados à saúde pública, o aumento de novos casos¹⁰ de infecção do HIV entre a juventude e a feminização da aids, é um problema nacional de descaso com a história de tudo que foi construído, oriundos dos Movimentos Sociais de enfrentamento a epidemia no Brasil.

¹⁰ RIO - Entre 2007 e 2017, a notificação de casos de HIV de pessoas com 15 a 24 anos aumentou aproximadamente 700%. Muitos especialistas e ativistas acreditam que há certo moralismo por trás dessa explosão de ocorrências. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/saude/o-que-esta-por-tras-da-explosao-de-casos-de-hiv-entre-jovens-23459399>. Acesso em: 17/01/20

Em 2017 os antirretrovirais¹¹, deixaram de ser distribuídos por um curto período aos portadores do HIV, os insumos estavam em falta e com as mudanças desse Governo atual a Política contra a aids enfraqueceu exponencialmente.

Cabe ressaltar, que a aids é um tema inerente na nossa sociedade, mas ainda é visualizada como um tabu, por falsos moralismos. Rocha (2005,) afirma que:

A aids hoje é uma doença crônica que, na sua construção histórica, traz muitos desafios pois as políticas públicas ainda não conseguiram enfrentar plenamente. Desse modo, os desafios relacionados a temas associados ao trato social com a diversidade, tornam-se mais evidentes, tais como: sexualidade, vulnerabilidade, práticas sexuais, gênero, valores morais, machismo, medos, morte e preconceito, dentre outros.(ROCHA, 2005, p. 2).

Os Movimentos Sociais foram criados não só para lutar por direitos a favor dos portadores do vírus, mas para ampliar a visão da sociedade quanto aos estigmas interligados à população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, pessoas trans e intersex (LGBTI), mulheres com o vírus, e também fortalecendo a participação política dos envolvidos nas lutas sociais. Para Amorim (2011, p.367) o seu objetivo foi, portanto, o de ampliar as formas de participação dos indivíduos ou grupos de indivíduos na cena política e outras esferas da sociedade. Reforça Galvão (2011, p. 114) que o fato de a classe em si não estar organizada em classe para si não significa que as resistências das classes dominadas não afetem as instituições e o processo político.

Vale destacar que há o viés positivo, quanto as redes sociais, pois elas deram visibilidade aos enfrentamentos políticos, e expuseram as conquistas do Movimento da aids.

Neste ínterim, o legado deixado por essas lutas incansáveis, nos esclarecem que os Movimentos Sociais foram essenciais para o tratamento de milhões de portadores do HIV/Aids no Brasil.

Historicamente, ainda na década de 90, Vitória (2015, p. 123) esclarece que o Brasil foi o pioneiro, entre países em desenvolvimento, a adotar uma estratégia universal ao tratamento antirretroviral (ARV), em um momento em que a comunidade internacional ainda defendia que o combate à epidemia nesses países deveria ser voltado eminentemente para ações no campo preventivo.

Hoje, precisamos não apenas conquistar novos direitos, mas evitar desmontes relacionados com o que já foi assegurado por Lei.

¹¹ Os pacientes portadores do vírus HIV relatam dificuldades para encontrar os medicamentos necessários para o tratamento da doença. Os remédios, que são distribuídos gratuitamente pela rede pública de saúde, estão em falta nas clínicas da Família e nos postos de saúde da cidade. Em 2017, um problema de logística também afetou a distribuição do medicamento. (G1, 2018) Ver a matéria jornalística do Jornal G1 Disponível em: <https://g1.globo.com/pe/pernambuco/noticia/pacientes-denunciam-falta-de-medicamentos-para-otratamento-de-hiv-em-hospitais-de-pernambuco.ghtml> .Acesso em: 17/01/20

2.4 O Serviço Social e suas contribuições na contemporaneidade

A intervenção do Serviço Social na saúde representa um dos principais campos de atuação profissional, sendo que sua inclusão na área tem passado por intensificações em virtude das inúmeras expressões da questão social que resultam em um aumento significativo de pessoas que vivem com HIV/Aids.

O trabalho do profissional do Serviço Social, com as articulações com outros profissionais de várias especificidades, para contribuir com a participação dos usuários nos processos de melhoria à saúde e assessorar para o aumento de uma qualidade significativa no serviço é vital para se consumir uma boa atuação na saúde. Na especificidade de atuação do assistente social inserido no Programa de HIV/Aids, temos:

Quanto ao Programa de HIV/AIDS, o Serviço Social participa na discussão dos resultados dos testes, para detecção do vírus, na solicitação do exame, na sensibilização do usuário para o uso e o manuseio do preservativo na discussão trabalhista dos portadores na relação com a família, “passaporte especial” (ônibus gratuito) etc. (VASCONCELOS, 2007, p. 206).

A aids se apresenta como expressão da questão social, pois envolve minorias excluídas, tais como, homossexuais, mulheres, usuários de substâncias químicas, e as pessoas mais pauperizadas da população e entre outros. No entanto, a referida doença não atinge apenas as pessoas que se encontram em situação de empobrecimento, mas sim pode acometer qualquer indivíduo da sociedade.

Sendo que em decorrência de sua gravidade que compromete tanto a saúde física quanto a vida social das pessoas que vivem com HIV/Aids, torna-se vital estabelecer ações que envolvam conhecimentos múltiplos no sentido de intervir e investigar tal demanda, que deve ser compreendida e tratada como um problema desafiador para a humanidade. Esses são uns dos desafios neste milênio do Serviço Social no que tange a aids.

Como uma das muitas consequências do atual modelo de acumulação capitalista, com todos os seus nefastos desdobramentos, observa-se o ressurgimento de ciclos epidêmicos de velhas enfermidades, como o cólera e a dengue, e o aparecimento de novas morbidades, a exemplo da AIDS, que atingem diretamente os segmentos mais empobrecidos da população. O acirramento da crise em nosso sistema público de saúde expõe de forma atroz as fraturas da “questão social”. Neste sentido, sem dúvida, a pandemia do HIV/AIDS é um dos muitos desafios que o Serviço Social irá enfrentar no novo milênio (ROCHA, 2015, p. 3 apud SOUZA, 2004).

Tendo em vista que a questão social deve ser considerada como a base para o trabalho do Serviço Social, faz-se necessário que os profissionais assumam um posicionamento crítico frente à realidade e ideologia posta pela sociedade capitalista dominante, intervindo no sentido de possibilitar a garantia e o acesso aos direitos sociais.

A expressão “questão social” deve ser compreendida e de acordo com Lamamoto, por meio do capital internacionalizado é produzida a concentração da riqueza ocasionando de maneira descomunal a “lei geral da acumulação capitalista”, na qual se apoia a *questão social*, sendo que neste cenário a riqueza fica concentrada em um polo social e no outro se apresenta uma realidade oposta à primeira em que impera a pobreza e a miséria.

Na base atual assumida pela *questão social* podemos encontrar as políticas governamentais que alimentam as instituições e mercados financeiros e empresas multinacionais por meio da esfera financeira e do grande capital produtivo, detendo o Estado através de suas forças. Neste cenário contemporâneo a *questão social* se caracteriza pela passagem dos lucros e salários advindos da produção para ser valorizado no universo financeiro e especulativo, sendo que isto é possível em função da dependência existente entre a responsabilidade dos governos no campo monetário e financeiro e a liberdade concedida aos movimentos de capital concentrado para agir no país, inexistindo regulamentações e controle por parte dos governos. Assim de acordo com Lamamoto (2007, p. 125),

O predomínio do capital fetiche conduz a banalização do humano, à descartabilidade e indiferença perante o outro, o que se encontra na raiz das novas configurações da *questão social* na era das finanças. Nessa perspectiva, a *questão social* é mais do que as expressões de pobreza, miséria e “exclusão”. Condensa a banalização do humano, que atesta a radicalização da alienação e a invisibilidade do trabalho social – e dos sujeito que o realizam – na era do capital fetiche. A subordinação da sociabilidade humana às coisas – ao capital-dinheiro e ao capital mercadoria -, retrata, na contemporaneidade, um desenvolvimento econômico que se traduz como barbárie social. Ao mesmo tempo, desenvolvem-se, em níveis sem precedentes históricos, em um mercado mundialmente unificado e desigual, as forças produtivas sociais do trabalho aprisionadas pelas relações sociais que as sustentam.

A expressão questão social, data de uma história recente de aproximadamente duzentos anos e seu emprego teve início na terceira década do século XIX, quando surge na tentativa de explicar o fenômeno *pauperismo*, ocorrido na Europa Ocidental, que vivenciava os resultados negativos do primeiro grande processo de industrialização, que teve início na Inglaterra, nos últimos vinte e cinco anos do século XVIII. Neste período ocorreu a pauperização intensa da população trabalhadora, sendo que este fato constitui-se na expressão instantânea resultante do início do processo capitalista em sua fase industrial-concorrencial.

A compreensão e revelação de origens marxianas em relação a lei geral da acumulação do capital, apresenta uma análise da questão social que expõe sua complexidade e sua função quanto ao desenvolvimento do sistema capitalista, sendo que ao mesmo tempo em que a riqueza é produzida, o capital também produz a extrema pobreza.

O aparecimento da aids faz surgir de maneira abrangente e significativa os preconceitos, os moralismos e os medos. Tendo em vista que a doença passa a acometer pessoas com um alto poder aquisitivo passa a ser notório o envolvimento e comprometimento do poder público e da comunidade científica em busca de desvendar a aids e garantir atendimento aos infectados. No entanto, em decorrência da alteração quanto ao perfil das pessoas infectadas pelo HIV é possível verificar o afastamento do poder público e de modo recorrente, a implicação de tal responsabilidade para a sociedade civil.

Com base nas ações estabelecidas pela Política Nacional DST/Aids ocorreram avanços, no entanto, o preconceito e a discriminação em relação as pessoas que vivem com HIV/Aids ainda se apresentam como imponentes obstáculos no sentido do combate à epidemia, assim como também na busca pelo diagnóstico e conseqüentemente pelo tratamento adequado.

Após três décadas do aparecimento do primeiro caso de HIV/Aids no Brasil ainda é extremamente presente na contemporaneidade os sentimento de angústia, negação e preconceitos, sendo que este estiverem presentes no início do surgimento da doença e ainda continuam a afetar as pessoas que vivem com HIV/Aids no momento presente.

O preconceito é expressão das relações conservadoras da sociabilidade burguesa e de seu individualismo, que, por sua vez, remete à exploração, cada vez mais bárbara, do trabalho pelo capital. A banalização destes fundamentos representa um desvalor, que emerge nas mais diferentes formas da vida cotidiana, e o desafio do seu enfrentamento deve provocar, na categoria de assistentes sociais, processos de autorreflexão, com vistas a uma intervenção profissional marcada por ações emancipatórias, na perspectiva de outra ordem societária (CFESS, 2016).

Além de enfrentarem tais sentimento, as pessoas que vivem com HIV/Aids também atravessam por um imenso processo de exclusão social ocasionado pela ausência de aceitação quanto ao próprio diagnóstico, bem como por situações como desemprego, moradia, aceitação familiar, entre outros.

No que tange o enfrentamento ao HIV/Aids o profissional de Serviço Social torna-se fundamental para a execução da política de saúde, tendo em vista sua visão e embasamento ético-político, sua fundamentação teórica, assim como sua natureza pedagógica que embasa seu agir profissional, além da competência de mediar suas intervenções cotidianas no contexto do trabalho. O profissional, tem que fazer sempre o exercício para a superação de preconceitos, ser crítico e sempre refletir contra os processos de alienação, que são cada vez mais constantes.

Torna-se de suma importância ressaltar que o assistente social por meio de sua visão e pensamento crítico tem a capacidade de compreender a relação existente entre o sujeito e

a sociedade, observando as singularidades e não estabelecendo um julgamento pautado em um particular de valores. Desta forma, no decorrer do acolhimento, o profissional do Serviço Social tem a possibilidade de adentrar na vida particular das pessoas, estabelecendo uma comunicação entre o profissional e o usuário, criando a interação, que será essencial para o desenvolvimento do trabalho.

O Serviço Social sempre se apresentou atuante e comprometido frente ao atendimento das pessoas que vivem com HIV/Aids, tendo em vista que são competência próprias da profissão o ato de elaborar, implementar, executar e avaliar as políticas sociais junto aos órgãos de administração pública, no sentido de auxiliar no reconhecimento da realidade social, com o objetivo de fomentar ações profissionais que caminhem ao encontro da defesa dos direitos mínimos garantidos, além de estar comprometido com a qualidade dos serviços prestados a referida população.

As assistentes sociais empreendem ações profissionais, em conjunturas sócio-históricas diferenciadas, a serem analisadas na correlação de forças imanentes na sociedade. Quando estas se apresentam favoravelmente às classes trabalhadoras, pode haver uma ampliação dos direitos sociais, políticos e cívicos, frutos de lutas e conquistas. Contudo, não se semeiam ilusões quanto ao caráter de classe do Estado, de dominação e de hegemonia da burguesia, a quem se submete a classe dominante. Mesmo que ampliado, o Estado se constitui em Estado de direito Burguês, sob o controle e dominação de classe. Esta caracterização nos orienta para combater o *politicismo*, que submete as lutas sociais, extrainstitucionais aos desígnios dos marcos regulatórios do Estado, o que pressupõe reconhecer as restrições de seu alcance para os trabalhadores; caso contrário, estes viverão no limite dos pactos sociais ordenado como estratégia da ordem burguesa, pelos detentores do poder, a serviço da perpetuação. É no capitalismo, historicamente determinado, que se realizam os projetos profissionais articulados a projetos societários (ABRAMIDES, 2019, p. 40).

Nos apresenta, Rocha (2015):

No Brasil, a questão da Aids para os assistentes sociais se configura no contexto das diversas transformações societárias efetivadas a partir dos anos 1980, cujos processos e dinâmicas gerados exigem a compreensão e intervenção sobre velhas e novas questões que expressam a imensa exclusão social a qual estão submetidas grandes parcelas da população. (ROCHA, 2005, p.4).

A garantia dos direitos das pessoas que vivem com HIV/Aids deve sempre compor os projetos coletivos do Serviço Social, devendo ser compreendido como um projeto profissional e societário, que corresponde conseqüentemente a um processo de resistência e negação ao neoliberalismo, assim como também de organização profissional que se posicione de forma independente de governos e partidos políticos.

Contudo, o posicionamento do profissional do Serviço Social, a favor da justiça social e da equidade, pode agregar contra os diversificados estigmas no que tange as pessoas que

vivem com HIV/Aids, e nos seus atendimentos exercer o seu compromisso ético, que potencializaram na atuação como assistente social a favor dos usuários:

(...) “posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática “empenho na eliminação de todas as formas de preconceito”; garantia do pluralismo através do respeito às correntes democráticas e compromisso com constante aprimoramento intelectual”, “compromisso com qualidade dos serviços prestados a população”; “articulação com os movimentos sociais de outras categorias”; “exercício do Serviço Social sem ser discriminado nem discriminar”. ((BRAVO,VASCONCELOS GAMA e MONNERAT, 2004, p.55).

O Serviço Social na sociedade contemporânea possibilita a discussão e a denúncia das desigualdades, tendo mediante tal ato a possibilidade de garantir o acesso aos direitos sociais.

Assim, a prática profissional do assistente social configura-se como possibilidade de reconhecimento das demandas de seus usuários como medida de proteção social e garantia dos direitos sociais visando a segurança de sobrevivência, de acolhida, e convívio familiar. Podemos ainda refletir sobre o Serviço Social na sociedade contemporânea quando possibilitamos esse debate e denunciarmos as desigualdades no intuito de garantir o acesso aos direitos sociais. (AGÊNCIA NACIONAL DA AIDS, 2018).

Entretanto o Serviço Social, é uma profissão necessária, para o atendimento das pessoas que vivem com o HIV/Aids. É abrangente, não somente no que concerne a área social, mas promove juntamente com outras profissões, uma ação de reflexão aprofundada, sobre a adesão ao tratamento, da prevenção para não culminar no estágio de aids, entre diversas contribuições essenciais a saúde pública.

3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os Movimentos Sociais da aids alcançaram nas últimas três décadas, avanços relacionados aos direitos que foram arduamente conquistados, assim como o progresso tecnológico para a fabricação dos medicamentos, e com pesquisas de ponta para uma possível cura do HIV. Além disso, o alto índice de usuários que optaram pela adesão (tratamento), por consequência tendo a queda na carga viral¹² (CV) e equipes multidisciplinares mais especializadas, no cuidado aos portadores do HIV/Aids colaboraram com estes avanços.

Ressaltando, o resgate do empoderamento das pessoas estigmatizadas por terem HIV/Aids, e às concedendo papéis fundamentais de protagonismo na história da aids, as

¹² A quantidade de vírus na corrente sanguínea, pode ser controlada por antirretrovirais. Se a carga viral estiver baixa, a probabilidade de passar o HIV/Aids para outra pessoa é quase nulo.

consideradas populações mais suscetíveis ao vírus, como a população LGBTI, as (os) profissionais do sexo, casais sorodiscordantes (sorologias distintas) entre outros.

Com o Estado cada vez mais neoliberal, se posicionando a favor da ideologia burguesa, se torna evidentemente um instrumento fundamental para essa denominação, assim enfraquecendo o Estado social. Dessa forma os direitos sociais e as políticas públicas em diversificadas áreas, precisam ser garantidos não somente pela Constituição Federal de 1988, mas cumpridos por cada Governo no que concerne sua época de poder. Nessa arena de disputas, estando de um lado o Estado e classe dominante versus classe trabalhadora, na atualidade conjuntural estamos caminhando para retrocessos sem precedentes.

Há quatro anos, toda estrutura da aids vem ruindo, os direitos não estão sendo cumpridos, como a distribuição dos medicamentos antirretrovirais e a Política de aids estão sendo destruída pelos ardis neoliberais, um exemplo trágico, é a privatização do SUS.

As estratégias para o enfrentamento da epidemia da aids, especificamente nas décadas de 1980 e 1990 no Brasil, como a Política eficaz que foi modelo nacional e internacional, o programa de distribuição de seringas para usuários de drogas injetáveis que viviam com HIV/Aids no final década de 1980, a militância mais ativa dos Movimentos da aids, deixaram um legado de resistência para todos nós.

Entretanto, os movimentos sociais contemporâneos atuam a partir de certas características, métodos, práticas, objetivos e perspectivas mais ou menos marxistas, mais ou menos anarquistas, mais ou menos libertários ou autonomistas (HILSENBECK FILHO, 2017, p. 128).

Entendemos que é imprescindível para os Movimentos Sociais da aids, com todas as suas conquistas históricas, que os avanços continuem ocorrendo e mudanças estruturais possam combater os desmontes de ordem capitalista na área da saúde pública. Por isso, ressalta-se a importância da existência dos Movimentos da aids, com uma mudança sólida, de enfrentamento as mazelas de diversificadas ordens, que atinge especificamente todas as pessoas que vivem com HIV/Aids.

Neste cenário de barbárie também se faz necessário a presença do Serviço Social que levanta várias bandeiras de luta, representando o compromisso político com a defesa intransigente e necessária das políticas públicas da aids e da liberdade como valor ético, sendo que um dos embates propostos corresponde a defesa dos Sistema Único de Saúde para continuar sendo estatal, universal e de qualidade, com base nos princípios da Reforma Sanitária Brasileira.



REFERÊNCIAS

- ABRAMIDES, Maria Beatriz Costa. **O projeto ético-político do serviço social brasileiro: rupturas com o conservadorismo**. São Paulo: Cortez, 2019.
- AMORIM, Henrique. Centralidade e imaterialidade do trabalho: classes sociais e luta política. **Trabalho e Educação Saúde**. Rio de Janeiro, vol.8 n. 3, 2011, p. 367-385.
- BIANCO, Rosana Del. **O início da História**. In: MESQUITA, Fábio Caldas. **A Síndrome: Histórias de luta contra a AIDS**. São Paulo. Cortez, 2015.
- BOITO, Armando. A (difícil) formação da classe operária. In: **Marxismo e ciências humanas**. São Paulo: Xamã, 2003, p. 239-247.
- BRASIL. Lei 8.662./93, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de assistente social e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8662.htm. Acesso em dezembro de 2019.
- BRAVO, Maria Inês Souza, VASCONCELOS, Ana Maria de, GAMA Andréa de Souza, MONNERAT Giselle Lavinias, (Orgs). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.
- CARVALHO, Felipe; TERTO, Veriano Jr; VILLARDI, Pedro; VIEIRA, Marcela. **A Luta continua: avanços e retrocessos no acesso aos antirretrovirais no Brasil**. Mito vs Realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016. ABIA, julho, 2016.
- CECCON, Roger Flores; MENEGHEL, Stela Nazareth. Iniquidades de gênero-mulheres. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2017. 27 [4]:p.1087-1103 Disponível em: www.scielo.br/pdf/physis/v27n4/0103-7331-physis-27-04-01087.pdf Acesso em: 26/07/2019.
- CHIORO, Arthur. Êxito da Política Brasileira de AIDS. In: MESQUITA, Fábio Caldas. **A Síndrome: Histórias de luta contra a AIDS**. São Paulo. Cortez, 2015.
- CISNE, Mirla; SANTOS, Silvana Mara. - **Feminismo, diversidade sexual e serviço social** - São Paulo: Cortez, 2018 (Biblioteca básica de serviço social; v.8.).
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Série assistente social no combate ao preconceito. O que é preconceito?**. Brasília (DF), 2016.
- GALVÃO, Andréia A. Marxismo e movimentos sociais. **Ver. Crítica Marxista** - 32, Campinas, 2011, pp.107-126.
- HILSENBECK FILHO, Alexander. Lutas zapatistas e sem terra: análise sobre autonomia eleições e burocratização **Lutas Sociais**, vol.20, n.37,2017, pp.127-141.
- IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**. SP: Cortez, 2007. Cap. II, pp. 105-208.
- LAGO, Regina Ferro; COSTA, Nilson Rosário. Dilemas da política de distribuição de medicamentos antirretrovirais no Brasil. 15 (Suple 3). **Ciência & Saúde Coletiva**. 2010. p.3529-3540. Disponível em: Dilemas da política de distribuição de medicamentos ... - Saúde
- MBEMBE, Achille **A Necropolítica, biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte**. 3º EDIÇÃO, 2018.
- PEREIRA, Ester Freitas. **O (A) Assistente Social e suas Potenciais Contribuições na Estratégia da PEP-** Trabalho de conclusão de Curso -108 f.: il. color.; 30 cm. Serviço Social - Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2017.
- POULANTZAS, Nicos. **Teoria das classes sociais**. Porto; Publicações escorpião, 1976. p. 5-20.
- ROCHA, Anne Gabriela Veiga. **A AIDS como expressão da questão social: a prática pedagógica do assistente social nos programas de prevenção de DST/AIDS**. In: II Jornada Internacional de políticas públicas, São Luiz, 2005. p. 1-8
- SAES, Décio Azevedo Marques. **As frações da classe dominante no capitalismo: uma reflexão teórica**. in: PINHEIRO. **Ditadura o que resta da transição**, São Paulo: Boitempo, 2014. p.105-118.



SANTOS, Paulo Henrique Alves; GOULART, Débora Cristina. Formação no Movimento dos Trabalhadores Sem Teto: uma análise de seu projeto político. **Lutas Sociais**. vol.20, n.37, 2017, pp. 142-154.

SARNEY, José. A lei contra a AIDS. In: MESQUITA, Fábio Caldas. **A Síndrome: Histórias de luta contra a AIDS**. São Paulo: Cortez, 2015.

SEFFNER, Fabrício; PARKER, Richard. The waste of experience and precariousness of life: contemporary political moment of the Brazilian response to aids. **Interface** (Botucatu). 2016; 20(57): 293-304.

SILVA, Jovanna Cardoso Silva. A gênese do Movimento. In: MESQUITA, Fábio Caldas. **A Síndrome: Histórias de luta contra a AIDS**. São Paulo: Cortez, 2015.

SOUZA, Telma. De Capital da AIDS a exemplo Mundial. In: MESQUITA, Fábio Caldas. **A Síndrome: Histórias de luta contra a AIDS**. São Paulo: Cortez, 2015.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativa na área da saúde/ Ana Maria Vasconcelos-** 5. Ed – São Paulo: Cortez, 2007.

VITÓRIA, Marco. Como o Brasil inspirou a resposta global contra a pandemia de HIV/Aids. In: MESQUITA, Fábio Caldas. **A Síndrome: Histórias de luta contra a AIDS**. São Paulo: Cortez, 2015.

A política nacional de AIDS, os movimentos sociais e o SUS - ABIA abiains.org.br/a-politica-nacional-de-aids-os-movimentos-sociais-e-o-sus/32128. Acesso em: 17/01/20.

Jornal G1 Disponível em: <https://g1.globo.com/pe/pernambuco/noticia/pacientes-denunciam-falta-de-medicamentos-para-o-tratamento-de-hiv-em-hospitais-de-pernambuco.ghtml>. Acesso em: 17/01/20.

<https://oglobo.globo.com/sociedade/saude/o-que-esta-por-tras-da-explosao-de-casos-de-hiv-entre-jovens-23459399>. Acesso em: 17/01/20.

<http://agenciaaids.com.br/artigo/acao-do-assistente-social-com-pessoas-que-vivem-com-hiv-aids/> Acesso em: 18/01/20.

Pílula de português para a aids. Assim, com letras todas minúsculas. Palavra Impressa Editora. 2016. Disponível em: <https://www.palavraimpressa.com.br/2016/03/23/pilulade-portugues-para-a-aids-assim-com-letras-todas-minusculas/>. Acesso em: 18/01/20.

A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL EM TEMPOS DE BALBÚRDIA

Andrielle Albina Dos Santos (Universidade Federal De Goiás – UFG); **Geovanna Rodrigues De Souza** (Universidade Federal De Goiás – UFG); Natália De Nazaré Noronha (Universidade Federal De Goiás – UFG)

RESUMO: Este artigo objetiva-se em conhecer a Política de Saúde no Brasil, com foco na Ofensiva Neoliberal, política econômica que prevê a construção de um Estado Mínimo de direitos sociais, que tem sucateado o Sistema Único de Saúde e as políticas voltadas para garantia da Seguridade Social. Considera-se fundamental debruçar sobre essa temática para a compreensão da importância dos direitos conquistados por meio dos movimentos sociais na política de saúde e como esses direitos estão sendo desmantelados pela ideologia neoliberal presente no Brasil.

Palavras-chaves: Reforma Sanitária; SUS; Ofensiva Neoliberal.

ABSTRACT: This article aims at knowing the Health Policy in Brazil, focusing on the Neoliberal Offensive, an economic policy that provides for the construction of a Minimum State of social rights, has scrapped the Single Health System and policies aimed at ensuring Social Security. It is considered fundamental to address this issue in order to understand the importance of the rights won through social movements in health policy and how these rights are being dismantled by the neoliberal ideology present in Brazil.

Keywords: Sanitary Reform; SUS; Neoliberal Offensive.



1. INTRODUÇÃO

O presente artigo consiste em construir reflexões e conhecimentos acerca da política de saúde no Brasil, na Ofensiva Neoliberal, política econômica que prevê a construção de um Estado Mínimo de direitos sociais, que tem sucateado o Sistema Único de Saúde e as políticas voltadas para garantia da Seguridade Social.

Para tanto, procurou-se abordar a crise do Estado de bem-estar social, para compreender o cenário mundial, a política Saúde no Brasil, trazendo o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Privatista e por fim, as Contrarreformas do Estado brasileiro na política de saúde de 1990 até a atualidade.

O trabalho é relevante para apreensão sobre a política de saúde no Brasil, sua trajetória histórica, bem como, seus avanços e retrocessos e a importância de reafirmar os direitos conquistados por meio dos movimentos sociais a partir do Projeto de Reforma Sanitária que foram consolidados na Constituição Federal de 1988.

2. CRISE DO ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL: MANIFESTAÇÃO DA CRISE GLOBAL

Para analisarmos o que foi a Crise do Estado de bem-estar social, precisamos retomar alguns elementos históricos que conseqüentemente se estruturam a construção de um Estado de bem-estar social, elementos estes que derrubaram o estado liberal e alicerçaram o estado social.

O primeiro elemento histórico foi a conquista dos direitos políticos pela classe trabalhadora, Marchall (1967) em seu conceito de cidadania, diz que existem três classes de direitos, o direito civil, político e social.

O elemento civil é composto dos direitos necessários à liberdade individual — liberdade de ir e vir, liberdade de imprensa, pensamento e fé, o direito à propriedade e de concluir contratos válidos e o direito à justiça. (...) Por elemento político se deve entender o direito de participar no exercício do poder político, como um membro de um organismo investido da autoridade política; (...) O elemento social se refere a tudo que vai desde o direito a um mínimo de bem-estar econômico e segurança ao direito de participar, por completo, na herança social e levar a vida de um ser civilizado de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade (Marshall, 1967, p. 63-64).

No fim do século XIX quando a classe trabalhadora conquista esses direitos políticos, isso fez com que a sociedade civil tivesse uma maior participação no Estado, permitindo com

que as funções do Estado se expandissem e conseqüentemente a diminuição do pensamento liberal.

O segundo elemento foi o processo de monopolização do capital, Behring e Boschett (2006, p. 68) dizem que,

O segundo e não menos significativo processo foi a concentração e monopolização do capital, demolindo a utopia liberal do indivíduo empreendedor orientado por sentimentos morais. Cada vez mais o mercado vai ser liderado por grandes monopólios, e a criação de empresas vai depender de um grande volume de investimento, dinheiro emprestado pelos bancos, numa verdadeira fusão entre o capital financeiro e o industrial (apud CFESS/ABEPSS, 2009, p. 7).

Já o terceiro elemento foi a revolução socialista de 1917 na Rússia, onde houve a derrocada do czarismo, colocaram uma tensão geopolítica sobre o cenário internacional na luta de classes, trabalhadores começaram a ter “esperança” sobre a possível tomada do poder e do estado. Isso fez com que o capitalismo reformulasse suas práticas, para evitar uma revolução futura, segundo Gramsci (2004)¹³ a “Revolução Russa destruiu o autoritarismo e o substituiu pelo sufrágio universal, estendendo-o também às mulheres. Substituiu autoritarismo pela liberdade, substituiu a constituição pela livre voz da consciência universal”.

Por sua vez, o quarto elemento histórico que também intensificou a mudança do estado liberal para o estado social (Estado de bem-estar social ou Welfare State), foi a Crise de 1929 ou a chamada Grande Depressão, foi o momento em que houve a crise de superprodução e superacumulação, onde mercadorias não estavam sendo consumidas/vendidas, não pelo fato de insatisfação do consumo, mais sim pelo fato de grande parte das pessoas não terem condições de realizar suas necessidades de consumo, que de acordo com Ribeiro (2008, p. 100),

Não há qualquer incompatibilidade entre superprodução, de um lado, e, de outro, existência de potenciais consumidores insatisfeitos. Pelo contrário, a superprodução se dá em simultâneo com o crescimento da fome, da miséria, do desemprego, das falências etc. Ela é o resultado do conflito entre o desenvolvimento das forças produtivas, sob o capitalismo, e os limites impostos pelo lucro do capital (apud ALMEIDA, 2009, p. 12).

Esse mercado regulador levou a redução da economia capitalista, dando origem a crise, logo, para se ter uma mudança no regime de acumulação, foi necessário rever a anarquia de mercado existente, foi necessária então, a intervenção do Estado na economia capitalista.

Neste regime o Estado servia apenas para exercer funções essenciais, Bobbio (1988 apud BEHRING; BOSCHETTI, 2006 p. 60), diz que Adam Smith desenhou um Estado com apenas três funções, pela “defesa contra os inimigos externos; a proteção de todo o indivíduo

¹³ (apud FERREIRA, Franklin Douglas, 2017, p. 11).

de ofensas dirigidas por outros indivíduos e o provimento de obras públicas, que não possam ser executadas pela iniciativa privada”. Logo, podemos destacar sucintamente que com os resultados da crise, a intervenção e intensificação do Estado na economia era visível e necessária.

John Maynard Keynes (1996, p. 15) destaca em sua teoria geral, que a “ação do Estado é indispensável ao bom funcionamento do sistema econômico capitalista. Ao Estado caberia, portanto, eliminar a carência de demanda efetiva em momentos de recessão e desemprego”, o Estado devia assumir um papel regulamentador da economia e da sociedade, enquanto processo de produção e reprodução social, criando assim medidas contrárias à essa crise.

Logo, o Estado de bem-estar social ou Welfare State começou a se intensificar em países capitalistas (ele não se deu da mesma maneira em todos os países, mais se intensificou principalmente na Europa), após a Segunda Guerra Mundial, na década de 40, período que desencadeou inúmeros conflitos sociais e grande parcela da sociedade estava em situações de vulnerabilidade social. Em contrapartida o Estado de bem-estar social se apresentava como gerenciador desses conflitos resultantes às desigualdades sociais, no qual vinha se estabelecendo com o crescente desenvolvimento capitalista, e pelo forte processo de industrialização.

Assume a responsabilidade de um novo modelo de Estado, político, econômico e social, onde visava à criação, a implementação e o financiamento de programas e ações sociais para a população, o qual é direito social de todo cidadão ter acesso a esses serviços, preocupado minimamente em combater “a escassez, a doença, a ignorância, a miséria e a ociosidade” (OUTHWAITE; BOTTOMORE, 1996, p.261), dando acesso amplo e igualitário aos serviços a todo cidadão as políticas sociais.

No Brasil, por exemplo, nunca se teve uma efetivação plena do Estado de bem-estar social, iniciou-se na década de 30 durante o Governo de Getúlio Vargas, perdurando até 1970, durante o período do regime militar, quando contraditoriamente os mais beneficiados com os gastos públicos em infraestrutura foram justamente os empresários.

Contudo, esse regime social permaneceu por trinta anos, conhecido como os “Anos de Ouro do capitalismo”, onde em 1970 essa proposta de Estado de bem-estar social começou a entrar em declínio, isto pois, para que o Estado pudesse garantir e manter as condições mínimas da sociedade. Logo, Behring e Boschetti (2006), pontua alguns elementos que levaram a decadência do regime social:

As taxas de crescimento, a capacidade do Estado de exercer suas funções mediadoras civilizadoras cada vez mais amplas, a absorção das novas

gerações no mercado de trabalho, restrito já naquele momento pelas tecnologias poupadoras de mão de obra, não são as mesmas, contrariando expectativas de pleno emprego, base fundamental daquela experiência. As dívidas públicas e privadas crescem perigosamente. A explosão da juventude em 1968, em todo o mundo, e a primeira grande recessão - catalisada pela alta dos preços do petróleo em 1973/74 - foram os sinais contundentes de que o sonho do pleno emprego e da cidadania relacionada à proteção social havia terminado no capitalismo central e estava comprometido na periferia do capital onde não se realizou efetiva (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p. 103).

O novo modelo de Estado, o neoliberal, vai se pautar na "formação de uma cultura política dessa 'nova ordem' que exige a desqualificação do significado histórico dos projetos de 'democratização do capital' e da 'socialização da riqueza socialmente produzida' como alternativas 'à ordem', e/ou 'na ordem' do capital". (MOTA, 1995, p. 93 apud DURIGUETTO, 2005, p. 4).

As primeiras ondas neoliberais começaram a surgir nos anos de glória ou anos dourados do capitalismo, acusam “o Estado de Bem-Estar de destruir as liberdades individuais e que suas tendências socializantes podem conduzir a sociedade a regimes totalitários como o fascismo e o nazismo” (BENTO, 2002, p. 41).

Contudo, podemos enfatizar que esse modelo social de direito democrata, foi responsabilizado pela ruína da economia capitalista e para solucionar essa “crise” era necessário a retomada dos ideais liberais, isto é, a retomada da alta e livre regulação do mercado sobre a produção de bens e serviços (BENTO, 2002, p. 68).

O neoliberalismo surge então, em 1970, como forma de reivindicação do liberalismo, porém com um novo regime liberal, com manifestações teóricas e políticas contra o Welfare State e ao Keynesianismo, irradiando por todo o mundo.

Tendo em vista esses e diversos outros fatos históricos, que Bravo e Matos (2012) vão dizer que “a sociedade contemporânea vem atravessando, desde a década de 70, uma crise global que tem como possibilidade real o retrocesso social e a barbárie” (p. 201). Que tiveram como referência de manifestação histórica, a crise do Estado de bem-estar e a crise do chamado socialismo real.

3. PROJETO REFORMA SANITÁRIA E PROJETO PRIVATISTA: UMA DISPUTA PELO MODELO DE SAÚDE NO BRASIL

No Brasil o período de 1964 a 1985 ficou conhecido como ditadura militar. Durante esses anos o país foi governado por cinco generais e uma junta militar, esses governos ficaram conhecidos por serem altamente autoritários e repressores por cassar mandatos,

suspender direitos políticos, demitir funcionários públicos, expulsar militares das forças armadas e até mesmo perseguir cidadãos por seu pensamento político.

Foi durante esse período, mais especificamente em 1970, que emergiram mais intensificamente os movimentos sociais que entre suas pautas de reivindicações exigiam um novo modelo assistencial de saúde. Como afirma Costa,

As precárias condições de vida das camadas populares e os problemas de saúde decorrentes dessas condições tornaram-se alvo da intervenção de agentes sociais nas comunidades; sua motivação básica dizia respeito ao precário nível de atendimento médico (filas enormes se formavam), a concentração do atendimento em hospitais, a falta de acesso a remédios e tecnologia, enfim, à insatisfação com o modelo assistencial à saúde naquele período - embora não tenha sido assim explicitado. Na tentativa de superar as deficiências do modelo, surgiram várias experiências vinculadas a Secretarias de Saúde, à Igreja Católica (via dioceses), às entidades de classe e a outros organismos (COSTA, 2007, p.86).

Nesse período a política de saúde tinha um caráter centralizador, seletivo, excludente e curativo, a maior parte da população brasileira não tinha direito à saúde, pois somente trabalhadores com vínculo empregatício tinha acesso a esses serviços que eram prestados pelo Instituto Nacional de Previdência Social. Sendo assim, trabalhadores informais, crianças e idosos não tinham assistência à saúde.

Em meados de 1970, quando o suposto “milagre econômico” chega ao fim e mais uma vez o Brasil se encontra em um cenário de crise, abra-se uma brecha para que outros setores econômicos e políticos consigam atingir esse sistema ditatorial. Surgiram questionamentos referentes a política estatal de saúde e abriu-se uma discussão sobre a ampliação da oferta dos serviços públicos para toda a população.

Foram realizados estudos sobre o modelo de saúde vigente, com o resultado desses estudos foi comprovado que esse modelo não atendia as necessidades de atendimento à saúde da população, então foi-se pensando em propostas alternativas para um novo sistema de saúde.

No espaço acadêmico, floresceu, a partir dessas experiências, um pensamento crítico em relação ao modelo de desenvolvimento e seus reflexos sobre a saúde da população e ao sistema de saúde em si, que deu origem à construção da base político- ideológica da Reforma Sanitária e à difusão do movimento sanitário no meio médico (MENDES, 1995).

Em 1976, para fortalecer esse movimento da Reforma Sanitária o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde – CEBES (1976) e a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO (1979) foram precursores dessa ideia do projeto da Reforma Sanitária brasileira juntamente as universidades, movimento sindical, técnicos e gestores do setor de saúde e demais movimentos populares. É importante salientar que o Movimento Sanitário vai



ganhando força juntamente com a redemocratização do Brasil, rompendo com o sistema ditatorial.

Os movimentos em saúde que se espalhavam por todo o Brasil reivindicando melhores condições de vida para a população, a ampliação dos serviços de saúde a todo cidadão brasileiro e a reforma do modelo de saúde vigente, resultou em 1986 na VIII Conferência Nacional de Saúde convocada pelo Ministério da Saúde, tendo como tema central: “Saúde, Dever do Estado e Direito do Cidadão”, versando sobre a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento do setor.

A VIII Conferência Nacional de Saúde contou com a participação de mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade, cumpriu o papel de formular uma nova Política Nacional de Saúde e posteriormente com a Lei Orgânica da Saúde. O Projeto de Reforma Sanitária teve como uma de suas estratégias para efetivação de suas propostas, o Sistema Único de Saúde (SUS).

As propostas do Projeto de Reforma Sanitária Brasileira foram consolidadas na Constituição Federal de 1988, sendo que o artigo 196, estabelece que a: “Saúde é 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 as ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”. Determina também os princípios do SUS, universalidade, equidade, integralidade, democratização, descentralização expressos do art.196 ao 200.

Contudo, esse projeto foi duramente questionado logo após sua efetivação sendo construída uma nova proposta pelo contra hegemonia, o Projeto Privatista, vinculado a perspectiva de mercado, visando a reatualização do modelo médico assistencial privatista, atendendo aos interesses do neoliberalismo.

A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que tem acesso ao mercado. [...] (BRAVO e MATOS, 2012, p.203 apud BRESSER PEREIRA, 1997).

E ainda complementa:

A principal inovação é a criação de uma esfera pública não estatal que, embora exercendo funções públicas, obedece às leis de mercado. (BRAVO e MATOS, 2012, p.203)

Ou seja, possui uma perspectiva totalmente antagônica a proposta da Reforma Sanitária, retomando o caráter focalizado para o atendimento da população, em especial a parcela vulnerável, amplia a privatização indo contra o princípio de universalização dos serviços, além de estimular o seguro privado, uma visão neoliberal da política de saúde.

Essa proposta desresponsabiliza o Estado em relação aos seus deveres com a política de saúde e responsabiliza a sociedade civil por atender as suas próprias necessidades e daqueles que estão em situação de vulnerabilidade e pauperização, retomando então, a perspectiva de filantropia. A Proposta Privatista significa um retrocesso e a perda de direitos.

3.1. Panorama da política de saúde no Brasil

A partir de 1990 o projeto neoliberal passa a ser implementado no Brasil, por meio da gestão dos presidentes, iniciando com Fernando Collor de Mello (1990-1992), passando por Itamar Franco (1992-1995) e Fernando Henrique Cardoso (1995-2003), sendo que podemos identificar nesse período quatro momentos no setor da saúde.

Segundo Bravo e Matos (2012), o primeiro momento, situado na era Collor, sendo marcado pela redução de verbas para os setores sociais o que inclui a saúde.

Nesse período, não houve uma apresentação sobre o projeto de política de saúde do governo federal, ocorrendo, no entanto, um boicote sistemático e contundente à implementação do SUS. Demonstração disto foram as propostas de emenda constitucional apresentadas, como, por exemplo, a que propunha a comercialização de sangue e hemoderivados (p.205).

É importante que ressaltar que mesmo em meio a esse cenário o setor de saúde consegue alguns avanços, pois em 1990, são aprovadas as leis 8.080/90 e 8.142/90 que juntas estabelecem a Lei Orgânica da Saúde.

Em 1992 ocorre a IX Conferência Nacional de Saúde com o tema “Municipalização é o caminho” que visava debater sobre sociedade, governo e saúde, Seguridade Social, Implementação do SUS, controle social, e descentralização e democratização do conhecimento. Essa conferência foi de suma importância para a reafirmação do SUS como modelo ideal para a política de saúde e também para defender o impeachment do até então presidente Fernando Collor de Mello.

O segundo momento, ocorre durante o governo de Itamar Franco, que segundo Bravo e Matos (2012), esse foi um período de ampla discussão sobre o que foi debatido na IX Conferência Nacional de Saúde, e também, foi extinto o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), o que foi proposto pelo movimento de Reforma Sanitária, além disso, houve a promulgação da Norma Operacional Básica – NOB/93¹⁴. Bravo e Matos (2012) salientam que,

¹⁴ A Norma Operacional Básica do SUS 01/93 (NOB/SUS 01/93) foi editada pela Portaria GM/MS nº 545, de 20 de maio de 1993. Formalizou os princípios aprovados na 9ª Conferência Nacional de Saúde (realizada em 1992), que teve como tema central “a municipalização é o caminho”, e desencadeou um amplo processo de municipalização da gestão com habilitação dos municípios nas condições de gestão criadas (incipiente, parcial e semiplena).

Apesar de alguns avanços na saúde, datados sobretudo no início do governo Itamar, nada efetivamente mudou na qualidade de vida da população. Além do êxito do plano real que significava concretamente a efetivação do projeto neoliberal no país, cabe lembrar as dificuldades já inerentes a serem enfrentadas, pois os desmontes realizados pelo governo Collor, constituíram terreno fértil para que germinassem todo o tipo de propostas neoliberal (p.207).

O terceiro momento que segundo Bravo e Matos (2012) compreende os dois primeiros anos do governo de Fernando Henrique Cardoso demonstra que o presidente da República não tinha interesse na política de saúde. Uma prova disso foi a X Conferência Nacional de Saúde que teve como tema “Construindo um modelo de atenção à saúde para qualidade de vida” que mesmo contando com uma participação significativa da sociedade civil não foi levada em consideração pelo governo federal.

Por fim, o quarto momento, ainda no governo FHC, foi marcado por uma outra proposta de saúde, contrária ao SUS. Segundo Bravo e Matos (2012) em 1997, é lançado o documento “Ações e metas prioritárias para a saúde no Brasil”,

Este documento apresenta sérios problemas, dos quais destaca-se que: não articula a discussão de recursos humanos com a política de pessoal; não explicita a proposta de parceria com a família e a iniciativa privada; aponta para a terceirização, através dos contratos de gestão (p.208).

Percebe-se que existe um retrocesso no que diz respeito ao modelo de saúde que estava sendo construída anteriormente, a perspectiva neoliberal começa a se sobressair mediante a perspectiva de democratização e universalização. Em 1998, tem-se a continuidade do sucateamento do setor de saúde, resultando no “desrespeito ao Conselho Nacional de Saúde como instância participante da formulação da política de saúde e na retoma da reestruturação do atendimento hospitalar e ambulatorial, da regulamentação dos planos privados de saúde e pela normatização dos medicamentos (p. 209).” Percebe-se que se trata de uma contrarreforma 3 do Estado no setor de saúde.

4. DA EXPECTATIVA DA EFETIVAÇÃO DA AGENDA ÉTICO-POLÍTICA DA REFORMA SANITÁRIA A BARBÁRIE: REFLEXÕES ACERCA DA SAÚDE NO BRASIL DO GOVERNO LULA AO GOVERNO BOLSONARO

Havia uma expectativa de fortalecimento do Sistema Único de Saúde com a eleição de Lula, entretanto apesar de anexar a agenda da reforma sanitária as ações políticas do governo, sua incorporação não foi efetivada e a polarização dos dois projetos

permaneceram.¹⁵ Nos próximos parágrafos nos atentaremos em trazer aspectos de inovação e continuidade apontados por diferentes autores com relação a política de saúde no governo de Luís Inácio Lula da Silva.

De acordo com Bravo (2009) das ações de inovação estão: escolhas de profissionais comprometidos com a reforma sanitária para compor cargos de gestão do Ministério da Saúde, criação de secretárias como a de gestão participativa, que permitia um alargamento da participação da sociedade civil nas discussões acerca dos programas de planejamento em saúde do governo, escolha de representantes da CUT para compor essas secretárias, a convocação da 12ª Conferência Nacional de Saúde,

A 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) teve como objetivo definir orientações para o plano plurianual de saúde do governo e as principais diretrizes e serem incorporadas ao sistema de saúde. Como estratégia central da mesma, foi ressaltada a necessidade de equacionar os graves problemas do SUS com destaque para áreas de recursos humanos e qualidade de serviços. Como instrumento de mobilização da conferência, foi elaborado um documento preliminar a ser discutido nas conferências municipais e estaduais contendo dez eixos temáticos: Direito à Saúde; A Seguridade Social e a Saúde; A Intersetorialidade das Ações de Saúde; As Três Esferas do Governo e a Construção do SUS; A Organização da Atenção à Saúde; O Trabalho na Saúde; Gestão Participativa; Ciência e Tecnologia e a Saúde; O Financiamento do SUS e informações, informática e Comunicação (BRAVO, pg. 103, 2009).

Outro aspecto positivo foi a unificação das ações de atenção básica, ambulatorial e hospitalar através da criação da Secretária de Atenção à Saúde.

Outros avanços do governo Lula na política de saúde foram apontados também por Paim e Silva (2005), através das diretrizes criadas pelo governo houve a melhoria do atendimento humanizado, o combate a carências nutricionais, houve uma maior atenção a grupos especiais com a criação da: atenção à saúde da mulher, da criança e do idoso, prevenção, controle e assistência a portadores de Doenças Sexualmente Transmissíveis, alargou-se o acesso a medicamentos gratuitos e/ou abaixo custo com a criação do programa farmácia popular e também a promoção da qualificação dos trabalhadores da saúde, dentre outras ações, através do Pacto pela Saúde assinado em 2006.

Foram adotados como marcos de governo três programas: Brasil Sorridente, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), e Farmácia Popular. Os dois primeiros partiram de iniciativas prévias, e o terceiro introduziu no SUS o copagamento por medicamentos adquiridos em farmácias estatais ou privadas. Como elemento de continuidade, destaque-se a expansão da cobertura do PSF, que passou a ser enfatizado como estratégia de reestruturação do modelo de atenção, agregando novos profissionais à atenção básica (BAPTISTA; LIMA; MACHADO, p. 153, 2017).

¹⁵ 3 As contrarreformas, implementadas a partir da segunda metade da década de 1990, em consonância com as orientações do Banco Mundial (BM), estão ancoradas na necessidade de limitação das funções do Estado. Este deve desresponsabilizar-se da execução direta das políticas sociais. Suas funções devem ser de coordenar e financiar as políticas públicas e não mais executá-las. (BRAVO; MENEZES, 2015)

4 2 Projetos: Lógica de mercado (privatizações, desfinanciamento, focalização) e projeto do movimento sanitário (universal, gratuita, dever do Estado).

Acerca dos aspectos de continuidade da política de saúde dos anos 90, segundo Bravo (2009, p.104) a ênfase na focalização na terceirização e no desfinanciamento ainda foi mantida. Outro ponto foi a contratação de terceirizados, a criação de categorias que não são regularizadas (agente comunitário, agente de saúde mental, técnico de saneamento dentre outros), a sobreposição de indicações político-partidárias sobre os concursos públicos.

Outro fator fundamental para caracterizar o governo Lula enquanto ineficiente em relação as expectativas da consolidação da Reforma Sanitária foi o massivo desfinanciamento do gasto social do governo, Segundo Bravo (2009, p.105) o governo estipulou a proposta de desvinculação da CPMF da receita do setor de saúde, a utilização sistemática dos recursos da Seguridade Social, além da tentativa de desvinculação da obrigação de União, Estados e Municípios em investir uma porcentagem de suas arrecadações com a política de saúde e educação.

De modo geral, nota-se que houve avanços, expansão e uma maior preocupação com a saúde em relação a anos antecessores, contudo as políticas macroeconômicas e a colisão de interesses não influenciaram a superação de problemas estruturais no SUS.

De acordo com BAPTISTA; LIMA; MACHADO (2017) O governo Dilma contou com um contexto econômico menos favorável do que o do seu antecessor. No âmbito político houve uma relativa fragilidade da Presidente contrapartida a ascensão de forças conservadoras no poder político, *“cujo ápice resultou na crise de 2015-2016”* (p.154)

Como já supracitado, sob o governo Dilma emergiu uma força neoconservadora desproporcional no cenário político, principalmente após a Operação Lava Jato, que denunciou diversas pessoas do estado e empresas privadas e/ou governamentais inclusive anexando em seu processo nomes como o da presidente Dilma Rousseff e do ex presidente Lula.

No que tange a saúde, nesse governo, deram-se continuidade em áreas de atenção básica e de vigilância sanitária, também houve a expansão das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e a criação do Programas Mais Médicos. Obviamente diversos outros programas de cunho social foram implementados durante o mesmo governo, como Benefício de Prestação Continuada (BPC) o programa Brasil Sem Miséria, mas nos atentamos aqui em tratar das ações voltadas a saúde (diretamente).¹⁶

Após a derrota do Candidato Aécio Neves (PSDB), o cenário político do Brasil fica cada vez mais polarizado, há uma extensa articulação entre forças ultraconservadoras, e o

¹⁶ Entendemos que demais políticas da Seguridade Social incidem no processo de saúde e doença.

posicionamento antigoverno baseado por vezes de discursos oportunistas. Nesse contexto, dentro do congresso o discurso ultraliberal ganha força, e todo aquele falatório de crise gerada devido a investimentos sociais.

Dentre as problemáticas apontadas pelos autores um ponto bastante criticado pelos defensores da agenda sanitária foi a abertura do setor de saúde ao capital estrangeiro, fortalecendo o mercado em saúde, outra questão questionada foi a escolha de representantes com ideias opostas as da reforma sanitaria a ministro da saúde. Tem-se a configuração de uma nova emergência de saúde pública, a Epidemia do Zika Vírus e sua associação a microcefalia e distúrbios neurológicos em bebês.

Por fim, agrava-se a crise política, na qual culminou no impeachment da presidente Dilma Rousseff em agosto de 2016. De modo geral de 2011 a 2016 já sinalizavam um tempo de retrocessos, contrarreformas que estaria por vim, colocando principalmente nosso Sistema Único de Saúde em cheque. (Baptista; Lima; Machado, 2017)

Temer se torna presidente em 2016, após o golpe de Estado das forças conservadoras de cunho liberal. Mais que depressa organizam uma série de reformas afins de “enviar respostas” positivas para o mercado, entretanto é notório que tais reformas visam expansão do capitalismo monopolista, através do acúmulo de capital. De acordo com Barros e Brito (2019),

Tais reformas (ou contrarreformas, tendo em vista seu conteúdo regressivo) retiraram direitos dos trabalhadores, enfraqueceram suas instâncias de representação, promoveram o congelamento dos gastos públicos na área social, intensificando um processo de desfinanciamento já flagrante (p. 78).

Como nada é novo por aqui, novamente esses discursos de reforma (contrarreforma) paira pela grande mídia e se dissemina pela população, dentre os diversos jargões já antigos estão: “o brasil está quebrado” “ o brasil está parando no tempo, enquanto economias internacionais neoliberais estão a todo vapor”, enfim todo um “merchan”, que incorporou nos próprios cidadãos, sujeitos das políticas sociais que o governo pretendia/pretende eliminar.

Dentre as principais medidas de controle e restrição orçamentaria adotada pelo governo está a Proposta de Emenda Constitucional que estipula um Teto de gastos públicos (PEC 241 –55) com saúde, educação e assistência social. Essa PEC é popularmente conhecida com PEC da Morte, ou PEC do fim do mundo, por precarizar ainda mais o SUS e a educação, propondo um congelamento de gastos durante 20 anos

Essa iniciativa tem se dado em pelo menos duas frentes: A nível de controle e restrição orçamentária, cuja novidade se dá pela aprovação da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) do Teto (PEC 241- 55), e a nível ideológico, em que se verifica a busca da construção de um projeto, que se pretende hegemônico: a privatização da Saúde, diminuição das obrigações do Estado na sua garantia enquanto direito social e aumento do Mercado na prestação

desses serviços. Temos assim, o acirramento do discurso privatista, que oscila entre a própria inoperabilidade do SUS e a fábula de um Mercado ávido para “ajudar” na resolução do problema (Barros; Brito, p.79, 2019).

A política de saúde no governo Temer impõe ao SUS um status de sistema desfinanciado, colocando sua sobrevivência, em risco. Ademais, apesar de não citarmos aqui, o desmantelamento do SUS soma a deterioração de outras políticas públicas sociais que também incidem no processo saúde/doença, esquecendo do princípio Constitucional que estipula o Estado enquanto responsável pela Seguridade Social.

No final de 2018 tem-se a eleição de Jair Messias Bolsonaro (PSL) sujeito de inteligência duvidosa que se pauta na “moral e bons costumes” como principal proposta de governo. Se auto intitula sendo de extrema-direita, e lança uma nova “tendência” contemporânea entre seus apoiadores “liberal na economia, e conservador nos costumes”, dispensa mais colocações.

Vale ressaltar que Bolsonaro nomeou a Ministro da Economia, o Economista Paulo Guedes, que em suas primeiras falas enquanto ministro do governo, declarou que a política econômica do Estado será totalmente ao contrário ao que se conhece por “Estado Provedor”, reafirmando a agenda neoliberal (descentralização, privatizações, redução do estado junto as políticas públicas sociais) que se instauraria no Brasil.

Dentre as principais contrarreformas do (des)governo atual que incidem diretamente na saúde estão:

os retrocessos nas normas de segurança nos ambientes de trabalho e legislação referente a acidentes de trabalho e doenças profissionais; propostas referentes à legislação do trânsito que impactam na morbimortalidade por acidentes envolvendo veículos automotores (velocidade nas estradas, normas e regras para condução, “cadeirinha das crianças”, número de pontos para ter a carteira cassada); os ataques ao Estatuto da Criança e do Adolescente; as restrições ao amplo acesso à educação e informação e a fragilização das políticas voltadas aos direitos sexuais e reprodutivos; as reiteradas ameaças ao estatuto do desarmamento o aumento dos benefícios fiscais para a indústria de refrigerantes, indo na contramão do que se faz em todo o mundo; o ataque à educação pública e a ameaça à ciência nacional com o drástico contingenciamento do orçamento setorial; a liberação sem critério de agrotóxicos e pesticidas e as ameaças à saúde, ao meio ambiente e à sustentabilidade; a nova política de drogas, que possibilita a internação involuntária de usuários, prioriza as comunidades terapêuticas e a abstinência como objetivo do tratamento da dependência, ao invés das políticas voltadas ao tratamento de saúde de usuários, focadas na redução de danos; a proposta do Ministério da Justiça para redução do preço do cigarro que fragilizará a exitosa política de prevenção e controle do tabaco¹⁷ (Rede Brasil Atual, 2019).

As informações supracitadas foram retiradas de uma carta aberta elaborada pelo ex Ministro da Saúde Arthur Chioro¹⁸, que no decorrer de sua publicação, reafirma através de

¹⁷ Disponível em: <<https://www.redebrasilatual.com.br/saude-e-ciencia/2019/08/ex-ministros-desconstrucao-bolsonaro-sus/>>.

¹⁸ **Ademar Arthur Chioro dos Reis** (Santos, 5 de dezembro de 1963) político, médico sanitário e professor

dados, que a política de saúde, que tem sido implementada no Brasil não parte e nem partirá da universalidade. Ainda segundo o ex Ministro, a intenção do governo é fornecer uma saúde sucateada e preconizada a quem não pode pagar, e assim explorar a saúde como mercadoria abrindo as portas para setores privados.

“O capital financeiro internacional é um dos maiores interessados em acabar com o SUS, porque os planos privados de saúde têm crescido mais de 10% nos últimos três, quatro anos no Brasil. São planos subsidiários de bancos, intercalado com o capital da saúde no caso, que enxergam amplo espaço de atuação e ascensão. Do ponto de vista político, acabar com o SUS obriga a população a ‘consumir’ mais saúde privada, abrindo mão dos seus direitos”, (Matheus Magalhães, consultor do Instituto de Estudos Socioeconômicos, 2018).¹⁹

Por fim, é notório não haver preocupação e nem dimensão por parte do governo do quanto o SUS é fundamental para população brasileira, tendo em vista que atende cerca de 70% dos cidadãos, obviamente numa conjunta de milhões de desempregados e trabalhadores por demanda, desigualdade social e pauperismo dificilmente o acesso a planos e serviços privados será possível, colocando boa parcela da população à mercê da barbárie. “Saúde não é mercadoria. Vida não é negócio. Dignidade não é lucro. Direitos conquistados não podem ser retrocedidos sequer instabilizados” (Ministra do Supremo Tribunal Federal: Cármen Lúcia, 2018)

5. CONCLUSÃO

Em 2019 o Sistema Único de Saúde completa seus 31 anos, e infelizmente está longe de ser o SUS proposto e assegurado pela Constituição Federal de 1988, cada ano que passa tem se distanciando significativamente da proposta do movimento sanitarista.

Entretanto, ponderamos que entre 2001 a 2011 durante o governo de Luís Inácio Lula da Silva, além da tentativa de se implementar um “Estado de bem-estar”, através de políticas sociais populistas, houve-se avanços na política de saúde e uma maior aproximação dos princípios de integralidade e universalidade propostos pela reforma sanitária, com relação a outros contextos históricos já vivenciados.

Nota-se também as problemáticas existentes em se consolidar um sistema que visa o bem-estar coletivo da população, em detrimento dos interesses do capital, fazendo com que em toda sua trajetória, a saúde do Brasil se paute em uma arena de conflitos e enfrentamentos entre a lógica de Estado provedor *versus* Mercado.

universitário brasileiro. Foi ministro da Saúde do Brasil entre 2014 e 2015. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Arthur_Chioro>.

¹⁹ Disponível em: <https://www.ncst.org.br/siscon/print.php?id=21427>



O atual governo revela-se totalmente voltado a concepção de um Estado Mínimo, e banaliza estruturalmente a Seguridade Social, afins de colocar à venda a saúde brasileira, através do enxugamento de gastos com a saúde, a precarização do trabalho dos profissionais da saúde, desmonte dos programas que viabiliza universalização e incentivos fiscais a empresas privadas de planos de saúde e hospitalar.

Estamos nos aproximando de uma barbárie social, faz-se necessário tornar nítido as intenções governamentais em destituir o Estado enquanto provedor de direitos sociais, para que toda a classe trabalhadora venha se mobilizar e unir-se contra políticas governamentais que visam apenas os interesses do grande capital financeiro. “Trabalhadores do mundo, unidos!” (MARX, ENGELS, 1848), precisamos nos unir enquanto classe trabalhadora e continuar lutando pelos nossos direitos e pela efetivação e consolidação dos direitos que já foram conquistados.



REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Águida Cristina Santos. **A causa, as formas teóricas de manifestação e o conteúdo da crise capitalista: Uma análise marxiana.** In: 37º Encontro Nacional de Economia, 2009: Foz do Iguaçu, Paraná. Artigo disponível em: <<http://www.anpec.org.br/encontro2009/inscricao.on/arquivos/0003f4e385b5aec535102ec00060cc9067f.doc>>. Acesso em: 01/12/2019.
- BARROS, Bárbara Terezinha Sepúlveda; BRITO, Ângela Ernestina Cardoso. **A política de saúde sob o governo Temer: aspectos ideológicos do acirramento do discurso privatista.** Ano XXII. Nº44. 2019.
- BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social – fundamentos e história.** São Paulo: Cortez, Biblioteca Básica do Serviço Social, 2006.
- BENTO, Leonardo Valles. **GOVERNANÇA E GOVERNABILIDADE NA REFORMA DO ESTADO: Entre eficiência e democratização.** 2002. 246 f. Dissertação (Mestrado em Direito) - Pós-Graduação em Direito, Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.
- BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. **A saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal.** In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. *Política social e democracia.* 5 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012.
- BRAVO, M. I. S.; UCHÔA, R. et al. (Org.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional.** São Paulo: Cortez, 2009shall.
- CFESS/ABEPSS (Orgs.). **Política Social no contexto da crise capitalista.**
In:
_____. (Orgs.), *Serviço social: direitos sociais e competências profissionais.* Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.
- COSTA, Mônica Rodrigues. **A trajetória das lutas pela Reforma Sanitária.** *Sociedade em Debate,* Pelotas, 13(2): 85-107, jul.-dez./2007.
- DURIGUETTO, Maria Lúcia. **As Lutas Sociais no Contexto da Crise e da Reestruturação do Capital,** 2005. In: II Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luís, MA, 2005. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos2/Maria_L%20C3%BAcia_Durigueto328.pdf>. Acesso em: 03/12/2019.
- FERREIRA, Franklin Douglas. **FAGULHAS QUE NÃO SE APAGAM: legado da Revolução Russa de 1917 para as políticas públicas no ocidente.** In: VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2017: São Luís, Maranhão. Artigo disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/mesas/olegadoparevolucaorussaparaaapoliticaspUBLICAS.pdf>>. Acesso em: 01/12/2019.
- MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. **Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal.** *Cad. Saúde Pública.* 2017
- MARSHALL, T.H. **Classe, cidadania e status.** Rio de Janeiro: Zahar, 1967.
- MENDES, E. Vilaça. **“As Políticas de Saúde no Brasil nos Anos 80: A Conformação da Reforma Sanitária e a Construção da Hegemonia do Projeto Neoliberal”.** In: Mendes, E. Vilaça (org). *Distrito Sanitário - O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.* São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1995.
- MARX, Karl e ENGELS, Friedrich. **Manifesto do Partido Comunista.** Tradução de Álvaro Pina. São Paulo: Boitempo Editorial, 2005.



ATIVISMO DIGITAL DE FAMILIARES NA SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Lucia Cristina Dos Santos Rosa (UFPI - Universidade Federal Do Piauí); Julio Cesar Paiva E Silva (UFPI - Universidade Federal Do Piauí); Thamiriz Raquel De Menezes Sousa (UFPI - Universidade Federal Do Piauí); Lara Danuta Da Silva Amaral Gomes (UFPI - Universidade Federal Do Piauí)

RESUMO: Na participação da família em processos desinstitucionalizantes em saúde mental, pelo ciberativismo, indaga-se: qual o perfil veiculado virtualmente, pelas associações de usuários e familiares das regiões Sudeste, Centro Oeste, Sul, Nordeste e Norte do país? Como se configuram as estratégias de participação dessas associações? Tem por **objetivo** analisar a participação social e o posicionamento das associações de usuários e familiares das Regiões Sudeste, Centro Oeste, Sul, Nordeste e Norte através do ciberativismo, para identificar as formas de organização, composição e temas discutidos. Observa-se o predomínio da visão biomédica, com baixo nível de politização das discussões. Palavras-Chave: Ciberativismo. Família. Saúde Mental.

ABSTRACT: In the family's participation in deinstitutionalizing processes in mental health, due to cyberactivism, it is asked: what is the profile transmitted virtually, by the associations of users and family members of the Southeast, Midwest, South, Northeast and North regions of the country? How are the participation strategies of these associations configured? It aims to analyze the social participation and positioning of associations of users and family members in the Southeast, Midwest, South, Northeast and North regions through cyberactivism, to identify the forms of organization, composition and topics discussed. There is a predominance of the biomedical view, with a low level of politicization of the discussions. **Keywords:** Cyberactivism. Family. Mental health.



1. INTRODUÇÃO

O movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil constitui-se como importante marco para a garantia de direitos das pessoas com transtorno mental, humanização da política de saúde mental, articulado e organizado por vários segmentos sociais – trabalhadores, familiares, usuários, defensores dos direitos humanos, entre outros. Esse processo garantiu o fortalecimento do protagonismo dos sujeitos atingidos pela política manicomial, através da construção da cidadania e fomento da autonomia.

As articulações que resultaram na Reforma Psiquiátrica iniciam-se em 1978, no Rio de Janeiro, em torno do processo que Amarante (1995) denomina “crise da DINSAM”, complexo hospitalar de gestão federal, envolvendo precarização nas relações trabalhistas, que culminou na criação do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), mas logo ampliam-se suas bases, com a participação de outros segmentos da sociedade civil, influenciando na construção de um pensamento crítico, baseado inicialmente na denúncia das condições de trabalho e também da atenção, com sérias violações de direitos humanos. Em 1986/7, em São Paulo, é criada a primeira experiência de centro de atenção psicossocial, que visa substituir o modelo então em vigor. A partir da Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde são estabelecidas condições legais e institucionais que permitem novos avanços. Em 1990 são criadas as primeiras legislações federais que intensificam as fiscalizações dos hospitais psiquiátricos e permitem recursos financeiros para a criação de serviços extra hospitalares, na direção de um cuidado cidadão e comunitário. “Emerge assim um novo paradigma baseado na promoção da saúde, no qual a qualidade de vida e a atenção integral são ressaltadas” (ROSA, 2015, p. 23). A atenção psicossocial torna-se o paradigma orientador da política, considerada por Saraceno (1999) como sinônimo de cidadania, tendo por eixos: o morar; o trocar identidades e o construir valores que a sociedade valora, ou seja, fomentar ações de geração de emprego e renda. Dessa forma, sob as determinações gerais do processo saúde-doença-cuidado, a desinstitucionalização surge como importante mecanismo para a reinserção social e comunitária das pessoas com transtornos mentais. Com mudanças nas esferas técnica, administrativa, jurídica, legislativa, ética e política, a Reforma Psiquiátrica reconhece o direito das pessoas com transtorno mental e de usuários de substâncias psicoativas de receberem um cuidado digno e humanizado, orientado pelo cuidar em liberdade, ou seja, preservador dos direitos civis. Percebe-se que o modelo de desinstitucionalização desenvolvido no Brasil difere bastante do proposto e praticado nos Estados Unidos da América, onde o processo de desinstitucionalização resumiu-se à



desospitalização, a qual redundou em desassistência. A desospitalização consiste na simples retirada desse segmento dos hospitais, sem medidas concretas para a reinserção social. Destarte, a desassistência configura risco real desse processo, o que leva algumas associações de familiares a resistirem a processos de mudança no modelo assistencial, dado o temor de abandono dos

[...] doentes à própria sorte, seja pela premissa crítica, correta, de que seu objetivo pode ser o de reduzir ou erradicar a responsabilidade do Estado para com estas pessoas e familiares, seja por uma compreensão pouco correta do conteúdo teórico que está em jogo" (AMARANTE, 1996, p. 21)

Para evitar esse resultado, a Reforma Psiquiátrica brasileira fundamentou-se na participação, autonomia e emancipação dos usuários e familiares, na desinstitucionalização como desconstrução, planejada em conjunto com o fortalecimento da formação político-social dos sujeitos. A participação em fóruns, assembleias, espaços comunitários, e audiências públicas é estimulada e articula os diversos segmentos representados na luta por direitos humanos, civis e sociais, além da participação nas arenas decisórias na formulação, implementação e avaliação de políticas públicas em saúde mental, além da convivência comunitária e social, fortalecendo relações no e com o território de vida.

No contexto da participação social e garantia de direitos, as associações de usuários e familiares da saúde mental se caracterizam como importante mecanismo na formação da autonomia, pois garante participação na complexa arena de decisões da saúde mental, organizando e participando de debates, além de contribuir para a formulação de políticas públicas, fazendo com que o tema permaneça presente na agenda política da sociedade e da política pública. Essas associações proporcionam o reconhecimento do capital social dos sujeitos, estimulando seu protagonismo, visto que "ao participar efetivamente dos problemas do seu mal-estar psíquico, parece propiciar a construção/consolidação de uma consciência social do problema" (AMARANTE, 2001, p. 935).

No cerne do processo desinstitucionalizante em saúde mental no Brasil a família ganha destaque em vários textos. Aparece na Portaria nº 251, de 31 de janeiro de 2002 (BRASIL, 2004), que estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria e reclassifica os hospitais psiquiátricos, passa a ser vislumbrada oficialmente como um dispositivo na mudança na interação família e serviços de saúde, ao exigir ações educativas para esclarecer o diagnóstico e preparar para a alta hospitalar.

Em 2004 a família figura nos documentos ministeriais como parceira do cuidado em saúde mental, tanto para contribuir na adesão ao cuidado da pessoa com transtorno



mental, quanto na perspectiva de ser cuidada, inserida em ações assistenciais dos equipamentos, sobretudo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). (BRASIL, 2004).

O trabalho social com famílias na perspectiva da atenção psicossocial é incipiente, havendo poucas sistematizações sobre a matéria. Vale ressaltar que no Brasil os serviços públicos de saúde têm uma marca de classe social, haja vista os segmentos da classe trabalhadora empobrecida ser majoritária como usuária do Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, há lacunas associadas ao trabalho social com famílias na atenção psicossocial a partir da mediação interclassista que marca o encontro do profissional de nível superior, no geral de classe média, que predomina nos serviços públicos de saúde, com os segmentos de baixa renda, ou seja, com os pobres do País, com os quais tiveram quase nula convivência. Nesse contexto, observa-se:

1. a predominância de **relações verticais** entre profissionais e usuários/famílias/familiares cuidadores. Nesse sentido, os trabalhos grupais tendem a ter uma ambiência de sala de aula, com profissionais proferindo palestras, sinalizando para o fortalecimento do “saber competente”, letrado, centrado no que o profissional tem a dizer. O saber adquirido no “ensaio e erro” por familiares cuidadores (ROSA, 2003) na lida cotidiana com o transtorno mental ainda é pouco valorizado. Villares e Mari (2001) também enfatizam a tendência dos profissionais em desvalorizar a experiência, o conhecimento e os recursos dos familiares, destacando mais “as limitações e as perdas e menos os recursos e as competências” (p. 254). Uma outra dimensão da relação vertical está nos diferentes códigos de linguagem e compreensão dinamizados pelos profissionais e usuários dos serviços de saúde mental de natureza público estatal. Como explicita Duarte (1988) uma fração das camadas populares, pouco letradas, dinamizam outro código sociocultural, explícito no “modelo do nervoso”, diferente do código moderno, predominantemente verbal que orienta os profissionais. A formação profissional, comumente, ignora as diferenças de classe social que mediam as ações e as relações no Sistema Único de Saúde. O profissional, no geral é formado para dialogar com pessoas de sua origem de classe, ou seja, letrados e de classe média/média-alta. Ademais, algumas categorias profissionais não tem uma formação orientada para as competências comunicacionais com os usuários dos serviços públicos;

2. há despreparo dos profissionais em relação ao trabalho grupal. Historicamente, na saúde mental, no modelo manicomial, o trabalho com famílias e familiares era designado ao assistente social, por ser a categoria considerada competente no trato com o pobre e a pobreza. Como os princípios e as ações vinculados à atenção psicossocial se disseminaram de maneira heterogênea nas diferentes regiões do País, em territórios em que persiste o

CAPS burocratizado (LANCETTI, 2008), funcionando preponderantemente na lógica manicomial a ação com familiares tende a ser atribuída predominantemente aos assistentes sociais. Entretanto, Trindade (2012) ao avaliar a atuação dos assistentes sociais nas políticas sociais admite o emprego prioritário de ações e instrumentos de abordagem individual no trabalho cotidiano, “havendo baixa incidência de procedimentos coletivos” (p. 86). Oliveira (2015) ao analisar a atuação de profissionais na saúde mental identifica que com relação aos objetivos do trabalho grupal os profissionais informam que o “grupo serve para dar orientações de como familiares devem lidar com o transtorno psíquico, mas não explicitam como ocorre o funcionamento do grupo e como são dadas tais orientações” (p. 102). Assim, há o risco do trabalho grupal persistir sem direção, sem objetivos claramente delineados, tendendo a se limitar a espaços de “repasso” de informações, confundido com reunião, restrito a uma dimensão burocrática, rotineira e repetitiva;

3. o trabalho com famílias na saúde mental tende a figurar como um trabalho de poucos ou de alguns profissionais, ou seja, não socializado com toda a equipe multiprofissional, constituída para recompor a complexidade do processo saúde doença cuidado, inerente aos determinantes sociais do adoecimento. Destarte, prevalece uma divisão de trabalho no interior do processo de trabalho em saúde mental. Oliveira (2015, p. 103) esclarece que “o profissional médico atende individualmente, o enfermeiro as famílias e os assistentes sociais os grupos”. Com relação ao trabalho com famílias, a autora no contexto potiguar, explica que fica restrito a algumas categorias, sobretudo, a/aos assistentes sociais, a psicologia e a enfermagem, constituindo trabalho de alguns profissionais, considerados *expertises* na questão, ou seja, um trabalho de especialistas, de algumas categorias da equipe. Não é socializado nem reivindicado por todos os membros da equipe. Nesse contexto, parece haver pouco fomento à participação política, com baixo nível de investimento na formação política da família e, principalmente dos familiares cuidadores.

Todavia, no plano organizativo, coexistem, associações fundadas e integradas apenas por aqueles que se denominam usuários, ex-usuários ou sobreviventes do sistema psiquiátrico; movimentos e grupos liderados apenas por e para familiares de pessoas com transtornos mentais. Ao mesmo tempo surgem associações mistas, de iniciativas conjuntas de familiares e usuários, às vezes com a participação de “amigos” ou simpatizantes da causa e associações lideradas por profissionais, alguns deles a partir da dupla vivência de serem provedores de serviços e familiares ou portadores de transtornos mentais (VILLARES *et al*, 2013). O impacto causado por essas associações garante que a voz das pessoas afetadas sejam ouvidas e tenham eco. As associações civis na saúde mental, representam um grupo

de pessoas que estavam excluídas tanto das relações sociais por meio do estigma, quanto dos níveis decisórios das políticas de saúde (AMARANTE, 2001). Dessa forma, as ações políticas desenvolvidas por essas associações fortalecem e são fortalecidas pelo ativismo desses sujeitos, proporcionando a participação social em busca da emancipação. A participação tem ocorrido tanto de maneira direta, como indireta. Na última modalidade, ocorre também por meio virtual, que forja outras possibilidades de disseminação de informação, mobilização e denúncia. Pinho (2003) entende a Internet como uma ferramenta de comunicação que se diferencia bastante dos meios de comunicação tradicionais. Caracteriza-se como inovadora, devido a facilidade de possibilitar a intercomunicação, aumentando o poder comunicativo das pessoas, pois possibilita a transmissão de informações e imagens em tempo real para qualquer parte do planeta. Dessa forma, a utilização das tecnologias digitais como ferramenta para a comunicação, informação e mobilização para o enfrentamento político, social e cultural na internet, através do ciberativismo (MILHOMENS, 2009), pode contribuir para a ampliação do alcance das atividades realizadas e disseminação das ideias defendidas pelas associações.

Entre os diferentes tipos de ativismo, o ciberativismo vem se destacando devido à dimensão do seu alcance e a velocidade na socialização de informações. Ganhou força e se expandiu a partir dos protestos da Primavera Árabe, os quais ocorreram em 2010, no norte da África e no Oriente Médio, em que era comum o uso de redes sociais para a difusão de protestos.

No Brasil, o formato se popularizou durante as jornadas de junho de 2013, com protestos que começaram contra o aumento da tarifa do transporte público, mas que resultaram em diversas demandas, devido à heterogeneidade dos ativistas e de suas necessidades. A movimentação em torno do ciberativismo também esteve muito presente nas eleições presidenciais de 2018, tanto com protestos no campo da esquerda, quanto no campo da direita. Além disso, também houve uma série de ações em torno de *fake news*, caracterizadas como notícias falsas, distorcidas, utilizadas de modo metódico, com o propósito de propagar e fortalecer certas ideologias. Nesse contexto, a organização de usuários e familiares da saúde mental, em forma de associações também virtuais, se caracteriza como importante parte no processo de desinstitucionalização que busca o protagonismo dos sujeitos a partir do fomento da autonomia e da organização política.

Para compreender a participação de familiares e usuários da saúde mental no processo de desinstitucionalização, a partir de pesquisa situada no cerne de bolsa produtividade do CNPq e do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação científica-

PIBIC/CNPq/UFPI, indagou-se: qual o perfil veiculado virtualmente, pelas associações de usuários e familiares da saúde mental das regiões Sudeste, Centro Oeste, Sul, Nordeste e Norte do país? Como se configuram as estratégias de participação dessas associações?

A pesquisa tem por **objetivo** analisar a participação social e o posicionamento das associações de usuários e familiares da saúde das regiões Sudeste, Centro Oeste, Sul, Nordeste e Norte através do ciberativismo, a fim de identificar suas formas de organização, composição, temas discutidos e atividades realizadas, assim como caracterizar as representações e temas dos familiares de pessoas com transtornos mentais nesses espaços.

2. MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de natureza exploratória, descritiva e analítica, buscando maior familiaridade com o assunto abordado (GIL, 1987). Ou seja, a participação de usuários e familiares no processo de desinstitucionalização em saúde mental brasileiro, a partir do ciberativismo, no período 1990-2018. Apoiar-se na triangulação remetida à “[...] combinação de diferentes métodos, grupos de estudo, ambientes locais e temporais e perspectivas teóricas distintas no tratamento de um fenômeno” (FLICK, 2004, p. 237), a partir de diversas fontes e cenários de informações.

Para atingir os objetivos propostos o percurso da pesquisa foi subdividido em 3 fases, distintas didaticamente, o que não quer dizer que seguirá uma cronologia rígida, pois há interfaces entre cada uma dessas fases.

A primeira fase, para atender ao objetivo principal e o primeiro dentre os objetivos específicos, tem por base a revisão de literatura, envolvendo a contextualização histórica, epistemológica e a caracterização do objeto, com aprofundamento das principais categorias que orientam o desenvolvimento da pesquisa, destacando: participação da família/familiares-cuidadores no processo de desinstitucionalização em saúde mental brasileiro; ciberativismo; marcadores de classe social, gênero e etnias. Têm por objetivos o adensamento teórico, conceitual e metodológico.

A segunda fase, para atender os demais objetivos específicos, se subdivide em dois momentos distintos: de um lado, o mapeamento, a caracterização e a tipificação da identidade e necessidades veiculadas virtualmente pelas associações de familiares relacionadas à saúde mental. De outro lado, a ação se centrará na construção de informações a partir de subprojetos de pesquisa de doutorandas, mestrandas e graduandas em Serviço Social em diferentes cenários, incluindo: um hospital psiquiátrico, que contou historicamente

com um número significativo de “moradores”, em crescente processo de desinstitucionalização; um Centro de Atenção Psicossocial, principal equipamento encarregado de levar a termo o cuidado comunitário, através do matriciamento; uma maternidade (com 6 leitos de atenção a gestantes e puérperas com transtornos mentais e consumo de substâncias psicoativas; e um Serviço Residencial Terapêutico.

A terceira fase, terá por foco, a organização, categorização e análise do material consignado, através dos momentos anteriores, conformando espaços de trabalho, dialogo e discussão coletivos. Operacionalmente, implementa-se uma pesquisa “guarda-chuva”, ou seja, que abriga vários subprojetos, apoiada em bolsa produtividade do CNPq e no Programa Institucional de Bolsas de Iniciação científica-PIBIC/CNPq/UFPI. O grupo de pesquisa, contando com 3 pessoas da graduação em Serviço Social, foi subdividido em 3 subgrupos, para pesquisar, pelos sites, as associações de usuários e familiares de duas regiões do país: um orientado para pesquisar as Região Sudeste e Centro Oeste. Outro para pesquisar a realidade da região sul do país. Um outro para manejar com a realidade da região Nordeste.

O grupo encarregado da região Sudeste, realizou uma busca por associações de familiares e usuários de saúde mental e associações de familiares e usuários de substâncias psicoativas de cada estado, através da aba de pesquisa no Google, empresa multinacional de serviços *online* e *software*. A pesquisa realizada no *site* proporcionou uma série de *links*, divididos entre artigos, documentos, redes sociais e reportagens sobre as associações. Como resultado do primeiro momento foram encontradas 57 associações mencionadas, dispostas entre: São Paulo (20); Rio de Janeiro (09); Minas Gerais (15); Espírito Santo (03); Mato Grosso (02); Mato Grosso do Sul (03); Goiás (03); e Distrito Federal (02), evidenciando predomínio de associações nos estados de São Paulo; Minas Gerais e Rio de Janeiro. A partir disso, foram priorizadas aquelas que possuíam *site* ou algum perfil em redes sociais, para a análise e o estudo do ciberativismo desses grupos, sendo selecionadas dezesseis (16) associações, sendo: (11) em São Paulo; (03) no Rio de Janeiro; (01) em Minas Gerais e (01) em Goiás, evidenciando o predomínio do estado de São Paulo no ciberativismo das associações. Nas regiões Sul, Norte, Nordeste, foram mapeadas 29 associações envolvendo familiares e usuários da saúde mental, virtualmente estabelecidas. Destas organizações, duas estão localizadas na Região Norte, nos Estados do Amapá (1) e Acre (1). Na Região Nordeste, foram identificadas 16 associações nos seguintes Estados: Alagoas (2), Bahia (5), Ceará (1), Pernambuco (1), Piauí (5), Rio Grande do Norte (1) e Sergipe (1). No referente à Região Sul, identificamos 11 entidades, que estão distribuídas entre os Estados de Santa Catarina (3),

Rio Grande do Sul (4) e Paraná (4). Das associações identificadas, apenas 18 possuem *site* próprio e/ou página em rede social e encontram-se ativas nos meios informais.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As associações de usuários, familiares, técnicos e amigos/simpatizantes apresentam lugar de destaque na desinstitucionalização e garantia do protagonismo dos trabalhadores, usuários e familiares. Essa participação social possibilita a desconstrução da “ideia de que o pessoal é para ser mantido na esfera privada, reforçando a ideia de que o pessoal é da esfera pública, social” (ROSA, 2017, 05). Dessa forma, o ciberativismo aparece como importante ferramenta para a socialização da informação, defesa de direitos, ampliando a visibilidade e o alcance dos protestos, além da difusão de ideias, a mobilização e o fomento à participação política.

As primeiras aproximações da pesquisa virtual, pelo *site*, sinalizam que, com relação às associações das regiões Sudeste e Centro-Oeste, das 16 associações analisadas, 10 possuem *site* e uma página na rede social Facebook; 02) possuem apenas *site*, e 04 possuem apenas *facebook*. Das 14 associações com página ou perfil na rede social, apenas 04 estavam desatualizadas.

A pesquisa virtual aponta a predominância de associações mistas de usuários e familiares, sendo 11 associações mapeadas, associadas à região Sul do País, que estão distribuídas entre os Estados de Santa Catarina (3), Rio Grande do Sul (4) e Paraná (4). Das associações identificadas, apenas oito estão realmente ativas, representando 70% das associações, que possuem *site* próprio e/ou página em rede social e se encontram ativas nos meios informais. Quatro associações possuem *site* próprio; 6 associações possuem redes sociais; 4 associações possuem os dois (*sites* e redes sociais). Duas possuem material didático. Três estão inativas. Apenas uma apresenta conteúdo relacionado com o tema da família.

Esses endereçamentos remetidos para as regiões Sudeste e Centro Oeste, na esfera virtual, também são importantes para a socialização de informações. É comum o compartilhamento de notícias, documentos, artigos científicos e vídeos que contribuem para a conscientização política dos usuários e combate ao estigma. Das 12 associações com *sites* na internet, 07 disponibilizam materiais didáticos, entretanto apenas 02 disponibilizam materiais didáticos que abordam e remetem aos familiares de pessoas com transtornos mentais. Destaca-se que esses poucos materiais são referenciados ao convívio familiar,



servindo como espécie de manual para a família no processo de produção do cuidado. Logo, não é encontrado material discutindo as dificuldades e desafios enfrentados por esses familiares na provisão de cuidado, tampouco os marcadores sociais classe, raça e gênero que perpassam as famílias brasileiras. Consistem em cartilhas que orientam sobre o convívio e o manejo, numa perspectiva de preparar para um convívio técnico, sem que haja politização do cotidiano do cuidado. Não foi encontrada nenhuma postagem, nos perfis das associações no *facebook*, referente aos familiares. Ou seja, é baixa a informação sobre a família e os familiares via *site*, sugerindo que a produção do cuidado e as condições em que ele é construído, assim como o perfil das cuidadoras, não são tematizados nas discussões.

Poucas associações informam no *site* a data de sua criação, mas, entre aquelas que informaram, observa-se que dentre as mais “antigas”, duas nasceram em 1950; duas na década de 1980; seis na década de 1990; duas nos anos 2000 e três a partir de 2010. Logo, a década de 1990 é a de maior emergência dessas associações, acompanhando o momento histórico da Lei 8.142/1990, que fomenta a participação em todo ciclo da política pública do Sistema Único de Saúde, dos usuários em geral do Sistema Único de Saúde. Trinta e sete por cento das associações vincula-se diretamente a alguma patologia ou condição médica (a exemplo de esquizofrenia; transtorno bipolar, afetivos, autismo, dentre outros). Tal fato, pode sinalizar, o baixo investimento dos serviços de saúde mental em ações de esclarecimentos e orientações sobre as enfermidades e outras questões associadas mais diretamente à área médica. Vinte e cinco por cento tem seu nome associado à saúde mental de modo geral, o que pode remeter aos determinantes sociais do processo saúde doença, figurando a doença como mais secundarizada, sendo enfatizada a defesa de direitos; o combate ao estigma, a difusão de informações, dentre outros. Algumas, envolvem-se diretamente às questões educacionais, sobretudo aquelas relacionadas ao público infanto-juvenil, com destaque para as relacionadas ao autismo e deficiência intelectual. Outras voltam-se para o cooperativismo, geração de emprego e renda (ganhando destaque as atividades artesanais, ou seja, a inserção pelo mercado informal) e a qualidade de vida. Vinte e dois por cento declaram explicitamente seu vínculo com a luta antimanicomial e a defesa da reforma psiquiátrica, afirmando sua inserção política nas disputas por modelo assistenciais.

Algumas dessas associações decorrem de atividades de extensão universitária ou tem vínculo explicitamente acadêmico, podendo facilitar ou se associar a atividades de pesquisa acadêmica, configurando em possibilidade de laboratórios ou atividades práticas de centros formadores.

Todas, de maneira direta ou indireta, buscam suprir lacunas ou ineficiência dos serviços públicos, quer relacionados à dificuldade de acesso a diagnóstico; aos serviços educacionais (principalmente quando se trata de crianças e adolescentes com autismo ou outras deficiências); a direitos (como educação, emprego e renda/profissionalização). A maioria parece enfatizar mais os aspectos relacionados aos usuários direto da assistência, o clássico “paciente identificado”, havendo baixo investimento na figura ou ação dos/das familiares cuidadores/as. Quando alguma ação é dirigida para o familiar cuidador é muito no formato de cartilhas, que explicitam a forma de cuidar/manejar ou conviver, no geral, havendo despolitização das discussões, através da naturalização da produção do cuidado, sem que dimensões de classe social, gênero, etnias ou explicitação das condições reais da produção do cuidado venham à cena.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A organização política dos usuários do Sistema Único de Saúde, no formato de associações de usuários e familiares da saúde mental, fortalece a participação social e proporciona uma nova voz nas discussões relacionadas ao cuidado e direitos desses sujeitos. Vasconcelos (2009), ao fazer o levantamento das associações de familiares e usuários da saúde mental no Brasil, destacou a parca presença desses grupos na internet, realidade ainda presente, mais de uma década depois da pesquisa do autor, destacando-se a escassa quantidade de associações que possuem *sites* ou redes sociais alimentadas, sendo comum a desatualização e inatividade daquelas que já foram criadas. É possível que essa pouca participação seja consequência das dificuldades estruturais, econômicas, de renovação de quadros, continuidade de militantes, e fragilidade na organização política, já mencionadas por Amarante (2001), Rosa (2017) e Vasconcelos (2009).

Em relação ao ciberativismo, as associações pesquisadas exercem as funções já apontadas por Queiroz (2017, p. 04): “dinâmica de recrutamento e dinâmica de difusão de informação”. Assim é possível perceber a presença de postagens socioeducativas que propiciam o debate a partir de aspectos sociais, além de seções para filiação e doação na maioria das associações. Entretanto, não se visualiza discussões sobre a importância da participação da família no processo de desinstitucionalização e garantia de direito desses sujeitos, visto que não há organização de atividade sobre o tema em nenhuma associação analisada, evidenciando que mesmo que as associações sejam mistas, os interesses que prevalecem são os dos usuários.

Nesse horizonte, observa-se baixo investimento nas questões da família e sobretudo, dos familiares cuidadores, pois quando são veiculadas informações para esse segmento, no geral, é através de cartilhas que orientam sobre a enfermidade, o manejo da pessoa com transtorno mental, como fazer para preservar um bom convívio e interação social, informações que configuram pré-requisito fundamental para uma produção de cuidado comunitário, cidadão e também familiar. Mas, as cartilhas tendem a limitar as ações para o interior da família, pouco remetendo para as dimensões comunitárias, muito embora o combate ao estigma, ao preconceito e à discriminação sejam muito enfatizados por algumas associações. Há algumas, como a ABRE, que investe bastante na desconstrução do estigma. Tal aspecto favorece processos desinstitucionalizantes, a produção do cuidado comunitário, mas, observa-se a necessidade de maior politização das discussões, embora haja muitas dificuldades dos familiares em investir seu tempo para participar politicamente, por várias razões, tanto mudanças sociodemográficas da unidade familiar, quanto sobrecargas em geral.

Nas conclusões do III Fórum Social Mundial, é reconhecido o fracasso na inclusão dos familiares na proposta da reforma psiquiátrica brasileira. Mas, ao se observar os *sites*, embora obviamente, não atinjam todas as famílias ou familiares cuidadores que utilizam os equipamentos públicos do Sistema Único de Saúde, e nem haja o vigor esperado na alimentação e atualização das páginas, observa-se alguns esforços para dar visibilidade à presença deste segmento no debate, mesmo que com baixo grau de politização das discussões. No geral não se evidencia o posicionamento político dessas associações, com apenas 22% declarando apoio ao movimento da luta antimanicomial, mas, mesmo aquelas com foco em uma patologia, dá para inferir as necessidades dos familiares cuidadores, nos aspectos relacionados a conhecimento, espaço de interação para tirar dúvidas, mecanismos de acesso a direitos, forma de combate ao estigma/discriminação, dentre outros.

O que parece secundarizado, é o baixo investimento na formação política desse segmento, pouco articulado entre si e a outros movimentos sociais, tendente a naturalizar a produção do cuidado no espaço doméstico, sem politização das necessidades dos familiares cuidadores, o que remete à necessidade de maiores investimentos por parte dos serviços de saúde mental.



REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.
- _____. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, jul-ago, 2001. p. 933-939.
- _____. *P. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- BRASIL. *Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004.
- DUARTE, L. F. D. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1988.
- FLICK, U. *Uma introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Bookman, 2004.
- GIL, A.C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 1987.
- LANCETTI, A. *A clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2008.
- MILHOMENS, L. *Entendendo o ciberativismo sem-terra na nova esfera pública interconectada*. 2009. Dissertação (Mestrado em Comunicação) - Programa de Pós-Graduação em Comunicação, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009.
- OLIVEIRA, K. D. *Atuação dos profissionais no atendimento às famílias nos Centros de Atenção Psicossocial*. 2015. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação Stricto Senso em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015.
- PINHO, J B. *Jornalismo na Internet: Planejamento e produção da informação on-line*. São Paulo: Summus, 2003.
- QUEIROZ, E. F. C. Ciberativismo: a nova ferramenta dos movimentos sociais. *Panorama*. Goiânia, v. 7, n. 1, p. 2-5. Jan./jun. 2017.
- ROSA, L.C.S. *Transtorno mental e o cuidado na família*. SP: Cortez, 2003.
- _____. *Classes sociais, gênero e etnias na saúde mental*. Teresina: EDUFPI, 2015.
- _____. Ganhos na ação em rede a partir das associações de familiares na saúde mental. In: ROSA, L.C.S. (Org). *Serviço Social, saúde mental e drogas*. Campinas: Papel Social, 2017. p. 141-159.
- SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Te Corá, 1999.
- TRINDADE, R. L P. Ações profissionais, procedimentos e instrumentos no trabalho das assistentes sociais nas políticas sociais. p. 69-102. In: SANTOS, C.M.; GUERRA, S.B.; GUERRA, Y (Org.). *A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos*. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2012.
- VASCONCELOS, E. Perfil das organizações de usuários e familiares no Brasil, seus desafios e propostas. *Cad. Bras. Saúde Mental*. Vol 1. Nº1. Jan-abr, 2009.
- VILLARES, C. C.; MARI, J.J. Esquizofrenia e contexto familiar. P. 243-255. In: SHIRAKAWA, I (Org.). *O desafio da esquizofrenia*. São Paulo: PROPESQ, 2001.
- VILLARES, C. C; PIMENTEL, F. de A; ORSI, J. A; ASSIS, J. C de. Associações de usuários e familiares e estratégias para defesa dos direitos dos portadores de transtorno mental. In: MATEUS, Mario Dinis (Org). *Políticas de saúde mental: baseado no curso políticas públicas de saúde mental, do caps Luiz R. Cerqueira*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013.



(RE) MARCANDO CLASSE SOCIAL, GÊNERO E ETNIA DA FAMÍLIA EM SAÚDE MENTAL

Lucia Cristina Dos Santos Rosa (UFPI - Universidade Federal Do Piauí); Sâmia Luiza Coêlho Da Silva (UFPI - Universidade Federal Do Piauí)

RESUMO: Com foco na participação da família no processo de desinstitucionalização em saúde mental, pelo ciberativismo, indaga-se: como se identificam as associações de familiares no espaço virtual? Marcadores de classe social, gênero e etnia são explorados? Tem por objetivo geral: analisar a configuração da participação da família no processo de desinstitucionalização, pelo ciberativismo e marcadores de classe social, gênero e etnias, no período de 1990 a 2018. A metodologia da pesquisa é qualitativa, com triangulação de fontes. Os achados sinalizam para a frágil manifestação das necessidades da família e a parca visualização de seus marcadores de classe social, gênero e etnia.

Palavras-Chave: Família. Desinstitucionalização. Saúde Mental.

ABSTRACT: Focusing on family participation in the deinstitutionalization process in mental health, through cyberactivism, the question is: how are family associations identified in the virtual space? Are social class, gender and ethnicity markers explored? Its general objective is to analyze the configuration of family participation in the process of deinstitutionalization, by cyberactivism and markers of social class, gender and ethnicity, from 1990 to 2018. The research methodology is qualitative, with triangulation of sources. The findings indicate the fragile manifestation of family needs and the poor visualization of their markers of social class, gender and ethnicity.

keywords: Family. Deinstitutionalization. Mental health.

1. INTRODUÇÃO

As questões atinentes à pessoa com transtorno mental, até a Idade Média, era uma questão privativa da família, como informa Robert Castel (1978), com exceção das situações de risco social, quando era facultado à família recorrer ao rei na perspectiva de adquirir uma autorização para o encarceramento desse segmento, então, considerado caso de polícia. Uma outra lógica se impõe a partir da sociedade moderna e capitalista, quando o Estado passa a regular diretamente as funções familiares de modo geral, quer através de legislações e intervenções diretas de controle, tais como as ações higienistas, quer através de oferecimento de suporte e proteção social, o que se consolidou, principalmente nos países de primeiro mundo, através das medidas do estado de bem estar social. Nesse contexto, a pessoa com transtorno mental e a loucura é capturada pelo saber jurídico e médico psiquiátrico, que constrói um saber (coroadado no tratado médico filosófico de Phillippe Pinel); uma relação de poder (o tratamento moral) e um lugar para a pessoa com transtorno mental, o manicômio (hospital psiquiátrico/asilo), haja vista a identidade desse segmento ser crescentemente associada à periculosidade e a incapacidade, o que conforma uma imaginário social que reforça a máxima de que “lugar de louco é no hospício”. Ou seja, essa engenharia vai segregar, enclausurar a pessoa com transtorno mental em instituições totais (GOFFMAN, 1992), que fecha o indivíduo em sua lógica, mortificando seu eu, ocorrendo uma desqualificação social desse segmento. Contraditoriamente, a partir da supressão dos direitos civis desse segmento, passa a contar com um dos “direitos sociais”, ao asilamento/abrigo. Simultaneamente, a família passa a contar com a possibilidade de divisão de cuidado com o Estado, que sequestra esse segmento e desenvolve uma pedagogia institucional que coloca a família como visita ou um recurso secundário. Mas, esse modelo vai ser questionado, pois historicamente se mostrou desumano e violador de direitos, causador de iatrogenia.

O contexto pós Segunda Guerra Mundial propiciará condições favoráveis a transformações nesse padrão, em que o modelo manicomial é equiparado aos campos de concentração. Emergem processos de reforma psiquiátrica, primeiramente na Europa e Estados Unidos. Há mudança na relação da sociedade com o “louco” e no papel do Estado, voltado para a produção de um cuidado cidadão, com garantia dos direitos civis, do cuidar em liberdade.

Segundo Paulo Amarante (1996) configuram-se 3 padrões de desinstitucionalização. Como desospitalização, associado à experiência americana, no início dos anos de 1960,



baseada em melhorias dos serviços de saúde mental, em mudanças administrativas, fundamentadas em conhecimentos preventivos e comunitários. Tem por centralidade as medidas saneadoras e racionalizadoras, na perspectiva de redução de custos da atenção, tendo por consequência a desassistência, sobretudo da população considerada mais “crônica” e a crescente patologização da vida social, com medicamentação social e difusão de diagnósticos psiquiátricos, o que torna a família cada vez mais dependente e sensível ao saber de *experts*. Uma outra vertente, associada à primeira, orienta a desinstitucionalização para a desassistência, reduzindo os processos de mudança a mera desospitalização, o que redundava em abandono dos enfermos “à própria sorte” (1996, p. 21). Uma terceira perspectiva remete a desinstitucionalização para processos de desconstrução paradigmática, de todo aparato científico, jurídico, organizacional e cultural que serviu de justificativa para excluir a pessoa com transtorno mental do convívio social. Tal perspectiva foi implementada na Itália, por Franco Basaglia e serviu como orientação para o processo brasileiro, sobretudo a partir de 1990, quando, embora tardiamente, o Ministério da Saúde, através da Coordenação de Saúde Mental, passa a comandar uma política de reestruturação da assistência em saúde mental, buscando substituir o modelo segregador por outro, comunitário.

O processo de redemocratização da sociedade brasileira foi fundamental para as alterações, pois a emergência dos movimentos sociais, sobretudo na área da saúde, a partir de 1978, propiciou a construção da reforma sanitária, que em seu cerne trazia mudanças na política de saúde, na direção da construção do Sistema Único de Saúde.

A VIII Conferência Nacional de Saúde foi um marco, por propiciar a participação dos usuários do sistema de saúde na discussão do ciclo de produção da política. A Constituição de 1988 corou todo processo, ao institucionalizar o Sistema Único de Saúde - SUS, que trouxe entre suas diretrizes a descentralização político administrativa, a atenção integral e a participação da comunidade na construção da política. A Lei 8.142/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde oficializa o conselho de saúde, como esfera colegiada da implementação da política. Ou seja, através da democracia representativa, os usuários do sistema de saúde passam a ocupar espaço na gestão da política, podendo pautar novas necessidades, introduzir novas concepções e se inserir no jogo de disputas por modelos de cuidado, parametrados por modelos universalistas versus privatistas/ mercantis. Logo, os usuários e familiares podem influenciar na construção de uma nova cultura política, democrática, ao se contrapor à cultura política tradicional, hegemônica no Brasil e comandada pela elite, orientada pelo autoritarismo, patrimonialismo e clientelismo (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010). Inicialmente os usuários diretos da saúde mental, por serem

considerados incapazes para as ações da vida civil, na maioria das situações, permaneceram silenciados, tendo, no geral, suas necessidades vocalizadas através da família.

Na família, a produção do cuidado à pessoa com transtorno mental é distribuída desigualmente. Historicamente figurou na divisão sexual do trabalho na esfera da reprodução, como tarefa das mulheres, naturalizado como “atos de amor”, ou seja, não trabalho.

Predominantemente é uma atividade feminina geralmente não remunerada, sem reconhecimento nem valorização social. Compreende tanto o cuidado material como o imaterial que implica um vínculo afetivo e emocional. Supõe um vínculo entre quem presta e quem recebe o cuidado. Baseia-se no relacional e não somente em uma obrigação jurídica estabelecida por lei, mas, também emoções que se expressam nas relações familiares, ao mesmo tempo em que contribuem para construí-las e mantê-las. (...) Porém, mesmo fora do marco familiar, o trabalho de cuidados está marcado pela relação de serviço com caráter de proximidade (GAMA, 2014, 47).

Os familiares passam a participar, através de sua organização em associações da sociedade civil, vocalizando principalmente as necessidades das pessoas com transtorno mental a um cuidado cidadão, sobretudo a partir dos eventos públicos da saúde mental, como as conferências de saúde (VASCONCELOS, 2009).

Em 1978 é criada a primeira associação nesse âmbito, localizada no Rio de Janeiro, a SOSINTRA, orientada para o trabalho protegido, ou seja, dar visibilidade a outras identidades da pessoa com transtorno mental, como pessoa capaz de criar/produzir (SARACENO, 1999).

Como mostra Waldir Souza (2001) há associações favoráveis quanto desfavoráveis às mudanças em curso, organizando-se, no geral, através da agregação de usuários, familiares, amigos e técnicos, com predominância de associações mistas. Contudo, como analisa Vasconcelos (2009) as associações de familiares são dependentes dos técnicos. Apresentam uma organização frágil, havendo poucas com presença na Internet, até por que a maioria dos usuários do Sistema Único de Saúde, apesar da universalidade, são pobres, com baixo conhecimento, sem acesso às redes virtuais. Tal forma de participação configura o ciberativismo, um termo polissêmico que implica o ativismo virtual/*online*. Associa o protagonismo social ao uso de novas tecnologias de comunicação, no espaço virtual, o que tem facilitado a disseminação de movimentos de caráter reivindicatório ou de fortalecimento de determinadas identidades.

Circunscreve uma nova configuração comunicativa dos movimentos sociais - “marcada pela reestruturação das práticas cotidianas de comunicação, por interações sociais mediadas pelas novas tecnologias da comunicação e da informação - NTICs e pela conexão digital entre indivíduos, grupos e sociedade (ALCÂNTARA, 2015, 92/93), o que a torna complementar ou extensiva às ações de rua e a outras estratégias políticas.

Com as transformações propiciadas pela desconstrução paradigmática, coroada com a Lei 10.216/2001 que “dispõe sobre a proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL,2004a), a cidadania da pessoa com transtorno mental é reconhecida legalmente, assim como são priorizadas formas de cuidado comunitário.

Como visto, a família é deslocada de seu lugar, sendo alçada a parceira do cuidado (BRASIL, 2004b). Assume uma multiplicidade de funções: como recurso; como avaliadora de serviços; provedora de cuidados; gestora de serviços (ROSA,2018), dentre outros. Contudo, suas necessidades, as condições em que produz o cuidado, bem como identidade ainda persistem com baixa visibilidade. Nesse sentido, através de pesquisa financiada via bolsa produtividade, do CNPq, intitulada Família no processo de desinstitucionalização em saúde mental no Brasil, iniciada em agosto de 2019, busca se responder: como se identificam e se caracterizam as associações de familiares no espaço virtual? Que necessidades em saúde mental veiculam? O ciberativismo contribui para maior visibilização das necessidades dos familiares cuidadores, a partir de marcadores de classe social, gênero e etnia?

2. OBJETIVOS

Geral: Analisar a configuração da participação da família e dos familiares cuidadores no processo de desinstitucionalização em saúde mental, a partir do ciberativismo e dos marcadores de classe social, gênero e etnias, no período de 1990 a 2018.

Específicos:

Promover revisão da literatura acerca da participação das famílias e dos familiares cuidadores no cerne do processo desinstitucionalização;

Mapear, caracterizar e tipificar a identidade, as necessidades e as tecnologias assistivas veiculadas virtualmente pelas associações de familiares de saúde mental;

Qualificar os distintos lugares e posições ocupadas pela família no processo de desinstitucionalização, a partir de marcadores como classe social, gênero e etnias;

Identificar em que medida o ciberativismo contribui para maior visibilização das necessidades dos familiares cuidadores, a partir de marcadores de classe social, gênero e etnia.

3. MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de natureza exploratória, descritiva e analítica, buscando maior familiaridade com o assunto abordado (GIL, 1987). Ou seja, a configuração da participação da(s) família(s) e, sobretudo dos familiares cuidadores, no processo de desinstitucionalização em saúde mental brasileiro, a partir do ciberativismo, no período 1990-2018. Apoiar-se na triangulação remetida à “[...] combinação de diferentes métodos, grupos de estudo, ambientes locais e temporais e perspectivas teóricas distintas no tratamento de um fenômeno” (FLICK, 2004, p. 237), a partir de diversas fontes e cenários de informações.

Para atingir os objetivos propostos o percurso da pesquisa foi subdividido em 3 fases, distintas didaticamente, o que não quer dizer que seguirá uma cronologia rígida, pois haverá interfaces entre cada uma dessas fases.

A primeira fase, para atender ao objetivo principal e o primeiro dentre os objetivos específicos, tem por base a revisão de literatura, envolvendo a contextualização histórica, epistemológica e caracterização do objeto, com aprofundamento das principais categorias que orientam o desenvolvimento da pesquisa, destacando: participação da família/familiares-cuidadores no processo de desinstitucionalização em saúde mental brasileiro; ciberativismo; marcadores de classe social, gênero e etnias. Têm por objetivos o adensamento teórico, conceitual e metodológico.

A segunda fase, para atender o segundo, o terceiro e o quarto dentre os objetivos específicos, se subdivide em dois trabalhos distintos: de um lado, o mapeamento, a caracterização e a tipificação da identidade e necessidades veiculadas virtualmente pelas associações de familiares de saúde mental. De outro lado, a ação se centrará na construção de informações a partir de subprojetos de pesquisa de doutorandas, mestrandas e graduandas em Serviço Social em diferentes cenários, incluindo: um hospital psiquiátrico, que contou historicamente com um número significativo de “moradores”, em crescente processo de desinstitucionalização; um Centro de Atenção Psicossocial, principal equipamento encarregado de levar a termo o cuidado comunitário, através do matriciamento; uma maternidade (com 6 leitos de atenção a gestantes e puérperas com transtornos mentais e consumo de substâncias psicoativas; e um Serviço Residencial Terapêutico.

A terceira fase, terá por foco, a organização, categorização e análise do material consignado, através dos momentos anteriores, conformando espaços de trabalho, diálogo e discussão coletivos.

A primeira fase, concebida como fase preparatória está assim desenhada para fins de alinhamento teórico, conceitual e metodológico. Para a revisão de literatura, será realizado levantamento bibliográfico, isto é, identificação e análise de fontes secundárias, do acervo



tornado público (MARCONI; LAKATOS, 2002), que possibilitam a exploração do objeto de estudo, a partir de várias bases de dados virtuais, tais como bibliotecas virtuais e outras bases de dados, *sites*, *blogs*, a exemplo de grupos de pesquisa que tem como objeto de estudo a família e os familiares cuidadores, assim como as associações de usuários e familiares relacionados à saúde mental; via Internet/virtual; Biblioteca Virtual em Saúde ou Bireme, títulos publicados em periódicos, livros, dissertações, teses e congêneres, dentre outros. Tarefa que se desenvolve, de maneira intensa, desde agosto de 2019.

O produto e a análise do conteúdo do material disponibilizado no formato de artigos, dissertações, teses ou livro será identificado, classificado/categorizado e interpretado, gerando os primeiros sub-produtos da pesquisa, na forma de artigos e comunicações para submissão as comissões organizadoras de eventos científicos.

A segunda fase, tem por base o mapeamento dos principais grupos de pesquisa e associações de familiares vinculados à saúde mental, nas diferentes regiões do País. Serão destacados os grupos de pesquisa e as associações de familiares com endereço eletrônico/site, que apresentem um serviço de utilidade pública reconhecidos, expressos sobretudo em material informativo, cartilhas, vídeos, que serão catalogados e classificados, tendo por foco, a concepção de família(s); as distintas formas de participação, as expressões de classe social, gênero e etnia da documentação tornada pública, produção de cuidados, direitos dos familiares cuidadores, e congêneres; o controle social, as políticas públicas, dentre outros.

Será explorado os principais lugares e funções ocupados pela(s) família(s) e familiares cuidadores, como parceiros do processo de desinstitucionalização no Brasil.

Paralelamente, desenvolver-se-ão estudos de caso, concebido como:

O estudo de caso permite uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real - tais como ciclos de vida individuais, processos organizacionais e administrativos, mudanças ocorridas em regiões urbanas, relações internacionais e a maturação de setores econômicos (YIN, 2005, 20).

O estudo de caso será desenvolvido em uma capital nordestina, onde se centralizou o processo de desinstitucionalização. Para análise da desinstitucionalização no contexto brasileiro, o site das associações de usuários e familiares, constituirá a base principal de informação. Será priorizada como ferramenta um roteiro para levantamento e análise do conteúdo, que contemplam os objetivos do estudo, a partir dos sites, que permitam mapear, caracterizar e tipificar a participação da família e dos familiares cuidadores no processo de desinstitucionalização brasileiro.



A terceira fase, terá por foco a produção do relatório final, compactado a partir de artigos, teses, dissertações, monografia de conclusão de curso de graduação, seminários, tessitura de relatórios parciais.

A previsão de duração de cada fase da pesquisa é de 12 meses, ou seja, um ano, podendo a fase dois se estender por 24 meses, pela magnitude que tem.

De um modo geral, a abordagem qualitativa terá prevalência no desenho da pesquisa, haja vista o investimento nas dimensões da subjetividade, das vivências, dos processos sociais inerentes à participação da(s) família(s) e dos familiares cuidadores como parceiros da produção do cuidado comunitário, assim como a experiência a partir dos marcadores de classe social, gênero e etnia. A pesquisa qualitativa, é conceituada como aquela

[...] que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os seres humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 1996, 57).

As informações de natureza quantitativa constituem-se como fontes complementares e indispensáveis para melhor qualificar a análise.

Com base em Minayo (1996) a análise das informações construídas acompanhará os seguintes procedimentos: 1) ordenamento das informações, inclui-se aqui o processamento da revisão de literatura, mapeamento dos *sites* das associações de famílias e familiares cuidadores em saúde mental; 2) classificação das informações, depois de leituras exaustivas das fontes de informação. Deve-se identificar as categorias específicas, levando em consideração os objetivos da pesquisa, principalmente a caracterização e tipificação das associações de familiares da saúde mental e suas formas de participação; e 3) análise final, onde se fará articulações entre as informações construídas e os referenciais teóricos da pesquisa. É neste momento que se responde às questões da pesquisa, fazendo uma ligação entre a prática e a teoria.

4. RESULTADOS

As primeiras aproximações do objeto de estudo, através da revisão de literatura, permitiu evidenciar o crescente investimento na análise da família no contexto das alterações paradigmáticas em saúde mental, sobretudo a partir do ano 2000. Ganha realce o deslocamento de lugares/posições das famílias e as sobrecargas, tanto material como emocional (imaterial) da produção do cuidado doméstico à pessoa com transtorno mental.

Contudo, embora a produção do cuidado se situe na interface entre a relação pública e privada, e a produção do cuidado em liberdade altera sobremodo as funções e os lugares



da família, sobretudo dos familiares cuidadores, aquela pessoa, comumente uma mulher, que responde pelo cuidado direto da pessoa com transtorno mental, tanto na esfera familiar quanto diante dos serviços de saúde e na sociedade em geral. Observa-se que, na literatura, ainda ficam secundarizadas as necessidades desse personagem, que luta pela efetivação do direito da pessoa com transtorno mental, o que é legítimo e esperado, mas, não se espera que abdique de suas necessidades e direitos. Ou melhor, espera-se que sejam publicizadas e que sejam potencialmente politizadas. Observa-se na revisão de literatura, pouco eco das discussões promovidas e acumuladas pelo movimento feminista, em torno das políticas familiares que

se inscrevem no conjunto da políticas sociais que se projetam e que tem impactos importantes na vida das famílias. Além de medidas legislativas, abrangem também subsídios e serviços, além da ampla gama de ações voltadas para melhorar o bem-estar das famílias e aliviar as pressões que estas sofrem no exercício de suas responsabilidades. As medidas de apoio familiar são aquelas que fornecem às pessoas com responsabilidades familiares possibilidades de um melhor desempenho de suas responsabilidades sem que haja qualquer tipo de prejuízo econômico, social e profissional (ABRAÃO; MIOTO, 2017, 427)

Como informa Rotelli (1990) a direção do processo de reforma psiquiátrica não está garantida à priori, podendo ser apropriada por correntes conservadoras, que podem levar à desassistência ou reforço ao familismo (MIOTO, 2010), que mantem a família como central na produção do cuidado, como esfera principal na produção do cuidado e da proteção social, tendo o mercado como principal suporte. Os desmontes observados na política de saúde mental, orientada pela perspectiva da reforma psiquiátrica, desde o ano 2010, com o Programa Crack, é possível vencer e intensificados a partir de 2016, sinalizam para desinvestimentos crescentes e conseqüentemente, maior responsabilização da família na produção do cuidado.

Ademais, como analisam Andrade e Maluf (2017) a reforma psiquiátrica deve ser abordada no plural, reformas, posto que a transformação do modelo assistencial é processual, permanente, afetando todas as relações sociais, requerendo crescentemente a inclusão e o diálogo com várias dimensões da vida, inclusive as questões de gênero, classe social e étnico racial. Mas, observa-se a marca ainda forte do paradigma biomédico, que tende a manter se hegemônico a partir do olhar focado na figura do “paciente” e na enfermidade.

Nas primeiras aproximações dos *sites* das associações de usuários e familiares, observa-se, também, a secundarização das necessidades dos familiares cuidadores, que encontram-se embutidas nas necessidades dos usuários diretos da saúde mental, parecendo ilegítimas sua explicitação e o trato de questões que contemplem a singularidade e a realidade

desse personagem. Importante discutir que a necessidade de ambos são igualmente legítimas, embora no dia a dia haja uma hierarquia que prioriza as necessidades da pessoa diagnosticada, seu quadro e realidade afeta toda a família, em especial o/a familiar cuidador(a). A relação entre ambos é dialética, cuidando de um, com certeza, haverá repercussão no outro polo da relação de produção de cuidado.

Nesse sentido, há muitas associações de familiares vinculadas ao nome do diagnóstico da pessoa cuidada, quer autismo, esquizofrenia, transtornos alimentares, o que é exemplar, das necessidades do familiar cuidador subsumida à necessidade da pessoa com transtorno mental. Esse fato também denuncia os serviços de saúde/saúde mental, que parece parcamente investir em educação em saúde/ações socioeducativas, para esclarecer o diagnóstico e efeitos colaterais dos psicofármacos. Tal fato, focaliza a enfermidade, reforçando aspectos culturais que o SUS e a reforma psiquiátrica querem desconstruir, e remeter para os determinantes sociais do processo saúde doença. Contudo, o desconhecimento da enfermidade tende a impactar sobretudo as relações entre a pessoa com transtorno mental e a família e o familiar cuidador, com certeza, sobretudo pelo enigma que ainda representa o transtorno mental tanto socialmente, quanto na vida diária.

Logo, persiste o foco nas necessidades e direitos dos usuários, o que é esperado, mas, se for exclusivo, pode trazer danos relacionais. Ilustrativamente explicita-se a Carta de direitos e deveres dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental (http://www.abrasme.org.br/resources/download/1363272123_ARQUIVO_CartadeDireitoseDeveresdosUsuarioseFamiliaresdosServicosdeSaudeMental.pdf, acessado em 06/09/2019). No texto da carta enfatiza-se os deveres dos familiares, sobretudo na produção do cuidado da pessoa com transtorno mental e diante do serviço, sinalizando para um endosso na maior responsabilização da família, o que pode resvalar na sua culpabilização, nos fracassos do processo desinstitucionalizantes.

Nesse sentido, a complexidade que cerca a produção do cuidado doméstico de uma pessoa com transtorno mental arrisca cair na banalização, sobretudo em situação de agravo a seu quadro clínico e com o imperativo do estigma social, que cria barreiras na sua inclusão pelo trabalho, em um contexto de significativas alterações sócio-demográficas do grupo familiar, que agravam o *déficit* da produção do cuidado.

Interessante pontuar que as associações de familiares de pessoas com transtornos do espectro do autismo foi a única que conquistou uma linha de cuidado específico para este segmento, mas, no texto do documento, a família figura de maneira genérica, sendo destacada apenas pelo impacto do diagnóstico (BRASIL, 2013). Não aparece as dimensões

de classe social nessa conquista, mas, tendo em vista o observado no I Congresso Brasileiro de Capsi, realizado em 2013, no Rio de Janeiro, essas conquistas parecem ter intensa relação com o poder de influência da classe média e alta, haja vista a vocalização das necessidades desse segmento ocorrer através de mães que eram, por exemplo, médicas, o que destoa das mães majoritárias no Sistema Único de Saúde, sendo de 75% a 80% dos usuários do SUS oriundos das camadas populares, o que sinaliza para as desigualdades sociais estruturantes no País, sem que o princípio da equidade seja reforçado.

Claro que esse estudo se filia à perspectiva da universalidade do SUS, em que toda classe social tem direitos a serviços de melhor qualidade. A questão é que a classe média tem acesso a recursos e a conhecimentos estratégicos e pelo histórico da elite brasileira, ela tem dificuldade em defender interesses coletivos, voltados ao bem comum.

Nos *sites* das associações tem se observado que persistem ocultas as identidades, sobretudo em relação aos marcadores de classe social, gênero e etnias dos familiares cuidadores, bem como as condições em que constroem o cuidado, inclusive sob pressão para não publicizarem suas experiências e condições de vida, como revela Ornelas (2004), uma mãe mineira.

Nesse sentido, há muito que politizar nas discussões, as necessidades que cercam a família e, sobretudo, os familiares cuidadores.

Importante também analisar a participação dos assistentes sociais no trabalho social com família, sobretudo em saúde mental, haja vista que a conferência da Profa Rachel Raichelis, no último Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, destacou que muitos profissionais dessa categoria abdicam desse segmento, remetendo-o ao psicólogo. É estratégico avaliar o acúmulo da categoria no trato dessa questão, e as respostas que tem construído para fazer face às suas necessidades sociais.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a intensificação de eventos públicos da saúde mental, marcados pelo ideário da reforma psiquiátrica, na perspectiva de desinstitucionalização, ou seja, desconstrução de práticas que reforcem o modelo manicomial, a(s) família(s) e os familiares cuidadores tenderam a sair da invisibilidade social, inclusive por serem convocados para outro protagonismo social, como parceiros do cuidado comunitário. Nesse contexto, organizam-se em associações, inclusive através das redes sociais, o que conforma o ciberativismo, constituindo-se comumente em associações mistas, envolvendo usuários, familiares e

técnicos, atuando sobretudo na defesa da construção da cidadania da pessoa com transtorno mental. Vale destacar que muitas famílias não têm acesso às redes sociais, ficando impossibilitadas de veicular suas necessidades por essa via, o que reforça as desigualdades sociais.

Desde 2004 observa-se um movimento mais intenso em torno da família e dos familiares nos processos de desinstitucionalização, que os abarca como parceiros do cuidado, tanto na perspectiva instrumental quanto de cuidar do cuidador.

Considerando os objetivos da pesquisa, observa-se o parco conhecimento de quem é essa família cuidadora e das condições em que se desenvolve a produção do cuidado doméstico. As primeiras aproximações dos *sites*, levam a inferir que não há explicitação das necessidades diretas das famílias e dos familiares cuidadores no seu protagonismo político, figurando subsumidas às necessidades da pessoa com transtorno mental. Por exemplo, quando uma associação se organiza em prol do trabalho protegido, e a pessoa com transtorno mental é inserida nesse trabalho, o familiar cuidador passa a ter mais tempo para si, a se desonerar de 24 horas de trabalho de cuidado(r), como muitos afirmam. Nesse contexto, o familiar cuidador, pode ficar liberado, pois, em tese, tem um supervisor ou acompanhante no trabalho executado pela pessoa com transtorno mental. Pode dividir o tempo de cuidado com outras instituições ou pessoas. A produção do cuidado também configura uma esfera de disputas, inclusive de tempo, de atenções, de responsabilidades, até de saúde mental, pois o familiar cuidador pode ser levado à exaustão, pelo trabalho que exerce. Mas, o que se observa é que essa dimensão fica opaca, até pelo familismo imperante na política pública e na cultura familiar, pois os próprios familiares afirmam que “aprumado ou avariado, todo doido, tem seu dono” e esse “dono”, no geral é a família, havendo parca convocação do Estado, via políticas públicas para esse encargo. O Estado acaba, no geral, sendo acionado, em situações graves, como nas crises psiquiátricas, ou situações que a família/familiar cuidador, não consegue manejar. A própria sociedade endossa essa perspectiva, haja vista a baixa aderência e assunção do cuidado comunitário, até pela crescente degradação do espaço urbano no Brasil, crescentemente marcado pela insegurança, pelo risco, comumente associado aos transtornos mentais.

Nesse sentido, há muito que se caminhar na direção da construção de uma sociedade inclusiva para com a pessoa com transtorno mental e, sobretudo solidária com o familiar cuidador, sobretudo pobre e mulher (não branca, não heterossexual).

Logo, mudanças na tradição política e sobretudo cultural se impõem, pois a intencionalidade primeira do processo desinstitucionalizante é a construção de uma outra



relação entre a sociedade e a loucura, o que até se avançou nessa direção, mas, muito há para ser feito.

Alguns movimentos em prol de oferecer suporte às famílias, sobretudo através de grupos de ajuda e suporte mútuo, tais como o grupo Transversões, vinculado à UFRJ, assim como o projeto ABRE e S.O.esq da Unifesp, mantem uma rede social ativa de diálogo com a família, mas, é preciso que o próprio familiar cuidador também se veja retratado/espelhado no novo contexto. Que vocalize sua realidade, mostre sua identidade e sobretudo as condições de produção do cuidado e convivência social com o transtorno mental, no geral, cercadas de intensas violações de direitos, expressas nas sobrecargas, estigmas e sentimento de desamparo.



REFERÊNCIA

- ABRÃO, K. C. L.; MIOTO, R.C.T. Políticas familiares: uma introdução ao debate contemporâneo. R. *Katál.*, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 420-429, set./dez, 2017.
- ALCÂNTARA, L. M. Ciberativismo e movimentos sociais: mapeando discussões. *Aurora: revista de arte, mídia e política*. São Paulo, v. 8, n. 23, p. 73-97. Jun.-set. 2015.
- ANDRADE, A. P. M.; MALUF, S.W. Experiência de desinstitucionalização na reforma psiquiátrica brasileira: uma abordagem de gênero. *Interface: comunicação, saúde e educação*. 21(63): 811-21, 2017.
- AMARANTE, P. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio e Janeiro: Fiocruz, 1996.
- BRASIL. *Legislação em saúde mental 1990-2004*. Brasil: Ministério da Saúde, 2004a.
- BRASIL. *Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004b.
- BRASIL. *Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na rede de atenção psicossocial do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- CASTEL, R. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- FLICK, U. *Uma introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Bookman, 2004.
- GAMA, A. S. *Trabalho, família e gênero: impactos dos direitos do trabalho e da educação infantil*. São Paulo: Cortez, 2014.
- GIL, A.C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 1987.
- GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. 4ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1992.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Técnicas de pesquisa*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- MINAYO, M. C. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 4, ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1996.
- MIOTO, Regina Célia Tomaso. A família como referência nas políticas públicas: dilemas e tendências. P. 51-66. In: TRAD, L. *Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.
- OLIVEIRA, L. C.; PINHEIRO, R. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. *Ciência & Saúde Coletiva*. 15(5) 2455-2464, 2010.
- ORNELAS, Cirlene. Da família ao espaço público, em defesa da vida. P. 79-87. In: *Revista Fórum Mineiro de Saúde Mental*. Belo Horizonte: vol. 1 2004.
- ROSA, L.C.S. Trabalho social com famílias na perspectiva da Política de Saúde Mental Brasileira. In: TEIXEIRA, S.M. (Org.) *Trabalho com família no âmbito das políticas públicas*. Campinas: Papel Social, 2018, p.213-236.
- ROTELLI, F. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.
- SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/TeCorá, 1999.
- SOUZA, W.S. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17(4) 933-939, jul.ago, 2001.
- VASCONCELOS, E. M. Perfil das organizações de usuários e familiares no Brasil, seus desafios e propósitos. *Cad. Bras. Saúde Mental*, vol.1, nº 1, jan-abr. 2009 (CD Rom).
- ROTELLI, F. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.
- YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.



IX CONASSS
CONGRESSO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE
XII SIMPSSS
SIMPÓSIO DE SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE

30 anos do SUS: Território de Lutas e o Serviço Social na Saúde
Edição virtual, 22 a 24 de setembro de 2020

340

EIXO: O ESTADO BRASILEIRO E O NOVO CORONAVÍRUS, COVID-19



VULNERABILIDADE SOCIAL E (IN)SEGURANÇA ALIMENTAR DIANTE DA PANDEMIA DE SARS-COV-2: UM RECORTE DO PARQUE NOVO MUNDO, SÃO PAULO – SP

Amanda Ferreira Zarnek (UNIFESP - Universidade Federal De São Paulo); Sophia Izzo (UNIFESP - Universidade Federal De São Paulo)

RESUMO: O objetivo deste estudo é analisar a vulnerabilidade social e a insegurança alimentar no contexto da pandemia COVID-19 no Parque Novo Mundo, São Paulo. A pandemia no Brasil teve início em 26 de fevereiro de 2020, acarretando mudanças significativas no quadro socioeconômico do país. O isolamento social conduziu novos panoramas para a população brasileira no que tange à vulnerabilidade social e o risco da insegurança alimentar. A vulnerabilidade social refere-se aos indivíduos e às suas suscetibilidades ou predisposições a respostas ou consequências negativas. Nesse sentido, o risco de uma emergência alimentar é grande, principalmente em comunidades mais vulneráveis.

Palavras Chaves: Vulnerabilidade Social. Insegurança Alimentar. COVID-19.

ABSTRACT: The aim of this study is to analyze social vulnerability and food insecurity in the context of the COVID-19 pandemic in Parque Novo Mundo, São Paulo. The pandemic in Brazil started on February 26, 2020, causing significant changes in the country's socioeconomic situation. Social isolation led to new panoramas for the Brazilian population with regard to social vulnerability and the risk of food insecurity. Social vulnerability refers to individuals and their susceptibilities or predispositions to negative responses or consequences. In this sense, the risk of a food emergency is great, especially in the most vulnerable communities.

Key Words: Social vulnerability. Food insecurity. COVID-19.

1. INTRODUÇÃO

O primeiro caso no Brasil de COVID-19 foi confirmado em 26 de fevereiro de 2020. A doença é causada pelo coronavírus SARS-CoV-2 que varia de infecções assintomáticas a quadros respiratórios graves. Em poucas semanas, o Brasil começou a registrar números alarmantes de casos confirmados e óbitos em decorrência do vírus. Diante do contexto da pandemia, medidas de isolamento social foram adotadas tardiamente, visando conter o avanço da doença.

O objetivo deste trabalho é analisar a vulnerabilidade social e a insegurança alimentar diante do contexto do coronavírus. A pandemia ocasionou mudanças expressivas no que tange os níveis saúde da população. Ademais, o coronavírus acentuou traços do contexto socioeconômico brasileiro, marcado por profundas desigualdades sociais, característica de uma sociedade capitalista. Diversos brasileiros perderam sua fonte de renda em decorrência as condições precárias de trabalho. Sem respaldo algum, a necessidade do isolamento social revelou a condição de vulnerabilidade social diante a pandemia.

Vulnerabilidade social refere-se a capacidade de indivíduos a suscetibilidades ou predisposições a respostas ou consequências negativas. Diversas famílias em situação de vulnerabilidade social foram atravessadas pelo risco eminente da pandemia. Sem fonte de renda, famílias se deparam com a dificuldade de manter a própria alimentação. Assim, o Brasil vivencia um risco de agravamento da insegurança alimentar e nutricional de parcela da população.

A Insegurança alimentar compreende o acesso e a disponibilidade de alimentos de maneira escassa. Não ter acesso regular e permanente à alimentação, em quantidade e qualidade adequadas, caracteriza uma situação de insegurança alimentar. Vale ressaltar que o Brasil ainda apresenta expressivos indicadores de fome.

Para análise da temática, sucederá um estudo transversal a ser conduzido na área de abrangência da equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) da UBS Parque Novo Mundo I, localizada no município de São Paulo - SP. Serão distribuídos 600 questionários.. A coleta de dados será realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de cada equipe durante as visitas domiciliares de rotina. O objetivo é compreender o impacto social da pandemia de Sars-CoV-2 no território em estudo. O presente estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa e aguarda aprovação.

2. PANDEMIA COVID - 19 NO BRASIL



A epidemia mundial de COVID-19 chegou oficialmente no Brasil em fevereiro de 2020. Ainda em 2019 a doença foi identificada pela primeira vez na China. Por ser um vírus novo, muitas especulações foram colocadas. O que se sabe é que o vírus provoca desde infecções assintomáticas, até quadros respiratórios graves, podendo levar a óbito.

Assim que confirmado o primeiro caso de COVID-19 no Brasil, o governo brasileiro demonstrou despreparo e profundas contradições no que tange às medidas enfrentamento para conter a pandemia. No início da pandemia, Luiz Henrique Mandetta ocupava o cargo de ministro da saúde e foi responsável por organizar as ações de enfrentamento ao vírus. Observou-se um constante desencontro de orientação por parte do ministério da saúde em relação às falas do atual presidente Jair Messias Bolsonaro.

A Organização Mundial da Saúde, assim como diversos estudos realizados mundialmente, alertavam a gravidade e o risco iminente causado pela pandemia. A orientação permanente era a necessidade urgente de isolamento social, visto ser um vírus com alto potencial de contaminação, isto é, todo tipo de aglomeração deveria ser evitado.

Ao mesmo tempo que o ministro da saúde alertava a gravidade do COVID-19, bem como uma possível saturação do Sistema Único de Saúde, o presidente Jair Messias Bolsonaro vinha a público contradizendo a gravidade dos fatos. Bolsonaro afirmou com suas próprias palavras que “gripezinha não vai me derrubar”, “todos nós iremos morrer um dia”. Além disso, quando questionado sobre os números de óbitos, o presidente respondeu “eu não sou coveiro” e “E daí? Quer que eu faça o quê?”.

Mandetta defendia o isolamento social "horizontal" como principal medida de combate ao vírus. No entanto, Bolsonaro defende um isolamento mais brando, conhecido como "isolamento vertical". Após inúmeras divergências, Mandetta foi demitido do cargo em 16 de abril de 2020.

Posteriormente, o presidente anunciou que o cargo seria ocupado por Nelson Teich, médico oncologista. Teich compartilhava do posicionamento de Mandetta quanto a necessidade do isolamento social "horizontal". Diante dos crescentes números de casos e óbitos, bem como o aumento da ocupação dos leitos em todo o país, o ministro chegou a cogitar a adotar o lockdown, forma de isolamento mais rígida visando conter o aumento dos casos. Novamente, Bolsano discordou do posicionamento do ministro, acarretando o pedido de demissão por Teich em 15 de maio de 2020.

Para mais, o site oficial da contabilização os casos de COVID-19 no Brasil, saiu do ar em 06 de junho de 2020. Sucessivamente, o site voltou ao ar apenas com os número de

contagem dos casos e óbitos do dia. O cenário trouxe o questionamento de uma possível omissão por parte do governo federal da divulgação da situação da pandemia no território nacional. Por esse motivo, foi realizado um consórcio de veículos de imprensa para a apuração dos casos e óbitos do país de COVID-19.

Em 30 de julho de 2020, o Brasil contabiliza 45 dias sem ministro da saúde, em meio a pandemia, totalizando até o presente momento 1.383.678 diagnósticos confirmados de COVID-19 e 58.927 óbitos.

Perante as contraditórias orientações de isolamento social, variando de acordo com os estados, o cotidiano do brasileiro alterou significativamente. A perda de parentes e amigos para o COVID-19 causa dor profunda na população. Não obstante, o brasileiro ainda vivencia os desafios da manutenção das necessidades básicas na conjuntura.

O isolamento social provocou mudanças na renda da população. Com o fechamento do comércio e indústria, escancara-se a precarização das relações de trabalho. Nesse momento tão difícil, a população se vê numa encruzilhada: é preciso respeitar o isolamento social para barrar o avanço do COVID-19, porém a população não recebe o devido respaldo para manter a manutenção básica de seus membros da família.

O governo federal após constante cobrança da população, divulgou a implementação do auxílio emergencial COVID-19. O Auxílio Emergencial é um benefício financeiro destinado a trabalhadores(as) informais, Microempreendedores Individuais (MEI), autônomos(as) e desempregados(as). O objetivo é fornecer proteção emergencial no período de enfrentamento à crise causada pela pandemia. O valor do benefício é de R\$ 600 que será pago por três meses, para até duas pessoas da mesma família. Vale ressaltar que para as famílias em que a mulher seja a única responsável pelas despesas da casa, o valor pago mensalmente será de R\$ 1.200,00.

Contudo, a implementação do auxílio emergencial não foi suficiente para amparar a população durante a pandemia. Desde o início, a mídia noticia diversas dificuldades do acesso ao benefício. Atualmente, famílias relatam que o benefício foi cortado, sem nenhuma resposta de uma nova avaliação. Além do mais, o valor é inferior ao salário mínimo.

2.2 Pandemia COVID-19 e Capitalismo

As relações sociais do modo de produção capitalista passam a ser embasadas pelas relações de exploração e apropriação da força de trabalho, marcada pelo conflito entre capital e trabalho, tendo sua gênese no processo de busca incessante do lucro e da mais-valia. Expostos a péssimas condições de vida e de trabalho, a classe trabalhadora se depara com

extensas jornadas diárias salários ínfimos, submetendo-se a trabalhos precários, temporários, subcontratados e terceirizados, etc. Essas novas modalidades de trabalho representam uma desregulamentação dos direitos legais dos trabalhadores com a regressão dos direitos sociais, fragilizando os sindicatos e as organizações, tornando as relações individualizadas. (ANTUNES, 2015).

A pandemia COVID-19 não pode ser analisada apenas por percepções biológicas, dado como meramente algo natural. É preciso compreender o modo de produção capitalista, bem como sua relação de exploração da natureza. Trata-se de uma crise eminentemente social e histórica. (MASCARO, 2020, p. 6)

Conforme já exposto anteriormente, a pandemia acentuou a crise já antes vivenciada pela classe trabalhadora brasileira. As condições de vida de muitos trabalhadores, em decorrência da constante exploração capitalista, não condizem com o mínimo esperado para a manutenção da vida. De acordo com Mascaro (2020, p. 6):

“A dinâmica da crise evidenciada pela pandemia é do modelo de relação social, baseado na apreensão dos meios de produção pelas mãos de alguns e pela exclusão automática da maioria dos seres humanos das condições de sustentar materialmente sua existência, sustento que as classes desprovidas de capital são coagidas a obter mediante estratégias de venda de sua força de trabalho. O modo de produção capitalista é a crise.”

A necessidade do isolamento social expôs a contradição das relações capitalistas frente à ausência de condições mínimas de saúde da população. O desmonte do Sistema Único de Saúde, as precarizações das relações de trabalho, a ausência de alimentação e habitação adequadas, são determinantes para o enfrentamento do vírus. Segundo Mascaro (2020, p. 6):

“O flagelo do desemprego, as habitações precárias para suportar quarentenas, as contaminações em transportes públicos lotados e a fragilidade do sistema de saúde são, exata e necessariamente, condições históricas de um modo de produção específico, o capitalismo.”

3. DETERMINANTES SOCIAIS NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Como elucidado anteriormente, compreender o capitalismo e seus determinantes sociais em face à pandemia COVID-19 é de extrema necessidade. Por isso, buscaremos refletir a respeito do modelo médico tradicional que negava os determinantes sociais na saúde, isto é, patologizava fenômenos de caráter econômicos, sociais e culturais. Por naturalizar e patologizar o processo saúde e doença, a medicina teve um papel decisivo no



que tangue a adaptação do homem ao meio, a naturalização do ambiente externo e a manipulação do ambiente. Para Basaglia (1985):

“Nesse jogo, a medicina passou a cumprir uma função explícita de adaptação do homem àquela manipulação, fazendo-o aceitá-la como um dado natural, no momento em que tratava como dado natural o que essa produzia e que implicava consequências diferentes conforme a classe social do doente.”

A medicina afirmou o processo saúde-doença como algo fundamentalmente biológico e natural, tendo como centralidade a doença. Segundo Matos (2013):

“A medicina constitui seu objeto em algo puramente biológico e individual, o que faz buscar a doença somente como lesão, além de reforçar hegemonicamente a lógica da medicalização.”

A redefinição do conceito de saúde foi possível nas últimas duas décadas através de uma crescente quantidade de estudos que buscaram compreender os elementos que compõem o processo saúde-doença. Logo, a saúde deixa de ser entendida apenas como ausência de doença, compreendendo os determinantes sociais desse processo.

“A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.” (BRASIL, 1990)

Por essa razão, não podemos falar do processo saúde-doença sem compreendermos as condições de vida do sujeito. Quando falamos de condições de vida, falamos de aspectos sociais, culturais e políticos que abrange as dimensões da vida humana. O modo como os homens vivem, adoecem e morrem depende de fatores diversos, tais como a produção de riquezas pela sociedade: as relações sociais que se estabelecem dentro dela e o modo como a sociedade faz a regulação, controle de tais relações. Assim, o processo saúde-doença apresenta uma dimensão estrutural cuja característica é o modelo econômico de desenvolvimento da sociedade, isto é, o modelo de produção capitalista.

“Situar o processo saúde-doença como resultante de um conjunto de determinações que operam numa sociedade concreta, produzindo nos diferentes grupos sociais o aparecimento de riscos ou potencialidades característicos, que se manifestam na forma de perfis ou padrões de doença ou saúde. Ou seja, há relação entre mortalidade e classe social: estar doente ou sadio é determinado pela classe social do indivíduo e a respectiva condição de vida, em razão de fatores de risco que esse determinado grupo da população está exposto.” (CARVALHO, 2010, apud SIMIONATO, 2018)

4. VULNERABILIDADE SOCIAL E RISCO SOCIAL NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

O conceito de vulnerabilidade social é um termo constantemente utilizado nas políticas sociais. Observa-se que a utilização do termo vulnerabilidade social é ampla, apresentando múltiplas definições. Segundo Musial e Gali (2019, p. 292), esse termo provoca multiplicidade de olhares e compreensões abrangendo uma discussão que privilegia diferentes contextos sociais e políticos até as questões de fragilidade individual (apud TEDESCO; LIBERMAN, 2008, p. 255)

Vulnerabilidade social é frequentemente adotado na Política Nacional de Assistência Social. Segundo Musial e Gali (2019, p. 296):

cuja conceituação refere-se para além das condições socioeconômicas, as vulnerabilidades devem ser entendidas como um somatório de situações de precariedade entre as quais se incluem a composição demográfica da família, os agravos à saúde, a gravidez precoce, a exposição à morte violenta e as próprias condições de vida. (apud SÃO PAULO, 2004, p.12)

Compreende-se a vulnerabilidade social associado ao risco social. De acordo com Janczura (2012, p.302) vulnerabilidade refere-se aos indivíduos e às suas suscetibilidades ou predisposições a respostas ou consequências negativas (apud Yunes e Szymanski, 2001, p.29). No que tange ao risco, este tende a ser usado para se referir, a uma ameaça, a um acidente, a um perigo ou mal.

Dito isso, a vulnerabilidade social e o risco social estão diretamente ligados no processo saúde-doença. Os determinantes sociais que condicionam a vulnerabilidade social, desdobram nas condições de saúde da população. A pandemia COVID-19 se apresenta como risco iminente. Esse risco é absorvido arduamente pelas famílias em situação de vulnerabilidade social. Não é por menos, que territórios mais vulneráveis apresentam maior números de óbitos por COVID-19.

Em São Paulo, o maior número de óbitos se concentra nas regiões periféricas da capital, isto é, regiões de alto índice de vulnerabilidade social. Um levantamento realizado pela Prefeitura de São Paulo e com base em dados até 5 de junho em que, segundo (G1, 2020), aponta que as regiões periféricas das Zonas Norte e Sul de São Paulo concentram as mortes por Covid-19 na capital paulista. Entre os líderes estão os Brasilândia, na Zona Norte da capital, e Sapopemba, na Zona Leste da cidade.

5. INSEGURANÇA ALIMENTAR

O Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) é indispensável para a sobrevivência e desenvolvimento social (LEÃO, 2013). Desde 2010, com a aprovação da Emenda Constitucional nº 64, o DHAA está assegurado entre os direitos sociais da

Constituição Federal Brasileira, sendo dever do Estado respeitar, proteger, promover e provê-lo à população (LEÃO, 2013). Atrelada ao DHAA está a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN). De acordo com a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional – LOSAN (Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006), a SAN tem por objetivo assegurar o acesso aos alimentos em quantidade e qualidade suficientes para suprir suas necessidades nutricionais; a acessibilidade física, econômica e social dos alimentos; se estes estão de acordo com a cultura alimentar e escolhas do indivíduo; e se apresentam qualidade higiênico-sanitária adequada (BRASIL, 2006).

Recriado em 2003, o Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA) é um órgão composto por dois terços de representantes da sociedade civil e um terço de representantes governamentais que visa o controle social e participação da sociedade na formulação, monitoramento e avaliação de políticas públicas de SAN como forma de promoção ao DHAA (CONSEA, 2017). Muitas das políticas públicas criadas e aprimoradas durante este período contribuíram para a retirada do Brasil do “Mapa da Fome” da Organização das Nações Unidas (ONU) em 2014, entretanto, indicadores recentes apontam um possível retorno do país ao mapa (FAO, 2019). A recente extinção do CONSEA pela Medida Provisória 870/2019 e posteriormente pela Lei nº 13.844, de 18 de junho de 2019 agrava ainda mais o cenário nacional e ressalta o alarmante desmonte das políticas públicas em alimentação e nutrição.

Em alerta publicado pelo secretário-geral das Nações Unidas, fica claro que a pandemia do novo coronavírus representa uma ameaça à SAN mundial e que caso não haja ações imediatas, o risco de uma emergência alimentar global é grande, principalmente em comunidades mais vulneráveis, uma vez que milhões de pessoas já eram acometidas pela fome (UN, 2020). Muito além do que um problema da atualidade, o agravamento da insegurança alimentar e nutricional de parcela da população pode acarretar no colapso dos sistemas agroalimentares e severas consequências para saúde e nutrição a longo prazo (UN, 2020).

6. O PARQUE NOVO MUNDO, DISTRITO DE VILA MARIA EM SÃO PAULO -SP.

Parque Novo Mundo é um bairro localizado na zona Nordeste da cidade de São Paulo, pertencendo ao distrito de Vila Maria. Se caracteriza por ser uma região periférica, concentrando índices de vulnerabilidade social. O território é assistido por diversos serviços de saúde, como UBS e Pronto Socorro.

A UBS Parque Novo Mundo I, possui a Estratégia Saúde da Família, assim como O Núcleo de Apoio a Estratégia Saúde da Família, que conta com atuação multiprofissional. Perante ao contexto do coronavírus, a atenção primária se deparou com desafios para a promoção e prevenção da saúde. Por isso, o Serviço Social em conjunto com a Nutrição, formulou a realização de uma pesquisa para monitoramento da vulnerabilidade social e insegurança alimentar do território.

7. MÉTODOS DA PESQUISA

Estudo transversal a ser conduzido na área de abrangência da equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) da UBS Parque Novo Mundo I, localizada no município de São Paulo - SP. A vulnerabilidade social e insegurança alimentar serão avaliadas por meio de um questionário de autoria própria (Apêndice 1) que contempla questões de o acesso a benefícios do governo, prejuízo da alimentação por falta de dinheiro e eventuais alterações do padrão alimentar diante do cenário atual de pandemia. Foram atribuídas diferentes pontuações para cada resposta de acordo com a severidade da afirmação. Com base na pontuação final, a família será classificada em baixa, média ou alta vulnerabilidade social e insegurança alimentar.

Serão distribuídos 600 questionários, sendo 120 para cada equipe de ESF do território (equipes amarela, azul, prata, preta e vermelha) a fim de diversificar a amostra. A coleta de dados será realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de cada equipe durante as visitas domiciliares de rotina.

Os dados obtidos serão tabulados em planilha Excel e posteriormente submetidos à análise descritiva com o auxílio do Programa SPSS - Statistical Package for the Social Sciences. O presente estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa e aguarda aprovação.

7.1 Objetivos

7.1.1 Objetivo Geral

Este estudo tem como objetivo avaliar a vulnerabilidade social e (in)segurança alimentar dos usuários da UBS Parque Novo Mundo I.

7.1.2 Objetivos Específicos

- Compreender o impacto social da pandemia de Sars-CoV-2 no território em estudo;
- Subsidiar ações emergenciais e a longo prazo, como forma de potencializar o papel da atenção primária na promoção e vigilância em saúde.

7.2 Resultados Esperados

Este estudo busca avaliar a vulnerabilidade social e (in)segurança alimentar na área de abrangência da UBS Parque Novo Mundo I.

Considerando-se a importância da atenção primária na promoção e vigilância em saúde, espera-se contribuir para o incremento da assistência aos usuários com um olhar voltado aos impactos da pandemia de Sars-CoV-2.

7.3 Cronograma

O projeto possui duração de 4 meses. Neste período serão desenvolvidas as seguintes atividades.

Etapa ou fase	Meses			
	1	2	3	4
Revisão de literatura	X	X	X	X
Aplicação dos questionários		X		
Digitação dos dados		X		
Análise dos dados			X	
Redação do artigo			X	X
Apresentação dos dados em congresso				X

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia COVID-19 acarretou em mudanças significativas no quadro socioeconômico do país. O governo federal apresenta contradições e expressivo despreparo



para lidar com a doença. Não obstante, a vulnerabilidade social e o risco da insegurança alimentar constituem uma realidade vivenciada por parte da população. O risco de uma emergência alimentar provocada pela atual conjuntura é grande, principalmente em comunidades mais vulneráveis.

O coronavírus não pode ser analisado como algo estritamente biológico e natural. A sociedade capitalista e suas relações de exploração da classe trabalhadora, assim como da própria natureza, fundam o contexto de pandemia. Com a finalidade de análise da temática, bem como a construção de ações para o seu enfrentamento, sucederá um estudo transversal a ser conduzido na área de abrangência da equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) da UBS Parque Novo Mundo I, localizada no município de São Paulo.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. São Paulo: Cortez, 2015. (Edição especial de 20 anos.)
- BASAGLIA, F. **A Instituição Negada: Relato de um hospital psiquiátrico**. Coordenado por Franco Basaglia; tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro. Edições Graal – Biblioteca de Filosofia e História das Ciências, 1985.
- BRASIL. **Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006**. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2004-2006/2006/Lei/L11346.htm. Acesso em: 19 de junho de 2020.
- BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 25 de novembro de 2018.
- _____. *Lei Orgânica da Saúde*: Lei 8.080/90 de 19.09.1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.
- CONSEA - Conselho Nacional de Segurança Alimentar. **O que é o Consea?**, 2017. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/consea/acesso-a-informacao/institucional/o-que-e-o-consea>. Acesso em: 20 de junho de 2020.
- FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO. **The State of Food Security and Nutrition in the World 2019** - Safeguarding against economic slowdowns and downturns. Rome, 2019. Disponível em: <http://www.fao.org/3/ca5162en/ca5162en.pdf>. Acesso em: 25 de junho de 2020.
- JANCZURA, R. **Risco ou vulnerabilidade social?** Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 11, n. 2, p. 301 - 308, ago./dez. 2012. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/12173/8639R#:~:text=Enquanto%20risco%2C%20segundo%20as%20autoras,a%20respostas%20ou%20consequ%C3%Aancias%20negativas>. Acesso em: 30 de junho de 2020.
- LEÃO, M. (Org.) **O direito humano à alimentação adequada e o sistema nacional de segurança alimentar e nutricional**. Brasília: ABRANDH, 2013. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/seguranca_alimentar/DHAA_SAN.pdf. Acesso em: 16 de junho de 2020.
- MATOS, M. **Serviço Social, Ética e Saúde: reflexões para o exercício profissional**. São Paulo: Cortez, 2013.
- MASCARO, A. L. **Crise e Pandemia**. São Paulo: Boitempo, 2020.
- MUSIAL, D. C. GALLI, J. F. M. **Vulnerabilidade e risco: apontamentos teóricos e aplicabilidade na Política Nacional de Assistência Social**. O Social em Questão - Ano XXII - nº 44 - Mai a Ago/2019. Disponível em: [http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_44_SL2%20\(1\).pdf](http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_44_SL2%20(1).pdf). Acesso em: 10 de junho de 2020.
- PERIFERIA das Zonas Norte e Sul de SP lideram ranking de bairros com mais mortes por Covid-19. **G1**, 10 de junho de 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/06/10/periferia-das-zonas-norte-e-sul-de-sp-lideram-ranking-de-bairros-com-mais-mortes-por-covid-19.ghtml>. Acesso em: 25 de junho de 2020.
- SIMIONATO, Camila. **A violência doméstica enquanto iniquidade social da saúde mental da mulher: uma perspectiva social a respeito da relação da violência doméstica e os transtornos mentais comuns (TCM) em mulheres**. Dissertação (Dissertação em Serviço Social) - PUCSP. São Paulo. 2018.



UN - United Nations. **Policy Brief: The Impact of COVID-19 on Food Security and Nutrition.**
June, 2019. Disponível em:
https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/sg_policy_brief_on_covid_impact_on_food_security.pdf. Acesso em: 27 de junho de 2020.

APÊNDICE

QUESTIONÁRIO

Equipe: _____ Data: _____

____/____/____

Prontuário: _____

ACS de referência: _____

1. Quantos adultos moram na casa? E quantas crianças?

Adultos: _____ (1 ponto) Crianças: _____ (2 pontos)

2. No último mês, você recebeu algum auxílio do governo?

() Sim () Não (3 pontos)

Se sim, QUAL?

- () Bolsa Família (2 pontos)
- () Auxílio Emergencial COVID-19 (1 ponto)
- () Auxílio Merenda Escolar (2 pontos)
- () Outros (2 pontos)

3 – Nos últimos 3 meses, você ou alguém da sua família teve que comer menos ou deixou de fazer alguma refeição por falta de dinheiro para comprar comida?

() Sim (2 pontos) () Não (0 pontos)

4 – Você tem facilidade de achar alimentos saudáveis perto da sua casa?

() Sim (0 pontos) () Não (2 pontos)

5 – Você sentiu que a sua alimentação e da sua família mudou com o início do coronavírus?

() Sim ----> **Como?** () Melhorou (0 pontos) () Piorou (2 pontos)
() Não (1 ponto)

Pontuação total: _____



Classificação	Pontuação
Baixa vulnerabilidade e insegurança alimentar	3 a 5 pontos
Média vulnerabilidade e insegurança alimentar	6 a 8 pontos
Alta vulnerabilidade e insegurança alimentar	9 ou mais pontos



TRAGÉDIA ANUNCIADA: CONDIÇÕES DE TRABALHO E MORTE DOS/DAS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE MATO GROSSO NA PANDEMIA DE COVID-19

Lélica Elis Pereira De Lacerda (Universidade Federal De Mato Grosso–UFTM); **Yasmim Nascimento Tonelli** (Universidade Federal De Mato Grosso– UFTM)

RESUMO: O presente trabalho é resultado parcial da experiência vivenciada pelo programa Residência Multiprofissional Integrada em Saúde do Adulto e do Idoso em ênfase em Atenção Cardiovascular. Trata-se de um estudo bibliográfico pautado na teoria marxista da dependência e estudos descoloniais que tem por objetivo analisar as condições de trabalho e estudo dos residentes como expressão da política adotada pelos atuais governos brasileiros frente a pandemia da COVID-19. Conclui-se que o alto índice de morte tanto da população quanto dos profissionais de saúde não se refere a um erro de percurso; antes, revela a natureza da dinâmica do capital no Brasil.

Palavras chaves: Trabalho. Saúde. Residência Multiprofissional.

ABSTRACT: This work is a partial result of the experience lived by the Integrated Multiprofessional Residency Program in Adult and Elderly Health with emphasis on Cardiovascular Care. This is a bibliographic study based on the Marxist theory of dependence and decolonial studies that aims to analyze the working conditions and study of residents as an expression of the (Necro) policy adopted by the current Brazilian governments in the face of the pandemic of COVID-19. It is concluded that the high death rate of both the population and health professionals does not refer to an error in the route, but rather reveals the nature of the dynamics of capital in Brazil.

Keywords: Work. Health. Multiprofessional Residence.

1. INTRODUÇÃO

Como diz a peça publicitária, “O agro é pop”. Porém, não produz respiradores, não paga professores e trabalhadores da educação terceirizados que não tiveram seus contratos renovados em Mato Grosso, deixando-os a mercê da própria sorte, em plena pandemia; promove a invasão de terras indígenas e quilombolas e, por meio da PLC 17/2020 busca criar mecanismo para a legalização da invasão de terras, em meio a uma pandemia que demanda afastamento social desmobiliza movimentos dificultando a articulação entre a classe trabalhadora; ao mesmo tempo em que mata por negligência a estes povos ao negar acesso a leitos de hospital, respiradores, testagens, Equipamentos de Proteção Individual (EPI’s) e alimentos, que se tornam ainda mais escassos.

O agro é tudo: é o fogo que queima a Amazônia e o cerrado; é a bala que mata o camponês; o garimpeiro que invade terras indígenas e quilombolas; o coronel que manda nas estruturas do Estado se utilizando do poder em seu benefício – é por interesse econômico as elites em isolamento social em suas luxuosas mansões pressionam os governos brasileiros contra o isolamento social; em Mato Grosso, no dia 24 de julho o governador Mauro Mendes decreta abertura total do comércio, sendo que o pico da pandemia está previsto para fim de agosto, início de setembro de 2020²⁰.

Esses desafios vivenciados pela classe trabalhadora é o contexto atual dos residentes em saúde na atual pandemia. Que se expõe, expõe seus familiares e tem que lidar cotidianamente com os retrocessos existentes. Que enxerga a economia sobrepondo às vidas e todo o contexto vivido sem a abertura de novos leitos, sem a contratação de novos profissionais, sem o investimento em EPIs adequados, o governo brasileiro constrói um cenário de genocídio dos mais pobres que inclui os profissionais de saúde do Estado.

O artigo ora proposto tem por objetivo analisar, como expressão da necropolítica, que é essa política de morte que está subjugada a classe trabalhadora. A partir das expressões da necropolítica, e as condições que o estado fornece para esse momento de pandemia, evidencia as condições de trabalho da residência multiprofissional em saúde e o quanto isso atinge diretamente tanto os profissionais de saúde, quanto os demais trabalhadores.

Trata-se de um estudo bibliográfico sobre o mundo do trabalho na América Latina à partir da teoria marxista da dependência e estudos descoloniais, a partir do levantamento de

²⁰ Informação disponível no 8º informe epidemiológico, disponível em www.cuiaba.mt.gov.br/saude/secretaria-de-saude-divulga-o-oitavo-informe-epidemiologico-sobre-a-covid-19/21994



dados dos órgãos ligados a pós graduação e a residência e a realidade dos profissionais de saúde.

2. Bases Coloniais e a Política de Genocídio do Estado Brasileiro No Enfrentamento da COVID-19

Para assegurar o direito à vida, a Organização Mundial da Saúde (OMS) orientou o isolamento social até que a transmissão do vírus não represente mais um perigo de extermínio em massa. Os patrões, porém, respondem imediatamente, enfurecidos, que não se pode parar, pois seus negócios serão afetados. A quarentena escancara, assim, uma das contradições mais verdadeiras que o sistema capitalista tenta esconder: vivemos numa sociedade na qual, como nos ensina Marx (2011), uma classe trabalha e a outra explora quem trabalha. Em outras palavras, o capital depende do trabalho; sem o trabalhador, o patrão é reduzido a nada.

Embora nos pareça evidente que a vida importa mais do que o lucro, na prática, tenta nos empurrar a todo custo que a economia – leia-se o lucro de meia dúzia de gente – é o que sustenta a existência humana. Mas a verdade é justamente o contrário. Revela Marx (idem, 2011) que é o trabalho que sustenta uma sociedade pautada no lucro, e é a riqueza produzida pelos trabalhadores que pode garantir, nesse momento, que todos se recolham para defender suas próprias vidas.

Finalmente não se pode negar a importância que cada um de nós tem para o coletivo. É tempo de entender de uma vez que, se vivemos em sociedade, a saída tem de ser coletiva; a saúde só pode ser coletiva!

No Reino Unido e na Alemanha²¹, por exemplo, os Estados complementaram o pagamento dos salários para garantir as condições mínimas para as pessoas ficarem em casa o tempo necessário. E isso não é exclusividade da Europa. Aqui ao lado, o governo venezuelano também construiu um plano para complementar os salários de trabalhadores da iniciativa privada por seis meses²², além de suspender a cobrança de aluguéis pelo mesmo período e proibir demissões até dezembro de 2020.

Aqui no Brasil, na contramão, Bolsonaro e Guedes defendem a economia em detrimento das vidas dos trabalhadores. Visivelmente orientado pela lógica patronal, Bolsonaro reproduz as ideias de empresários como Luciano Hang(Lojas Havan), Roberto

²¹ Informação disponível em www.economia.ig.com.br

²² Informação disponível em www.operamundi.com.br



Justus (Grupo Newcomm) e Junior Durski (restaurantes Madero e Jeronimo Burger), que não se envergonham de dizer abertamente que o setor privado deve cortar salários, e que as consequências econômicas da quarentena serão piores do que perder algumas unidades de milhar de vidas.

O Estado brasileiro se nega a transferir a renda gerada pelos trabalhadores aos próprios trabalhadores, em especial aos mais empobrecidos, porque quem está à frente dele também ganha favorecendo o setor privado. Quase metade dos recursos arrecadados pela União por meio de impostos (cerca de R\$ 1 trilhão) serve, apenas, para enriquecer ainda mais meia dúzia de banqueiros já trilhários, por meio da duvidosa dívida pública²³.

O governo brasileiro entende que atender às urgências do sistema financeiro é 7,5 vezes mais importante do que salvar a vida da população brasileira da COVID-19. Esta é proporção de investimento do pacote de salvamento de cerca de uma dezena de bancos, que receberam R\$ 1,2 trilhão²⁴, em relação aos R\$ 160 bilhões²⁵ destinados ao amparo de mais de 200 milhões de brasileiros. Isso aos trancos e barrancos, depois de muita pressão social para que o governo entendesse que, sem auxílio, a população morreria de fome.

Essa prioridade existe porque os bancos nos cobram uma suposta e impagável dívida pública, no valor de R\$ 5 trilhões²⁶. E já que a prioridade é cobrar dívidas, proponho, aqui, relembrarmos – e cobrarmos! – uma dívida histórica ainda mais antiga.

Segundo Williams (*Apud* Honor, 2005), a elite bancária internacional de hoje teve como principal meio de acúmulo de capital o mercado triangular no qual a Inglaterra ganhava dinheiro a partir do tráfico negreiro – venda de pessoas sequestradas e escravizadas. A matéria prima barata e o trabalho escravo das colônias barateavam ainda mais as mercadorias. O dinheiro dos bancos de hoje é proveniente, portanto, das mãos negras e indígenas escravizadas, tornadas mercadorias rentáveis, que produziam ou extraíam outras mercadorias: ouro, prata, açúcar, café, etc. Todo o trabalho realizado pelo povo escravizado serviu para o enriquecimento dos antepassados da elite que hoje abocanha, anualmente, entre 40 a 50% do orçamento federal brasileiro – e a quem o pacote de salvamento econômico de R\$ 1,2 trilhões se destina.

Nossa elite nacional, por sua vez, foi formada por senhores de escravos, donos de engenhos, de fazendas de café e de minas, nas quais vidas humanas eram consumidas por

²³ É possível acompanhar os dados da dívida pública pelo site www.auditoriacidada.org.br

²⁴ Informação disponível em <https://www.gov.br/pt-br/noticias/financas-impostos-e-gestao-publica/2020/03/banco-central-anuncia-conjunto-de-medidas-que-liberam-r-1-2-trilhao-para-a-economia>

²⁵ Informação disponível em <https://economia.estadao.com.br/noticias/geral,projeto-libera-para-caixa-do-governo-r-160-bi-de-fundos-constitucionais,70003346395>

²⁶ Informação disponível em



meio de trabalho penoso e muito açoite para “fomentar” a exploração máxima (GORENDER, 2018). O Brasil foi um dos países que mais comprou pessoas escravizadas no mundo e o último país ocidental a abolir a escravidão.

Essa elite, sob a violência do açoite e da pólvora, submeteu homens, mulheres e crianças indígenas e africanas a um intenso processo de expropriação formal da humanidade, reduzindo-os a instrumentos de trabalho falantes. Por mais de três séculos, o trabalho escravo barateou o preço das matérias primas da indústria central nascente por meio do consumo dos corpos humanos. A vida útil de um trabalhador escravizado era, em média, de 19 a 25 anos. O que viabilizou essa forma de economia pautada na descartabilidade dos corpos foi a inesgotabilidade de oferta de mão de obra que os brancos europeus encontraram a partir da desumanização de indígenas e africanos (WILLIAMS, *apud* HONOR, 2015).

Atualmente, elites de dois países tiveram a desumanidade de ir às ruas para pressionar os governos a determinarem o retorno da população ao trabalho. No Brasil, um desfile de carros importados defendeu que os trabalhadores peguem ônibus lotados para socorrer a economia, pois ela não pode parar, mesmo que voltar ao trabalho custe a vida de boa parte da população periférica, majoritariamente negra. Nos EUA, um aglomerado de homens brancos portando a bandeira da suástica reivindicou quase o mesmo.

Não por acaso, Donald Trump vem minimizando a gravidade do coronavírus, o que faz com que os EUA sejam hoje o país com maior número de mortos do mundo. O presidente estadunidense até mudou a postura diante do caos provocado pela pandemia, mas isso não resultou em nenhuma autocrítica. Pelo contrário, exercendo sua masculinidade branca (e narcisista), projetou a culpa na Organização Mundial da Saúde (OMS) e, tragicamente, se negou a continuar repassando recursos à entidade. No Brasil, temos o único presidente que ainda ignora a pandemia e sai às ruas para cumprimentar as pessoas. Jair Bolsonaro foi eleito pelo The Washington Post o pior estadista do mundo no trato do coronavírus. Em Mato Grosso, o atual governador, empresário do setor de mineração, abre o comércio no dia 27 de julho, sendo que a pesquisa da UFMT estima o pico da pandemia entre os meses de agosto e setembro²⁷.

Evocando o passado escravagista dos dois países e suas elites, podemos observar quem são as pessoas que estão morrendo. A resposta é óbvia: trabalhadores autônomos e informais, os mais precarizados, os mais pobres, as mulheres chefes de família, os negros e indígenas.

²⁷Informação disponível no 8º informe epidemiológico, disponível em www.cuiaba.mt.gov.br/saude/secretaria-de-saude-divulga-o-oitavo-informe-epidemiologico-sobre-a-covid-19/21994

De Williams (*apud* Honor, 2015), pode-se inferir que mais recursos a bancos em vez de garantir uma renda mínima digna para a população passar a quarentena em segurança equivale a um chicote de açoite moderno que pode matar num só golpe milhões de moradores das periferias, no Brasil e nos EUA. Priorizar o setor financeiro em vez do acesso à saúde pública é outro açoite, agora contra as mãos retintas que trabalham para a economia não parar, acabam infectadas e não encontram atendimento digno nos hospitais; mas também sobre as profissionais da saúde, em sua maioria mulheres que, quanto mais retinta, mais empregada em funções que aumenta sua exposição ao vírus.

Neste mesmo sentido, é possível afirmar que a priorização de bancos e não a compra de equipamentos individuais de segurança para os trabalhadores, sob o pretexto da “responsabilidade fiscal”, é o racismo chicoteando e matando ao priorizar lucros de meia dúzia de banqueiros (elites brancas capitalistas internacionais), em detrimento da preservação das vidas das técnicas de enfermagem, enfermeiras, trabalhadoras da limpeza, entre outras, que estão expostas na linha de frente do enfrentamento ao coronavírus.

Persiste do Brasil colônia, portanto, a concepção de subordinar o sangue retinto aos lucros dos homens brancos e ricos. Isso porque, conforme Quijano (2020) as elites jamais deixaram de tratar os pobres, negros e indígenas como não humanos, meros instrumentos de trabalho, cuja única razão de existir é dar-lhes dinheiro. Quanto mais esta elite nos desumaniza, mais desumana se torna. Por isso são as duas únicas no mundo que defendem abertamente o genocídio ao confrontar a quarentena.

3. As Condições de Trabalho e a Vivência na Residência Multiprofissional em Tempos de Pandemia: COVID19

A residência multiprofissional em área profissional da saúde foi criada a partir da promulgação da Lei Federal nº 11.129 de 2005²⁸. Segundo o Art.13 dessa Lei Federal a residência em saúde é definida como modalidade de ensino em pós-graduação lato sensu, voltada para educação em serviço em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir disso, a luta por melhores condições de trabalho, pelo fortalecimento das políticas públicas e pela compreensão do papel do residente no SUS é constante.

Para Harvey (1996) no ocidente, ainda vivemos uma sociedade em que a produção em função de lucros permanece como o princípio organizador básico da vida econômica. Sendo assim, para a viabilidade do sistema capitalista são necessários muitos fatores e no

²⁸ Informação disponível da Lei nº 11.129 de 2005: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm

processo de ensino-serviço da residência multiprofissional não seria diferente. Ocorre uma disputa de poder, espaço e legitimação de ideologias antagônicas. Até porque quem defende o SUS não pode ao mesmo tempo defender a ideologia neoliberal, fascista e conservadora como a do governo vigente.

Os desafios vivenciados pela residência multiprofissional em saúde no decorrer do seu processo histórico foram escancarados nessa crise mundial de saúde em que se vivencia. Com esses tempos de pandemia os enfrentamentos vêm sendo maiores. Tanto na esfera macro pela efetivação da seguridade social, em que seus investimentos foram estagnados com a Emenda Constitucional N^o95²⁹ (EC95), de 15 de Dezembro de 2016. Como na esfera micro, relacionado à redução da jornada de trabalho dos residentes, o cumprimento do pagamento das bolsas, a inserção da modalidade de ensino à distância, fornecimento e investimento nos equipamentos de proteção individual (EPI) e equipamentos de proteção coletiva (EPC).

Sendo a Emenda Constitucional N^o95 (EC95), de 15 de Dezembro de 2016 um retrocesso para os direitos e lutas históricas na assistência, educação e saúde. A residência através do Fórum Nacional de Residentes em Saúde (FNRS) exige a revogação dessa emenda. Já que a EC95 interfere diretamente nas condições de trabalho dos profissionais da saúde e nos investimentos na educação e saúde.

A Emenda Constitucional n^o95 estabelece um novo regime fiscal que paralisa os investimentos na seguridade social por vinte anos. Essa nova reestruturação de distribuição tem consequências em longo prazo para a população brasileira. Tendo em vista o processo de luta para a construção e legitimação das políticas públicas, o congelamento nos investimentos estagna o desenvolvimento e articulação da seguridade social. A educação e saúde vivenciam uma lógica privatista que aos poucos vai sucateando o público e conseqüentemente torna o privado à única alternativa.

A Emenda Constitucional 95 tem reflexos diretos na atuação profissional dos residentes, que é de suma importância para a conjuntura atual. Tendo em vista a defesa da residência por uma concepção de saúde ampliada, articulação entre saúde e educação e o comprometimento com a população. Em contrapartida, o (des)governo atual acaba por intensificar as demandas dos residentes, que muitas vezes são sobrecarregados devido a ausência de profissionais, a falta de EPI e conseqüentemente contaminação e falecimento de muitos profissionais que estão atuando na linha de frente contra o COVID-19.

²⁹ Informação disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm

Com as crises inerentes ao sistema capitalista a classe trabalhadora vai sendo subjugada e explorada. Como foi dito anteriormente, existe uma dívida pública que quem arcar com as consequências é o povo brasileiro. Em tempos de pandemia são evidenciadas as desigualdades sociais e as precárias condições de trabalho. Economia versus vida, trabalho versus lucro são facetas que ficam cada vez mais nítidas no decorrer dos dias. Isso evidencia que a saída disso tudo deve ser construída coletivamente, compreendendo as particularidade e singularidade de cada realidade.

Na educação é aumentada a modalidade de ensino a distância, que perde muito a qualidade, a crítica e a vivência enquanto coletivo. É incentivado o financiamento nas faculdades privadas, ao invés de vagas na universidade pública. Na saúde é estimulado o investimento em planos de saúde particulares, em que o privado sobrepõe o público.

Logo, todos esses retrocessos são intensificados com Emenda Constitucional 95. Que de acordo com Funcia e Santos (2019) não existe lógica nessa emenda constitucional, já que levando em consideração os cálculos e gastos do SUS, haverá disputa de quem será atendido ou não, daqui alguns anos. É imobilizado o piso da saúde por vinte anos. Dessa forma a emenda constitucional fere o direito a saúde, o direito a vida e não se realiza uma análise de como ameaça os direitos fundamentais. Não levam em conta as condições econômicas, sociais e financeiras da população brasileira.

De acordo com a reportagem do Brasil de fato³⁰ os gastos primários do governo federal ficam limitados por um teto definido pelo montante gasto no ano anterior. Que não conseguem atender todas as demandas. Saúde, educação, assistência e condições de trabalho estão relacionadas. Porque quando maior for a exploração desse trabalhador, maior vai ser os impactos na sua saúde física e psicológica. Quanto mais as pessoas tiverem acesso a uma educação de qualidade, maior vai ser a formação do pensamento crítico. Por isso é necessário a imediata revogação da EC95.

Todas essas medidas já geram um prejuízo para a sociedade, imagina num contexto de pandemia. Desse modo, as residências multiprofissionais vêm enfrentando diversos desafios sejam com as condições que estavam antes postas, quanto com as novas condições. Porque a pandemia trouxe novos desenhos para a classe trabalhadora. No caso da residência existe uma sobrecarga de trabalho, já que quando é para ter acesso aos direitos trabalhistas são vistos apenas como estudantes, e quando é para suprir a mão de obra que falta nas áreas de saúde são vistos como trabalhadores.

³⁰ Para mais informações disponível em: <https://www.brasiledefato.com.br/2018/10/02/brasil-de-fato-rs-edicao-06>

Dessa maneira, nos tempos de pandemia com o colapso do sistema de saúde os residentes vêm atuando na linha de frente, por diversas vezes com carga horária superior do que a prevista, atraso nas bolsas, sem os EPIs necessários para atuação. Fora as condições físicas dos espaços institucionais.

Frente a tudo isso, foi lançada uma nota da Associação Nacional de Pós Graduando (ANPG)³¹ que pontua alguns pontos essenciais para permanência dos residentes. Retomada da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) e nomeação dos seus membros de acordo com a Portaria Interministerial nº 16, de 22 de dezembro de 2014; Redução e/ou requalificação da carga horária sem redução da bolsa; Manutenção da lei e da vinculação das bolsas das residências em área profissional e médicas de acordo com o princípio jurídico de isonomia; Retomada da realização dos Seminários Nacionais e Regionais de Residências em Saúde; Criação da Política Nacional de Residências em Saúde, de forma descentralizada e participativa; Suspensão das aprovações ilegais de programas de residência sem aprovação da CNRMS em 2020.

Juntamente com a ANPG, que acredita que defender a residência é lutar pelo SUS, e por conseguinte, lutar por um Brasil que possa retomar o seu desenvolvimento nacional, diminuindo as desigualdades sociais e mazelas que assolam historicamente o povo. O Fórum Nacional de Residentes em Saúde³² (FNRS) também evidencia alguns enfrentamentos vivenciados pelos residentes. Segundo o FNRS os residentes somam as lutas das trabalhadoras e trabalhadores do Brasil contra a reforma previdenciária, pela defesa da educação, serviço público e democracia.

Assim como os residentes, grande parte dos vínculos empregatícios vem sendo estremecidos. Já que grande parte da população brasileira atua com condições precárias e informais de trabalho. O que só resta duas alternativas para a classe trabalhadora: continuar no trabalho correndo risco ou sair do emprego e morrer de fome. É essas alternativas só valem quando se tem emprego viável durante a pandemia. Porque de acordo com a lógica do capital a economia vem em primeiro lugar e não pode parar.

De acordo com as notícias trazidas pelo jornal “O bom da notícia”³³ na região Centro-Oeste, Mato Grosso lidera o ranking com o maior número de óbitos dos profissionais de saúde que, comumente, estavam na linha de frente no enfrentamento ao vírus. E fica em 2º lugar com mais casos registrados de mortes de profissionais da enfermagem. O que reforça todos os desafios enfrentados pelos residentes e profissionais da saúde.

³¹Disponível em: <http://www.anpg.org.br/03/03/2020/nota-em-apoio-aos-residentes-em-saude-do-brasil/>

³² Acessado em: https://www.instagram.com/p/B92fconlpYJ/?utm_source=ig_web_copy_link

³³ Disponível em: <https://obomdanoticia.com.br/politica/23-profissionais-da-saude-morreram-em-mt-com-covid-19-5-medicos-e-18-enfermeiros-e-tecnicos/69289>

Com a pandemia as instituições de saúde foram se organizando de acordo com suas condições, em Cuiabá- Mato Grosso se tem como referência para COVID-19 o Hospital Universitário Júlio Muller, o único hospital público federal de Mato Grosso. O que acaba tendo que atender todas as demandas além de Cuiabá, mas também das cidades do interior.

Tudo isso evidencia a vivência da residência, que não se limita apenas a essa esfera. Mas sim a todas as outras, seja ela saúde, educação e assistência. Os enfrentamentos da classe trabalhadora são inúmeros e a saída é a luta coletiva.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa postura genocida, racista e patriarcal é tão cega por dinheiro e poder que não se permite enxergar o caráter coletivo da saúde que a COVID-19 nos convida a compreender. Enquanto houver foco da doença em algum ponto do planeta, ela continuará sendo uma ameaça para todos!

Não cabe mais a ideia dos países centrais que nos tratam como colônias habitadas por corpos descartáveis. É tempo de impor, pela luta, o reconhecimento de fato de nossa humanidade, cobrando das elites internacionais o compartilhamento de riquezas e tecnologias produzidas por nós, trabalhadores, capazes de constituir vigoroso sistema de saúde e centros de pesquisa em universidades em todos os países do mundo!

É tempo de taxar fortunas, lucros milionários, o Agronegócio e os bancos para garantir a todos o direito de quarentena (e renda) pelo tempo que a pandemia apresentar ameaça. É tempo de investir expressivamente em saúde pública para a constituição de sistemas de saúde capazes de fazer testagem em massa e tratamento dos doentes. É tempo de investir em educação e ciência para o desenvolvimento de equipamentos de segurança, tratamentos e vacinas.

Superar o coronavírus no Brasil exigirá, também, a superação da nossa condição de colônia e das elites que se portam ainda como colonizadoras!

Diante disso, cabe questionar qual a dificuldade do governo Bolsonaro em suspender o pagamento dessa dívida para garantir condições de vida aos brasileiros num momento de real de tensão mundial? Por que milhares de pessoas precisam arriscar suas vidas para que alguns ricos não percam alguns milhões a mais?

Cabe a nós, trabalhadores, conscientes da importância das nossas vidas, impor que a quarentena se estenda até que a pandemia seja controlada. Cabe a nós impor que o Estado brasileiro não atente contra o nosso direito fundamental e inviolável à vida, garantindo



condições a todos os trabalhadores, sobretudo os mais pobres, moradores das periferias, indígenas, quilombolas, população LGBT.

Se o Estado negar, paremos nós os nossos trabalhos! Trabalhos esses que são de extrema importância para a população. Vamos nos negar a trabalhar para pressionar, primeiro, o Estado a assumir a responsabilidade com a população, em especial os trabalhadores mais precarizados; segundo, os patrões a assumirem nossa importância fundamental para o andamento dos negócios. A saída da pandemia só pode ser pela solidariedade entre os que trabalham! Se os patrões e o Estado - a serviço dos patrões - só se preocupam com lucros, lutemos nós por nossas vidas!



REFERÊNCIAS

- BRASIL. EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2016. Disponível, http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm.
- GORENDER, J. Reflexões metodológicas. In:_____. O escravismo colonial. São Paulo: Expressão Popular, 2016, p. 49 – 80. Disponível em <http://docs12.minhateca.com.br/815857566,BR,0,0,Jacob-Gorender---O-Escravismo-Colonial.pdf> . Acesso em 29 mar.2018.
- HARVEY, David. Condição Pós-Moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural . 6 ed. São Paulo: Loyola, 1996.
- HONOR, A.C. A BASE DO CONCEITO DE ESCRAVIDÃO NA HISTORIOGRAFIA BRASILEIRA: ERIC WILLIAMS E SUA OBRA SEMINAL CAPITALISMO E ESCRAVIDÃO. Fenix. Revista de história e Estudos Culturais. Vol 12. Ano XII. Jan-Junh, 2015.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Portaria Interministerial Nº16, de 22 de dezembro de 2014. Disponível, http://www.editoramagister.com/legis_26323081_PORTARIA_INTERMINIS_TERIAL_N_16_DE_22_DE_DEZEMBRO_DE_2014%20refer%C3%A4ncia. Acesso em 27. julho.2020.
- OPAS, Folha informativa COVID-19- escritório da OPAS e da OMS no Brasil. Disponível em, <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acessado em 30. Julho.2020.
- QUIJANO, Aníbal. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. 2005. Acesso em, <https://contrapoder.net/uncategorized/material-curso-racismo-estrutural-e-capitalismo/>. Acesso em 30. Abr.2020.
- SANTOS. L; FUNCIA. F; Emenda Constitucional 95 fere o núcleo do direito à saúde.2019. Acesso em, <http://www.cee.fiocruz.br/?q=Emenda-Constitucional-95-fere-o-nucleo-essencial-do-direito-a-saude>. Acesso em 29.Abr.2020.



IX CONASSS
CONGRESSO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE
XII SIMPSSS
SIMPÓSIO DE SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE

30 anos do SUS: Território de Lutas e o Serviço Social na Saúde
Edição virtual, 22 a 24 de setembro de 2020

368

**EIXO: O PAPEL DAS POLÍTICAS SOCIAIS NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA,
NOVO CORONAVÍRUS, COVID-19**



GRUPOS PARA MULHERES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ESPAÇO DE EMPODERAMENTO?

Ana Carla Werneque Ribas (Universidade Do Estado Do Rio De Janeiro - UERJ); Mirella Farias Rocha - (Universidade Federal Do Rio De Janeiro - UFRJ)

RESUMO: O presente artigo visa compreender de que maneira a Estratégia de Saúde da Família (ESF) pode se constituir como lugar de fomento da participação política das mulheres, no espaço privilegiado dos grupos e para além deles, tendo em vista o *empoderamento* – desde a perspectiva da resignificação do conceito pelo feminismo negro. Trata-se de uma pesquisa de campo de caráter qualitativo. Conclui-se a partir da análise dos dados, que o Grupo para Mulheres, embora produza impactos positivos na vida individual das participantes, não contribui para o fortalecimento da participação política e coletiva das mulheres para além do espaço do grupo.

Palavras-chave: Mulheres; Participação Política; Estratégia Saúde da Família; Política Social.

ABSTRACT: This article aims to understand how the Family Health Strategy (ESF) can be a place of promotion of political participation of women in the privileged space of the groups and beyond, with a view to empowerment - from the perspective of redefining the concept by black feminism. It is a qualitative field research. It is concluded from the analysis of the data, that the Group for Women, although producing positive impacts on the individual lives of the participants, does not contribute to the strengthening of the political and collective participation of women beyond the group space.

Key words: Women; Political Participation; Family Health Strategy; Social Policy

1. INTRODUÇÃO

As mulheres são a maioria da população brasileira e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Frequentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento, mas, sobretudo, acompanhando membros da família, filhos, vizinhos e amigos (BRASIL, 2004).

É sabido que as relações sociais de gênero são desiguais em muitas sociedades, e que no modo de produção capitalista a socialização que se desenvolve a partir do patriarcado delimita papéis de gênero que naturalizam as mulheres em um lugar de subalternidade, ao passo que ficam com o fardo das tarefas reprodutivas e subsumidas em diversas violências – tanto no âmbito privado da vida social, quanto no acesso aos serviços públicos (SAFFIOTI, 2013).

Ante ao exposto, nesse artigo busca-se problematizar o espaço da política social pública, mais especificamente da política de saúde, investigando de que maneira a Estratégia de Saúde da Família (ESF) pode se constituir como espaço de fomento do protagonismo político para mulheres, ou - ao contrário - tende a reforçar a subalternização de gênero, contribuindo para a reprodução das violências estruturais do patriarcado no cotidiano desses grupos.

A ESF é uma estratégia ordenadora da Atenção Primária em Saúde (APS) do SUS, a qual é estruturada a partir de Centros de Saúde (CS) nos territórios, e formada por equipes multiprofissionais composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Além disso, com o objetivo de ampliar a abrangência das ações da ESF, no ano de 2008 foram criados os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), que oferecem suporte às ESF. Os NASFs são constituídos por uma equipe multiprofissional composta por profissões de diferentes áreas do conhecimento ou especialidades.

Assim, no contexto da ESF e particularmente do NASF, o objeto de estudo desse artigo localiza-se no espaço das atividades de educação em saúde, propriamente em um grupo da APS, denominado “Grupo para Mulheres”, que ocorre semanalmente em um CS da região sul da cidade de Florianópolis/SC. O Grupo para Mulheres está sendo desenvolvido desde 2016 pelo profissional assistente social do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e que também compõe o NASF. Constitui objetivo do referido grupo o fomento à educação em saúde – considerada a noção mais ampla de saúde, relacionada com a qualidade de vida – bem como a participação política e o empoderamento das mulheres.

A noção de empoderamento que se reivindica nessa pesquisa, coaduna com o conceito desenvolvido por Berth (2018), a partir da tradição crítica do feminismo negro e interseccional. Nessa perspectiva, a autora retoma Hanna Arendt – para quem o poder corresponde à habilidade humana de agir em conjunto, ou seja, não é propriedade de um indivíduo, mas de uma coletividade política – e tendo em vista a contribuição das feministas negras, subverte o conceito de empoderamento, o qual para além da noção liberal psicologizante do social assume uma dimensão política coletiva: “trata-se de criar ou descobrir em si mesmo ferramentas ou poderes de atuação no meio em que vive e em prol da coletividade” (BERTH, 2018, p. 14).

A estruturação do artigo inicialmente aborda os dilemas na configuração das políticas sociais à luz do debate da literatura crítica da área de Serviço Social, para, em seguida, adentrar na particularidade do Grupo para Mulheres e suas contribuições para o desenvolvimento do protagonismo e empoderamento destas, apontando os resultados da pesquisa qualitativa desenvolvida.

2. POLÍTICA SOCIAL: ESPAÇO DE PROTAGONISMO POLÍTICO?

A análise da política social não pode ser compreendida como um processo linear, de conotação exclusivamente positiva ou negativa, torna-se necessário considerar o movimento real e concreto das forças sociais e da conjuntura.

A literatura crítica da área de Serviço Social identifica nas políticas sociais uma contradição: um mecanismo instituído no capitalismo monopolista, que ao mesmo tempo atende as demandas do capital e também as pautas dos trabalhadores, tendo em vista o alargamento das funções do Estado nesse período de desenvolvimento do capitalismo (NETTO, 1992; FALEIROS, 1980). Em suma, podemos dizer que o reconhecimento dos direitos sociais e sua materialidade em políticas sociais não ocorrem somente pelo próprio movimento do capitalismo, mas principalmente a partir da dinâmica dada pela luta das classes na qual se colocam na ordem do dia as demandas dos trabalhadores.

De acordo com Paiva, Rocha e Carraro (2010), a análise concreta da política social, deve levar em conta dois determinantes que condicionam sua materialidade: a participação do Estado no processo de acumulação de capital e a dinâmica da luta de classes. Todavia, realizar as promessas da política social, permeada pela luta de classes, implica a existência de um quantum de mais valia produzida pelos trabalhadores e, assim, apropriada pelo Estado.

Sabe-se que nos países dependentes, o fundo público sofre determinações da condição de Estado dependente. Para Osorio (2014), além das fissuras próprias de um Estado em uma sociedade de classes, o Estado, ante a reprodução dependente da acumulação de capital, está atravessado por pelo menos dois processos, que definem sua particularidade:

O primeiro processo se refere à condição dependente das formações sociais em que se constitui; o segundo se refere ao significado da particular modalidade de exploração no capitalismo dependente – a superexploração –, que determina as relações entre classes, frações e setores (OSORIO, 2014, p. 205).

Quanto à condição dependente, Osorio (2014) se refere às relações restritas de soberania impressas pela lógica de reprodução do capitalismo dependente, característica estrutural que se agrava ou atenua nos diversos períodos históricos, porém com a característica singular de ser um Estado submetido a relações de *subsoberania em virtude da vigência do imperialismo*. Essas relações implicam subordinação e/ou associação de capital e das próprias classes dominantes locais ao capital e as classes dominantes do mundo desenvolvido, as quais influenciam sobre a apropriação do fundo público nos países dependentes para além de parte do orçamento federal que já é destinado para o pagamento de juros da dívida pública.

Quanto à superexploração da força de trabalho, Osorio (2014), a partir de Marini (2005), infere que o fundamento da dependência é a superexploração, pois tal configuração estrutural explica a forma fundamental de produção de mais-valia e também o porquê do aparato produtivo e a esfera da circulação tendem a caminhar desligados, reproduzindo um capitalismo que leva ao extremo as contradições inerentes ao modo de produção capitalista.

A saúde constitui-se como uma política social pública, e tal como as demais, desde sua gênese, são permeadas pelas contradições da sociabilidade capitalista. Em sendo assim, assumimos como um pressuposto analítico que as políticas sociais, permeadas pelas contradições do capitalismo dependente tendem a se traduzirem em precários mecanismos de proteção.

Portanto, pode-se afirmar que não há política social desligada das lutas sociais, especialmente no capitalismo construído sobre a agudização das contradições das leis gerais da acumulação capitalista. Nesse sentido, a ESF, particularmente os espaços voltados para a participação e o empoderamento de mulheres, não estão imunes às contradições aqui apresentadas, bem como quanto aos limites estruturais da política pública, ainda mais se observadas as particularidades da formação social brasileira, relativo ao racismo estrutural



(ALMEIDA, 2019) e ao patriarcado, que determinam lugares subalternos para mulheres, em especial mulheres negras (JESUS, 2014; RIBEIRO, 2017; GONZALEZ, 1984)³⁴.

Yazbek (1996, p. 134), em sua emblemática pesquisa sobre as classes subalternas e a política de assistência social, alerta que a política social pode “significar tanto a tutela e a reiteração da subalternidade, quanto um lugar de reconhecimento e de acesso ao protagonismo”. Acredita-se que esse lugar está organicamente vinculado com o fomento à participação da população usuária e à coletivização de demandas, na contramarcha dos processos político-econômicos e culturais que reproduzem exploração e opressões.

Nesta referida análise, não se deseja desqualificar o trabalho realizado pela ESF, nem mesmo a existência do Grupo para Mulheres, porém busca-se discutir como vem se configurando tal espaço de participação, considerando sua relação contraditória com o papel das políticas sociais públicas e suas potencialidades. Pela própria dinâmica de organização da sociedade capitalista, é sabido que não é na esfera das políticas sociais públicas que vai se processar a superação das desigualdades sociais, porém, ao ressaltar as contradições próprias desse campo, a literatura da área de Serviço Social identifica aí algumas possibilidades político-estratégicas. Dentre essas possibilidades, é referenciada a possibilidade de as políticas sociais se constituírem como lugar de reconhecimento e acesso ao protagonismo, bem como o papel do Serviço Social em fomentar essas inserções.

Segundo Carraro, Paiva e Rocha (2010) é necessário desvendar os vieses da luta política cotidiana dos indivíduos, grupos sociais e movimentos organizados no acesso aos bens e direitos sociais, numa combinação entre a regência das necessidades humanas e a satisfação ética, coletiva e justa destas necessidades. Há que se propor e debater uma nova práxis de luta, tendo como horizonte estratégias organizativas populares de pertencimento a um projeto coletivo de classe, sem esquecer da particularidade da classe trabalhadora no Brasil, dada pela superexploração da força de trabalho e pelas opressões relativas às relações étnico-raciais e de gênero.

Na agenda neoconservadora que observamos no cenário contemporâneo, particularmente a partir do esgotamento do pacto social capitaneado pelo Partido dos

³⁴ Sobre a subalternidade ocupada pelas mulheres negras, afirma-se que: “Reconhecer o *status* de mulheres brancas e homens negros como oscilantes nos possibilita enxergar as especificidades desses grupos e romper com a invisibilidade da realidade das mulheres negras. Por exemplo, ainda é muito comum a gente ouvir a seguinte afirmação “mulheres ganham 30% a menos do que homens no Brasil”, quando a discussão é desigualdade salarial. Essa afirmação está incorreta? Logicamente, não, mas sim do ponto de vista ético. Explico: mulheres brancas ganham 30% a menos do que homens brancos. Homens negros ganham menos do que mulheres brancas e mulheres negras ganham menos do que todos. Segundo pesquisa desenvolvida pelo Ministério do Trabalho e Previdência Social em parceria com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), de 2016, 39,6% das mulheres negras estão inseridas em relações precárias de trabalho, seguidas pelos homens negros (31,6%), mulheres brancas (26,9%) e homens brancos (20,6%). Ainda segundo a pesquisa as mulheres negras eram o maior contingente de pessoas desempregadas e no trabalho doméstico” (RIBEIRO, 2017, p.40).

Trabalhadores (PT) no período recente – ao qual se seguiu o Golpe de 2016 e a eleição do Presidente Jair Bolsonaro –, a política social vem sofrendo com cortes orçamentários e se restringindo como um mecanismo focal de minimização dos piores efeitos da pauperização. A forma que assume a intervenção pública é a criminalização da pobreza como principal estratégia, aliada às ações fragmentadas para o arrefecimento das expressões da “questão social” nas mais diversas áreas e à busca pelo consenso acerca da generalização da crise, tendo em vista aprovação de um conjunto de reformas que aceleram a tendência à mercadorização dos direitos sociais (IASI, 2017)³⁵.

Nessa direção, na prática-concreta das políticas sociais, assumimos como hipóteses que tal agenda reforça metodologias subalternizadoras de vigilância e controle sobre os indivíduos, sustentadas na visão de que as problemáticas sociais são chagas particulares dos indivíduos.

Nesse sentido, a pesquisa realizada se move em torno da seguinte questão central: a existência de espaços que incentivam a participação política das mulheres existentes no âmbito da ESF, se constituem como espaços de resistência e enfrentamento dos dilemas do tempo presente - tendo em vista as contradições e antagonismos de classes sociais e gênero, expressos nas políticas sociais e agudizados no momento atual –, na direção do empoderamento e organização popular dessas mulheres, ou apenas reproduzem e reforçam mecanismos de subalternização?

3. GRUPO PARA MULHERES COMO ESPAÇO DE PARTICIPAÇÃO POLÍTICA E EMPODERAMENTO DAS MULHERES NA ESF

O processo de construção e implantação da ESF é resultante de um conjunto de embates travados por diferentes concepções ideológicas e sujeitos sociais ao longo dos anos, e de uma longa trajetória de formulações, reformulações e de lutas na qual destaca-se como

³⁵ No tocante ao referido esgotamento do ciclo petista, temos como referência as análises de Iasi (2017, p. 421-422) “A complexidade da conjuntura brasileira se dá pela combinação de duas crises, uma econômica e outra política, no contexto histórico de esgotamento da estratégia que predominou no último período, isto é a estratégia democrática popular implementada pelo PT. No caso brasileiro, o processo de crise econômica mundial, que encontrou sua manifestação mais evidente a partir de 2008, incidiu em nosso país de forma contraditória. Em um primeiro momento, pelo movimento de fuga dos investimentos no centro do sistema, beneficiou as formações sociais da periferia do capital imperialista para, em um segundo momento, arrastá-las no altar do sacrifício da queima de capitais. O PT aproveitou-se dessa janela para produzir uma aparência de estabilidade sustentada num precário crescimento que serviu de base material para o pacto social e o governo de conciliação de classes. Os dois mandatos de Lula coincidem com a abertura e o fechamento dessa janela e os governos Dilma com a necessidade de administrar o pacto já sob efeito de uma reversão econômica que solapa as frágeis bases de consentimento. Dadas as características, muitos afirmam que os governos petistas que se seguem de 2002 até 2016, quando são interrompidos pela manobra institucional golpista que leva ao governo interino de Temer, não são propriamente a expressão da estratégia democrática popular, mas evidência de seu abandono em nome de um pragmatismo político que visa a mera permanência no governo. Ainda que a aparência dos fatos assim, indique, nos aparece que a questão deva ser analisada com mais profundidade”.

sujeito político principal o movimento da Reforma Sanitária e seus frutos, na defesa da saúde pública, gratuita e universal na contramarcha do projeto burguês-privatista.

A ESF tem produzido resultados importantes nos principais indicadores de saúde das populações assistidas. E no que se refere às ações preconizadas nas políticas públicas voltadas à saúde da mulher, ressalta-se as que vêm sendo realizadas principalmente no âmbito da APS, especificamente na ESF.

No município de Florianópolis, uma das experiências de atenção à saúde da mulher é o Grupo para Mulheres que ocorre em um CS da região Sul da cidade. A partir desse espaço se desenvolveu a pesquisa em questão cujos resultados serão apresentados a seguir. Para isso, será descrito brevemente o trajeto metodológico da coleta de dados, para na sequência, ser realizada a análise da contribuição desse espaço para o empoderamento ou subalternização das mulheres.

Na pesquisa de campo³⁶ foram realizadas entrevistas semiestruturadas³⁷ com dois públicos alvos: A) mulheres que participam do Grupo da ESF, tendo frequentado pelo menos duas vezes o espaço e b) mulheres que não participam do grupo.

A fim de delimitar o universo do grupo B, foi aceita a participação na pesquisa somente de mulheres que tenham sido atendidas pelo assistente social do NASF Sul durante o ano de 2016. Sendo assim, a coleta de dados consistiu na realização de nove entrevistas individuais, sendo cinco mulheres do grupo A e quatro do grupo B. Justifica-se o menor número de entrevistas com o grupo B, haja vista a dificuldade de contato com as participantes e a não aceitação, por algumas mulheres de participarem da pesquisa.

Optou-se por entrevistar mulheres que não participaram em nenhum momento do Grupo para Mulheres com o objetivo de comparar os impactos do Grupo e o quanto a participação nesse espaço contribuiu para o empoderamento das mulheres, com seu engajamento em outros espaços de participação, controle social e construção de resistências e lutas.

O material coletado foi organizado em três eixos principais: I) Caracterização do Grupo; II) Impacto da Participação no Grupo e III) Participação em outros espaços políticos-organizativos.

³⁶ Cabe referenciar que o estudo foi norteado pela Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto foi aprovado pela Comissão de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa em Saúde da Secretaria Municipal de Florianópolis (CAPPSS/SMS) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) conforme parecer nº 2.207 055.

³⁷ As entrevistas foram realizadas somente pela assistente social residente. Os dados foram transcritos e posteriormente sistematizados, tendo em vista realizar a análise do material coletado por meio da análise de conteúdo. Para Bardin (1977) a análise de conteúdo se constitui de diversas técnicas, onde se busca descrever o conteúdo emitido no processo de comunicação, seja ele por meio de falas ou textos. Desta forma, a técnica é composta por procedimentos sistemáticos que proporcionam o levantamento de indicadores (quantitativos ou não) permitindo a realização de inferência de conhecimentos.



I. Caracterização do Grupo

O Grupo para mulheres iniciou no mês de maio de 2016, foi criado a partir da iniciativa e demanda de um grupo de residentes atuantes no CS. Ao observarem as questões vivenciadas pelas mulheres naquele território, tais como: a violência, a ausência de um espaço coletivo e de socialização na comunidade para elas, entre outras demandas da vida objetiva e material destas.

O grupo para mulheres consolidou-se como um espaço aberto, no qual não há nenhum tipo de critério para poder acessá-lo, nem mesmo necessidade de encaminhamento por parte dos profissionais da ESF.

Entre as nove entrevistadas da pesquisa, verificou-se que a média de idade das entrevistadas do grupo A é de 58 anos, já do grupo B é de 36 anos. Apesar de nos dois grupos a média de idade estar na faixa considerada economicamente ativa, a média de idade das entrevistadas do grupo B é significativamente menor. Acredita-se que esta variável implica diretamente na disponibilidade das entrevistadas em participarem do Grupo para Mulheres, bem como dos demais espaços de participação social, haja vista a inserção cada vez mais crescente das mulheres no mercado de trabalho associada com a sobrecarga com as atividades domésticas, familiares. Como podemos ver no trecho a seguir:

“Porque muitas vezes ela [filha] não vai pra escola né...? e aí a minha atenção é toda pra ela, o pai dela que trabalha muito e não me ajuda fisicamente com ela sabe? É... ela tem uma facilidade muito grande de ficar doente, então é corrido” (Entrevistada B2).

A entrada massiva das mulheres no mercado de trabalho brasileiro configura-se como uma das mais marcantes transformações sociais ocorridas no país desde os anos 70. Bruschini (1994, apud DANTAS; CISNE 2017, p.81) aponta que, mesmo com as sucessivas crises econômicas que têm assolado o país a partir da década de 1980, a presença das mulheres no mercado de trabalho, sobretudo o urbano, é cada vez mais intensa. Sendo assim, a respeito da ocupação das mulheres, no grupo A, apenas 20% estão inseridas no mercado de trabalho enquanto no grupo B, 50% encontram-se trabalhando e 50% em situação de desemprego e buscando trabalho. Aí notamos que a inserção no mercado de trabalho obstaculiza a participação das mulheres nesse espaço.

Referente à profissão e ou atividade em que as entrevistadas estão/estavam envolvidas, no grupo A foram citadas, a saber: Gerente de Vendas, Pesquisadora, Terapeuta, Zeladora e Faxineira, enquanto no grupo B, Doméstica, Cuidadora, Artesã e Auxiliar de Cozinha.

Percebe-se que algumas profissões das entrevistadas – especialmente entre as mulheres do grupo B – estão relacionadas a atividades do cuidado, típica da divisão sexual do trabalho que, de acordo com Dantas e Cisne (2017), é uma relação material determinante para a sustentação da ideologia de uma suposta inferiorização natural da mulher.

Por fim, como último item pesquisado sobre o perfil das mulheres entrevistadas, no tocante ao estado civil, no grupo A, - 60% declararam-se casadas ou em união estável, seguindo de 40% solteiras ou separadas. E no grupo B observa-se que 25% referem viver com companheiro (a) e 75% estão solteiras ou separadas. Percebemos que a solidão da mulher acarreta acúmulo de trabalho e tarefas do âmbito reprodutivo da vida, especialmente em virtude do cuidado com os filhos, fato que também constitui um entrave à participação no Grupo de Mulheres.

II. Impacto da participação no Grupo

A respeito deste eixo temático, a totalidade das mulheres entrevistadas do Grupo A considerou que o grupo da ESF contribuiu para alguma mudança em suas vidas, cabe ressaltar que tais mudanças abrangem diversos aspectos, entre eles o fato de conseguirem se comunicar melhor em outros espaços e o fato de conseguirem mudar sua postura em relação à forma de lidar com os problemas de saúde que permeiam a vida das mulheres, como podemos observar no depoimento abaixo:

[...] eu tô mais faladeira né meu marido me chama de faladeira, tô lendo mais também, não tô pensando besteira eu tô pensando bem positivo, agora quando eu acho que estou sentindo alguma coisa... eu pego e vou e esqueço as dores e esqueço as coisas que passou e me beneficiou bastante mesmo por causa dos meus pensamentos que eu tinha só pensamentos negativos né? mas agora tenho bastante pensamentos positivos e não quero me abalar por causa disso não... (Entrevistada A1).

Detecta-se que neste depoimento a ideia de mudança está vinculada a uma importante conquista individual, que diz respeito à capacidade de se expressar, de se posicionar, bem como a mudança de pensamentos. São aspectos que estão relacionados aos processos sociais de vida das mulheres de maneira geral, mulheres que historicamente foram e continuam sendo silenciadas e subalternizadas pela sociedade patriarcal.

Outro item destacado acerca dos impactos provocados pelo Grupo para Mulheres foi a discussão sobre as “questões das mulheres”, ou em outras palavras sobre os momentos de reflexão a respeito das temáticas que são protagonizadas pelo movimento feminista, como podemos conferir no trecho abaixo:

[...] eu acho que sim... algumas discussões que a gente teve sobre a questão das mulheres, mesmo nessa última que a gente teve, que a gente ficou falando de como que a nossa sociedade ela é muito balizada né pelos valores masculinos e o quanto a gente acaba tendo que em alguns momentos, até inconscientemente a gente acaba meio que reproduzindo isso né... então de certa forma me deixou mais alerta para essas questões né? Eram questões que já vinha assim, já tinha uma consciência, mas conversar sobre isso com outras mulheres... também escutar a história de vida delas né... então eu acho que mudou sim, que ampliou sim os horizontes de discussões enfim... eu acho que foi bem importante... (Entrevistada A2).

Esse depoimento é revelador sobre o impacto do grupo, especialmente pelas reflexões levantadas a respeito do que foi nomeado “questões” das mulheres. Questões essas que dizem respeito às relações fundadas na ideologia patriarcal e os desafios para o rompimento com as mais variadas formas de apropriação e alienações, especialmente a ruptura com a naturalização da subserviência da mulher que lhe é socialmente atribuída.

No trecho do relato, “mas conversar isso com outras mulheres... também escutar a história de vida delas [...]” destaca-se o que denominamos de “perceber-se nas outras”, ou seja, ouvindo outras histórias e identificando vivências similares ou distintas da sua, as mulheres passaram a perceber que sua condição de mulher possui uma função fundamental para a formação da consciência, pois pode contribuir para a desnaturalização da opressão feminina, além de fortalecer as mulheres individual e coletivamente.

Desse modo, muito embora o perfil das participantes não alcance as mulheres mais subalternizadas da classe trabalhadora (leia-se: negras e pobres) – ao contrário, tende a atingir mulheres mais velhas, em sua maioria casadas e não inseridas no mercado de trabalho – considera-se que os aspectos apontados nesta entrevista revelam a importância do debate sobre gênero no âmbito da ESF, especialmente porque esse debate contribui com o bem-estar físico e emocional dessas mulheres.

Outro ponto destacado sobre o impacto do grupo está relacionado à questão dos trabalhos manuais desenvolvidos com o intuito de geração de renda.

Para mim mudou bastante porque eu não sabia fazer sabonete, eu não sabia fazer o desodorante natural então tudo isso é um aprendizado, eu acho que tudo que vem a te motivar, a te ensinar eu acho que tudo isso é válido... (Entrevistada A5).

Nesta fala, identifica-se o destaque à promoção do autocuidado das mulheres que os trabalhos manuais proporcionaram. Mais do que uma alternativa efetiva de geração de renda,

a produção de produtos é tomada como importante alternativa de autocuidado, aprendizado e motivação.

Ainda nesse tema da participação no Grupo, com relação as entrevistas do grupo B, a maioria das mulheres relata que foi convidada a participar, bem como 50% delas conhece a proposta, porém inferem dificuldade de inserção no espaço especialmente em virtude do correr da vida reprodutiva com os filhos e o mundo do trabalho.

Pode-se indicar que a maioria das entrevistadas do grupo A mencionam o impacto da participação no grupo às mudanças em nível individual representando transformações delimitadas na esfera da vida privada. Desse modo, evidencia-se o limite estrutural da política social em fomentar algumas possibilidades político-estratégicas alinhadas a um projeto coletivo de transformação da sociedade.

III. Participação em outros espaços políticos-organizativos

Neste eixo temático serão analisados os resultados da pesquisa sobre a participação das mulheres em movimentos sociais, partidos ou em espaços políticos-organizativos na comunidade. No grupo A, o conjunto das entrevistadas relataram não participar destes espaços, assim como boa parte do grupo B refere o não envolvimento. Este dado revela que, apesar de gerar impactos na vida das mulheres, a participação delas no grupo da ESF, não tem contribuído significativamente para a participação social em espaços políticos na comunidade em que residem ou mesmo na cidade.

Cabe ressaltar que apesar do dado acima revelar a não participação das mulheres em outros espaços de controle social e organização política, observa-se que 20% do grupo A já participaram de espaços coletivos na comunidade em outras oportunidades.

Ao ser questionado o porquê da participação ou da não participação nos espaços acima citados, as mulheres entrevistadas justificam que não participam por diversos motivos, entre eles, por estarem a pouco tempo na cidade, não conhecerem os espaços, como colocado nas falas a seguir:

Porque não tive oportunidade ainda... porque aqui eu eu... lá em São Paulo eu mexia muito com a terceira idade... então eu tinha um grupo lá né? [...] (Entrevistada A1).

É que eu acabei de me mudar para aqui, faz pouco tempo que eu moro aqui em Florianópolis, mas eu sempre quando estou viajando, eu estou em evento especial para trabalhar com crianças, eu já lá na Índia trabalhei com Madre Teresa, em Salvador também eu fui trabalhar com Irmã Dulce [...] (Entrevistada A3).

Na verdade faz um ano e meio que eu tô aqui né de repente por causa disso eu não entrei em algum.. alguma... sociedade alguma coisa aqui né? mas também nunca ninguém me convidou né? [...] (Entrevistada A5).

A respeito dos motivos destacados pelas mulheres, é possível problematizar a concepção que elas têm acerca dos espaços político-organizativos de militância e transformação social, dado que parece haver uma confusão com grupos de convivência (à exemplo dos grupos para a terceira idade) e com eventos de caridade. Assim, os motivos destacados para a não participação – como estar há pouco tempo na cidade – parecem ocultar os reais motivos, os quais ao nosso ver se relacionam com o próprio perfil das mulheres do grupo A.

A inserção em movimentos sociais, associações comunitárias e partidos ocorre a partir de necessidades reais dos sujeitos, e está relacionada com problemas que requerem força política coletiva para sua solução e não com o tempo do sujeito na cidade. Florianópolis, por exemplo, tem uma ampla história de movimento comunitário e luta pela política urbana, em temas como moradia, regularização fundiária, saneamento básico e acesso à educação e saúde nas comunidades mais periféricas. Nesse sentido, trabalhadores e trabalhadoras dos extratos mais subalternos da classe, ao migrarem para a cidade e viverem em condições precárias em algumas comunidades, tendem a se inserir em associações comunitárias, as quais no município têm organicidade e força política.

Desse modo, ademais do perfil já comentado dessas mulheres, a confusão com eventos de caridade é reveladora do *ethos*-burguês-racista organizador da formação social brasileira, a partir do qual abre-se a possibilidade de transformação social apenas dentro da perspectiva salvacionista do bom senhor, que vai ajudar aos mais pobres (e negros, como evidenciam quaisquer bases de dados sobre o Brasil).

Notamos que no grupo A outra motivação elencada tem relação com o tanto de compromissos que permeiam sua vida, a saber:

Eu acho que a minha vida está cheia já, eu não tenho mais... não tenho mais forças para participar...eu venho aqui na ginástica e as vezes eu tenho que chegar em casa e deitar, descansar um pouco, para depois fazer alguma coisa, que depois que apareceu o Diabetes e a Fibromialgia [...] (Entrevistada A4).

Nas mulheres do grupo B, os motivos da não participação estão relacionados ao fato das mulheres estarem inseridas no mercado de trabalho, pelas inúmeras atividades e compromissos assumidos cotidianamente, os quais podem estar relacionados à exaustiva dinâmica de cuidado com familiares ou filhos, bem como pelo não interesse em espaços políticos-organizativos como pode ser visto nas falas a seguir:

Por causa do meu trabalho (Entrevistada B1).
Não sei (risos) ... Não sei... a minha vida é tão corrida.. é tão corrida... eu tenho... as vezes eu tenho tanta coisa para fazer... por mais que eu não trabalhe a minha vida é muito corrida. Sabe? (Entrevistada B2).

Ai sei lá eu acho que porque na real eu nunca me interessei por essas coisas não, estou sendo sincera (risos)... (Entrevistada B4).

Nos depoimentos que foram destacados é possível ponderar que a questão da participação das mulheres nos movimentos sociais e organizações políticas não ocorre.

Esta questão leva-nos a refletir ainda a respeito da particularidade da formação sócio histórica do Brasil, na qual transformações pelo alto são a regra e especialmente, no legado da autocracia burguesa para a forma como são organizadas as políticas públicas, de modo tecnicista-racional. Desse modo, fortalecer a participação é um desafio à medida que protagonismo político popular nunca foi a forma histórica da democracia brasileira, ainda mais para as mulheres.

Entende-se que as mulheres enfrentam mais obstáculos para se organizar, por vezes não possuem possibilidades reais e concretas para participar e, comumente, quando estão ocupando os espaços públicos de tomada de decisão, os homens acreditam que elas estão ocupando um lugar que não é seu.

Assim, sabe-se que tais questões são resultado de diferentes interesses, advindos de processos sociais diversos, o que a ressalta como construção histórica por excelência, produto de um processo de contradições em constante movimento. Destaca-se ainda o papel da mulher no espaço da reprodução social.

Retomando a questão da participação social, na PNAB, percebe-se que a participação é compreendida como um fundamento e diretriz e lhe é atribuído um importante papel. Entretanto, falar em participação política na atual realidade da ESF e do SUS requer uma reflexão sobre a conjuntura, plena de desafios, a qual vem exigindo luta e resistência para aplacar a avassaladora onda de destruição dos direitos sociais.

Tendo em vista as problematizações aqui realizadas, sabe-se que os profissionais da saúde sofrem, assim como toda a classe trabalhadora, os rebaixamentos da precarização do trabalho e da deterioração das suas condições nos espaços profissionais. Pois bem, na ESF percebe-se cotidianamente a sobrecarga dos profissionais das ESF, bem como do NASF.

Especificamente no município de Florianópolis, com a publicação da Carteira de Serviços da Atenção Primária em Saúde e posteriormente da Política Municipal de Atenção Primária em Saúde, observa-se a diminuição de ações de promoção e prevenção da saúde, a realização de visitas domiciliares, grupos e principalmente às ações relacionadas ao fomento da participação social, em detrimento da priorização de atendimentos individuais e de demanda espontânea.

Da mesma maneira, na Carteira de Serviços Municipal é previsto que apenas os profissionais que atuam como conselheiros podem ter a sua participação nas reuniões dos

conselhos compensadas como hora trabalhada, para os outros profissionais, a participação nos Conselhos Locais de Saúde (CLS) é facultativa, sem compensação de horas, salvo em casos específicos.

Neste contexto, apesar de não se pretender colocar em xeque a importância dos atendimentos na lógica da ampliação do acesso a saúde, é evidente retrocessos no tocante às possibilidades de participação social por parte dos profissionais e de sua participação em espaços coletivos de organização no espaço da política de saúde, situação que implica diretamente no reconhecimento e acesso ao protagonismo político por parte da população usuária.

Da mesma maneira, evidencia-se que o desafio que se impõem é justamente acerca do lugar e do sentido que a participação vem ocupando no espaço da ESF, considerando que nem mesmo os profissionais são incentivados em seu trabalho cotidiano a ter o envolvimento e o compromisso com as ações de participação junto à população usuária, ainda que a participação social seja uma diretriz da PNAB.

Por fim, todos os itens levantados na análise da pesquisa indicam que o espaço da ESF, e mais especificamente do Grupo para Mulheres, apesar de incentivar a reflexão das contradições vivenciadas pelas mulheres na sociedade patriarcal e despertar mudanças em nível individual, ainda não consegue fortalecer a participação e organização política para além do espaço do próprio grupo.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da pesquisa de campo foi possível identificar o lugar que a participação política vem ocupando no âmbito da ESF, demonstrando inquietudes, uma vez que tal estratégia vem sendo uma forma de esterilização do protagonismo e empoderamento da população usuária nos espaços de poder e de decisão. Ainda, a focalização e restrição cada vez maior das políticas sociais, entre elas a saúde, limitam um trabalho voltado para o incentivo à participação social, principalmente a participação das mulheres.

Sendo assim, conclui-se, a partir da pesquisa realizada sobre o Grupo para Mulheres aqui referenciado, que mesmo os espaços voltados para o protagonismo feminino - os quais são separados do restante das atividades e espaços da ESF, contando com o envolvimento apenas dos residentes NASF, sem a necessária participação das equipes - tem limites, evidenciando-se o limite estrutural da política pública. Em outras palavras, tais políticas serviriam para reiterar a subalternidade dos sujeitos ao invés do empoderamento, reforçando



a hipótese já anteriormente trabalhada por Yazbek (1996) - muito embora possam causar impactos positivos na vida das usuárias individualmente.

Em síntese, a noção de empoderamento que se observa no espaço do grupo de mulheres da ESF está atrelada à perspectiva liberal preconizada nos documentos do BM e FMI pós consenso de Washington. Noção essa caracterizada por uma participação que visa essencialmente a contenção dos conflitos, havendo um acentuado destaque para os projetos individuais, em detrimento dos projetos coletivos.



REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Silvio Luiz de. **Racismo estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019. 264 p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2012.
- BRASIL. **Lei 8.080 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 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 04/02/2018.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70 Ltda, 1977.
- BERTH, Joice. **O que é empoderamento?** Belo Horizonte, Letramento: 2018 (Coleção Feminismos Plurais).
- BOSCHETTI, Ivanete. Tensões e possibilidades da política de assistência social em contexto de crise do capital. **Argumentum**, Vitória, v. 8, n. 2, p.16-29, maio 2016.
- BRUSCHINI, C. Trabalho da mulher no Brasil: tendências recentes. In: SAFFITOTI, H. I. B. e MUÑOZ-VARGAS, M. **Mulher Brasileira é assim**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; NIPAS: Brasília (DF): UNICEF, 1994.
- DANTAS, Maressa Fauzia Pessoa; CISNE, Mirla. "Trabalhadora não é feminino de trabalhador": superexploração sobre o trabalho das mulheres. **Argumentum**, Vitória, v. 9, n. 1, p.75-88, out. 2017.
- GONZALEZ, Lélia. **Racismo e Sexismo na cultura brasileira**. Revista Ciências Sociais Hoje. ANPOCS, 1984.
- IASI, Mauro. O fim do ciclo petista e o esgotamento da estratégia democrática popular. In: IASI, Mauro. **Política, Estado e ideologia na trama conjuntural**. São Paulo: Instituto Caio Prado Júnior, 2017. Posfácio. p. 421-437.
- JESUS, Carolina Maria de. **Quarto de despejo: diário de uma favelada**. 10. ed. São Paulo: Ática, 2014.
- NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2006 [1992].
- OSORIO, Jaime. **O Estado no centro da mundialização: a sociedade civil e o tema do poder**. São Paulo: Outras Expressões, 2014.
- PAIVA, Beatriz; ROCHA, Mirella; CARRARO, Dilceane. Política Social na América Latina: ensaio de interpretação da Teoria Marxista da Dependência. **Ser Social**, Brasília, v. 12, n. 26, p.147-175, mar. 2010.
- RIBEIRO, Djamila. **O que é lugar de fala?** Belo Horizonte: Letramento, 2017.
- SAFFIOTI, Heleieth I. B. **A mulher na sociedade de classes: mito e realidade**. 3. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2013.
- TATAGIBA, Luciana; TEIXEIRA, Ana Cláudia Chaves. Participação e democracia: velhos e novos desafios. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p.223-240, jan. 2006.
- YAZBECK, Maria Carmelita. **Classes subalternas e assistência social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1996.



O SERVIÇO SOCIAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LONDRINA FRENTE À PANDEMIA DO COVID-19

Argeria Maria Serraglio Narciso (Hospital Universitário De Londrina); Aline Aparecida Marques (Hospital Universitário De Londrina); Maria Lucia Maximiano (Hospital Universitário De Londrina).

RESUMO: Este trabalho traz a atuação do Serviço Social do Hospital Universitário de Londrina, na pandemia do COVID-19. Teve por objetivo socializar a experiência vivenciada e refletir acerca dos desafios existentes. Trata-se de um relato de experiência vivido por três assistentes sociais que atuam na gestão e na assistência às pessoas com Covid-19. Os resultados evidenciaram a importância da visão humanista da profissão, o espaço do diálogo com as famílias visando aproximar esse distanciamento social, e ações de gestão com definição de prioridades da ação que estão centradas: na acolhida, no compartilhamento de informações e no trabalho em rede.

Palavras Chaves: Covid-19; Serviço Social; Saúde; Família.

ABSTRACT: This work brings the work of the Social Service of the Hospital Universitario de Londrina, in the pandemic of COVID-19. It aimed to socialize the experience and reflect on the existing challenges. It is an experience report lived by three social workers who work in the management and assistance to people with Covid-19. The results showed the importance of the humanist vision of the profession, the space for dialogue with families in order to bring this social distance apart, and management actions with the definition of action priorities that are centered: reception, information sharing and networking.

Key words: Covid-19; Social service; Cheers; Family.

1. INTRODUÇÃO

A pandemia da COVID-19 (SARS-CoV-2) tem se apresentado como um dos maiores desafios sanitários em escala global deste século. Ainda é insuficiente o conhecimento científico sobre o novo coronavírus, e sua alta velocidade de disseminação e capacidade de provocar mortes em populações vulneráveis geram incertezas sobre quais seriam as melhores estratégias a serem utilizadas para o enfrentamento da pandemia em diferentes partes do mundo.

No Brasil, os desafios são ainda maiores, pois pouco se sabe sobre as características de transmissão da COVID-19 num contexto de grande desigualdade social, com populações vivendo em condições precárias de habitação e saneamento, sem acesso sistemático à água e em situação de aglomeração.

O Brasil possui como política pública de saúde o Sistema Único de Saúde (SUS), sistema esse universal, e que possui uma ampla concepção de saúde (BRAVO, 1996), o qual se materializa em uma série de serviços, e que hoje evidencia que o país só não está pior enfrentando a pandemia graças a essa estrutura nacional existente do SUS.

Entretanto, desde que surgiu o SUS na Constituição Federal de 1988, e regulamentado em 1990 com a Lei 8080/90 (BRASIL, 1990), o SUS vem sofrendo uma série de ataques e dentre esses destacamos: o desfinanciamento público (a exemplo da Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016 (BRASIL, 2016), que congelou por 20 anos o investimento da saúde e na educação); as parcerias público privadas e as Empresas de Serviços Hospitalares (EBESHER).

Assim, essa pandemia ao chegar ao Brasil, depara-se com sua histórica de desigualdade social e com anos de destruição do Sistema Único de Saúde - SUS, o que impõe um grande desafio na organização dos serviços de saúde. Atualmente (28 de junho de 2020) existem no Brasil 1.3 milhões de caso de COVID-19 (BRASIL, 2020). No Estado do Paraná são 19.818 casos notificados até hoje e na cidade de Londrina são 1.294 casos positivos, e desses 43 seguem internados. Salienta-se que a cidade acumula 76 óbitos provocados pela doença (LONDRINA, 2020).

A regionalização da Saúde do Paraná está representada por 4 macrorregiões³⁸ que são subdivididas em 22 regionais de saúde. A cidade de Londrina é responsável pela

³⁸Macrorregional Leste (7 Regionais de Saúde), Macrorregião Oeste (5 Regionais de Saúde), Macrorregional Noroeste (5 Regionais de Saúde) e Macrorregional Norte (5 Regionais de Saúde).



Macrorregião Norte, que compreende uma abrangência de cinco Regionais de Saúde, sendo: 16ª Apucarana, 18ª Cornélio Procópio, 22ª Ivaiporã, 19ª Jacarezinho e 17ª Londrina. É referência para 96 municípios e cerca de 3,4 milhões de pessoas da região Norte.

A partir do surgimento dos primeiros casos de COVID-19, houve a necessidade de um reordenamento no fluxo de atendimento dos serviços de saúde. Em Londrina o atendimento às pessoas com diagnóstico suspeito ou confirmado de COVID-19 foi estratificado por níveis de atenção. Na atenção básica, quatro Unidades Básica de Saúde ficaram definidas como serviço de referência, sendo uma em cada região da cidade; na atenção secundária a Unidade de Pronto Atendimento – UPA Sabará foi definida como serviço de referência; no nível terciário o serviço de referência é o Hospital Universitário de Londrina – HU.

Ao se tornar serviço de referência para os casos de COVID-19, o Hospital Universitário de Londrina também passou por diversas mudanças, tanto no fluxo de atendimento aos usuários do serviço, como na relação com a rede de serviços.

Antes da pandemia o HU contava com 307 leitos de internação. A capacidade de atendimento foi ampliada para 447 leitos, sendo que o prédio que havia sido construído para alocar a nova Maternidade, passou a alocar temporariamente o Hospital de Retaguarda³⁹ para os atendimentos aos casos de COVID-19. Com recursos do governo do Estado do Paraná, esse local foi equipado e está em fase de contratação os recursos humanos⁴⁰. Do total de leitos existentes no HU 108 (36 UTI+72 internação) são destinados ao Hospital de Retaguarda.

2. DESENVOLVIMENTO

O SERVIÇO SOCIAL DO HU NA GESTÃO E ATENDIMENTO NA PANDEMIA

Desde que ficou definido que o HU de Londrina seria o serviço de referência para os atendimentos dos casos suspeitos e confirmados de COVID-19 na macrorregião norte do estado do Paraná, a assistente social coordenadora da Divisão de Serviço Social do HU41,

³⁹ Inicialmente foi denominado como Hospital de Campanha, à exemplo de vários outros hospitais do Brasil, mas pelo caráter de que já existia a estrutura física construída para ser a maternidade definiu-se enquanto hospital de retaguarda.

⁴⁰ Está aberto teste seletivo para contratação temporária de 190 pessoas para atuar na Unidade de COVID-19 do HU e entre esses profissionais está um assistente social.

⁴¹ O Hospital Universitário de Londrina tem no seu quadro de recursos humanos 06 assistentes sociais concursadas, 4 assistentes sociais terceirizadas e quatro técnicas administrativas.

enquanto gestora da área participou das discussões com outros profissionais de outras áreas que compõem as equipes multiprofissionais e os serviços de atendimento (urgência, internação e ambulatório). Houve necessidade de mudanças tanto na forma de atender os usuários, como nos fluxos de atendimento do Hospital de forma geral, necessitando de um novo reordenamento nos processos de trabalho da área.

Está previsto no Código de Ética Profissional/1993 que o assistente social deverá atuar em situações de calamidade pública, como essa vivenciada no caso da pandemia do Covid-19. No artigo 3º do nosso Código de Ética Profissional, consta que é dever do/a assistente social, na relação com a população usuária, “participar de programas de socorro à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesa de seus interesses e necessidade”.

Sendo assim, entendemos que é nosso dever ético prestar auxílio à população que busca o atendimento social no HU no que tange aos desdobramentos sociais desse adoecimento que rebatem nos diferentes aspectos da vida cotidiana desses usuários, de seus familiares e na rede de serviços.

Assim, se os serviços estão sendo reestruturados, temos – a partir da função social da nossa profissão nos serviços de saúde – analisar e apresentar proposições, calcadas nas normativas da profissão - Código de Ética, Lei de Regulamentação da Profissão (CFESS, 1993), Resoluções do CFESS - e os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde continuam sendo referências para o trabalho profissional (CFESS, 2010).

Desde o início do enfrentamento da pandemia, a gestão do Hospital Universitário envolveu vários profissionais da equipe multidisciplinar na criação de fluxos e estabelecimento de novas formas de atendimento, e o Serviço Social desde o foi inserido nesse processo.

Muitas dúvidas pairavam acerca da dimensão que se poderia ter, de como seriam organizados esses serviços e qual seria o tamanho da pandemia a ser enfrentada em Londrina, uma vez que o número de casos depende das medidas de isolamento adotadas e da adesão da população a essas medidas. Apesar disso, houve todo um preparo por se tratar de um Hospital Universitário com histórico de atendimento às doenças endêmicas, com equipe especializada, na criação de protocolos e treinamentos das equipes de saúde.

O primeiro caso de COVID-19 atendido no HU foi de uma mulher de 28 anos no dia 02 de março de 2020. Desde o início foi definido que o Serviço Social seria a área de referência para o atendimento das famílias desses usuários. Foram criados protocolos e fluxos para atender no Pronto Socorro, nas UTIs e na Unidade de Moléstias Infecciosas, sendo essa a unidade de internação para as pessoas acometidas pelo Covid-19.

Assim como os demais profissionais de saúde, a equipe de assistentes sociais do HU atende diretamente essa população, isso implica na necessidade de maior rigor no processo de higienização e na utilização dos equipamentos de proteção individual (EPI) e equipamentos de proteção coletiva (EPC).

A equipe de saúde se depara com risco de contágio eminente para todos, inclusive para o assistente social que atua nas unidades de internação. É importante reafirmar que o Serviço Social é uma profissão inscrita na divisão sociotécnica do trabalho, regulamentada por legislação específica, o que lhe confere autonomia técnica e responsabilidade ética e técnica.

Considera-se que nesse cenário os assistentes sociais, enquanto profissionais participantes da equipe de saúde precisam ter uma reorganização das ações para atuação, dentro do campo das competências profissionais e de suas atribuições privativas (CFESS, 2020).

Para criação de protocolos e fluxos faz se valer do conhecimento técnico acerca da rede de serviços, de documentos publicados na área do Serviço Social, como a Nota Técnica do CFESS de 18 de março de 2020 - “Os impactos do Coronavírus no trabalho do/a assistente social” e do documento elaborado pelo CRES-PR, em 23 de março de 2020, os quais apresentam orientações gerais sobre a atuação profissional neste cenário de pandemia, considerando inclusive as particularidades regionais. Nesse sentido, as demandas da categoria no Paraná serão contempladas conforme as realidades explicitadas pela própria categoria neste processo de cumprimento de recomendações sanitárias, de estruturação de serviços essenciais, das necessidades da população usuária (CRESS, PR, 2020, pg.2).

Diante da necessidade de adequação a atual realidade de distanciamento social, grande parte dos atendimentos sociais passou a ser realizado de forma remota, ou seja, teleatendimento. No HU ainda não existem protocolos estruturados para visitas virtuais aos pacientes, mas o que tem ocorrido é o contato remoto da família com o paciente que está internado, geralmente facilitado pela área da enfermagem que está diretamente atendendo todos que estão em isolamento.

Quando uma pessoa interna com suspeita ou diagnóstico confirmado de COVID-19, não é permitido receber visitas ou a presença de acompanhantes devido o risco de contágio. Para os pacientes que possuem autonomia tem se favorecido o uso do celular para a comunicação com a família. Nos demais casos as famílias que sentiam-se desamparadas passaram a buscar no Serviço Social um canal para obter informação acerca da condição de saúde/doença do paciente. O atendimento social visa diminuir a angustia dessas famílias com

repassa de informações envolvendo, quando possível, as equipes médicas de forma remota ou presencial.

É claro que essa não é uma atribuição privativa do assistente social, contudo, dado o volume de familiares que buscavam a área foi necessário organizar e dividir o fluxo por unidade de atendimento.

Com base no acúmulo de conhecimentos da equipe de serviço social tanto na gestão como no atendimento direto ao usuário, será relatado como o serviço se organizou até o presente momento dentro da nova realidade da Pandemia.

Nas UTIs foi estabelecido que, em razão da gravidade dos casos, o médico diariamente realizará contato via telefone para um familiar de referência, definido junto ao assistente social, a fim de informá-lo acerca do quadro clínico do paciente.

No Pronto Socorro e na Unidade de Moléstias Infecciosas, como forma de viabilizar o acesso das famílias às informações sobre as condições de saúde dos pacientes, foi inicialmente estabelecido um atendimento presencial diário com o médico onde era oportunizado um momento para esclarecimentos das dúvidas relacionadas à situação clínica do paciente, visto que a visita ao doente não era possível por conta do risco do contágio. Esses atendimentos ocorriam diariamente no Pronto Socorro e duas vezes por semana na Unidade de Moléstias Infecciosas. Os familiares eram recepcionados pela assistente social e enquanto aguardavam o atendimento com o médico recebiam orientações acerca dos novos fluxos institucionais impostos durante a pandemia.

Devido à necessidade de maior restrição de pessoas dentro do Hospital, pelo risco e aumento de casos contactantes, as informações passaram a ser transmitidas diariamente aos familiares através de boletim médico informativo. A equipe médica envia ao Serviço Social o boletim e os assistentes sociais repassam via telefone aos familiares.

Num primeiro momento houve resistência a essa função por parte do assistente social por não se tratar de atribuição privativa da profissão, contudo, na medida em que se percebeu que esse seria um espaço de acolhimento e de conhecimento das condições familiares, da rede de relações e até das condições de habitabilidade, as ações passaram a ultrapassar o simples repasse de informação e esse contato se tornou um espaço de aproximação nesse distanciamento social provocado pela pandemia. Esse é um espaço de orientações legais, sobre isolamento social, sobre direitos a saúde, direitos previdenciários, conhecimento e avaliação da rede de suporte social dos envolvidos e levantamento de informações sobre o contexto de vida que são fundamentais para o acompanhamento da internação hospitalar.



Salienta-se que o assistente social tem atuado como mediador entre equipe e família no sentido de favorecer acesso à informações de pacientes internados nas unidades específicas para COVID-19. Esse trabalho foi sendo estruturado com o surgimento dos primeiros casos a ser atendido no HU e em menos de três meses o trabalho tomou uma grande dimensão sendo que foram incorporados novos profissionais.

No atual contexto, as principais demandas que chegam ao Serviço Social partem das famílias que realizam contato conosco em busca de informações de seus familiares que estão em unidades de isolamento onde não é permitida visita ou acompanhante. Nosso atendimento é realizado no sentido de viabilizar o acesso à informação, respeitando o que é de competência da nossa categoria profissional, e de contribuir para diminuir a angústia e o sofrimento das famílias.

Uma atividade que já fazia parte da rotina diária de trabalho e que agora passou a ser realizada com um maior número de profissionais e nos dois períodos do dia são os *rounds* multiprofissionais⁴², momentos em que os profissionais (médicos, enfermeiros e assistente social) discutem os casos de todos os pacientes internados. A realização de round multidisciplinar é importante para alinhar toda a equipe acerca das situações e ações necessárias, definindo tarefas específicas que deverão ser executadas. Este é um momento onde emergem diversas demandas ao serviço social, sendo a principal delas a busca do conhecimento sobre a origem do paciente, história familiar, rede de apoio social, essa demanda é bastante recorrente já que é significativo o número de idosos que são transferidos de outros serviços de saúde, tanto de Londrina como de outros municípios, sem acompanhantes, pois não são permitidos nesses casos de Covid, idosos em sua grande maioria não contactantes ou com dificuldades de passar as informações solicitadas pela equipe.

Nesse sentido o Serviço Social faz a busca com a finalidade de conhecer a realidade social e familiar desse usuário, como forma de se antecipar para uma possível alta, onde o paciente possa necessitar de cuidados que não necessitava antes da internação além de informar os familiares acerca da hospitalização em nosso serviço e orientar sobre os atuais fluxos de atendimentos às famílias que não podem realizar visitas nas unidades de isolamento.

É um momento onde são reforçadas as orientações acerca do isolamento social, o que é obrigatório quando se tem um caso confirmado de COVID-19 na família. Existem

⁴² O *round* multiprofissional consiste na reunião de toda a equipe multidisciplinar onde cada profissional expõe o que observa no tratamento, propõe condutas e novas abordagens que possam levar à melhora do estado do paciente. O objetivo é planejar a assistência e a alta do paciente, de forma humanizada e individualizada.

situações em que vários familiares mantiveram contato com o paciente e todos dever permanecer em isolamento domiciliar pelo período de 14 dias, conforme determina a Portaria do Ministério da Saúde do Brasil nº 454 de 20 de Março de 2020 (BRASIL, 2020). Uma demanda recorrente que chega ao Serviço Social é a busca de atestado para os familiares que estão sem condições de permanência no trabalho; ou seja; devido a necessidade de isolamento social pelo risco de contágio, por ter sido contactante de alguém que tem COVID-19. Nesse sentido o assistente social articula junto à equipe médica o fornecimento desse documento aos familiares como

A normativa nº 3 do CFESS (2020) dispõe sobre ações de comunicação de boletins de saúde e óbitos por assistentes sociais, contra indicando que o profissional assumas as atribuições que não lhe são privativas, como no caso de repasse da informação do óbito. Cabe sim ao Serviço Social a demanda que tem surgido e tem sido bastante desafiadora no que tange ao atendimento de familiares quando se trata de pacientes que vão à óbito. Acerca da informação do óbito, segundo a Orientação Normativa nº 3 do CFESS (2020) “É garantido às famílias o direito de serem devidamente informadas sobre o óbito de seus entes e sobre as causas que resultaram no falecimento. A comunicação de óbito não se constitui atribuição ou competência profissional do/a assistente social”.

Após ter conhecimento sobre o óbito, é realizado o acolhimento da família e as orientações pertinentes às mudanças ocorridas com relação aos funerais tanto para os casos suspeitos como confirmados onde não é permitido realizar funeral. É comum os familiares demonstrarem resistência em aceitar tais orientações, questionam a causa da morte, solicitam à equipe mudança da Declaração de Óbito, como forma de conseguir autorização para velar seu ente. No atendimento social são realizados esclarecimentos acerca das atuais normas, conforme Guia para o Manejo de Corpos no Contexto do Novo Coronavírus – COVID-19 publicado pelo Ministério da Saúde em 25 de março de 2020.

Este é um cenário bastante desafiador para o assistente social, visto que o rito funeral faz parte da cultura brasileira, principalmente por se tratar de um país que em sua grande maioria é cristão, sendo esse ritual de extrema importância para que a família possa elaborar o luto pela perda do seu ente.

A orientação da morte de maneira acolhedora tende a diminuir o impacto de uma notícia ruim. Contudo, a impossibilidade de despedida como antes existia, entendendo que vivemos numa cultura onde a morte era trabalhada, tem impactado profundamente nas famílias. Diante das atuais restrições, o Hospital tornou-se o local onde o familiar realiza a despedida no momento em que é realizado o reconhecimento do corpo, sendo que é permitida



somente a entrada de duas pessoas para o reconhecimento. Hoje, existe um vidro que separa a família da pessoa que falece e esse distanciamento tem sido vivenciado de maneira muito angustiante pelos familiares, mesmo que haja todo um acolhimento da equipe de saúde que tem buscado lidar com a perda de forma empática.

Essas novas formas de atendimentos aos paciente e familiares, e como ocorrem os funerais e sepultamentos nunca antes pensadas, mobiliza a impotência tanto da equipe como da família. Embora na prática seja preconizada pelos órgãos de saúde a impossibilidade da realização de visita a pacientes com COVID-19, a comunicação entre equipe e família tem sido facilitada e algumas situações são negociadas com o hospital e equipe de saúde.

Lidar com o luto de forma isolada, sem a presença de familiares e/ou amigos torna esse processo mais doloroso. Hoje, cada membro familiar por conta do isolamento social preconizado acaba tendo que lidar com o luto de forma solitária, e na maioria das vezes não conta com a rede afetiva de amigos e familiares.

3. CONCLUSÃO

As reflexões trazidas nesse trabalho emergiram de vivências do exercício profissional das assistentes sociais que estão na linha de frente de atendimento da pandemia do COVID-19. Como se pode perceber no decorrer do trabalho, houve um redimensionamento das ações de gestão, por meio de reuniões, elaboração de rotinas, fluxos e revisão do processo de trabalho, dentro dos limites possíveis atendendo as normas de uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI).

Atuar em situação de emergência, se tem a sensação que a cada dia surgirá um fato novo e um desafio ainda maior o que tem exigido das profissionais o domínio das dimensões teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas e, sobretudo algumas estratégias de saúde mental⁴³, pelo risco do contágio (mesmo com o uso de EPI) e pelo grande volume de trabalho. Atuar na pandemia, exige do assistente social especialmente o domínio da dimensão política, cujo projeto profissional seja a favor da equidade e da justiça social, e que exige competência que tem como base o aperfeiçoamento intelectual constante (NETTO, 2006).

Temos dentro dessa crise causada COVID-19 buscado através do diálogo com as famílias aproximar esse distanciamento social, e buscar no cotidiano do trabalho, em meio à

⁴³Realização de psicoterapia, reunião de discussões na equipe multidisciplinar e disciplinar (entre os assistentes sociais) e reuniões do GRASS- Grupo de Assistentes Sociais da Área de Saúde de Londrina e Região.

dinâmica urgente que surge diariamente, definir as prioridades da ação que estão focadas, sobretudo na acolhida, no compartilhamento de informações dos usuários aos seus familiares e a suas rede de relacionamentos. Outro enfoque da ação recai nos direitos dos usuários e familiares das políticas voltadas a seguridade social (previdência, assistência e saúde).

Destaca-se que as ações de acolhida (usuário, gestor, equipe, rede de proteção) foram construídas medida em que as demandas que emergiram das famílias e foram chegando ao Serviço Social, sendo necessário um reordenamento do fluxo de atendimento do hospital, a criação de estratégias, quer seja pela comunicação dos usuários, pelo espaço de escuta criado para lidar com as dimensões sociais desse adoecimento e do isolamento social. Busca-se compreender como é esse contexto familiar, que condições essas famílias possuem para cumprir as medidas sanitárias preconizadas, quais condições objetivas existentes nessa habitabilidade, em situações, por exemplo, em que se recomenda no pós-alta a manutenção do isolamento domiciliar por 07 ou 14 dias.

Enfim, a nosso ver, para atuar na pandemia do COVID-19 são necessárias ações de acolhimento, articulação em rede, competência política, tanto para o posicionamento profissional constante acerca das atribuições do assistente social, e, ao mesmo tempo, desenvolver ações de humanização que propicie e empatia às famílias que enfrentam o sofrimento desse adoecimento, ao prognóstico indefinido, e pelo risco de morte.

A partir do relato acima, identificamos que no cotidiano de trabalho no hospital esse é um espaço contraditório de ação sendo caracterizado pelas disputas de atribuições das diferentes áreas do conhecimento. Embora tivéssemos resistências com exigências da gestão para assumirmos a comunicação das condições de saúde das pessoas com diagnóstico de COVID-19, e de fato tivemos que ceder nesse quesito, e oportunizamos a criação de uma forma de comunicação com a população e abertura para esse espaço. Por outro lado, não concordamos em assumir a comunicação de óbito como era uma exigência da gestão e temos tensionado no sentido de firmar que a comunicação do óbito, não é uma atribuição privativa do assistente social, cabe sim a área o atendimento e as orientações pertinentes das famílias de pessoas que foram a óbito.

O exercício profissional é realizado no sentido de viabilizar o acesso à informação, respeitando o que é de competência da nossa categoria profissional, e de contribuir para diminuir a angustia e o sofrimento das famílias.

Considerando que o Assistente Social que trabalha na área da saúde e compõe a equipe multidisciplinar, ele atua no espaço contraditório, com funções específicas que atendem tanto os objetivos institucionais, como os objetivos profissionais. No contexto de



pandemia, as principais demandas que chegam ao Serviço Social partem das famílias que realizam que buscam o compartilhamento de informações de seus familiares que estão em unidades de isolamento onde não é permitida visita ou acompanhante.

O assistente social ao atender o usuário internado em tratamento da COVID-19 necessita se paramentar para a proteção da sua saúde, assim como os demais trabalhadoras/es da área da saúde. E, nesse contexto de cuidado que busca-se desenvolver um trabalho voltado para atender as necessidades humanas. O compromisso maior do nosso trabalho profissional é a qualidade com os serviços prestados aos usuários/as. Tal qualidade se constrói na realidade, logo em condições objetivas, e o que tem prevalecido nesse processo de pandemia são estratégias de atuação remota (telefone) para compartilhar informações, com vistas a diminuir ao máximo o contato com o público sem estar distante.

REFERÊNCIAS:

- BRASIL, 1990. Ministério 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. <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-norma-actualizada-pl.pdf>
- BRASIL, 2020. Ministério da Saúde. Portaria do Ministério da Saúde do Brasil nº 454 de 20 de Março de 2020, disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt454-20-ms.htm. Acesso 29/06/20.
- BRASIL, 2016. Ministério da Saúde. Emenda Constitucional N 95, de 15 de Dezembro de 2016. disponível em [saúde.http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm)
- BRAVO, Maria Inês Souza. Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez, 1996.
- CRESS 11ª Região. Orientação da COFI PR sobre o exercício profissional de assistentes sociais diante da pandemia do novo coronavírus – COVID-19. Curitiba: CRESS-11ª Região, 2020. Disponível em: <http://www.cresspr.org.br/site/wp-content/uploads/2020/03/CRESS-PR-Orientasobre-Covid-19.pdf> . Acesso em: 29.março. 2020.
- CFESS. COFI/CFESS responde: 8 dúvidas frequentes no contexto da pandemia do Coronavírus. A Comissão de Orientação e Fiscalização reuniu as principais questões da categoria. Confirma o Manifesto Segunda, 23 de Março de 2020. Acesso 11/06/2020.
- CFESS. COFI/CFESS . Código de Ética Profissional/1993, disponível em http://cfess.org.br/arquivos/CEP_1993.pdf, acesso 30/06/2020.
- CFESS. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2010). disponível [http://cfess.org.br/arquivos/Parametros para a Atuacao de Assistentes Sociais_na_Saude.pdf](http://cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf)
- CFESS. Orientação Normativa n. 3/2020 31 de março de 2020 Dispõe sobre ações de comunicação de boletins de saúde e óbitos por assistentes sociais. Disponível <http://www.cfess.org.br/arquivos/OrientacaoNormat32020.pdf> acesso em 11/06/2020.
- LONDRINA, 2020. Londrina Unida Conta o Coronavirus- Secretaria Municipal de Saúde de Londrina, facebook página oficial acesso 28/06/2020.
- MATTOS, M.C. A pandemia do coronavírus (COVID-19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde. Disponível em <file:///C:/Users/casa/Desktop/a%20pandemia%20do%20covid.pdf>. Acesso em 30/06/2020.
- NETTO, J.P. A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social (2006 p.141-160) in Serviço Social e Saúde/ Ana Elizabete Mota..[et al.], (org)- São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.
- REGIONAIS DE SAÚDE DO PARANÁ (2020) disponível <http://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Regionais-de-Saude> acesso em 23/06/2020

PANDEMIA E DESIGUALDADES: O CASO DAS POLÍTICAS SOCIAIS NO MUNICÍPIO DE SALVADOR

Bruna Pinto Andrade (UFBA - Universidade Federal Da Bahia); Tayná Dos Santos Barbosa (UFBA - Universidade Federal Da Bahia); Maria Eduarda Santana Santos (UFBA - Universidade Federal Da Bahia); Nubia Dos Reis Pinto (UFBA - Universidade Federal Da Bahia); Josefa Lusitânia de Jesus Borges (UFBA - Universidade Federal Da Bahia).

Resumo: Este ensaio teórico visa discutir algumas ações adotadas no município de Salvador, frente à pandemia do COVID-19, com o objetivo de problematizar os seus alcances e limites, dadas as desigualdades socio-históricas. A partir de dados obtidos por meio do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde de Salvador e de dados qualitativos obtidos em decretos, site da Prefeitura e indicadores sociais do IBGE, realizaremos uma análise crítica das intervenções sob o ponto de vista do materialismo histórico-dialético e da teoria das necessidades humanas básicas. Os resultados revelam que tais iniciativas não alteram a situação de vulnerabilidade da população soteropolitana.

Palavras-chave: Pandemia; Salvador; Políticas Sociais; Desigualdades; Estado.

Abstract: This theoretical essay aims to discuss some actions adopted in the city of Salvador, in face of COVID-19 pandemic. It intends to problematize their scope and limits, given the socio-historical inequalities. Based on data obtained from the Center for Strategic Information on Health Surveillance from Salvador and qualitative data obtained in decrees, the City Hall website and IBGE social indicators, we will carry out a critical analysis of the interventions, based on dialectical historical materialism and basic human needs theories. The results reveal that such initiatives do not change the situation of vulnerability from Salvador citizens.

Keywords: Pandemic; Salvador; Social Politics; Inequalities; State.

1. INTRODUÇÃO

O cenário da COVID-19 tem tensionado o neoliberalismo e o capitalismo. Compreender a efetividade das políticas sociais implantadas pelos governos nos auxilia a refletir as contradições que lhes são inerentes. Ademais, como nos lembra Netto (2001, p. 45), “estágios capitalistas produzem diferentes manifestações da questão social” e esta natureza do sistema agrava-se em momentos de crise.

As reflexões sobre o papel do Estado no atual contexto histórico são fundamentais ao entendimento das respostas da esfera pública frente a uma crise sanitária de dimensões planetárias, que somente pode ser enfrentada com a instituição e fortalecimento das políticas públicas.

Os deslocamentos refletidos no repertório internacional de medidas ilustram mudanças de paradigmas em relação aos dramas sociais tratados com ações focalizadas e historicamente negligenciados pela ofensiva neoliberal. As intervenções estatais possuem diferentes graus de profundidade e revelam a suposição à preservação da sobrevivência humana.

Os efeitos devastadores deste cenário desafiam o Serviço Social, haja vista as contradições inerentes ao seu objeto de estudo. As novas relações que emergem revelam um novo *modus vivendi*, o que nos desafia sob o ponto de vista científico.

Como nos lembra Setúbal (2007), a pesquisa nos permite acessar a essência dos fenômenos para além da sua aparência. Além disso, os estudos científicos contribuem para a afirmação dos projetos ético-político e teórico-metodológico do Serviço Social. Tendo em vista este compromisso, o grupo de estudos Serviço Social e COVID-19 foi criado com o intuito de produzir conhecimentos e entender os desafios de uma nova realidade que se apresenta tão avassaladora à sociabilidade.

Conforme Bourguignon (2007), a pesquisa se apresenta como uma particularidade do Serviço Social. Nesse sentido, a investigação diz respeito a um campo de mediações que permite correlacionar o singular e o universal. Em consonância com o materialismo histórico dialético de Marx, o qual pressupõe que a compreensão de uma dada sociedade passa necessariamente pela maneira como os indivíduos se organizam na reprodução da vida, consideraremos as contradições do capitalismo e como elas se refletem no cenário da cidade de Salvador, Bahia, ante à COVID 19.

Nesse sentido, o presente ensaio teórico tem por objetivo geral identificar algumas ações no âmbito da política social para o enfrentamento da pandemia realizadas pela

prefeitura de Salvador. Estabelecemos como objetivos específicos: i) analisar as diferentes realidades dos indivíduos que são alvo das políticas sociais, tendo em vista as particularidades que os envolvem, ii) identificar os grupos mais afetados social e racialmente pela disseminação do vírus e iii) refletir os alcances e limites dessas políticas diante das desigualdades na cidade do Salvador.

A partir de dados coletados em decretos do município, em notícias do site da Prefeitura relacionadas à gestão da pandemia, em dados oferecidos pelo CIEVS (Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde de Salvador) e em indicadores sociais do IBGE, realizaremos uma pesquisa quali-quantitativa, de caráter exploratório, com uso de fontes bibliográficas e documentais objetivando a análise e interpretação. Segundo Gil (2008, p.27) “pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato. Este tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado”.

Vistas pelo cidadão comum, as ações da Prefeitura da cidade do Salvador apresentam-se como legítimas e enérgicas no combate às taxas de letalidade. Apesar da crise institucional em curso e das equívocas prerrogativas do executivo federal, as ações do governo municipal têm seguido as recomendações da ciência e executado normas firmes para manutenção do isolamento social, conforme medidas instituídas entre os meses de abril e maio de 2020. Faz parte do leque de decretos o fechamento de estabelecimentos não essenciais, a fiscalização in loco, o *lockdown* em bairros nobres e periféricos, vacinas aplicadas em sistema de *drive thru*, a ampliação do sistema municipal de saúde, ações educativas e concessão de benefício no valor de R\$ 270,00 para uma fração dos trabalhadores informais.

Entretanto, frente às condições históricas e estruturais de desigualdades entre os vários grupos populacionais e as diversas regiões que compõe a cidade de Salvador, a questão que se coloca é saber se as medidas adotadas em caráter emergencial como formas de enfrentamento à têm seu efeito limitado.

Conforme Siqueira (2013, p. 222), as políticas sociais assumem um caráter contraditório, pois

“são instrumentos de legitimação e consolidação hegemônica de garantia e ampliação da acumulação capitalista que, contraditoriamente, são permeadas por conquistas da classe trabalhadora. Desenvolve-se, com isso, um novo ‘pacto social’: o Estado concede alguns ‘benefícios’ à população em troca de que esta o legitime. As Políticas Sociais, então assumem funções eminentemente contraditórias”.

O caráter controverso das políticas sociais e as mobilizações ocorridas no cenário da COVID-19 são desafiantes ao Serviço Social: um saber historicamente situado e dedicado ao estudo das desigualdades do capitalismo. Assim, nos cabe entender as novas relações que emergem nesse cenário e os desafios do trabalho profissional.

2. PANDEMIA NOS MÍNIMOS E NO BÁSICO

A crise agravada e exposta pelo COVID-19 antecede à pandemia. Ao contrário da aparente origem biológica, o problema tem essência social, decorrente de fatores estruturais e históricos das relações socioeconômicas e políticas. Para Mandel (1990), “a crise é resultado de um conjunto complexo de elementos, não podendo ser reduzida a uma única, por exemplo, a superprodução ou o subconsumo” (Salvador, 2019, p.109).

A pandemia configura um período de medidas emergenciais, salientando a necessidade de diferenciar “a realidade à solta e a excepcionalidade da exceção”. Ademais, a negação da crise, por alguns segmentos políticos, advém da tendência de normalização do extremo tornando cotidiano o “estado de emergência permanente”. Essa “crise permanente” ou “normalidade da exceção” mostrou-se útil para o neoliberalismo na justificativa de medidas extremas em períodos de normalidade, com objetivos de “legitimar a escandalosa concentração de riqueza e impedir que se tomem medidas eficazes para impedir a iminente catástrofe ecológica” (Santos, 2020).

No Brasil, a instabilidade política convergiu às exceções: uma crise política concomitante a uma crise financeira mundial e uma emergência sanitária. Por conseguinte, surgiram distintos discursos oficiais sobre as regras de distanciamento social nas esferas federais, regionais, estaduais e municipais. O *Lockdown*, o isolamento vertical e o isolamento horizontal tornaram-se alvos da polarização política. Assim, transformaram a defesa da saúde no oposto da defesa da economia.

Segundo Santos (2020), “a pandemia é uma alegoria” e o vírus representa o medo da morte, do invisível, do indomável, do onipotente, do onipresente, do onisciente, equiparando-se a Deus e ao mercado. Assim, expõe a desigualdade na implementada “sociologia das ausências” que possui níveis nacionais (a situação dos refugiados em países considerados desenvolvidos), internacionais (a ausência de um programa como o Sistema Único de Saúde brasileiro acarreta uma conta de US\$1,1 milhões a paciente estadunidense recuperado da

COVID-19), continentais (as possibilidades de medidas públicas entre as Américas), entre outros.

No cenário brasileiro, a questão dos trabalhadores sem carteira assinada foi o grupo de invisibilizados mais evidenciado na pandemia. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em fevereiro de 2020 a taxa de trabalhadores informais alcançava 40,6% e a taxa de desocupação (desempregados) 11,6%:

A informalidade inclui trabalhadores sem carteira assinada, que somam 11,6 milhões, trabalhadores domésticos sem carteira, num total de 4,5 milhões, empregadores sem CNPJ (810 mil), por conta própria sem CNPJ (24,5 milhões) e trabalhadores familiares auxiliares (1,97 milhão) (IBGE, 2020).

Conforme a Síntese de Indicadores Sociais (SIS) 2019, divulgada pelo IBGE, com dados relativos a 2018, na Bahia a taxa de trabalhadores informais atinge 56,7% e em Salvador 40,3%.

Na tentativa de prover o mínimo a este grupo diante a economia abalada, enquanto adotava o distanciamento social como medida de enfrentamento a pandemia, a gestão municipal implementou o *Salvador por Todos*. O programa concede o valor de R\$270,00 reais, que pode ser acumulado com o Auxílio Emergencial Federal no valor de R\$600,00 reais, totalizando R\$870,00 reais.

Segundo o portal da Secretaria de Comunicação da Prefeitura de Salvador (SECOM), estimou-se que 20.485 trabalhadores seriam atendidos. Desses, 12 mil são ambulantes, feirantes, barraqueiros e camelôs; 622 são guardadores de carro; 1.290 baleiros; 646 baianas de acarajé, 334 recicladores e 3.639 taxistas e auxiliares de taxistas; mototaxista e 1.554 motoristas de aplicativos, todos com idade acima de 60 anos. Além destes, 400 pessoas que recebem o auxílio aluguel da prefeitura por serem população em situação de rua.

A escolha desse público alvo acontece em virtude dos trabalhadores informais estarem à margem da proteção social. Sendo o vínculo empregatício a maneira de acessar os direitos e garantias do trabalho no Brasil e o trabalho médio socialmente necessário à maneira do proletariado sobreviver na economia capitalista, a impossibilidade de adquirir o pleno emprego acarreta na maior vulnerabilidade social.

Essas reflexões demonstram que nos lugares onde os sujeitos detêm a garantia do básico em momentos de normalidade, possuem segurança social em momentos de excepcionalidade. Segundo Pereira (2011, p.14), “[...] a provisão de mínimos sociais, como mínimos de subsistência [...]” esteve em diversos modelos de produção, respondendo emergencialmente em períodos de normalidade aos efeitos da pobreza na manutenção, regulação e reprodução das forças laborais pauperizadas.

Ainda de acordo Pereira (2011), os mínimos sociais são condições mínimas propícias à existência humana digna. Destarte, caso o sujeito encontrar-se incapacitado de prover o mínimo, o Estado tem o dever de garantir essas condições, complementando ou suplementando recursos.

Os mínimos sociais variam de acordo ao modelo de proteção social adotado. A proteção social é a garantia de direitos mínimos do cidadão, amparado nos mínimos sociais, frente às fragilidades da vida humana, naturais do ciclo da vida ou de situações emergenciais. Essa garantia pode ser institucional, coletiva, regulamentada com status de direito; ou residual, individual, filantrópica e não institucionalizada.

Para Pereira (2011), a seguridade social (segurança social), o asseguramento (garantia) a seguridade e as políticas sociais compõem a proteção social. A primeira materializa-se no sistema programático de seguranças a fragilidades da vida humana, o segundo refere-se ao regulamento que garante o sistema programático como direito e as últimas constituem um segmento de políticas públicas que visa concretizar a seguridade social.

Apesar da confusão, os mínimos e o básico são conceitos distintos. Enquanto o primeiro sinonimiza com a quase falta, o segundo refere-se ao essencial, fundamental, principal, insubstituível. Nesse entendimento, as políticas sociais devem adotar a busca de atender os mínimos sociais pelas necessidades humanas básicas na proteção social.

O conceito de necessidades humanas está presente nas políticas sociais, pois delimita o alcance da satisfação. Consequentemente, as necessidades humanas (sociais) básicas por vezes denota noção ampla e relativa, e por vezes arbitrária e subjetiva. Destarte, confunde-se o termo com preferências individuais, insentando o Estado no papel da garantia de direitos sociais.

A extensão do tema possibilitou a transformação conforme teorias naturalistas, relativistas e culturalistas. Entretanto, utiliza-se neste, a teoria de Doyal e Gough que centraliza no conceito a “universalidade” estabelecido como “conjunto das necessidades no âmbito dos mundos existentes” (Cabrero, 1994 *apud* Pereira, 2011, p. 66). Sendo assim, reforça-se as “necessidades humanas básicas comuns” que “embora a satisfação [...] possa variar, essas necessidades não são passíveis de variação”.

Na perspectiva de Doyal e Gough, o diferencial das necessidades básicas das não-básicas encontra-se na noção de “sérios prejuízos”, que “são impactos negativos cruciais que impedem ou põem em sérios riscos a possibilidade objetiva dos seres humanos de viverem física e socialmente em condições de poder expressar a sua capacidade de participação ativa

e crítica”. Logo, a diferença encontra-se na “ocorrência de sérios prejuízos à vida material dos homens e à atuação destes sujeitos (informados e críticos), caso essas necessidades não sejam adequadamente satisfeitas” (Pereira, 2011, p.67).

No Brasil, na década de 80, concomitante à redemocratização do país, a Constituição de 1988 ampliou o entendimento do Estado Brasileiro de mínimos sociais e das necessidades humanas básicas. Nesse processo, o Sistema Único de Saúde (SUS) nasce, integrando o Tripé da Seguridade Social, na correlação de forças entre as reivindicações do movimento sanitário e dos interesses dos empresários dos conglomerados de saúde.

O artigo 194 da Constituição Federal de 1988 define a seguridade social como “conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência social e à assistência social”. O Tripé da Seguridade Social pretende “garantir o direito ao bem-estar, amparo e justiça social a todos os cidadãos (todo homem, como membro da sociedade)”. Conseqüente, os responsáveis por gerir as ações são o Ministério da Saúde, o Ministério da Previdência Social e o Ministério do Trabalho e do Emprego; com os principais serviços na saúde, assistência social e previdência social.

Ainda na Constituição Federal de 1988, o artigo 196 estabelece que:

A saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas públicas e econômicas que visem à redução de risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Desse modo, o SUS elegeu os princípios da universalidade (atender a todos, independente de características pessoais ou sociais), da equidade (tratar desigualmente os desiguais na busca da igualdade) e da integralidade (tratar todas as dimensões da saúde humana). Portanto, constituiu a saúde como componente das necessidades humanas básicas comuns e direito social.

A partir dos anos 90, sob influência do neoliberalismo, o papel do Estado foi redimensionado de responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para o de promotor e regulador. O ideário de “livre mercado” dissolveu direitos sociais com contrarreformas, principalmente no tripé da Seguridade Social, limitando o poder de resposta estatal as expressões da “questão social”. Contudo, essa política aprofundou desigualdades, estendendo a lógica do capital a todos os âmbitos e instâncias, inclusive em Salvador.

3. CAPITALISMO E DESIGUALDADES NO BRASIL



Para discutirmos as políticas públicas de enfrentamento à pandemia na cidade de Salvador à luz do materialismo histórico-dialético, faz-se necessário situar o debate no contexto da totalidade histórica do sistema capitalista, cuja prosperidade fundamenta-se na exploração do trabalho (Netto, 2001).

Afastando-se da satisfação das necessidades humanas e sem compromisso com o social, o capital atinge à classe trabalhadora, que segundo Marx (1993, p. 159): “torna-se tanto mais pobre quanto mais riquezas ela produzir [...]. A valorização do mundo das coisas aumenta a desvalorização do mundo dos homens em proporção direta”.

A despeito da escassez vivida pela maioria da população, em especial nos países subdesenvolvidos, os fenômenos da fetichização, reificação e alienação impedem que as relações sociais de desigualdades do capitalismo sejam percebidas em sua natureza.

Para Santos (2012), a compreensão deste modo de produção requer uma análise das suas particularidades, afinal ele assume características distintas, a depender do contexto histórico. No caso do Brasil, a penetração do capitalismo se deu através do processo de colonização. O projeto europeu de extração de riquezas foi o marco cultural que estruturou relações de poder, paternalistas, excludentes e racistas: expressões estas ainda evidentes nos dias atuais.

A sociedade escravocrata compunha-se principalmente de dois grupos étnico-raciais: os senhores e os escravizados. Estes primeiros serviram-se do trabalho forçado e enriqueceram através de acordos com as metrópoles, enquanto os últimos foram sequestrados de suas terras, desumanizados, expropriados de si e do seu trabalho.

A servidão e a superexploração de milhares de seres humanos constituíram a sociedade brasileira por 350 anos. Mesmo com a supressão da escravidão em 1888, em função da resistência escrava e da dinâmica internacional, e com revolução político-jurídica republicana de 1889, não ocorreram mudanças efetivas na estrutura cidadã do país, ficando este semelhante a um regime de castas em termos étnico-raciais e econômicos (Fernandes, 1975).

Dado o perfil conservador das elites dominantes, três traços principais são constituintes da questão social brasileira e da história republicana segundo Santos (2012): a modernização conservadora, que conjuga atraso e desenvolvimento, o papel do Estado na proteção de interesses particularistas e a revolução passiva, que impediu o engajamento efetivo da sociedade civil nos processos decisórios pós-república.

Mesmo com os grandes investimentos realizados na indústria, na urbanização, na geração de energia, nas exportações, etc., e com um crescimento econômico que ampliou a renda per capita nacional de 160 a 2100 dólares, entre 1940 e 1980:

“a distribuição permaneceu marcadamente desigual. Das pessoas que recebiam renda, os 40% mais pobres detinham 9,7% da renda total, enquanto os 10% mais ricos detinham 47,9%. Mesmo após 45 anos de progresso e desenvolvimento acelerado, cerca de 50 milhões de brasileiros sofrem as dificuldades agudas da fome, desnutrição, falta de habitação condigna e de mínimas condições de saúde” (Ianni, 1989, 146).

A partir dos anos 1970 o descompasso entre crescimento econômico e desenvolvimento humano foi reiterado pela doutrina neoliberal. A subjugação excessiva da sociedade às leis do mercado impressa por esta ideologia aguçou a desocupação, a instabilidade nos empregos, as privatizações e a desnacionalização das empresas.

Em curso desde os anos 1970, as crises do capitalismo aliadas às políticas de austeridade, que visam “salvá-lo” a qualquer custo para a classe trabalhadora, tem reconfigurado as relações de trabalho com a finalidade de restaurar a lógica da acumulação (Behring, 2018). Tal “reação burguesa à crise do capital” conformou a chamada reestruturação produtiva (revolução tecnológica e organizacional): uma nova racionalidade organizacional das empresas com foco na eficiência, produtividade, automação, substituição do trabalho vivo pelo trabalho morto e na super-extração da mais-valia.

No Brasil, a flexibilização dos contratos, a desregulamentação do trabalho, o enfraquecimento dos sindicatos e a prevalência do interesse privado são apontados por Santos (2010) como reflexos da crise social instituída desde então. A revolução tecnológica e científica, a ascensão do capital especulativo e as tecnologias aplicadas na produção de mercadorias são associadas ao esforço ostensivo de garantir a acumulação de capital, ao invés de priorizar-se o pleno emprego.

Paralelamente a este panorama, ocorrem nos anos 80 e 90 avanços referentes à conquista de direitos no campo da assistência social tais como: o retorno à democracia após 21 anos de ditadura militar (1964-1985), o estabelecimento da Constituição Cidadã, a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único da Assistência Social (SUAS).

Entretanto, nem mesmo estas conquistas, que segundo Behring & Boschetti (2008, p. 147) “anunciavam uma importante reforma, democrática do Estado brasileiro e da política social, engendrando um formato socialdemocrata” foram capazes de mudar estruturalmente o quadro de desigualdades no país.

A despeito da Seguridade Social e do direito à saúde serem oficialmente instituídos como princípios de sociabilidade, as tendências conservadoras e a política econômica de subjugação às leis do mercado, configuraram um hibridismo do velho com o novo, exacerbando-se no contexto atual.

Nos seus 32 anos de história, o SUS vem sendo alvo de desmonte por parte dos governos de direita. O sistema é comumente tratado como um projeto falido, uma despesa para o Estado e não como um direito.

A crise sanitária no Brasil e em Salvador é um reflexo deste quadro histórico de desigualdades. Este processo evidencia a relação entre os determinantes sociais e a saúde e sinaliza o fato de que o enfrentamento substancial às disparidades diz respeito à própria existência humana.

4. SITUAÇÃO SOCIAL E SANITÁRIA DOS BAIRROS DE SALVADOR

Fundada no período colonial brasileiro, a cidade de Salvador, que conta hoje com aproximadamente 2,9 milhões de habitantes, segundo dados do IBGE (2019), e com IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) em 0,759, vivencia uma guinada econômica na década de 1950 com a descoberta e exploração de petróleo no Recôncavo baiano. Esta torna-se a alavanca para um significativo crescimento populacional e urbano.

Entre 1950 e 1970 Salvador chegou a 1 milhão de habitantes, como consequência de investimentos industriais incentivados pela SUDENE e os esforços desenvolvimentistas do governo federal, inclusive com a implementação do Polo Petroquímico de Camaçari. A partir desses episódios, a população passa a expandir, atingindo 2,5 milhões de habitantes nos anos 2000, assim, as carências sociais aumentam na mesma proporção. No entanto, a pobreza dessa massa incipiente não se explica pela explosão demográfica, mas pela modernização e a forma que se configura com a reestruturação produtiva.

Essa área urbana crescente, porém ainda não desenvolvida, passa a exigir transformações que acontecem de maneira brusca desde a década de 60. Nesse período, a Prefeitura de Salvador, enredada com a modernização (perceptivelmente excludente) e com os interesses do setor imobiliário, faz uso da lei da Reforma Urbana para atendê-los, preterindo determinadas classes:

A Prefeitura de Salvador, que detinha a maioria das terras do município, transferiu sua propriedade para (algumas poucas) mãos privadas através da Lei da Reforma Urbana. Promoveu uma ampliação substancial do sistema viário com a abertura das avenidas de vale, extirpando do tecido urbano um conjunto significativo de assentamentos de população pobre, que ocupavam tradicionalmente os fundos até então inacessíveis dos numerosos vales de

Salvador, enquanto as classes médias e altas residiam nas suas cumeeiras. Além disso, erradicou invasões populares localizadas na orla marítima, área reservada ao turismo, outro componente da estratégia de crescimento e modernização da cidade (Brandão, 1981 e Souza, 2000 apud Carvalho, Almeida e Azevedo, 2001, p.85).

Como consequência dessas ações focadas em um projeto industrial que despreza as carências sociais, a cidade passa a obter um novo “padrão de produção do espaço urbano”, esculpido em três seguimentos distintos, que vão culminar no processo de segregação social e espacial.

Segundo Carvalho e Pereira (2008), estes seguimentos seriam: a orla marítima, caracterizada por ser uma área eminente da cidade, “local de moradia, serviços e lazer, onde se concentram a riqueza, os investimentos públicos, os equipamentos urbanos e os interesses da produção imobiliária” (Carvalho e Pereira, 2008, p. 85); o “miolo”, onde estaria concentrada a “classe média baixa” e com uma oferta de equipamentos e serviços compendiosa e, por fim, o subúrbio ferroviário, a localidade mais minguada e dubitável da cidade, “concentrando uma população extremamente pobre em loteamentos populares e invasões, marcados pela precariedade habitacional, pelas deficiências de infraestrutura e serviços básicos” (Carvalho, Almeida e Azevedo 2001, p. 97). Este reúne uma população economicamente marginal, com pouca participação no crescimento econômico, bem como pouco benefício proveniente deste. Assim, a atual Salvador moderna se conforma, com uma estrutura urbana segmentada e insulada que, por meio da expressão territorial, desenha a estratificação social local.

A chegada do coronavírus na cidade acentua ainda mais as desigualdades enraizadas em uma gênese colonial, que mesmo após o fim da escravidão manteve a sociedade brasileira cativa a uma mentalidade escravocrata. Denotando a distribuição desigual de terras e a produção coletiva e apropriação privada das riquezas, compele-se para a margem da sociedade a população desprivilegiada, em sua maioria negros e negras em situação de uma vulnerabilidade social histórica.

Sabe-se que o vetor do vírus no país foi a classe média, dessa maneira, também não foi diferente na capital da Bahia. A Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab) registrou o primeiro caso de COVID-19 em Salvador em 11 de março de 2020, através de pessoas vindas do exterior (Espanha e Itália) - pertencentes a uma classe mais abastada, com possibilidade de viagens de alto custo. A partir disso, denunciando uma falta de estrutura e preparação da cidade para um surto dessa envergadura, os casos dispararam e até o dia 31 de maio, somaram-se 11.632 ocorrências confirmadas da doença, das quais 446 indivíduos infectados pelo SARS Cov-2 foram a óbito, sendo 252 homens e 194 mulheres.

Segundo o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde de Salvador - CIEVS SSA, relativos à Incidência dos casos da COVID-19 organizados por Distritos Sanitários de residência, de 11 de Março a 31 Maio de 2020, a maior concentração de casos aconteciam na comarca Barra/ Rio Vermelho, com aproximadamente 462 casos, seguido do distrito de Itapagipe com 420, Centro histórico com 368, Liberdade com 350, Cabula/ Beiru com 346, São Caetano/ Valéria com 292, Itapuã com 252, Pau da lima com 247, Subúrbio com 245, Boca do rio com 200 e por fim o distrito sanitário de Cajazeiras com 192.

Dessa maneira, visando barrar o avanço da contaminação pelo vírus, a prefeitura de Salvador passa a adotar diferentes medidas para atingir às diferentes necessidades da população, de acordo com os mais variados contextos dos bairros. A exemplo disso, é possível citar as práticas rígidas de restrição, que foram motivadas pelo aumento do número de casos, tanto pelos bairros alvo das medidas, quanto pelos bairros vizinhos.

A nível de comparação cabe citar o caso da Orla Atlântica e dos bairros do Subúrbio. Enquanto na Orla encontram-se moradores com alto poder aquisitivo, com grandes cargos em seus empregos, que são privilegiados com a possibilidade de ficar em suas casas e até trabalhar em modelo de *home office*, nos bairros do Subúrbio, (que reúne o maior contingente de pobres e miseráveis, sendo estas pessoas com baixo poder de compra e pessoas incapazes de satisfazer as suas necessidades vitais, respectivamente) como Periperi, essa não é uma realidade para a grande parte da população. Este é marcado por uma grande atividade comercial, muitos moradores sobrevivem da venda das mais variadas mercadorias, logo, são obrigados a manter as suas atividades nas ruas como possibilidade mínima de garantia da sua subsistência.

Com isso, as medidas de restrição adotadas nessas localidades atingem diferentes fins. No primeiro caso, no qual foi decretada a restrição em 13 de maio de 2020, restringe-se a costumeira corrida dos moradores, bem como as atividades de lazer, que estavam sendo responsáveis pelo aumento do contágio. Já no segundo, no qual foi decretada a restrição em 26 de maio, restringe-se a atividade comercial que é o meio de sobrevivência da população local.

Diante do que foi exposto, é possível inferir que a apropriação do espaço urbano de salvador se deu de maneira iníqua e segregacionista. Esse fato é ostensivo e não deixa dúvidas quanto à segregação racial em Salvador. No bairro da Pituba (distrito sanitário barra/rio vermelho- 462 casos), um dos que compõem a orla atlântica da cidade, marcado pelas oportunidades de trabalho e pela presença dos equipamentos urbanos, o contingente



de brancos chega a 65,7% da população, já a população parda e preta soma apenas 5,0% (Carvalho e Pereira, 2008) pois estes

se abrigam predominantemente em áreas do tipo popular ou popular-inferior do Miolo e do Subúrbio (como Cajazeiras, Fazenda Grande, Tancredo Neves, Coutos, Plataforma, Periperi, Lobato ou Paripe), de uns poucos enclaves do centro e da orla (Engenho Velho da Federação, Alto das Pombas, Liberdade, Nordeste de Amaralina e Bairro da Paz, por exemplo). (Carvalho e Pereira, 2008).

Isso porque, segundo Silvio de Almeida, a raça é um critério deliberativo da desigualdade econômica. O racismo, que é estrutural, é um mecanismo que atua de maneira a naturalizar as disparidades sociais, que tem como pano de fundo a desigualdade racial, constitutiva das relações de classe. Isto “faz com que a pobreza seja ideologicamente incorporada quase que como uma condição ‘biológica’ de negros” (Almeida, 2018, p.135)

Apesar dos dados discutidos, o quesito raça/cor não aparece nos boletins epidemiológicos até o dia 31 de maio (período analisado), logo, estes não denotam a realidade dos fatos. Contudo, após a análise da gênese desigual da configuração da cidade, é possível concluir que a população preta e parda é a que mais morre por COVID-19, devido à vulnerabilidade a qual foi exposta ao longo dos anos.

Tendo em vista que 80% dos usuários do SUS se autodeclaram negros, percebe-se que essa realidade resulta na dificuldade de acesso ao sistema de saúde pública, bem como no sucateamento deste. Assim, apesar dos níveis alarmantes de contaminação em toda a cidade, são necessárias políticas efetivas para o subúrbio ferroviário, que é formado por cerca de 22 bairros populares, concentrando habitantes, em sua maioria, negros com baixa escolaridade (Soares, 2006).

Isto posto, conclui-se que determinadas estratégias que estão sendo adotadas para o enfrentamento da pandemia não atingem de maneira equânime à heterogênea população de Salvador. Um exemplo factível é o caso da “telemedicina”, implantada na cidade por meio do programa “Salvador Protege”, que, segundo o *website* da Secretaria Municipal da Saúde, consiste na reorganização do funcionamento da atenção primária incentivando o atendimento com a utilização da tecnologia. Entretanto, a problemática em questão é que esta estratégia segregacionista leva em conta apenas o número bruto dos que possuem aparelho celular, com isso, boa parte da população das áreas mais vulnerabilizadas da cidade é excluída do processo.

5. CONCLUSÃO

Frente a uma pandemia de dimensões continentais, o Estado capitalista neoliberal precisa se reinventar a fim de encontrar estratégias para driblar a crise sanitária que se instala com a chegada do novo coronavírus. No Brasil, entretanto, esta se alia à crise social e política (iniciada em 2013 com as manifestações populares de insatisfação e agravada com o golpe em 2016).

Indo contra as recomendações dos órgãos competentes de saúde, o então presidente Jair Bolsonaro minimiza as proporções de alcance e letalidade do vírus, contudo, revelando uma contradição latente do poder executivo de nível municipal e federal, o prefeito de Salvador, Antonio Carlos Magalhães Neto, adota medidas rígidas para impedir o avanço do COVID-19.

Com a denúncia das mazelas sociais de origens coloniais, expostas pelo COVID-19, a prefeitura de Salvador ensaia maneiras de minimizar esses impactos implementando medidas como o “*lockdown*”, nas localidades mais infectadas da cidade; a drive testagem; a distribuição de máscaras e cestas básicas, a concessão do benefício de R\$ 270,00, que, no caso desse município, foi somado (para parte dos trabalhadores informais) ao auxílio emergencial de R\$ 600,00 do governo federal; dentre outras.

Todavia, essas políticas produzem impactos e consequências diferentes, de acordo com os bairros onde são aplicadas, devido à formação socio-espacial histórica de cada bairro. Dessa forma, as contradições do capitalismo passam a ser vistas num dualismo enraizado, no qual temos uma cidade com estrutura urbana abastada comparada aos padrões de vida mais nobres do Brasil e a população pobre, cuja maioria sobrevive no nível da subsistência. Por estas razões, as tentativas de contenção da pandemia no município de Salvador esbarram nos limites do sistema capitalista.

Esta crise sanitária e política evidencia a relação direta entre saúde e seus determinantes sociais e é lamentavelmente em função das negligências históricas, que as taxas de letalidade se mostram expressivas. Com isso, além da distribuição histórica de brancos e negros pelos bairros nobres e periféricos da cidade, respectivamente, é possível ainda citar como exemplo dos impactos atuais do sub-produto do período colonial – o racismo – a ausência do quesito raça/cor nos boletins epidemiológicos, o que revela não só o descaso com a população negra, mas também o ocultamento da realidade da pandemia em Salvador.

Uma análise dos esforços da prefeitura para conter os efeitos desta problemática, à luz das contradições do capitalismo, nos permite inferir que, as várias ações realizadas com requintes de responsabilidade social frente ao contexto, não respondem às necessidades básicas da população, bem como não demonstram eficiência na atuação sobre as expressões



da questão social. Desta maneira, diante do quadro de desigualdades históricas, tais políticas públicas não alteram a colossal vulnerabilidade.

A questão social em Salvador se expressa nas condições de moradia, saneamento básico, no desemprego e nas dificuldades do acesso à saúde que atingem a maioria dos indivíduos, reflexo de problemas históricos, políticos, raciais, culturais, que dão margem a uma complexa desigualdade cumulativa.

A alçada biológica do vírus é inegável, contudo, há ainda uma ascendência social, responsável pela dificuldade de manutenção e reprodução da classe trabalhadora no atual sistema capitalista, irrefutavelmente, excludente e desigual. Portanto, o seu enfrentamento se dá apenas pontualmente nas consequências, sem alterações significativas no fenômeno do capitalismo em sua totalidade estrutural.

Desta maneira, as ações adotadas pela prefeitura de Salvador, além de não alterarem a vulnerabilidade daqueles que estão em condição exploratória, não promovem o bem-estar da sua população, visto que, segundo Siqueira (2013, p.231) “somente as intervenções nas causas, na dialética contradição entre pobreza e acumulação, podem incidir e alterar de forma real o pauperismo”.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, S. L. . **O que é racismo estrutural?**. Belo Horizonte. Editora Letramento, 2018.
- AMORIM, G & DIAS, E.. **Mercado informal de Salvador tem mais mulheres que homens**. Correio: Salvador, 07 de novembro de 2020. Disponível: <<https://www.correio24horas.com.br/noticia/nid/mercado-informal-de-salvador-tem-mais-mulheres-que-homens/>>. Acessado em: 24 de junho de 2020.
- ANUCIAÇÃO, A. S. et al., **Plano municipal da saúde 2018 – 2021**: volume 1. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador: 201. 1ª edição
- BEHRING, E. R. & BOSCHETTI, I. **Política Social. Fundamentos e história**. Coleção Biblioteca Básica do Serviço Social, volume 2, 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2008. ISBN 978-85-249-1259-7. Cap 2 e 3.
- BEHRING, Elaine Rossetti. **Crise do capital e defesa da seguridade social no Brasil: Atualidade e limites da Carta de Maceió após 15 anos**. In: CFESS-Conselho Federal de Serviço Social. 5º Encontro Nacional Serviço Social na Seguridade Social, 2018. <http://www.cfess.org.br/arquivos/2018CFESS-5EncontroSeguridade.pdf>
- BOURGUIGNON, J. A. **A particularidade histórica da pesquisa no Serviço Social**. Rev. Katálysis, Florianópolis, v. 10, n. spe, p. 46-54, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141449802007000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 Jun 2020.
- CARVALHO, I. M. M. & PEREIRA, G. C. **Como anda Salvador e sua região metropolitana** [online]. EDUFBA. Salvador, 2008.
- CARVALHO, I. M. M. & ALMEIDA, P. H.; AZEVEDO, J. S. G. **Dinâmica metropolitana e estrutura social em Salvador**. Tempo social. Volume 13 nº 2. São Paulo, 2001.
- Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde de Salvador, 2020: **Boletim Epidemiológico** 11. Acesso em 02 de junho de 2020. <http://www.cievs.saude.salvador.ba.gov.br/download/boletim-n-11-2020_sms-cievs-ssa-COVID-19/?wpdmdl=3232&refresh=5ee64bc6c06cc1592150982>
- DINO, F.. **Coronavírus e fascismo: patologias que desafiam o Brasil**. In: Quarentena: reflexão sobre a pandemia e depois. 1. ed. Bauru: Praxi, 2020. Edição Kindle.
- GIL, Antônio Carlos. Cap 11: Entrevista In: Gil, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. G. Ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- GONÇALVES, R. **Quando a questão racial é o nó da questão social**. UNIFESP. São Paulo, 2018.
- Homem recebe conta de US\$ 1,1 milhão do hospital onde se tratou de COVID-19 nos EUA. **G1**: São Paulo, 13 de junho de 2020. Bem estar: coronavírus. Disponível em: <<https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/06/13/homem-recebe-conta-de-us-11-milhao-do-hospital-onde-se-tratou-de-COVID-19-nos-eua.ghtml>>. Acessado em 21 de junho de 2020, as 05h24min.
- IANNI, O. (1989). **A questão social**. Revista USP, (3), 145-154.
- MARX, K. **Manuscritos econômico-filosóficos**. Lisboa: Ed. 70, 1993
- NETTO, J. P. **Cinco notas a propósito da “Questão Social”**. Temporalis, Brasília, DF, ano 2, n. 3, p. 41-49, jan./jul. 2001.
- NITAHARA, A. A informalidade cai, mas atinge 38 milhões de trabalhadores: Taxa de informalidade no trimestre foi 40,6%, segundo PNAD contínua. **Agência Brasil**: Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2020-03/informalidade-cai-mas-atinge-38-milhoes-de-trabalhadores>>. Acessado em: 25 de junho de 2020.
- PEREIRA, P. **Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. São Paulo: Cortez, 2011.pp-101-124.



- SALVADOR, E. **Fundo público, crise e financeirização de previdência social**. In: Crise do capital e fundo público: implicações para o trabalho, os direitos e a política social, org. Evilasio Salvador, Elaine Gehring, & Rita de Lourdes de Lima, 99 – 122. São Paulo: Cortez, 2019.
- SANTOS, B. de S. **A cruel pedagogia do vírus**. Coleção Pandemia Capital. 1ª. ed. São Paulo: Boitempo, 2020. Edição Kindle.
- SANTOS, J. S. **Questão Social: particularidades no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2012 (Coleção Biblioteca Básica do Serviço Social, v.6). Cap 4
- SANTOS, M. **Pobreza urbana**. 3.ed. -São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2009.
- Secretaria Municipal de Desenvolvimento e Urbanismo, 2020: **Decretos**. Acessado em 12 de junho de 2020. <<http://www.sucom.ba.gov.br/category/legislacoes/COVID-19/>>
- SETUBAL, A. A. **Desafios à pesquisa no Serviço Social: da formação acadêmica à prática profissional**. Rev. katálysis, Florianópolis , v. 10, n. spe, p. 64-72, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802007000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 Jun 2020.
- SIQUEIRA, L. **Pobreza e Serviço Social: diferentes concepções e compromissos políticos**. São Paulo, Cortez, 2013, p. 219-231
- SOARES, A. M. **“Territorialização” e Pobreza em Salvador– BA**. Estudos Geográficos UNESP, Rio Claro, 2006.

RESIDÊNCIA EM SERVIÇO SOCIAL E A EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL NA ATENÇÃO A SAÚDE DO ADULTO FRENTE A PANDEMIA: OS DESAFIOS PARA A MATERIALIZAÇÃO DA INTEGRALIDADE

Carla Virginia Urich Lobato (Hospital Universitário Pedro Ernesto); Giulia Tardelli Lourenço Meliande (Hospital Universitário Pedro Ernesto); Karina Vieira Carvalho (Hospital Universitário Pedro Ernesto); Yanka Martins Pereira (Hospital Universitário Pedro Ernesto)

RESUMO: O relato de experiência ora apresentado, tem por objetivo contextualizar a importância da perspectiva de integralidade na atuação do Serviço Social, principalmente no contexto de residência no Hospital Universitário Pedro Ernesto, no período de março a julho, enquanto unidade de referência no enfrentamento a COVID 19 no Rio de Janeiro. Esta se dá a partir do compromisso ético político firmado, da concepção ampliada de saúde em conformidade com os pressupostos do SUS e da perspectiva da formação continuada, frente a identificação da dificuldade enfrentada tanto por usuários quanto pelos assistentes sociais de acesso a outras políticas setoriais na pandemia.

Palavras chave: integralidade; Covid-19; residência em Serviço Social; política de saúde.

ABSTRACT: The experience report presented here aims to contextualize the importance of the perspective of integrality in the work of Social Work, especially in the context of residence at the Pedro Ernesto University Hospital, from March to July, as a reference unit in coping with COVID 19 in Rio de Janeiro. This occurs from the political ethical commitment signed, from the expanded conception of health in accordance with the assumptions of SUS and from the perspective of continuing education, in view of the identification of the difficulty faced by both users and social workers in accessing other sectoral policies in the pandemic.

Keywords: integrality; Covid-19; residency in social work; health policy.

1. INTRODUÇÃO

O presente relato de experiência, é fruto de reflexões realizadas por assistentes sociais residentes de primeiro e segundo ano, em programa uni profissional do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), situado no município do Rio de Janeiro. Vale destacar, que é uma unidade que compõe o sistema de saúde pública brasileiro e disponibiliza atendimento de média e alta complexidade em saúde.

Neste artigo, será abordada a prática profissional do assistente social no programa de atenção à saúde do adulto, uma das áreas de inserção disponibilizadas pelo programa de residência. Importante ressaltar, que a linha de atenção em questão possui como público alvo usuários adultos, com idade a partir de 18 anos à fim de vida, sendo estes, segundo números e pesquisas de órgãos competentes os maiores acometidos pela covid-19. A partir disso, devido a restrição de espaço e medidas de isolamento daqueles que estavam nas enfermarias e unidades de tratamento intensivo, a equipe voltou sua prática profissional para o atendimento, em especial, dos familiares dos usuários internados com a covid-19.

Uma das observações que revela mudanças na dinâmica do trabalho, se relaciona a forma de acesso a unidade. Em tempos “normais” o HUPE não conta com serviço de emergência, sendo sua forma de acesso formalmente vinculada ao Sistema de Regulação de Vagas (SISREG). No entanto, ao se tornar um hospital de referência para o tratamento da covid-19, para além das transferências via regulação de vagas, passou a contar com serviço de triagem, aberta a qualquer usuário que procurasse o hospital, realizando um primeiro atendimento e nos casos com necessidade identificada, realizavam-se as internações.

Diante do contexto da pandemia, houve a necessidade de readaptação do processo de trabalho em saúde, resultando na construção de novos fluxos de atendimento também no setor de Serviço Social haja vista os diversos desafios na efetivação do acesso a saúde, como a dificuldade de diagnóstico, testagem e acesso a tratamento adequado, e também, aos direitos sociais de maneira geral.

Por efeito das medidas de distanciamento social, indicação de teleatendimento e fechamento da maioria das unidades socioassistenciais em privilegiamento do trabalho remoto, se pode perceber no decorrer dos atendimentos que assim como no HUPE, todos os serviços haviam elaborado novas formas de funcionamento, que na maioria das vezes não se traduziam enquanto espaço acessível àqueles que precisavam do recurso.

Diante do compromisso firmado em nosso código de ética, nos chama a atenção que neste momento de extrema recessão, em que a parte mais pauperizada da classe

trabalhadora acabou não podendo se resguardar conforme a campanha “fica em casa” (pela necessidade do suprimento de suas necessidades básicas) que o acesso aos serviços esteja ocorrendo de forma tão restrita e com diversos limitantes.

Levando isso em conta, este é certamente um momento em que as políticas partícipes da seguridade social são um caminho para situações emergenciais, reafirmando a concepção de saúde ampliada e a importância do trabalho na perspectiva do conceito de integralidade.

Em virtude deste cenário tão adverso, o trabalho de mapeamento dos recursos, de organização da rede de serviços e principalmente o diálogo com outros atores e setores, foi fundamental e imprescindível para que o serviço social conseguisse dar respostas e orientações frente às demandas levantadas pelos usuários internados com a covid-19 e seus familiares.

Ademais, entendemos a construção deste relato de experiência como parte do processo reflexivo, haja vista a escolha pelo compromisso com ações mediadas pelo Projeto Ético Político (PEP) profissional e a busca pela contribuição para o aprimoramento intelectual através da formação continuada e da socialização dos conteúdos produzidos e vivenciados durante o programa de residência no HUPE.

2. UMA BREVE EXPOSIÇÃO SOBRE A SAÚDE E O TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO

Sendo os pressupostos teóricos do projeto de Reforma Sanitária os fundamentos do que hoje conhecemos como Sistema Único de Saúde (SUS), modelo que, de acordo com Bravo e Matos (2004, p.6) conseguiu avançar nas propostas de fortalecimento do setor público em relação ao modelo privatista, sabemos, a partir de leituras, que esse modelo sanitário está proposto fundamentado de princípios e bases que procuram entender a saúde dentro do complexo da seguridade social brasileira e em seu conceito ampliado.

A principal proposta da Reforma Sanitária é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nessa direção, ressalta-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho, ou seja, com ênfase nos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do Estado. (CFESS, 2010, p19)

Os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2010) afirmam que a seguridade social representa um dos maiores avanços da Constituição

Federal de 1988 no que se refere à proteção social e atende a históricas reivindicações da classe trabalhadora. Dessa forma, compõem a seguridade social brasileira as políticas da Assistência Social, destinada ao cidadão que dela necessitar, a Previdência Social, na condição de seguro e a Saúde, apresentada como Política universal.

A Constituição Federal de 1988 apresenta significativos progressos em relação ao campo da Seguridade social, mas vem sendo esvaziada desde os anos 1990 pela ideologia neoliberal, que acredita que o intervencionismo estatal tolhe a liberdade dos sujeitos e do mercado. Visto isso, é disseminada a ideia de desresponsabilização do Estado, que por sua vez, passa a realizar apenas ações/serviços pontuais, emergenciais e focalizados, auto responsabilizando os sujeitos e a sociedade civil, afastando-se da lógica da universalização dos direitos sociais como direitos do cidadão e obrigação do Estado.

De acordo com os parâmetros para atuação do Assistente Social na Política de Saúde (CFESS, 2010, p. 27)

O Serviço Social não passa ao largo dessa tensão. Ao mesmo tempo em que a década de 1990 é marcada pela hegemonia da tendência à intenção de ruptura e, não por acaso, quando o Serviço Social atinge sua maioridade intelectual; é também, nesta mesma década, que se identifica a ofensiva conservadora a esta tendência.

A Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para o funcionamento e organização dos serviços de Saúde, afirma que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, dessa forma, ela é dever do Estado e direito de todo cidadão.

A saúde, como os demais direitos, apresenta avanços e retrocessos até o momento. Sendo assim, entende-se que a conjuntura do país rebate diretamente no processo de trabalho. Antes de se tornar referência para o enfrentamento da pandemia, o HUPE passava por processo de sucateamento, entendendo que mesmo com a instituição do Sistema Único de Saúde, após a Constituição Federal de 1988, não são suficientes os investimentos feitos na área da saúde pública⁴⁴, além do processo de desvalorização dos profissionais⁴⁵. O Serviço Social no Hospital Universitário Pedro Ernesto tem início em 1969. Passou por uma ampliação durante as décadas seguintes e apresenta como um dos marcos importantes o início da Residência em Serviço Social no ano de 1976.

O setor de Serviço Social do HUPE é dividido por equipes, em 5 áreas de atenção, contudo, neste trabalho, estamos particularizando para a realidade vivida pela equipe da

⁴⁴ A Emenda Constitucional 95 prevê o congelamento por 20 anos dos investimentos estatais, modificando a Constituição Brasileira e instituindo um novo regime fiscal.

⁴⁵ Além da citada Emenda Constitucional 95, o governo de Michel Temer aprovou o Projeto de Lei 4.304/98, que aprova a terceirização para todas as atividades da empresa e trabalho temporário para as atividades fins.

Saúde do Adulto que com a entrada das demandas apresentadas pela realidade da pandemia, realizou modificações em sua organização. Se antes tínhamos a oportunidade de atuar em dois projetos, sendo um o atendimento social e o outro de referenciamento por áreas, a saber: neurologia; doenças infecciosas e parasitárias (DIP); hematologia; nefrologia e urologia, com a Covid-19, pela alta demanda destes usuários e pela redução de atividades ambulatoriais assim como interrupção das cirurgias eletivas, fez-se necessário que a equipe se atentasse apenas ao projeto do Atendimento Social neste período.

O Projeto do Atendimento Social funciona em formato de plantão e visa que a equipe se organize para a realização de um serviço que receba as demandas espontâneas de usuários adultos das especialidades que não tenham assistentes sociais de referência. Todavia, o serviço ao ser submerso na realidade da pandemia, tendo em vista sua adequação, se organizou de forma que todos os usuários adultos do hospital fossem atendidos pelo Atendimento Social.

A rotina do Serviço Social é composta pelo atendimento de demandas espontâneas, sendo, portanto, considerado um setor de “porta aberta”, onde todo usuário que nos procurar, dentro do horário de funcionamento, será atendido por alguma assistente social que compõe a escala daquele dia e também pelos atendimentos realizados por pedidos de parecer dos demais profissionais, que geralmente solicitam a ida do assistente social no leito para atendimento ao usuário ou solicita o contato com algum familiar do mesmo. Por conta da pandemia os atendimentos dos usuários com COVID-19 foram realizados com os familiares preferencialmente por telefone⁴⁶ ou quando solicitado por eles de forma presencial.

A realidade instaurada pela pandemia, fez com que a equipe da Saúde do Adulto implementasse em seu processo de trabalho a busca ativa aos familiares dos usuários internados com a covid-19, para a realização da Ficha de Atendimento Social - COVID 19. O instrumento de trabalho foi criado pela equipe a partir da identificação da necessidade de um novo instrumento, capaz de orientar o atendimento e permitir uma maior aproximação da equipe com os familiares dos usuários internados. Pode-se observar, mesmo com os muitos limites do atendimento de forma não presencial, ao longo das ações realizadas pelas profissionais, que há uma tentativa de aproximação com o usuário e familiares, além de se buscar a partir da prática reflexiva⁴⁷ a exposição da ideia de que todos são sujeitos de direitos,

⁴⁶ Sobre o exercício profissional diante da pandemia, o Conselho Federal de Serviço Social apresentou uma nota informando que os profissionais da categoria têm autonomia sobre a forma de atendimento mais adequada em cada situação. Contudo, pela ausência de regulamentação da modalidade de atendimento por videoconferência/remoto/online, estes devem ser caráter absolutamente excepcional. Para mais informações acessar o link presente na referência do presente trabalho.

⁴⁷ Entende-se aqui como prática reflexiva, uma prática que “tem como base a socialização da informação como instrumento de indagação e ação sobre a realidade social. (...) A população não basta se organizar para reivindicar; faz-se necessário ter acesso

desmistificando o direito/benefício como ajuda, realizando assim, orientações que se guiam pela perspectiva e concepção de que todos os cidadãos são protagonistas no processo de garantia e acesso a direitos.

2.2 O Serviço Social em tempos de Pandemia

A pandemia da COVID-19, doença respiratória causada pelo Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-Cov2), inicialmente atingiu a China datando dezembro de 2019 e posteriormente outros países da Ásia, Europa e América. Em 21 de janeiro foi registrado o primeiro caso nos Estados Unidos da América e no Brasil, tendo o primeiro caso datado também no referido mês, sendo o primeiro país da América Latina com caso confirmado.

Em estado de disseminação mundial, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou em 11 de março o novo coronavírus como uma pandemia, sob a recomendação de medidas de isolamento e distanciamento social, além de testagem em massa.

No Brasil, o cenário de pandemia não possui linearidade de ação e intervenção estatal entre as regiões e Estados, visto que o enfrentamento à COVID-19 ficou a cargo dos governadores. Destaca-se, que desde o início da pandemia, o presidente da República em exercício, Jair Messias Bolsonaro, faz pouco caso acerca da letalidade do vírus considerando uma “gripezinha” e quando o país ultrapassava a marca dos cinco mil óbitos, superando os números registrando na China reagiu com um “E daí? Quer que eu faça o que?”, mostrando a face de uma política de governo neofascismo⁴⁸ que prioriza os interesses do empresariado em detrimento da saúde e vida da classe trabalhadora.

De março a julho, segundo o Painel Corona vírus do Ministério da Saúde, o número de casos confirmados chega a 2.098.389, 79.499 óbitos notificados, dados referentes a 19 de julho. Neste período, dois ministros da saúde renunciaram ao cargo, Luiz Henrique Mandetta, que deixou o cargo em abril e seu sucessor Nelson Teich, que ficou com a pasta pouco mais de um mês. Após a saída de Teich, o Ministério da Saúde está há 65 dias sem ministro, estando sob a gestão do ministro interino Eduardo Pazuello, general do exército brasileiro.

a um saber que a instrumentalize no como e no que reivindicar, na busca de alternativas possíveis e como viabilizá-las.” Vasconcelos (1997, p.134).

⁴⁸ O neofascismo presente hoje no governo de Jair Bolsonaro não é uma resposta a uma revolução, como o fascismo vivido pela sociedade europeia. Para Arcary (2018, On-line), o neofascismo vivido hoje no Brasil é uma resposta à “experiência de setores da classe média durante os quatorze anos de governos de colaboração de classes do PT, e à estagnação econômica e regressão social dos últimos quatro anos, a maior da história contemporânea.”

No Rio de Janeiro, o Estado reconhece emergência em saúde em 16 de março, por meio do decreto nº 46.973/20, que define medidas de proibição para o enfrentamento do coronavírus. Tendo em vista a prevenção ao contágio e enfrentamento da emergência em saúde pública, suspende a realização de atividades que envolvam aglomeração de pessoas e funcionamento de espaços, como shows, bares, cinemas, aulas, funcionamento de espaços turísticos, shoppings, além de restrição de transportes públicos, em especial os transportes intermunicipais. Inicialmente, o decreto previa o período de 15 dias, visando evitar sobrecarga do Sistema de Saúde já saturado, mas com o avanço dos números e o agravamento dos pacientes, as medidas foram se estendendo.

Cabe ressaltar que os níveis de governo não conseguiram agir de maneira conjunta, havendo, inclusive, sobreposições entre os três níveis e divergências entre as atividades proibidas, entre os decretos de obrigatoriedade do uso de máscara e orientações acerca do distanciamento social. No município do Rio de Janeiro, a prefeitura construiu um plano de retomada das atividades econômicas que se iniciou em primeiro de junho, prevendo seis fases de execução para o retorno das atividades em conformidade com o risco atribuído pela própria prefeitura.

Apesar das medidas inicialmente tomadas, sob orientações de prevenção, distanciamento social, quarentena, a difusão do discurso do “fique em casa”, os números oficiais se alargaram, estando atualmente em 141.005 casos confirmados e dentre esses 12.161 óbitos. Ainda, se faz importante analisar que os números oficiais em vista da subnotificação, em especial no início da pandemia, podem não ilustrar o número total de casos.

Enfim, a pandemia COVID-19 chega ao Brasil, que com sua histórica desigualdade social e com anos de destruição do SUS, coloca no horizonte imensas dificuldades de se pensar um futuro tranquilo para esse quadro desolador que a pandemia tem gerado nos países onde, antecipadamente, já passou. (MATOS, 2020, p.2)

O vírus que não faz distinção de classe, raça ou gênero, chega a um Brasil que desde a década de 1990 vem sendo alvo de políticas neoliberais, ameaça, desmontes, contrarreformas em especial ao que concerne à política de seguridade social.

Ao nos voltarmos para a realidade vivenciada no HUPE, o identificamos como espaço privilegiado de atuação, principalmente por ser um hospital escola que desempenha papel importante na formação de profissionais de saúde, comprometido com ensino e pesquisa, fator extremamente relevante para o enfrentamento de uma pandemia. Local onde procuramos sistematizar o trabalho realizado para a identificação de propostas de intervenção que privilegiam nosso público usuário.

Dentro desse contexto, considerado tão rico, busca-se pensar o trabalho a partir dos princípios norteadores do SUS e do Projeto Ético Político profissional, o que implica no planejamento dos atendimentos aos usuários, de forma a fugir da fragmentação, tanto do serviço quanto do olhar e intervenção sobre suas demandas. A partir desta inserção, pudemos perceber que a maioria das demandas que chegavam para o setor, necessitavam de orientações para locais que os usuários não conseguiam acessar, telefones que não atendiam, e-mails que não eram respondidos, atendentes virtuais (robôs), centrais que funcionavam somente oficialmente, mas que não respondiam de fato.

Este cenário, trouxe o desafio de localizar canais que fossem eficazes no contexto de pandemia, uma vez que se pretende realizar uma interlocução da política de saúde, na qual estamos inseridos, com as demais políticas, favorecendo um atendimento integral, das demandas dos usuários uma vez que,

a integralidade diz respeito a garantia do acesso a um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, devendo o sistema de saúde proporcionar ao indivíduo ou a coletividade, as condições de atendimento, de acordo com as suas necessidades. (BAPTISTA, 2007, p.52)

Lima et al (2015) apontam a necessidade da intersetorialidade para alcançar a integralidade, uma vez que, a fragmentação e a desarticulação das políticas impossibilitam a visão de totalidade para as demandas sociais. Assim, a integralidade consiste na interação dos diferentes campos de saber, e deve ter a capacidade de mobilizar todos os setores direta ou indiretamente envolvidos, sendo preciso compreender as limitações dos setores acionados individualmente.

A integralidade tende a reforçar as ações intersetoriais e a construção de uma nova governança na gestão de políticas sociais. A importância da interconexão dessas políticas se faz necessária para atender, respeitar e efetivar os direitos de cidadania de cada brasileiro. A intersetorialidade vinculada primordialmente à interdisciplinaridade, a fim de efetivar a integralidade, tem na sua base os fundamentos de um projeto de sociedade justa e igualitária, na medida em que prioriza as pessoas, as comunidades e suas necessidades e não as necessidades do mercado. (BELLINI et al. 2014. p.22)

Diante do contexto já apontado de desmonte das políticas sociais, de fragmentação e precarização dos serviços, neste momento de tanta urgência e privação, o entendimento desse trabalhador de maneira integral, que chega ao Serviço Social a partir do seu agravo de saúde, mas que traz consigo uma realidade social e econômica é fundamental. E por isso a importância da atuação do Serviço Social, a partir da concepção da saúde para além da ausência de doenças, onde a questão social é o plano de fundo muitas vezes negligenciado por outros profissionais de saúde.

Os atendimentos aos usuários com a covid, traziam principalmente questões referentes ao acesso a benefício previdenciário, dentro de um contexto de fechamento das agências do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), a não realização das perícias médicas presencialmente e a orientação de atendimento pelo portal do INSS ou pelo telefone 135.

É importante destacar que muitos usuários não possuem acesso à internet ou não possuem habilidades específicas exigidas para a navegação no site, apesar das menções a facilidade proposta pela internet, cabe citar, que muitas vezes, até aqueles com alto nível de formação, identificaram dificuldades de como proceder no site, principalmente com a questão do anexo de laudos e imagens que colaborassem para a análise do benefício pleiteado.

A ausência de um atendimento nos moldes anteriores, que permitia maior interação do usuário, realização de questionamentos e retirada de dúvidas trouxe ao serviço um alto número de pedidos de orientação previdenciária. Sendo, em alguns casos, necessário contato com assistente social do INSS para possíveis esclarecimentos, tendo em vista o não indeferimento ou a não renovação dos benefícios.

A redução do número de atendimentos das unidades da assistência social no município do Rio de Janeiro também trouxe um grande impacto no acesso da população usuária, principalmente nos casos em que o auxílio emergencial⁴⁹ estava ligado ao Programa Bolsa Família (PBF) e necessitava de atualização do Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico). A orientação é que o atendimento seja agendado através do telefone 1746, mas sabemos que a concretização do atendimento e a realização do agendamento passa pela necessidade de muita espera e paciência.

Diante da dificuldade de acesso de renda, gerada pela demora na concessão de benefício emergencial concedido pelo governo Federal e ainda decorrentes das frágeis relações trabalhistas, usuários buscavam o serviço expressando questões de ausência ou redução do acesso à alimentação. Em um cenário de fechamento de restaurantes populares e a suspensão de atendimentos em serviços em decorrência das orientações sanitárias e sucateamento de serviços em período anterior ao referido, o acesso à alimentação enquanto direito tendo sido negado recaíndo esta demanda ao terceiro setor e a filantropia que assumem para si um papel originalmente do Estado.

Uma forma de otimização dos atendimentos, foi a construção de cartilha com os principais direitos orientados no contexto da pandemia, para isso, residentes se dispuseram

⁴⁹ Segundo o site da Caixa Econômica Federal, o auxílio emergencial é “um benefício financeiro destinado aos trabalhadores informais, microempreendedores individuais (MEI), autônomos e desempregados, e tem como objetivo fornecer proteção emergencial no período de enfrentamento à crise causada pela crise do Coronavírus – COVID 19. O benefício no valor de R\$ 600,00 será pago até duas pessoas da mesma família. Para as famílias em que a mulher seja a única responsável pelas despesas da casa, o valor pago mensalmente será de R\$ 1.200,00.”. (BRASIL, 2020)

a realizar o levantamento junto às instituições e serviços. Dentro das questões que atravessam o trabalho, passou a ser dada a orientação que dentro do hospital deveria ser reduzida a circulação de papel como forma de redução da contaminação, fator que impossibilitou a distribuição dela aos usuários.

Na perspectiva de atualização em relação aos recursos disponíveis e a priorização do não uso de papéis, a equipe reforçou o uso de canais de comunicação virtuais, em especial o aplicativo WhatsApp, que através do grupo da equipe se tornou principal canal de troca de informações de atendimentos e atualizações de funcionamento interno e contatos instituições externas, visto que ocorreram diversas mudanças e praticamente semanalmente nos deparamos com novidades, principalmente porque o contexto pandêmico implicou em um primeiro momento na paralisação total de algumas atividades e depois a partir do contexto de extensão do período e do entendimento de necessidade do atendimento, principalmente aos serviços essenciais, os setores foram se estruturando para prestar o atendimento de forma remota.

Para além das iniciativas de organização dentro do próprio setor, no município do Rio de Janeiro, um grupo já existente no aplicativo WhatsApp foi reativado a fim de ser um instrumento de troca entre os assistentes sociais. Atualmente conta com o número máximo de participantes (257) e nele possuem assistentes sociais de diversas políticas e instituições. No grupo, ocorre o compartilhamento de informações e recursos. Além disso, foi criada uma listagem com o número das unidades, onde os próprios profissionais compartilhavam o número correto, o que facilitou a realização de contato institucional, visto que muitas vezes os contatos oficiais se encontravam desatualizados. Importante salientar que esse espaço se tornou forte aliado para o desenvolvimento da articulação em rede e potencializador da integralidade do atendimento.

Através deste grupo, foi criada uma pasta em serviço de armazenamento online, alimentada de forma colaborativa, com levantamento dos recursos. Neste espaço também é possível esclarecer dúvidas mais pontuais, visto que ao relatar a questão, se houver algum profissional daquela política ou instituição é compartilhado algum retorno de maneira que todo o grupo tem acesso a atualização/informação.

3.CONCLUSÃO

A residência em saúde se constitui como modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu voltada para a educação em serviço, com carga horária composta de teoria e prática.

Entendendo que teoria e prática andam lado a lado, embasadas na teoria buscamos através deste trabalho suscitar debates e reflexões frente a novas demandas e intensificação das diversas expressões da questão social.

Conforme salienta Matos (2020), o meio mais eficaz para enfrentar o medo é a razão e como consequência as ações. A partir disso, muitos desafios foram postos na prática profissional, o medo e a insegurança acerca do novo estiveram presentes, o conhecimento e os novos caminhos se configuraram como importantes aliados nesse enfrentamento. A chegada da pandemia no Brasil e no mundo nos mostra a importância e reforça a necessidade da defesa de um Sistema Único de Saúde universal, gratuito, integral, equânime e de qualidade, que em contrapartida ao que ideologia neoliberal propõe, um sistema público focalizado nos mais pobres e não como um direito de todos os cidadãos.

Assim, cabe ao Serviço Social questionar os consensos, na busca por novas abordagens, pensadas a partir de uma leitura cautelosa e ética da sociedade e da realidade dos sujeitos, leitura capaz de articular teoria e prática para mobilizar e organizar a classe trabalhadora, visando mudanças concretas e acesso a totalidade de seus direitos sociais.

Para avançar na delimitação das atribuições e competências dos assistentes sociais, torna-se necessário considerar as expressões específicas da questão social que desafiam a pesquisa concreta de situações concretas. Nessa direção, a investigação da realidade é fundamental e precisa ser transversal a todas as ações. (CFESS, 2010, p.68).

Através desse entendimento, essa compreensão integral do usuário corrobora com a intersetorialidade que possui dimensões políticas e críticas devendo ser usada em todos os campos das políticas sociais, sobretudo nas políticas que compõem o tripé da seguridade social brasileira,

ou seja, remete à centralidade da proteção social, em seu sentido mais amplo, para com os sujeitos. Essa interconexão das políticas se faz necessária justamente porque uma só política não dá conta de responder às demandas da população mais vulnerável, que necessita do aporte, da proteção do Estado para acessarem os direitos sociais. (BELLINI et al. 2014.p.21)

Visto isso, pode-se afirmar que o Assistente social não pode e nem deve ser apenas o executor final de políticas sociais, sendo intrínseco a esse profissional uma prática reflexiva, executada após a escolha de referências teórico metodológicas que permitam uma prática ética, nos moldes do projeto ético político profissional.

É mister sempre reafirmar a posição do assistente social como trabalhador, além de entender as contradições dessa posição na sociedade capitalista. Entendemos que só o Método dialético é capaz de interpretar tais contradições, permitindo sucessivas aproximações com a realidade.



Cabe ressaltar ainda a necessidade e importância da formação permanente em Serviço Social, respeitando os princípios do código de ética profissional, a partir do entendimento que a realidade é dinâmica e suas mudanças apresentam a relevância do constante aprimoramento de assistentes sociais.

Dessa maneira,

A articulação de saberes e experiências agem para melhorar o nível de desenvolvimento social, pois a ação do assistente social se insere no campo da promoção da saúde e da assistência social, notadamente no eixo da intersetorialidade e da garantia da integralidade das políticas públicas, incentivando a participação da população. Espera-se que se use a intersetorialidade para combater diversas formas de violação de direitos e precarização do serviço. (ZAIDAN, MARTINS, 2017, p.3).

Buscamos através deste relato, sistematizar e fazer reflexões acerca de expressões vivenciadas na imersão do cotidiano profissional, enquanto assistentes sociais inseridas na política de saúde em um cenário adverso de uma pandemia.



REFERÊNCIAS

- ARCARY, V. Bolsonaro é ou não um neofascista? Disponível em: <https://esquerdaonline.com.br/2018/10/17/bolsonaro-e-ou-nao-um-neofascista/> . Acessado em julho de 2020.
- BRASIL, Caixa Econômica Federal. Auxílio Emergencial do Governo Federal. Brasília, 2020. Disponível em: <https://auxilio.caixa.gov.br/#/inicio> Acessado em 27 de julho de 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde. Brasília: MS. 2020. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/> . Acesso em 20 de julho de 2020.
- BRASIL. LEI Nº 8.080, 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.
- BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. História da Política de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura (Organizadores). Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007, p. 29-60. Disponível em: < <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l25.pdf> >. Data de acesso: 19/07/2020
- BELLINI, M. I. B.; JESUS, T. B.; SCHERER, P. T.; FERREIRA, G. G.; FALER, C. S. A pesquisa sobre intersectorialidade no contexto brasileiro: notas sobre o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Trabalho, Saúde e Intersectorialidade. In: Maria Isabel Barros Bellini; Camília Susana Faler. (Org.). Intersectorialidade e Políticas Sociais: interfaces e diálogos. 1ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2014, v. 1, p. 13-22.
- BRAVO, Maria Inês Souza, MATOS, Maurílio Castro. Reforma Sanitária e o Projeto Ético-Político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, Maria Inês Souza; VASCONCELOS, Ana Maria; GAMA, Andréa de Souza; MONNERAT, Gisele Lavinias (Org.). Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004
- CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília, 81 p., 2010
- CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. Nota do CFESS: Orientações sobre o exercício profissional diante da pandemia de Coronavírus (Covid-10). Brasília, 2020. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1679>. Acessado em 27 de julho de 2020.
- GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Decreto 46.973, de 16 de março de 2020. Reconhece a situação de emergência na saúde pública do Estado do Rio de Janeiro em razão do contágio e adota medidas enfrentamento da propagação decorrente do novo coronavírus (COVID-19) e dá outras providências. http://www.fazenda.rj.gov.br/sefaz/content/conn/UCMServer/path/Contribution%20Folders/sit_e_fazenda/Subportais/PortalGestaoPessoas/Legisla%c3%a7%c3%b5es%20SILEP/Legisla%c3%a7%c3%b5es/2020/Decretos/Republica%20DECRETO%20N%c2%ba%2046.973%20DE%2016%20DE%20MAR%c3%87O%20DE%202020_RECONHECE%20A%20EMERG%c3%8aNCIA%20NA%20SA%c3%9aDE%20P%c3%9aBLICA.pdf?lve . Acesso em: 20 de julho de 2020.
- GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2020. Painel Coronavírus COVID-19. Rio de Janeiro: Secretaria de Saúde, 2020. Disponível em: <http://painel.saude.rj.gov.br/monitoramento/covid19.html> . Acesso em 20 de julho de 2020.
- Holland, C. Novo coronavírus é descoberto em amostra de esgoto de novembro de 2019 em Florianópolis, diz UFSC. Globo.com, Santa Catarina, 20 de jul. de 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/sc/santa-catarina/noticia/2020/07/02/novo-coronavirus-e->



[descoberto-em-amostra-de-esgoto-de-novembro-de-2019-em-florianopolis-diz-ufsc.ghtml](#) .

Acessado em 20 de julho de 2020.

LIMA, R. D. O.; OLIVEIRA, R.A.; SOUSA, F. M. Intersetorialidade, Política de Saúde e Serviço Social: Um processo de ações na busca da integralidade. VII jornada Internacional de Política Pública. 2015.UFMA

MATOS, Maurílio Castro. A pandemia do Coronavírus (COVID-19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <http://www.cress-es.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Artigo-A-pandemia-do-coronav%3%ADrus-COVID-19-e-o-trabalho-de-assistentes-sociais-na-sa%C3%BAde-2.pdf>. Acesso em: 20 de julho de 2020.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2020. Plano de Retomada Fase 4. Rio de Janeiro: Prefeitura. Disponível em: <https://riocontraocorona.rio/plano-de-retomada/> . Acessado em 22 de julho de 2020.

VANNUCHI, Camilo. A pandemia de COVID-19 segundo Bolsonaro: da “gripezinha” ao “e daí?” Uol. 30 de abril de 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/colunas/camilo-vannuchi/2020/04/30/a-pandemia-de-covid-19-segundo-bolsonaro-da-gripezinha-ao-e-dai.html> . Acesso em: 24 de julho de 2020.

VASCONCELOS, Ana Maria. Serviço Social e Prática Reflexiva. In: Revista Em Pauta – Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ – N. 10 (jul. 1997). Rio de Janeiro: UERJ/FSS, 1997, p. 131-181.

ZAIDAN, L. S. G.; MARTINS, V. O trabalho do Assistente Social frente as demandas intersetoriais. In: VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2017, São Luís. Anais da VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas: 1917-2017: um século de reforma e revolução, de 22 a 25 de agosto de 2017, São Luís, M

VULNERABILIDADE EM SAÚDE COMO EXPRESSÃO DA QUESTÃO SOCIAL: AGUDIZAÇÃO EM TEMPOS DA PANDEMIA COVID 19

Delaine Cavalcanti Santana De Melo (Universidade Federal De Pernambuco); Ana Clara Cavalcante Dos Anjos (Universidade Federal De Pernambuco); Maria Do Carmo De Lima E Silva (Universidade Federal De Pernambuco); Maysa Kennia Viana E Silva (Federal De Pernambuco)

RESUMO: O trabalho resulta da participação de docentes e graduandas de Fisioterapia, Medicina e Serviço Social no Projeto de Pesquisa “Estudo de coorte das crianças nascidas no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco: os fatores associados à Síndrome Congênita do Vírus Zika”, em curso desde 2016, objetivando analisar as repercussões e associações da microcefalia pela infecção do vírus Zika durante a gravidez. Enquanto núcleo de Serviço Social, busca-se apreender articulações entre pauperismo e exposição à doença, como vulnerabilidade em Saúde, e identificar novas expressões da questão social diante da Pandemia da Covid-19.

Palavras-chaves: Síndrome Congênita do Zika vírus; Questão Social; Pauperismo; Covid-19.

ABSTRACT: The work results from the participation of teaching and undergraduates of Physiotherapy, Medicine and Social Service in the Research Project “Cohort study of children born at Hospital das Clínicas, Federal University of Pernambuco: the factors associated with Congenital Zika Virus Syndrome”, in progress since 2016, with the aim of analyzing the repercussions and associations of microcephaly owing to Zika virus infection during pregnancy. As a core of Social Service, it is seeking to apprehend articulations between pauperism and exposure to the disease, as vulnerability in Health, and identify new expressions about the social issue given the Covid-19 pandemic.

Keywords: Congenital Zika Virus Syndrome; Social Issues; Pauperism; Covid-19

1. INTRODUÇÃO

O surto do Zika vírus e de microcefalia por infecção congênita do vírus, surgiu entre os anos de 2014 a 2016 e exigiu diversas ações governamentais e cuidados diferenciados por parte das famílias e de profissionais de saúde com vistas a responder às necessidades e demandas das crianças afetadas. O momento atual de pandemia do novo coronavírus, complexifica consideravelmente a atenção adequada de tratamento e reabilitação.

Compondo o coletivo da pesquisa “Estudo de coorte das crianças nascidas no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco: os fatores associados à Síndrome Congênita do Vírus Zika”, realizada no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco - HC-UFPE e aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, CCS-UFPE, sob o nº do parecer: 1.723.253 e CAAE: 54734316.5.0000.5208, o grupo do Serviço Social, propõe o presente trabalho com a finalidade de refletir sobre o fenômeno da Síndrome Congênita do Vírus Zika e Microcefalia, complexificação diante da pandemia da Covid-19 e a vulnerabilidade em Saúde.

A pesquisa, que integramos adota abordagem quanti e qualitativa; reúne docentes e estudantes dos cursos de Fisioterapia, Medicina e Serviço Social, e inclui pesquisas bibliográficas, entrevistas, grupos focais e acompanhamento sistemático das crianças e familiares no Ambulatório de Puericultura do HC. Esta propõe-se em dar continuidade ao estudo no seguimento das crianças e famílias, com ênfase na abordagem neuro clínica e psicossocial de maneira a analisar as repercussões e associações com infecção pelo vírus Zika durante a gravidez, a melhor caracterização da Síndrome Congênita do vírus Zika e fortalecimento da Rede Perinatal.

O trabalho reflete sobre o sistema de proteção social brasileiro e o Sistema Único de Saúde (SUS) ao apresentar o surto do vírus Zika e microcefalia vivenciado entre os anos de 2014 a 2016 e problematiza as condições de cuidado e sobrevivência das crianças e famílias afetadas diante da emergência sanitária em nível global causada pela Covid-19.

Com isso, no presente trabalho será discutido quatro tópicos: o primeiro trará um breve contexto histórico da Política Social e o Sistema de Proteção Social Brasileiro; em seguida será apresentado os desafios e avanços do Sistema Único de Saúde; no terceiro ponto é posto em debate a vulnerabilidade em saúde e a epidemia da Síndrome Congênita do Zika vírus (SCZ) e a Microcefalia em Pernambuco; finalizando com os desdobramentos da

Síndrome congênita do Zika Vírus no contexto da COVID 19 e seus rebatimentos para as crianças acometidas pela síndrome e microcefalia e suas respectivas famílias.

2. DESENVOLVIMENTO

3.1. Estado, Política Social, Proteção Social

O surto do vírus Zika no Brasil em 2015/2016 e suas repercussões na vida de crianças e famílias acometidas pela Síndrome Congênita do vírus Zika, adiante SCZ, demandaram respostas efetivas do sistema de proteção social brasileiro. A proteção social por sua vez, exige, conforme Sposati (2013, p.671), a integração de todas as políticas da seguridade social, o que implica esforço para atendimento integral e desfragmentação das necessidades sociais.

Behring e Boschetti (2009), descrevem que no auge da revolução industrial, até mesmo as “tímidas e repressivas” medidas de proteção social elaboradas no período pré-capitalista foram abandonadas, “[...] provocando o pauperismo como fenômeno mais agudo decorrente da chamada questão social” (p.51). É só a partir das lutas da classe trabalhadora que novas regulamentações começam a surgir. As autoras apontam o final do século XIX e início do século XX como marco do enfraquecimento dos argumentos liberais defendidos até então, principalmente pelo fortalecimento do movimento operário e a crise de 1929. (BEHRING; BOSCHETTI, 2009)

De modo geral, as políticas sociais começam a se generalizar após a segunda guerra mundial, durante a passagem do capitalismo concorrencial para o monopolista, respondendo às necessidades da classe trabalhadora ao passo que dá condições a manutenção do modo de produção capitalista. De acordo com Behring e Boschetti (2009), às políticas sociais e o sistema de proteção social são

Desdobramentos e até mesmo respostas e formas de enfrentamento - em geral setorializadas e fragmentadas - às expressões multifacetadas da questão social no capitalismo, cujo fundamento se encontra nas relações de exploração do capital sobre o trabalho” (p. 51).

Marilda Iamamoto e Carvalho (2014) definem questão social como “[...] a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre proletariado e burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e repressão” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p.84).

No Brasil, a partir de 1930 começam a surgir regulações sociais mais estruturadas, porém só com a Constituição Federal de 1988, ao firmar-se a seguridade social, começa a se desenvolver um sistema de proteção social brasileiro.

Resultante de grande mobilização popular no bojo do processo da redemocratização, após anos de ditadura militar, a chamada Constituição Cidadã irá assegurar direitos sociais fundamentais, o que a coloca “[...] em contemporaneidade com os anseios da sociedade brasileira, após 42 anos de vigência da Constituição Federal de setembro de 1946, última promulgada sob regime democrático”, consoante destacam Oliveira e Oliveira (2011, p.6).

Tais direitos sociais não foram conquistados sem disputas e seguem enfrentando diversas barreiras à sua efetivação. Desde sua formulação, a Constituição Federal e a seguridade social brasileira enfrentam ameaças. Oliveira e Oliveira (2011) defendem que

[...] os avanços constitucionais no campo dos direitos sociais foram e continuam sendo um passo de extrema relevância para que a sociedade brasileira continue seu caminho rumo à superação das graves desigualdades sociais e à construção da cidadania. No entanto, é imperioso constatar que esses avanços continuam em disputa na sociedade brasileira e é fundamental que os cidadãos os conheçam e continuem lutando por sua permanência e aprimoramento no plano jurídico e na vida real (p. 26).

Conforme Raichelis (2013), desde a década de 1970, o capitalismo vivencia o esgotamento de sua fase expansiva pós-Segunda Guerra mundial, resultando em transformações nas formas de enfrentamento a expressões da questão social, com reconfigurações nas políticas sociais. Para a autora, as crises são processo iminente do capital e há movimentos de recomposição. No Brasil, a partir da década de 1990, [...] “ se abre um novo período de inovação, delineado pela tensão entre as conquistas constitucionais asseguradas pelo forte movimento social pela redemocratização e a contrarreforma neoliberal” (BEHRING; BOSCHETTI, 2009, p. 143).

O pensamento ultraliberal contrapõe-se diretamente à proteção social, cuja noção seria “[...] expressão de dependência, e atribui às suas ações o contorno de manifestação de tutela e assistencialismo, em contraponto a liberdade e autonomia que, pelos valores da sociedade do capital, devem ser exercidas pelo “indivíduo” [...]” (SPOSATI, 2013, p.654). É esta investida contra a seguridade social e os princípios da proteção social que vemos se encaminhar no Brasil nos últimos anos.

Dentre outros ataques, a Emenda Constitucional nº 95 de 2016 representa retrocesso considerável no financiamento e, conseqüentemente, na efetivação das políticas e direitos garantidos pela seguridade social brasileira, ao “congelar” durante 20 anos as despesas primárias.

É dentro desse contexto controverso e de disputas ideológicas e políticas que situamos o surto do vírus Zika e a SCZ no Brasil. Levando em consideração as determinações sociais que circundam o processo de cuidado e sobrevivência dessas crianças e famílias.

2.2. Avanços e Desafios do Sistema Único de Saúde

A Constituição Federal de 1988, dentre seus inúmeros feitos, inaugura uma nova perspectiva para a Saúde no Brasil. Se outrora o acesso a serviços de saúde era restrito cidadãos/ãs com emprego regulamentado, a partir do novo marco constitucional a Saúde ganha *status* de bem e direito universal.

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem sua origem nas proposições e lutas populares das décadas de 1970 e 1980, com destaque para o Movimento da Reforma Sanitária composto por grupos de intelectuais, profissionais de Saúde e lideranças políticas (GERSCHMAN, 1995). O Movimento Sanitarista contou com "participação dos movimentos populares em saúde que proliferaram na década de 1970, originados nos bairros pobres das periferias das grandes cidades, organizados em torno da reivindicação de melhores condições de saneamento, assistência médica e transporte" (ROMERO, 2006, p.7).

Durante esse processo, foi realizada em março de 1986, a Oitava Conferência Nacional de Saúde que, inaugurou uma concepção mais ampla de saúde, compreendida como "resultado de boas condições de vida e de trabalho e o entendimento de que a saúde é um direito humano, a ser garantido pelo Estado" (ROMERO, 2006 p.9). A crítica trazida pelo Movimento Sanitário estava relacionada, entre outros fatores, a desigualdade e restrição do acesso às ações e serviços públicos de saúde para a resolução dos problemas da população brasileira, conforme Lucchese (2004). Entretanto, os ideais da Reforma Sanitária atuavam na contramão dos interesses mercadológicos.

[...]De um lado a concepção social-democrata que propugnava por um sistema com características de universalização inclusiva e de caráter nacional, com as ações e serviços oferecidos predominantemente por uma rede pública com acesso efetivamente universal e no qual o setor privado teria uma participação complementar. De outro o paradigma do modelo liberal/conservador- que concebia um sistema no qual é o setor privado o principal provedor de serviços, com a ação do Estado voltada apenas para alguns setores bem definidos [...] (ROMERO, 2006, p.10).

Ainda que em face de projetos distintos, a política pública de saúde foi concebida e, alicerçada por meio da Constituição Federativa de 1988, sendo regida "pelos princípios de universalidade e equidade no acesso às ações e serviços e pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade do atendimento e participação na comunidade, na organização de um sistema único saúde no território nacional" (LUCCHESI, 2004 p.3).



O SUS representa avanço importantíssimo para a sociedade brasileira, conforme Viacava *et al* (2018), “o percurso de 30 anos do SUS se caracterizou por importantes mudanças na atenção à saúde da população. A ampliação da oferta de serviços e profissionais vinculados ao SUS e das possibilidades de acesso [...]” (2018, p. 1760). O autor, porém, destaca desafios históricos à efetivação do direito à saúde, que envolvem desde a relação público-privado, desigualdades regionais e o subfinanciamento; como desafios mais atuais: “as transformações das condições de saúde da população, com implicações sobre a utilização dos serviços de saúde, além dos efeitos do congelamento por 20 anos dos gastos sociais, a partir de 2016” (VIACAVA, 2018, p. 1760).

Os serviços públicos de Saúde são os principais equipamentos acessados pelas famílias de crianças acometidas pela SCZ, e pelo tratamento dos seus agravos, por vezes classificados como deficiência múltipla. O Estatuto da pessoa com deficiência, artigo 28, é claro ao apontar que “é assegurada a atenção integral à saúde da pessoa com deficiência em todos os níveis de complexidade, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhe o acesso universal e igualitário” (BRASIL, 2015). Assim, desafios enfrentados pelas famílias e crianças no processo de cuidados e tratamentos de saúde refletem também desafios ao próprio SUS em garantir em todos os níveis de atenção à saúde.

2.3. Vulnerabilidade em Saúde e a Epidemia da Síndrome Congênita do Zika Vírus e Microcefalia em Pernambuco

Segundo Lesser e Kitron (2016, p.168) o novo mosquito *Aedes aegypti*, inicialmente transmissor da Febre Amarela e outras doenças transmitidas por mosquitos, foi trazido nas embarcações que transportavam para as Américas os africanos na condição de escravos. Esses mosquitos e suas respectivas doenças adaptaram-se aos centros urbanos em expansão do Brasil aos Estados Unidos, encontrando um bom terreno para sua propagação. Com o aumento da urbanização e população das cidades, outros vírus, que também têm o mosquito como vetor, foram aparecendo. “Mais de um século atrás, chegaram a dengue e seus quatro sorotipos, e, a partir de 2013, os vírus Chikungunya e Zika juntaram-se a eles nas Américas” (LESSER; KITRON, 2016, p.168).

O vírus do Zika teve origem em 1947 na Floresta Zika, em Uganda; posteriormente, foi identificado na Micronésia em 2007 e em 2013 na Polinésia Francesa. Em 2014 o Zika surge em vários municípios do Nordeste brasileiro, no final de 2015, já tinha sido identificado

casos de infecção pelo Zika vírus em todas as cinco regiões do país. (ESPÍRITO SANTO, 2015).

Com base nos dados da Secretaria de Vigilância em Saúde do Boletim Epidemiológico nº 39 (BRASIL, 2018), 59,3% dos casos de Zika no Brasil foi identificado no Nordeste do país, tendo o estado de Pernambuco alcançado um dos índices mais altos do surto da Síndrome Congênita do Zika entre 2014 e 2016. Entende-se que a incidência da epidemia em Pernambuco segue o padrão de pauperismo e, de acordo Débora Diniz (2016), “não haveria uma epidemia como a que se desenvolveu no Brasil se o território não fosse convidativo à disseminação rápida: mosquitos, saneamento precário e uma frágil política de saúde para o enfrentamento da nova doença” (p.38).

Consoante Melo et al. (2018), na cidade do Recife, capital de Pernambuco, os casos seguiram a trilha da pobreza. As autoras trazem dados da Secretaria Municipal de Saúde e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os quais apontam os bairros de maior incidência das notificações: Ibura (14), Várzea (12), Cohab (10), Dois Unidos (9), Areias (8), Nova Descoberta (9), Cordeiro (8) e Água Fria (5), onde a cobertura de esgotamento sanitário é inferior a 50% e parte do esgoto escoia por canais abertos, condição favorável à reprodução dos mosquitos vetores.

No final de 2015, com a epidemia instalada, observa-se aumento significativo dos casos de microcefalia entre recém-nascidos no Nordeste. A comunidade médica volta seus olhos para o vírus Zika como principal causador da Síndrome. Logo, estudos e pesquisas foram motivados, reconhecendo que os estudos epidemiológicos sobre desenvolvimento infantil exigem avaliação das condições ambientais vinculadas aos fatores sociais, econômicos e de atenção à saúde considerando a indissociabilidade entre aspectos biológicos, subjetivos e sociais.

A proposta de pesquisa interdisciplinar vivenciada pela participação no Projeto de Pesquisa intitulada “Estudo de coorte das crianças Nascidas no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco: os fatores associados à Síndrome Congênita do Vírus Zika”, mostra-se extremamente relevante, entre outras aproximações, para apreensão da questão social imbricada no acometimento das crianças com microcefalia e a desigualdade social, vista como um dos maiores fatores geradores do surto de Zika vírus. A inserção de um grupo de estudantes e de uma docente do Curso de Graduação em Serviço Social, buscou ampliar o conhecimento da realidade social das crianças e de suas famílias, com vistas a favorecer o acesso a direitos socioassistenciais, por tratar-se de uma pesquisa-ação. Dessa forma, foram realizadas 26 entrevistas com pessoa de referência das crianças, em sua maioria

mães, com atendimento especializado e socioeducativo, incluindo encaminhamento à rede territorial via Centro de Referência da Assistência Social-CRAS.

Os dados coletados revelaram que o surto da Síndrome Congênita do Zika vírus teve interface com as condições socioeconômicas e sanitárias da população, atingindo enormemente famílias de baixa renda que vivem em áreas periféricas e refletindo a desigualdade social a que são submetidas. Para além da pauperização resultante da desigualdade entre as classes, as famílias encontram óbices na concretização dos direitos conquistados tendo em vista os novos quadros sociais que se apresentam e que discutiremos adiante.

2.4. Síndrome congênita do Zika Vírus no contexto da COVID 19

A epidemia do Zika vírus demonstrou-se não só como um problema de saúde pública, mas também se revelou como expressão da questão social, econômica e política (NUNES; PIMENTA, 2016), desvelando um quadro de desigualdades sociais já existentes e agudizadas através dos reflexos das doenças causadas. Cinco anos após o surto da microcefalia decorrente do Zika Vírus no Brasil, surgiu, em fevereiro de 2020, a pandemia do novo Coronavírus e rapidamente se espalhou por todos os estados, nos diversos setores da sociedade, porém com maior letalidade nas populações mais vulnerabilizadas.

No que se refere às crianças com microcefalia e suas famílias, a pandemia impactou de diversas maneiras; do isolamento social à maior predisposição a doenças respiratórias, o impacto econômico foi grande sobre as famílias mais pobres. Somaram-se a dificuldade do acesso ao tratamento, seja pela substituição dos serviços terapêuticos presenciais para teleatendimento, seja pela suspensão de um programa de transporte para tratamento de saúde – o Programa Pernambuco Conduz, reduziu suas atividades a pacientes que realizam hemodiálise (FONSECA, 2020). Reportagens jornalísticas, apontam involução clínica em consequência da interrupção de atendimentos especializados e no atraso na oferta de medicações essenciais ao tratamento diário fornecidas pelo SUS.

No que se refere ao perfil econômico das famílias com crianças acometidas pela SCZ confirmadas e/ou em investigação, entre as entrevistadas, todas eram de baixa renda. De acordo com a sistematização dos dados das entrevistas realizadas no projeto, de um total de 26 famílias entrevistadas, 10 possuíam renda proveniente de trabalho informal e 12 inscritas no Programa Bolsa Família, apenas 2 desses casos foram contemplados com o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Em fevereiro de 2020, foi aprovado uma medida para concessão de pensão vitalícia à crianças com microcefalia, entretanto, esta destinou-se apenas àquelas que já possuíam o BPC (ALVES, 2020) demonstrando, mais uma vez, a



focalização da Política de Assistência Social, a qual, apesar dos avanços não garante a universalização do direito a todos/as que dela precisam.

Com a chegada do novo Coronavírus, mães que já passaram por uma epidemia, agora passam pelo mesmo assombro diante da pandemia. Vários casos são relatados mostrando as dificuldades de mães e famílias enquanto o acesso ao auxílio emergencial disponibilizado pelo Governo Federal. Seguindo o critério do Auxílio Emergencial do Governo Federal, mulheres-mães chefes de família, teriam direito de receber o valor máximo do auxílio e garantir as despesas básicas. Porém, como afirma Germana Soares, presidenta da União de Mães de Anjos (UMA), Associação de Mães de crianças com SCZ, em entrevista concedida no dia 14 de abril do corrente à TV JORNAL, o direito não chega a todas as famílias e muitas são supridas por doações de cestas básicas, álcool, fralda, máscaras, entre outros itens.

Pontua-se ainda que ao longo dos anos os atendimentos têm diminuído, em grande parte isto se dá pelo menor investimento e demandas 'ultrapassadas' por novas necessidades de assistência emergencial (OLIVEIRA, 2018). O quadro foi agudizado no contexto da Covid-19, afetando a continuidade do cuidado especializado necessário para os avanços clínicos e socialização das crianças. Nunes e Pimenta (2016) pontua esse processo como parte de uma zona de negligência na saúde, ou seja:

[...] da forma como determinados assuntos ou grupos se tornam visíveis ou invisíveis nesse processo. A negligência pode estar presente mesmo quando é dada muita atenção a determinado assunto, pois a qualidade dessa atenção pode ser superficial, passageira ou não considerar aspectos subjacentes importantes (p. 26).

Tanto a epidemia do Zika Vírus quanto a pandemia de Covid-19 tomaram imensa proporção nos meios midiáticos, entretanto, questões como estas, especialmente vivenciadas pelas populações mais pobres, tendem a receber menor atenção e investimento financeiro do Estado que deveria exercer o papel de, como responsável pelo fundo público, atender as necessidades humanas postas.

3. CONCLUSÃO

A Covid-19 é elemento novo e inesperado em nível global, sendo compreensível a dificuldade de enfrentamento imediato das diversas situações oriundas da pandemia. No entanto, a situação da saúde escancara fatores já existente no Brasil desde sua formação e reforçados nos últimos anos com o avanço do ideário neoliberal: extrema desigualdade e fragilidade das políticas sociais.



Desde sua gênese, o Sistema de Saúde brasileiro nunca foi implementado conforme o alcance de seus princípios e diretrizes. Deparou-se, e depara-se até à atualidade, com desafios de gestão, subfinanciamento e disputas mercadológicas. No enfrentamento à pandemia do novo Coronavírus tem sido desafiado em sua capacidade instalada e demandas sobrepostas ao lado de investimentos reduzidos.

Na esteira de contrarreformas que se desdobraram no Estado brasileiro, há impactos ao SUS; destaca-se, como já apontado anteriormente, a Emenda Constitucional 95 do teto dos gastos públicos e seus rebatimentos preocupantes no que diz respeito ao financiamento das políticas sociais e em especial da de Saúde; os efeitos dessa ofensiva são mais visíveis, no contexto pandêmico em que o Brasil se insere.

As dificuldades enfrentadas pelas famílias de crianças nascidas com microcefalia para continuidade do cuidado e acesso às terapias e profissionais de saúde, frente à insuficiência da rede de serviços em Pernambuco, tornaram-se ainda maiores. A assistência foi impactada pela suspensão ou redução drástica de atendimentos presenciais, deixando efeitos de involução clínica, conforme fala de familiares em reportagens na mídia.

Vale ressaltar que fatores socioeconômicos e de saúde estão interligadas, desta forma investimento nas condições de saúde da população implica diretamente investimento na vida e nas necessidades humanas de trabalho, renda, habitação, educação, cultura e lazer.

Acentuam-se novas barreiras que se unem às já existentes no acesso ao direito à Saúde. Crianças e famílias que outrora, no *rush* da epidemia, enfrentaram o despreparo do Estado para enfrentamento da Síndrome Congênita do Zika vírus, seguem enfrentando a fragilidade das políticas sociais diariamente, sendo que a pandemia da COVID 19 levanta novas questões e exige novas respostas. Assim, faz-se importante reafirmar veementemente os princípios do SUS e a defesa da Saúde pública, universal e de qualidade, bem como o fortalecimento do sistema de proteção social brasileiro.

Situadas no campo do Serviço Social, destacamos o compromisso ético-político da profissão, disposto na Lei de Regulamentação da profissão (Lei 8.662/93) e no Código de Ética Profissional, de defesa intransigente dos direitos humanos, consolidação e ampliação da cidadania e da democracia, bem como, da equidade, justiça social, e universalização do acesso direitos sociais, materializados nas políticas sociais públicas.

Reiteramos, assim, a importância da luta pela conquista e manutenção dos direitos sociais, e de se manter acesa a esperança mesmo em tempos tão incertos. acreditando, conforme poeticamente canta Gonzaguinha, que “hoje é semente do amanhã! Para não ter medo, que este tempo vai passar”.



REFERÊNCIAS

- ALVES, Pedro. Cinco anos após zika, crianças com microcefalia sofrem com falta de terapias e remédios devido ao novo coronavírus. **G1**, 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/pe/pernambuco/noticia/2020/05/20/cinco-anos-apos-zika-criancas-com-microcefalia-sofrem-com-falta-de-terapias-e-remedios-devido-ao-novo-coronavirus.ghtml>> Acesso em: 22 de Jul. de 2020.
- BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: Fundamentos e história**. 6.ed., São Paulo: Cortez, 2009)
- BRASIL, 2015, Lei n. 13.146, de 6 de jul. de 2015. **Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm>. acesso em: 27 de jul. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Monitoramento integrado de alterações no crescimentos e desenvolvimentos relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, n. 39, v. 49, 45ª nov. 2015 à 30ª Jul. 2018 semanas epidemiológicas. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/setembro/11/2018-047.pdf>. Acesso em: 29 de jul. 2020.
- DINIZ, Débora. **Zika: do sertão nordeste a ameaça global**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.
- ESPÍRITO SANTO (estado), Secretaria do Estado de Saúde. Zika Virus. **Portal do governo do Espírito Santo**, 2015. Disponível em: <<https://mosquito.saude.es.gov.br/zika-virus.>> Acesso em: 20 de Jul. 2020.
- FONSECA, D. Mães e pessoas com deficiência sofrem com suspensão do programa PE Conduz. **TV Globo**, Pernambuco, 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/pe/pernambuco/noticia/2020/07/23/maes-e-pessoas-com-deficiencia-sofrem-com-suspensao-do-programa-pe-conduz.ghtml>>. Acesso em: 25/07/2020.
- GERSCHMAN, Sílvia. **A democracia inconclusa**. Um estudo da Reforma Sanitária Brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- IAMAMOTO, Marilda; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**. 41 - ed. São Paulo: Cortez, 2014. Cap. 2 - p. 84.
- LESSER, Jeffrey; KITRON, Uriel. A geografia social do zika no Brasil. Estudos Avançados, [S.L.], v. 30, n. 88, p. 167-175, dez. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-40142016.30880012>.
- LUCHESE, Patrícia T. R. (org.). **Políticas Públicas em Saúde**. Coleção informações para tomadores de decisão em Saúde. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004. 90 p.
- MELO, D. *et al.* Determinações Sociais da Saúde e o Surto de Microcefalia em Pernambuco. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 16, 2018, Vitória. Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. Vitória: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 2018. p.8.
- NUNES, João; PIMENTA, Denise Nacif. A EPIDEMIA DE ZIKA E OS LIMITES DA SAÚDE GLOBAL. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, [S.L.], n. 98, p. 21-46, ago. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-6445021-046/98>.
- OLIVEIRA, Carlindo Rodrigues de; OLIVEIRA, Regina Coeli de. Direitos sociais na constituição cidadã: um balanço de 21 anos. **Serviço Social & Sociedade**, [S.L.], n. 105, p. 5-29, mar. 2011. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0101-66282011000100002.>> Acesso em: 26 de jul. de 2020.
- OLIVEIRA, Erivânia de Melo Ferreira; MIRANDA, Ana Paula Rocha de; SOUZA Fernanda Marques. Precarização do trabalho e exercício profissional nos serviços de saúde. in: Encontro Internacional de Política Social, 6; Encontro Nacional de Política Social, 13., 2018.



Anais Encontro Nacional e Internacional de Políticas Sociais. Vitória: UFES, 2018. Disponível em: <www.periodicos.ufes.br/EINPS/article/download/20197/13538>. Acesso em: 10 jul. 2019.

RAICHELIS, Raquel. Proteção social e trabalho do assistente social: tendências e disputas na conjuntura de crise mundial. **Serviço Social & Sociedade**, [S.L.], n. 116, p. 609-635, dez. 2013. FapUNIFESP (SciELO). disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/s0101-66282013000400003>> . acesso em 25 de jul de 2020.

ROMERO, Luiz Carlos. **O Sistema Único de Saúde:** Um capítulo a parte. Publicação e documentação - Senado Federal (online), 2006. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/outras-publicacoes/volume-v-constituicao-de-1988-o-brasil-20-anos-depois.-os-cidadaos-na-carta-cidada/seguridade-social-o-sistema-unico-de-saude-um-capitulo-a-parte/view.>> Acesso em: 27 jul. 2020.

SEM auxílio de R\$ 600, mães de crianças com microcefalia pedem ajuda. **TV Jornal**, Pernambuco 14 de Abr. de 2020. Disponível em: <<https://tvjornal.ne10.uol.com.br/bronca-24-horas/2020/04/14/sem-auxilio-de-r-600-maes-de-criancas-com-microcefalia-pedem-ajuda-186982>> Acesso em: 23 de Jul. de 2020.

SPOSATI, Aldaíza. Proteção Social e seguridade Social no Brasil. São paulo: **Revista Serviço Social e Sociedade**, nº 116, p. 652-674, out-dez, 2013.

TEIXEIRA, M. **Sobreviventes de uma epidemia, crianças com microcefalia enfrentam desafios de uma pandemia.** Diário de Pernambuco, Pernambuco, 2020. Disponível em: <https://www.diariodepernambuco.com.br/noticia/vidaurbana/2020/04/sobreviventes-de-uma-epidemia-criancas-com-microcefalia-enfrentam-des.html>. Acesso em: 25/07/2020.

VIACAVA, Francisco; OLIVEIRA, Ricardo Antunes Dantas de; CARVALHO, Carolina de Campos; LAGUARDIA, Josué; BELLIDO, Jaime Gregório. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 23, n. 6, p. 1751-1762, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>>. Acesso em 26 de jul. de 2020.



POLÍTICA SOCIAL E COVID-19: IMPACTOS DA PANDEMIA EM UMA INSTITUIÇÃO DE SERVIÇO ESSENCIAL

Erica Natacha Guterres (Prefeitura Municipal De Niterói); Taisa Sabino Veríssimo (Prefeitura Municipal De Niterói); Tatiana Silveira De Souza Da Conceição (Prefeitura Municipal De Niterói).

RESUMO: O presente artigo apresenta relato de experiência vivenciada pela equipe de Serviço Social atuante em um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) durante o período de pandemia de COVID-19. Pretende-se discorrer sobre os múltiplos impactos deste contexto no trabalho desempenhado pelo equipamento, a partir da definição da Assistência Social como serviço essencial neste período.

Palavras chaves: Pandemia. Política de Assistência Social. Proteção Social Básica

ABSTRACT: The present article relates to the experience experienced by the Social Services team attending the Social Assistance Reference Center (CRAS) during the COVID-19 pandemic period. Claim to be exposed to multiple impacts in the context of the unforeseen event of the equipment, from the definition of Social Assistance as an essential service period.

Keywords: Pandemic - Social Assistance Policy - Social Protection Basic

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho objetiva discorrer sobre a atuação profissional em contexto de pandemia do Covid-19, sob a perspectiva do Serviço Social, atuante em um equipamento da Proteção Social Básica, o Centro de Referência Assistência Social (CRAS). Pretende-se também, discutir sobre invisibilidade da Política da Assistência Social frente aos demais segmentos da sociedade inclusos no rol dos serviços essenciais.

Busca-se, inicialmente, contextualizar a trajetória histórica desta política e suas especificidades, sobretudo a recente mudança de status, passando de simples iniciativas caritativas/beneficentes para a perspectiva do direito, enquanto política social. Tais mudanças só ocorreram a partir da Constituição de 1988, onde a Assistência Social está inclusa no chamado “tripé” da Seguridade Social, juntamente com a Política de Saúde e a Previdência Social, sendo destinada para aqueles que necessitem e sem exigência de contribuição prévia. No segundo momento deste artigo, aborda-se o funcionamento do SUAS, o significado da Proteção Social Básica e Proteção Social Especial dentro deste sistema. Detalha-se os serviços ofertados pelo CRAS, seus objetivos e funcionamento, conforme a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais (2014). Em seguida, cabe apresentar o contexto da pandemia de covid-19 no mundo e no país, bem como a evolução da doença desde seu surgimento que ocorreu, oficialmente, em dezembro de 2019.

Por fim, destaca-se a realidade vivenciada através da atuação profissional no CRAS neste período, instituição que representou um dos poucos locais em funcionamento, desde o início da pandemia, para atendimento direto à população. Apesar de todas as recomendações das autoridades sanitárias de manutenção do distanciamento para proteção de profissionais e usuários atendidos, a experiência cotidiana expõe que a falta de acesso às informações necessárias sobre os benefícios criados para enfrentamento da pandemia, recursos insuficientes para acesso a estas informações e tendo o CRAS como local de referência no território provocou grande aumento do volume de atendimento. Cabe destacar que o CRAS está localizado nos territórios mais vulneráveis, com altos níveis de pobreza e miséria, ou seja, a população mais atingida com os rebatimentos da pandemia.

O aumento exponencial das demandas de atendimento tornou-se inevitável, trazendo tensões e inseguranças aos trabalhadores expostos a esta realidade.

2. A ASSISTÊNCIA SOCIAL COMO POLÍTICA PÚBLICA

A assistência sempre foi vista pelo Estado e pelo capitalismo como um meio de manter o controle sobre a população, de mediar os conflitos existentes entre a sociedade e o Estado.

A política de Assistência Social no Brasil foi concebida na Constituição Federal de 1988 em que pela primeira vez foi entendida como política pública. Compõe juntamente com a Saúde e a Previdência Social o tripé da Seguridade Social no país. O primeiro projeto que se configura um avanço e um marco para a assistência é o seu caráter como política de direitos universais, fundada na participação popular e no controle social a partir da Constituição.

Em 1993 foi promulgada a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) que versa sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Define em seu primeiro artigo a Assistência Social como política social não contributiva, de direito do cidadão e dever do Estado. Tem como atribuição prover os mínimos sociais e realiza-se através das ações conjuntas entre iniciativa pública e sociedade, a fim de atender às necessidades básicas. (Brasil, 1993)

Em 2004, após onze anos do lançamento da LOAS, algumas conquistas já podiam ser observadas no campo da assistência social, como o aumento dos gastos públicos nesse seguimento e a capilaridade do sistema que alcançava 4500 municípios com secretarias específicas (Brasil, 2004). Neste ano foi publicada a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) cumprindo as deliberações da IV Conferência Nacional de Assistência Social que aconteceu em 2003. Pautava como principal necessidade a construção e concretização do Sistema Único de Assistência Social, como previsto na LOAS, para que efetivamente a Assistência Social fosse tida como política pública (Brasil, 2004). A Norma Operacional Básica (NOB/ SUAS) de 2005, disciplina e operacionaliza a gestão do Sistema Único de Assistência Social e a NOB/RH de 2006 versa sobre a gestão de Recursos Humanos no âmbito da política de Assistência Social.

A Assistência Social no Brasil como política pública se deu de forma tardia, sua utilização pelos governantes e pelo capital como forma de barganha faz com que seu status de política social que confere direitos tenha que ser constantemente reafirmada como tal, visto que ainda é tida como benesse, favor, assistencialismo. Iamamoto (2015) diz que defender direitos requer afirmar a primazia do Estado, instância imprescindível à sua universalização, no entanto, esse propósito se contrapõe a uma nova política de ajustes, de influência neoliberal, comprometida com a lógica financeira fazendo com que prevaleça os interesses desta. “[...] Essa regulamentação ratifica a subordinação dos direitos sociais à lógica

orçamentária, a política social à política econômica e subverte o preceito constitucional.” (IAMAMOTO, 2015, p.197).

3. PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA: O CENTRO DE REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL E SUAS ATRIBUIÇÕES NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) foi instituído em 2005, a partir da aprovação da Norma Operacional Básica - NOB/SUAS, apresentando a orientação para gestão da Política de Assistência Social de forma descentralizada e participativa nos três entes federativos, sendo responsável por operar a proteção social nos territórios, conforme abordado no tópico anterior.

A proteção social no âmbito da operacionalização da Política de Assistência Social oferta serviços específicos, de acordo com a necessidade da população e se divide em dois grandes segmentos para efetivação do SUAS: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial.

A proteção Social Especial destina-se aos indivíduos e grupos populacionais que estejam em risco pessoal e/ou social de qualquer ordem e que tenham seus direitos fundamentais violados, divide-se em média e alta complexidade. A média complexidade é composta pelo acompanhamento de indivíduos e grupos que apesar do contexto de violação de direitos ainda obtenham vínculos com familiares, amigos, comunidades, instituições, entre outros, mesmo que fragilizados. Os principais equipamentos que materializam a proteção social de média complexidade são os Centros de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS) e Centro de Referência Especializada para População em Situação de Rua (Centro Pop).

A proteção social especial de alta complexidade trata do acompanhamento de usuários em risco social e/ou pessoal, apresentam rompimento de vínculos, necessidade de acolhimento, temporário ou permanente. Instituições de acolhimento, como abrigos e Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), compõem a aplicação desta modalidade de proteção social dentro do SUAS.

São serviços ofertados pela proteção social especial de média e alta complexidade, segundo a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais,

II - Serviços de Proteção Social Especial de Média Complexidade: a) Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI); b) Serviço Especializado em Abordagem Social; c) Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA), e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC); d) Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias; e) Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua. III - Serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade: a) Serviço de

Acolhimento Institucional, nas seguintes modalidades: - abrigo institucional; - Casa-Lar; - Casa de Passagem; - Residência Inclusiva. b) Serviço de Acolhimento em República; c) Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora; d) Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências. (BRASIL, p.10, 2014)

Este artigo trata especialmente de uma experiência vivenciada a partir da atuação profissional em um equipamento que compõe a proteção social básica, portanto, pretende-se detalhar os serviços ofertados por este segmento. A proteção social básica tem como objetivo a prevenção dos riscos de ordem social/pessoal e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários.

O CRAS é o principal equipamento desta proteção social e representa a principal porta de entrada dos usuários para os serviços do socioassistenciais. Estão localizados, estrategicamente, nos territórios com maiores índices de pobreza/vulnerabilidade social, busca atender as demandas da população articulando a rede socioassistencial e demais políticas setoriais conforme a necessidade das famílias atendidas. É um equipamento que funciona como serviço de livre demanda para a população da área de abrangência do território.

A proteção social básica, através dos CRAS, oferta três serviços à população: Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos e Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas.

O Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) é realizado necessariamente pelo CRAS, sendo o principal serviço, pois está diretamente articulado aos demais. Tem como objetivo essencial o fortalecimento do caráter protetivo das famílias e a prevenção do rompimento e fragilidade dos vínculos familiares e comunitários. É um serviço baseado no respeito aos diferentes arranjos familiares, buscando o desenvolvimento das potencialidades dos indivíduos que a compõem. Neste sentido,

[...] consiste no trabalho social com famílias, de caráter continuado, com a finalidade de fortalecer a função protetiva das famílias, prevenir a ruptura dos seus vínculos, promover seu acesso e usufruto de direitos e contribuir na melhoria de sua qualidade de vida. (BRASIL, p.12, 2014)

Os usuários acompanhados no PAIF chegam ao CRAS por demanda espontânea, busca ativa ou através do encaminhamento da rede de serviços socioassistenciais e políticas setoriais. A inserção neste serviço ocorre a partir de avaliação do técnico do SUAS, responsável pelo atendimento/acompanhamento da família em questão, traçando os objetivos a serem alcançados e respeitando a autonomia das famílias e usuários neste processo. O

PAIF visa possibilitar as seguintes seguranças, conforme a PNAS (2004): acolhida, desenvolvimento da autonomia e convívio familiar e comunitário.

O Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) tem o objetivo de trabalhar demandas individuais comuns de forma grupal/comunitária, considerando o ciclo de vida. O trabalho é desenvolvido com crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos, agrupados pela faixa etária. Através deste serviço busca-se promover a troca de experiências vivenciadas pelos indivíduos e grupos, estimulando o pertencimento comunitário e a construção/fortalecimento da identidade enquanto sujeito de direitos. Trata-se de um trabalho social com as famílias buscando a construção de estratégias autônomas e emancipadoras para enfrentamento das vulnerabilidades sociais identificadas.

O Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas tem como finalidade a prevenção de riscos pessoais/sociais que possam resultar em rompimento e/ou fragilidade dos vínculos familiares e/ou comunitário. O atendimento em domicílio busca promover o acompanhamento social destes usuários. O trabalho é realizado objetivando viabilizar o acesso aos direitos sociais, possibilitar mecanismos para inclusão e participação da vida comunitária a partir das necessidades e potencialidades destes usuários. Com a inserção neste serviço pretende-se encaminhar os usuários ao SCFV, conforme as demandas identificadas e possibilidade de deslocamento e acessibilidade, bem como articulação com os demais serviços da rede sociassistencial e intersetorial.

Os dois últimos serviços estão diretamente vinculados ao PAIF, pois somente a partir dele é possível prover a integralidade do acompanhamento às famílias do território de abrangência, visando promover a proteção e o desenvolvimento das famílias atendidas.

4. PANDEMIA DE COVID-19 E SEUS IMPACTOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE O TRABALHO DESENVOLVIDO EM UM CRAS EM CONTEXTO DE PANDEMIA MUNDIAL

O advento do chamado Novo Corona Vírus ou Covid-19 se apresenta ao mundo como uma doença respiratória aguda, ameaçadora da vida e de fácil contágio, exigindo mudanças relacionais nas diversas instâncias da vida humana: vida social, pessoal, familiar, profissional...

Os primeiros casos oficiais de pessoas acometidas pelo vírus acontecem em uma cidade da China em dezembro/2019, onde se expande rapidamente apresentando exorbitantes taxas de letalidade. As ocorrências de novos casos ultrapassam as fronteiras da China nos meses



seguintes, afetando os demais continentes do globo de forma rápida e acentuada, ocasionando episódios de grandes surtos da doença em diversos países, sobretudo, na Europa. A Organização Mundial de Saúde decretou o estágio de pandemia mundial de Coronavírus em 11/03/2020, momento em que “o número de casos fora da China aumentou 13 vezes e o número de países afetados triplicou. São mais de 118 mil casos ao redor do mundo e 4.291 mortes”, conforme o noticiado pelo site de notícias G1.com.

No Brasil, o primeiro caso oficial da doença é identificado em São Paulo em 25/02/2020, conforme noticiado pelo Ministério da Saúde. A definição de pandemia mundial fez com que as autoridades governamentais, principalmente as instâncias estaduais e municipais, adotassem medidas radicais como tentativa de controle da expansão do vírus. Comércio, escolas, restaurantes, bares, dentre outros setores e serviços da sociedade suspenderam suas atividades para evitar a circulação de pessoas. Os serviços de transporte coletivo foram suspensos ou reduzidos em muitas capitais do Brasil. Tais iniciativas objetivavam reduzir a aglomeração de pessoas, considerando que a disseminação do vírus ocorre através de contato próximo com pessoa ou superfície infectada pela doença.

Apesar dos esforços de algumas autoridades governamentais a doença tem se mostrado implacável no Brasil. Conforme noticiado pelo site de notícias Correio Braziliense em 29/06 “o país chegou a 58.314 mortes e 1.368.195 infectados pelo novo Coronavírus. Os números mantêm o Brasil em segundo lugar do ranking mundial dos países mais afetados pela doença.”. Tal situação trouxe impactos, ainda imensuráveis, de diversas ordens para o país, visto que a pandemia está em curso. No entanto, trabalhando com a Política de Assistência Social é possível identificar, empiricamente, o aumento descomunal da procura pelos equipamentos desta política, principalmente, de pessoas em busca de suporte financeiro/alimentar para a manutenção da vida.

4.1 Rebatimentos do contexto de pandemia no cotidiano profissional

No contexto da pandemia e a partir da experiência vivenciada enquanto profissional do SUAS considera-se que as desigualdades provocadas pelo capitalismo se intensificaram nesse período. Atingiu não só os mais vulneráveis como aqueles que nunca tiveram proximidade com a assistência social. A invisibilidade da assistência se concretiza quando ela não é vista pela sociedade enquanto política pública, mas sim como caridade, ajuda, assistencialismo. Apesar de seus esforços em ser reconhecida como política pública a

assistência ainda carrega o estigma de práticas assistencialistas voltada para o público miserável, conforme (IAMAMOTO, 2015, p.306) “A população-alvo das políticas de assistência social (e conseqüentemente do Serviço Social) é lida a partir da categoria de “subalterno”.

Apreende-se que esses fatos se devem também ao comportamento do Estado e seu olhar, ou a falta dele, para essa política que ao longo dos anos sofre desmonte e perde os direitos que foram conquistados e confirmados pela CF/88. Bem como a manutenção de práticas clientelistas e assistencialistas que corroboram para que a assistência social não seja reconhecida pela perspectiva do direito social.

Este contexto de sucateamento e desmonte de direitos, já era percebido e sentido pelas classes mais vulneráveis, atingindo as demais políticas sociais e se acentua com a epidemia de Coronavírus, isso se evidencia com a MPV 927/2020, que trata da flexibilização das relações de trabalho, permitindo suspensão de contratos, redução de jornada e salário, dentre outros.

Nesse período de pandemia, a mídia, os meios de comunicação em geral têm papel fundamental ao citar, ainda que de maneira distorcida, constantemente o CRAS como local de busca informações diversas, principalmente sobre o acesso a os programas emergenciais do governo. Isso fez com que os equipamentos sofressem com um acúmulo de demandas e o profissional, que também faz parte desse movimento e vive as angústias da conjuntura atual, absorvesse a sobrecarga de notícias passadas em tempo real, excesso de trabalho e novas demandas que exigem respostas rápidas. No cenário atual de Covid-19, em que o isolamento social se faz necessário, devido ao alto índice de contágio do vírus, as pessoas recorrem aos CRAS, como único local de acesso para informações. Formam-se filas gigantescas nos equipamentos causando aglomerações colocando a vida de todos os envolvidos em risco, indo na contramão das orientações da Organização Mundial de Saúde, transformando o CRAS em um local para esclarecimentos de todo e qualquer tipo de dúvidas.

A realidade é que se vivencia o medo do alto índice de contágio do vírus e, junto a isso, o medo da fome que obriga a população a sair de suas casas à procura de orientações para acesso aos benefícios emergenciais criados para o enfrentamento da pandemia, tais como: inscrições para o auxílio-emergencial, benefício ofertado pelo governo federal; o Renda Básica Temporária ofertado pela Assistência Social municipal; as cestas básicas e outros. Iniciativas criadas como forma de amenizar os impactos econômicos e sociais causados pelo vírus.

O curto espaço de tempo para inscrições, análise e entrega dos benefícios; a falta de informações; o fluxo exorbitante de usuários nos CRAS; e a falta de profissionais para atender e dar respostas às novas demandas faz surgir uma nova realidade. Os serviços ofertados pelos CRAS (Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família -PAIF; Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos- SCFV; Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas), conforme o SUAS, estão todos suspensos. Um aprofundamento da questão social se evidencia, levando o profissional a buscar formas alternativas de trabalho, como orienta a nota técnica do CFESS para proteção dos profissionais e usuários mantendo o atendimento à população.

O serviço social é uma profissão determinada pelas condições conjunturais e sociais, mas também é fruto das respostas do trabalho do profissional porque ao mesmo tempo em que somos condicionados pelas requisições do Estado e de outros espaços ocupacionais somos o resultado do nosso próprio trabalho, daquilo que produzimos. Segundo Yamamoto (2015) temos um relativo controle sobre o nosso trabalho. Nessa conjuntura de pandemia, a categoria profissional se viu sujeitada a se reinventar para atender as novas requisições da classe trabalhadora, ao mesmo tempo em que não tem os seus próprios direitos garantidos.

Se antes, a luta pelo reconhecimento profissional já existia, agora se torna acentuada. A população vivencia uma repressão econômica expressiva, já que o vírus atingiu a economia alcançando todas as classes, porém os considerados vulneráveis foram os mais prejudicados. “Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização das Nações Unidas (ONU) indicam que as populações mais pobres serão as mais atingidas pelo novo Coronavírus/Covid-19” (CFESS/2020) demandando uma maior atuação dos profissionais.

Esta conjuntura caótica impactou diretamente no trabalho desempenhado pelo CRAS. Os profissionais se depararam com uma realidade de trabalho em que os recursos são poucos diante da necessidade: falta de local apropriado para o acolhimento e uma escuta qualificada, ausência de proteção adequada, desgaste da saúde física e mental, número expressivo de profissionais em afastamento de saúde pela infecção de coronavírus. Tais condições evidenciam as amarguras dos efeitos da pandemia e a invisibilidade que sempre esteve presente sendo acentuada neste contexto.

5. CONCLUSÃO

Os serviços oferecidos pela Política de Assistência Social foram considerados essenciais no contexto da pandemia de Covid-19 no Brasil. A Portaria de nº54/2020 do



Governo Federal, trouxe recomendações para o exercício profissional neste período. Ser considerado essencial significou aumento e diversificação das demandas de trabalho, expondo os trabalhadores a risco de contágio e conseqüentemente ao estresse e ansiedade, como apresentado no presente artigo.

Considera-se que o apoio esperado ao exercício profissional nesse momento se deu de forma restrita como, por exemplo, organização e divulgação com antecedência mínima das ações, a fim de evitar filas e aglomeração dos que necessitavam de orientação e benefícios. O reconhecimento profissional, que poderia vir em forma de um valor adicional aos salários dos profissionais que estão na linha de frente, já que os trabalhadores da Assistência Social Municipal aguardam há anos pela aprovação do seu Plano de Cargos e Salários que anda a passos lentos.

Portanto, enquanto trabalhadores do SUAS, seguimos cumprindo com nossas atribuições profissionais e compromisso ético, bem como nos protegendo individual e coletivamente. Como preconiza o Conselho Federal de Serviço Social “é nosso dever ético continuar prestando auxílio à população brasileira. Isso não quer dizer que devemos pôr em perigo as nossas vidas, pelo contrário. Devemos nos resguardar de todas as formas possíveis, nos protegendo.” (CFESS,2020).



REFERÊNCIAS

- AQUINO, Vanessa e MONTEIRO, Natália. Brasil confirma primeiro caso da doença. Ministério da Saúde, 26 de fev. de 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46435-brasil-confirma-primeiro-caso-de-novo-coronavirus>. Acesso em: 28.06.2020.
- BRASIL. Lei Orgânica da Assistência Social. **Tipificação nacional de serviços socioassistenciais**. Brasília, Ministério de Desenvolvimento Social, 2009.
- BRASIL. **LOAS-Lei Orgânica da Assistência Social** -lei 8742, de 07 de dezembro de 1993.
- BRASIL. Ministério da Cidadania, Secretaria Especial do Desenvolvimento Social/ Secretaria Nacional de Assistência Social. **Portaria nº 54 de 1 de abril de 2020**. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, 02 abr.2020. Seção 1, p.6. Disponível em: www.in.gov.br . Acesso em 27.06.2020.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Norma Operacional Básica-NOB/SUAS**. 2005.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil.Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Medida Provisória nº 927, de 22 de março de 2020**. Dispõe sobre as medidas trabalhistas para enfrentamento do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, e da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (**covid-19**), e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2020/Mpv/mpv927.htm. Acesso em 27.06.2020.
- CFESS. Conselho Federal do Serviço Social. **CFESS Manifesta Os Impactos do Coronavírus no trabalho do/a assistente social**.<www.cfess.org.br>. Acesso em 27.06.2020.
- CFESS. Conselho Federal do Serviço Social. **Código de Ética profissional do/a Assistente Social**. Brasília: CFESS, 1993.
- CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de assistência social**. Série: trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília, CFESS, 2009.
- COUTO, B. R., Carmelita, Y. M., da Silva, M. O.,&Raichelis, R. (2014). **O Sistema Único de Assistência Social no Brasil: uma realidade em movimento**. Cortez Editora.
- IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 9 ed. – São Paulo: Cortez, 2015.
- RAICHELIS, Raquel. **O Trabalho e os Trabalhadores do SUAS: o enfrentamento necessário na assistência social**. In: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e combate à Fome. **Gestão do Trabalho no SUAS: uma contribuição necessária**. Brasília: Secretaria de Nacional de Assistência Social, 2011.
- TEIXEIRA, Solange Maria. **Política de Assistência Social e Temas Correlatos**. Campinas: Papel Social, 2016.
- MOREIRA, Ardilhes e PINHEIRO, Lara. **OMS declara pandemia de coronavírus**. G1, 11 de março de 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/03/11/oms-declara-pandemia-de-coronavirus.ghtml>. Acesso em: 28.06.2020.
- YASBEK, Maria Carmelita. **Classes Subalternas e Assistência Social**. 3 ed. -São Paulo: Cortez, 1993.

COVID-19, O NOVO CORONAVÍRUS: AS AÇÕES DA SEGURIDADE SOCIAL NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA

Alinny Entringer Lopes (Instituto Capixaba De Ensino Pesquisa E Inovação Em Saúde); Eliana Moreira Nunes Garcia (EMESCAM - Escola Superior De Ciências Da Santa Casa De Misericórdia De Vitória); Kamila Vieira De Moura (UFES - Universidade Federal Do Espírito Santo); **Sara dos Santos Freitas** (EMESCAM - Escola Superior De Ciências Da Santa Casa De Misericórdia De Vitória)

RESUMO: O presente trabalho tem como objetivo analisar como o tripé da Seguridade Social vem respondendo as problemáticas surgidas no enfrentamento à pandemia de COVID 19. Para tal, foi feito resgate histórico acerca das políticas sociais, bem como do modelo atual da Seguridade Social adotado no Brasil. Mais adiante, encontra-se ainda uma abordagem acerca das políticas de enfrentamento a pandemia tomadas pelo Governo Federal. Trata-se de pesquisa bibliográfica, que aponta como principais resultados a manutenção de uma política seletiva e com grandes entraves ao desenvolvimento, quando inserida no modelo econômico marcado pela reestruturação produtiva e ao projeto neoliberal.

Palavras-chave: Política Social; Seguridade Social; COVID-19.

ABSTRACT: The present work aims to analyze how the Social Security tripod has been responding to the problems that arose in the face of the COVID-19 pandemic. To this end, a historical rescue was made about social policies, as well as the current model of Social Security exposed in Brazil. Further on, there is also an approach about the policies to combat the pandemic adopted by the Federal Government. This is bibliographic research, which points as main results the maintenance of a selective policy and with great obstacles to development, when inserted in the economic model marked by the productive restructuring and the neoliberal project.

Keywords: Social Policy; Social Security; COVID-19.

1. INTRODUÇÃO

O presente artigo tem como subeixo “O papel das políticas sociais no enfrentamento da pandemia do novo coronavírus, COVID-19”. Nesse sentido, traz como base e objeto de estudo fazermos o seguinte questionamento: Quais ações no campo das políticas sociais o Governo Federal e seus ministérios têm direcionado ao enfrentamento da pandemia de COVID-19? Isso posto, apresenta-se como objetivo geral da pesquisa: analisar como o tripé da Seguridade Social (Saúde, Previdência e a Assistência) vem respondendo as problemáticas surgidas no enfrentamento à pandemia de COVID-19 e ainda como objetivos específicos: resgatar a construção das políticas sociais no Brasil; identificar o atual modelo de Seguridade Social adotado no Brasil; conhecer as medidas governamentais adotadas pela Seguridade Social na luta contra pandemia de COVID-19.

A motivação dessa pesquisa tem início quando em 31 de dezembro de 2019 quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) é notificada pelas autoridades do governo chinês acerca da identificação de diversas pessoas acometidas por pneumonia na cidade de Wuhan. Na semana seguinte foi informado que o agente etiológico responsável por dar origem àquela doença era um novo tipo de coronavírus, não antes identificado em seres humanos (OMS/OPAS, 2020). O início da década de 20 do século XXI tem como prelúdio a propagação de uma doença que rapidamente acomete pessoas em escala mundial.

A relevância e justificativa de nosso estudo é ilustrada com a decisão tomada no dia 30 de janeiro de 2020, momento em que a Organização Mundial da Saúde (OMS), realiza uma declaração onde classifica o surto da doença causado pelo agente etiológico (Sars-CoV-2) como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, tal grau é considerado o mais alto, que consta dentro do Regulamento Sanitário de Saúde Internacional, isso demonstra a grandiosidade do fenômeno, visto que é a 6ª vez que essa classificação é empregada. Já na primeira quinzena do mês de março, mais precisamente no dia 11, a OMS caracteriza a COVID-19, o novo coronavírus, como pandemia (OMS/OPAS, 2020). Apesar dos esforços realizados por cientistas de todo o mundo, ainda não foi possível formular uma vacina antiviral que possa inibir a propagação da doença ou mesmo, medicamentos que sejam capazes de tratar aqueles que já foram acometidos pela COVID-19.

Segundo o Ministério da Saúde (2020), no Brasil, o primeiro caso de COVID-19 foi identificado no dia 26 de fevereiro de 2020, em São Paulo, os últimos dados do dia 29 de junho de 2020, divulgados pelo Ministério da Saúde mostram que a quantidade de infectados no país já chega a 1.368.195 de pessoas, com 58.314 vítimas fatais. As orientações dadas

pela comunidade científica para minorar a propagação do vírus são primeiramente o isolamento social e o uso de máscaras; na ausência de máscaras cirúrgicas, a população deve-se utilizar máscaras de tecido não cirúrgicas, embora não haja comprovação científica sólida da eficácia de proteção e por consequente da diminuição de chances da contaminação com seu uso, que é sobretudo indicado quando não é possível o distanciamento social mínimo de um metro, como é o caso dos transportes coletivos, ademais deve-se adotar hábitos de higiene que priorizem a lavagem de mãos com água e sabão e também utilizar álcool em gel (OMS/OPAS, 2020).

De tal forma, o presente estudo busca analisar como o tripé da Seguridade Social (Saúde, Previdência e a Assistência) vem respondendo as problemáticas surgidas no enfrentamento à pandemia de COVID 19; para realizar este estudo adota-se como opção metodológica a pesquisa descritiva e bibliográfica de abordagem qualitativa e de natureza pura.

1. POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL: HISTÓRICO, VÍNCULO E CARACTERÍSTICAS

Segundo Behring e Boschetti (2011), a política social, bem como a formatação de modelos de proteção social dela decorrentes, podem ser definidos como respostas às múltiplas expressões da Questão Social, cuja gênese se encontra no sistema capitalista e nas relações de exploração dele advindas, sob a forte insígnia capital-trabalho.

Conforme Behring e Boschetti (2011), embora o debate sobre as políticas sociais seja de âmbito multidisciplinar, a temática possui estreita relação com o Serviço Social. As primeiras aparições desse vínculo se dão no pós crise de 1929, quando se faz importante o estudo acerca dos necessários enfrentamentos às expressões da crise; ou seja, mesmo antes da institucionalização do Serviço Social no país, como profissão em 1936, em São Paulo.

O esboço do que viria a orientar a Seguridade Social no Brasil, é iniciado a partir da Lei Eloy Chaves que instituiu a previdência social, através das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), que garantiu aos trabalhadores contribuintes e suas famílias acesso a assistência médica (PAIM, 2009), bem como, “a concessão de aposentadoria por invalidez, ordinária (por tempo de serviço), pensão por morte” (DEZOTTI; MARTA, 2011, p. 440). Os demais trabalhadores que necessitavam de assistência à saúde dispunham apenas de ações de instituições filantrópicas e religiosas.

Embora os primeiros registros sejam da década de 30, é apenas em 1970 que no Brasil a discussão passa a fazer parte das decisões socioeconômicas e políticas, objetivando, nesse período, o planejamento de programas sociais. Se faz importante lembrar que, vivia-se nesse período a ditadura militar brasileira, ponto indispensável para compreender que nesse momento a interpretação do tema é diversa, inclusive para os então profissionais do Serviço Social (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Neste contexto de efervescência dos movimentos sociais e evolução das demandas sociais, o Serviço Social passa a viver importantes transformações, especialmente em relação ao seu projeto ético-político e a sustentação teórica-metodológica adotadas pela profissão fundada em uma perspectiva crítica de base marxista. Assim, os profissionais passam a contar com um embasamento científico maior, e fortalecem o vínculo e o posicionamento junto a classe social trabalhadora. Sob novas diretrizes e bases presentes no movimento de reconceituação, o Serviço Social passa a contribuir junto às manifestações e reivindicações da classe trabalhadora que se mobiliza em favor da redemocratização do país e na busca pela superação da desigualdade social (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Desde então, o fomento ao debate acerca da política social é visto como aposta para essa superação, uma vez que a política social se expressa através da distribuição da riqueza socialmente produzida, onde o Estado na intenção de minorar os efeitos das expressões da Questão Social, atua em formular, regulamentar e implementar políticas públicas por meio de programas, projetos e serviços (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Atualmente as políticas se configuram como um direito, são administradas pelo estado, mas na maioria das vezes estas se caracterizam por serem políticas focalizadas, setorializadas e fragmentadas. Desta forma, estas são insuficientes para atender a complexidade de necessidades e carências sociais, cujas bases são as desigualdades econômica, social, política e cultural. Assim, não é possível pensar as políticas sociais (apenas) como solução para enfrentar as desigualdades sem levarmos em conta a natureza capitalista, seus princípios, objetivos e métodos (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Tendo como resultado das lutas e movimentos sociais e da necessidade de o Estado oferecer respostas às sequelas da questão social; é inegável que foram promovidos avanços no campo dos direitos sociais. A Constituição Federal promulgada em 1988, possui aspectos favoráveis a proteção social, a defesa dos direitos humanos, políticos, sociais, dentre outros. Na direção dos avanços constitucionais, destaca-se o

Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios foram, em grande parte, construídos a partir da crítica à experiência de vinculação da assistência médica à previdência social; assim como a assistência social derivou da crítica

à experiência da Legião Brasileira de Assistência (LBA) e demais práticas assistencialistas (LOBATO; COSTA; RIZZOTTO, 2019, p.6).

A Constituição Federal de 1988, estabeleceu a Seguridade Social, o termo tem difusos significados e formatações pelos países que o adotam e “não é utilizado para se referir ao mesmo conjunto de políticas sociais” (BOSCHETTI, 2007, p. 91).

A Seguridade Social está descrita no Art. 194 da Constituição Federal como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”, no capítulo II intitulado Da Seguridade Social, que determina a responsabilidade do poder público em organizá-la de acordo com seus objetivos, que são a:

universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; irredutibilidade do valor dos benefícios; equidade na forma de participação no custeio; diversidade da base de financiamento; caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados (BRASIL, 1988, art. 194).

Na Seguridade Social a saúde, é regulamentada pela Lei Orgânica de Saúde (LOS) é uma política social universal, a assistência social é uma política destinada a quem dela necessitar, conforme preconiza a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) e tem um caráter não contributivo. A previdência social, regulamentada pela Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), possui benefícios que demandam contribuição anterior (BOSCHETTI, 2007).

Apesar das conquistas possibilitadas com a Constituição de 1988, não tardou para que ocorresse “uma mudança na correlação de forças no país e a reorganização dos setores dominantes”, que no período de Assembleia Constituinte e anterior a ele “sempre se opuseram à ampliação dos direitos sociais no Brasil, obstaculizando a implantação de direitos consagrados pela Carta Magna” (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2011, p.22).

Ao longo dos anos 90, a estratégia utilizada foi de ajuste perpetrado para o enfrentamento da crise fiscal pela qual o Brasil atravessava. No governo Collor foram adotadas severas medida de austeridade nos investimentos públicos sociais, para que houvesse estabilidade monetária, medida esta que não obtiveram o êxito esperado (VAITSMAN; ANDRADE; FARIA, 2011).

Segundo Salvador (2017) no Brasil, desde 1993, os sucessivos governos optaram por dar sequência a uma política de ajuste fiscal “que prioriza a realização de superávits primários para o pagamento juros, encargos e amortização da dívida pública” (SALVADOR, 2017, p.426-427) de tal maneira o governo federal realizou retiradas “nas contribuições sociais destinadas ao orçamento da seguridade social [...] deixando os recursos públicos liberados

para os condutores das políticas econômicas atenderem os interesses do capital” (SALVADOR, 2017, p. 427) causando exaurimento do financiamento da seguridade social. Desta forma, os governantes suscitam o subterfúgio da existência de um “rombo fiscal” e de “déficits previdenciários” para justificar suas investidas de esfacelamento da Seguridade Social, através de contrarreformas.

Os rebatimentos e inflexões sofridos pela seguridade social, conduziram as reformas na previdência social, ocorridas nos governos Fernando Henrique Cardoso e Luiz Inácio Lula da Silva, materializadas respectivamente pela Emenda Constitucional 20/1998, e a Emenda Constitucional 41/2003 (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2011), tais alterações impactaram os direitos dos trabalhadores do setor privado e do setor público. Segundo Marques e Mendes (2004) reverberou em mudanças na idade mínima para homens e mulheres se aposentarem, condicionalidades para o recebimento da integralidade do benefício, na incorporação da contribuição de servidores inativos, e para os trabalhadores do setor privado a “introdução de uma fórmula de cálculo desse benefício que considerasse a idade de quem requisita a aposentadoria e a expectativa de vida segundo cálculos do IBGE” entre outros (MARQUES; MENDES, 2004. p. 6).

Ademais os desmontes na Seguridade Social mais expressivos ocorrem na década de 2010, no governo Temer com a Emenda Constitucional 95/2016, que congela por 20 anos os investimentos públicos em saúde, assistência social e previdência social. Em 2016 ocorre a implementação da Emenda Constitucional 95, responsável por inaugurar um Novo Regime Fiscal que:

inviabiliza a vinculação dos recursos para as políticas sociais nos moldes desenhado na CF de 1988, ao congelar as chamadas despesas primárias do governo (exceto as despesas financeiras com o pagamento de juros da dívida) por vinte anos, limitando-se a correção pela inflação (SALVADOR, 2017, p. 429).

De acordo com Salvador (2017), o neoliberalismo incorporado no Brasil golpeia o financiamento social e os gastos públicos com a Desvinculação de Receitas da União (DRU), que é operacionalizada desde a incursão do regime de ajuste fiscal no país, atualmente ela autoriza a retirada de 30% dos recursos destinados à seguridade social, que após a desvinculação seu uso é de livre escolha pelo governo federal.

Na gestão do atual presidente, o governo Bolsonaro, ocorre uma profunda Reforma da Previdência Social realizada sob a Emenda Constitucional 103/2019, que altera o sistema de previdência social e estabelece regras de transição e disposições transitórias.

No período das eleições, o presidenciável Jair Bolsonaro já sinalizava a intenção em realizar uma reforma previdenciária, se tornando o principal objetivo de seu governo. A Reforma da Previdência encabeçada pelo Ministro da Economia Paulo Guedes, realiza

proposições através Proposta de Emenda Constitucional 06 de 2019, que se justifica pelo subterfúgio de ser “necessária para que a previdência tenha sustentabilidade no presente e para as futuras gerações, garantindo maior equidade” (LOBATO; COSTA; RIZZOTTO, 2019, p.6).

Com base na argumentação anterior, a PEC nº 6/2019, sugere alterações “para o acesso a benefícios previdenciários: ampliação do tempo de contribuição e de idade, redução do valor de pensões, restrição à aposentadoria rural e ao Benefício de Prestação Continuada (BPC)”. Na mesma PEC foi proposta “uma reestruturação total da previdência que acaba com o regime de repartição/solidário e cria um regime – de capitalização –, expondo, dessa forma, o interesse central do grupo que governa” (LOBATO; COSTA; RIZZOTTO, p. 6, 2019). De acordo com a LOAS o programa de transferência de renda, o BPC, garante um salário mínimo a idosos e pessoas com deficiência que não têm condições de prover sua subsistência ou tê-la provida por sua família. O entendimento de deficiência é descrito no Art. 20, §2 da legislação, como “impedimento de longo prazo de natureza, física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas” (BRASIL, 1993).

A PEC nº 6/2019 propunha que o BPC fosse alterado passando a conceder o valor de R\$ 400,00 aos novos beneficiários idosos a partir dos 60 anos, e o valor seria gradativamente aumentado até chegar ao teto de 1 salário mínimo, quando este completasse 70 anos. No que tange os trabalhadores rurais, a proposta era aumentar do tempo de contribuição para os trabalhadores rurais de 15 para 20 anos, e a idade mínima de 55 para 60 anos para as trabalhadoras do campo, equiparando-as aos homens. Conforme foi noticiado pelo jornal eletrônico UOL, as regras para a concessão desses benefícios permanecem as mesmas, devido a retirada dessas propostas do texto original da PEC, pelo relator da reforma da Previdência na comissão especial, o deputado Samuel Moreira (PSDB-SP).

As mazelas propiciadas pelas reformas empreendidas relegam populações inteiras, principalmente trabalhadores e trabalhadoras do segundo setor a um futuro repleto de incertezas e de agravamento das condições mínimas para se alcançar uma vida digna, (LOBATO; COSTA; RIZZOTTO, 2019) e provocam o acirramento e o aprofundamento das expressões da questão social que perpassam os indivíduos; destacam-se a fome e a pobreza.

2. SEGURIDADE SOCIAL NO ENFRENTAMENTO A COVID-19

O primeiro caso no Brasil detectado em São Paulo no dia 26 de fevereiro de 2020, quatorze dias depois a COVID-19 é caracterizada pela OMS como uma pandemia, ou seja, uma doença que existem surtos em vários países e regiões do mundo. Ao reconhecer a gravidade da situação sanitária, o Senado Federal decreta em 20 de março de 2020 estado de calamidade pública em decorrência da pandemia por coronavírus. Esse decreto legislativo acarreta uma série de medidas em âmbitos federal, estadual e municipal para enfrentamento da doença, principalmente no que se refere ao financiamento e operacionalização das políticas públicas. Dessa forma, neste capítulo elencaremos as principais ações direcionadas pelo bloco da seguridade social, saúde, previdência e assistência social visando conhecer as medidas adotadas na luta contra pandemia de COVID-19 e seu significado para os trabalhadores.

O panorama brasileiro não é favorável, até o dia 29 de junho de 2020, o Brasil é o segundo país do mundo em casos confirmados e mortes por coronavírus, sendo o país da América do Sul que possui o maior número de casos confirmados, mortes e subnotificações. Segundo o Ministério da Saúde (2020), o Brasil já contabiliza 1.368.195 casos confirmados de COVID-19, 58.314 mortos pela doença, com a taxa de letalidade de 4,3% e com coeficiente de mortalidade de 27,7. Mesmo diante deste cenário o governo federal se posiciona favorável a flexibilização de medidas de distanciamento e isolamento social, tendo como justificava a questão econômica.

De acordo com Alves e Siqueira (2020), a expansão da COVID-19 expõe de modo mais acentuado o processo de autodestruição do sistema capitalista, deixando mais nítido o que esse modelo de sociabilidade institui para humanidade. Considerando o Brasil e suas particularidades socio-históricas, a pandemia desempenha uma função ideológica e política legitimando a tomada de decisões ultrapassadas, como por exemplo “o chamado ao voluntariado [...] e as medidas emergenciais” (ALVES; SIQUEIRA, 2020, p. 76), todavia estas obtêm resultados que estão alinhados com projeto da classe dominante, no que tange a restrição no custo social causado pelo novo coronavírus.

Silva (2020) aponta que a crise sanitária manifesta as mazelas do capitalismo dependente brasileiro, notável na exposição da pauperização, massa de desempregados e trabalhadores informais. Desse modo, exigindo do poder público a garantia de medidas que possam mitigar os efeitos da pandemia e dar respostas aos trabalhadores. Assim, o Estado é convocado pela sociedade para responder os rebatimentos da COVID-19 por meio da Seguridade Social.

O Decreto 10.282/2020 considera a saúde e assistência social como serviços públicos essenciais para serem oferecidos como enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do coronavírus. Entretanto, tratando-se da previdência social, a legislação traz apenas como obrigatório as atividades médico-periciais.

No âmbito da assistência social a principal medida executada a nível federal foi a transferência de renda, com a instituição do Auxílio Emergencial pelo período de três meses para trabalhadores informais e desempregados no valor de R\$ 600, limitado a duas pessoas por família, sendo que mulheres provedoras de família monoparental possuem direito a duas cotas do auxílio, com uma série de condicionalidades previstas no Art.2 da Lei nº 13.982/2020.

A implantação do auxílio é marcada por diversos desafios, principalmente para os trabalhadores. É importante ressaltar que inicialmente a proposta do governo federal foi de implementação do Auxílio Emergencial a partir do pagamento de R\$ 200 por mês, todavia após pressão e derrota na Câmara Federal foi elevado o valor do benefício. Durante a instituição do auxílio são notáveis: dificuldades de acesso ao benefício, como filas em agências bancárias, congestionamento e instabilidade no site e aplicativo da Caixa Econômica Federal, principalmente durante o primeiro mês de obtenção do benefício; demora e constantes adiamentos na aprovação do calendário das parcelas subsequentes; dificuldade em acessar os canais de comunicação para solução de dúvidas; não acesso de parcela significativa da população que possui direito de receber benefício; pagamento irregular do auxílio para servidores públicos. Além disso, no decorrer da implementação do Auxílio Emergencial houve alterações na legislação, como por exemplo, os beneficiários que receberam no ano-calendário de 2020 acima de R\$ 28.559,70, que forem obrigados a declarar o Imposto de Renda em 2021, deverão devolver o valor referente ao auxílio.

Sobre o Auxílio Emergencial, o Conselho Nacional da Saúde (CNS) aponta que 45,2% do valor total repassado para as ações referentes ao combate da COVID-19 foram alocados para esta estratégia, foram disponibilizados R\$ 152.600.000.000,00. Até o dia 19 de junho de 2020, de acordo com a Caixa Econômica Federal, o Auxílio Emergencial contemplou 64,1 milhões de beneficiários entre Bolsa Família, Cadastro Único do Governo Federal e pessoas que fizeram o pedido via aplicativo ou site da instituição, obtendo como valor pago R\$84.700.000.000,00. Foram realizados 108 milhões de cadastros e até mesma data processados 106,3 milhões de cadastros, destes, 64,1 milhões foram elegíveis e 42,2 milhões foram inelegíveis. Com relação aos que ainda aguardam, 1,5 milhões esperam a primeira análise, ou seja, que estão tendo o cadastro avaliado pela primeira vez, e 1,2 milhões de cadastros estão sendo reavaliados. Conforme a Agência Senado (2020), a Controladoria

Geral da União já detectou que 320 mil agentes públicos em todo o país receberam o auxílio indevidamente, sem ter o direito. Até a o dia 12 de junho o Governo Federal recuperou R\$29.650.000,00 pago a pessoas que não contemplavam os critérios para recebimento do Auxílio Emergencial, através de site disponibilizado pelo Ministério da Cidadania para tal, totalizando 39.517 pessoas que realizaram a devolução.

De acordo com Campos (2020), no cenário de epidemia o Cadastro Único surgiu como importante ferramenta para mapeamento e identificação das famílias que se encontram em situação de vulnerabilidade social, principalmente por revelar a situação socioeconômica dessas pessoas. Porém, a crise sanitária aponta um número importante de trabalhadores informais que não estão contemplados nos cadastros oficiais e nem sempre são absorvidos pela Política de Assistência Social, mas que solicitaram a renda básica emergencial.

Ainda, tramita no Congresso Nacional, particularmente na Câmara dos Deputados, a Medida Provisória (MP) nº 953/2020 que objetiva a abertura de crédito extraordinário em favor do Ministério da Cidadania, no valor de R\$ 2.550.000.000,00 para enfrentamento da emergência de saúde pública devido a pandemia decorrente da COVID-19. De acordo com Silva (2020), esse valor está previsto para utilização na Proteção Social Básica e Proteção Social Especial, com prioridade para unidades de acolhimento institucional, com enfoque para população de rua, sendo a transferência realizada por meio de ranqueamento em função da quantidade de pessoas em situação de rua do município. A autora alerta para o desfinanciamento da Política de Assistência Social e da previsão deste montante requeridas constantemente pelos trabalhadores do Sistema Único de Assistência Social, sinalizando que é necessário financiamento das políticas protetivas, pois estas não se constroem instantaneamente.

Alves e Siqueira (2020) criticam as medidas emergenciais que estão sendo tomadas na Política de Assistência Social, ressaltando que estas estão desvinculadas dos programas sociais preconizados e já existentes.

Na previdência social ressalta-se a Portaria nº 373/2020 que dispõe sobre as medidas protetivas no INSS para enfrentamento da pandemia por COVID-19, interrompendo a partir de abril de 2020, por até 120 dias determinadas exigências burocráticas, rotinas de atualização e manutenção dos benefícios sob responsabilidade do instituto, esta medida já foi prorrogada por mais 60 dias através da Portaria nº 680/2020. Além disso, a MP nº 927/2020 prevê antecipação do pagamento do 13º para trabalhadores inseridos no regime geral da previdência social que no ano de 2020 tenham recebido auxílio-doença, auxílio-acidente ou aposentadoria, pensão por morte ou auxílio-reclusão.



Ainda, destaca-se a Portaria nº 552/2020 que autoriza a prorrogação automática dos benefícios de auxílio-doença enquanto perdurar o fechamento das agências em função da pandemia por coronavírus, assim, serão efetivados automaticamente mediante solicitação, por 30 dias, ou até que a perícia médica presencial retorne, sendo limitado a 6 pedidos. No caso de novas solicitações o INSS orienta que deve ser encaminhado atestado através das plataformas digitais da instituição para que seja feita antecipação no valor de R\$ 1.045,00.

No que tange à saúde, de acordo com Art. 3º da Lei nº 13.979/2020 foram adotadas como medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do coronavírus:

I - isolamento; II - quarentena; III - determinação de realização compulsória de: a) exames médicos; b) testes laboratoriais; c) coleta de amostras clínicas; d) vacinação e outras medidas profiláticas; ou e) tratamentos médicos específicos; IV - estudo ou investigação epidemiológica; V - exumação, necropsia, cremação e manejo de cadáver; VI - restrição excepcional e temporária de entrada e saída do País, conforme recomendação técnica e fundamentada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), por rodovias, portos ou aeroportos; VII - requisição de bens e serviços de pessoas naturais e jurídicas, hipótese em que será garantido o pagamento posterior de indenização justa; e VIII - autorização excepcional e temporária para a importação de produtos sujeitos à vigilância sanitária sem registro na Anvisa, desde que: a) registrados por autoridade sanitária estrangeira; e b) previstos em ato do Ministério da Saúde.

A lei prevê que a adoção das medidas seja fundamentada em evidência científica e limitada ao tempo e espaço necessário para garantia e preservação da saúde pública. As decisões podem ser instituídas pelo Ministério da Saúde ou pelos gestores locais de saúde, conforme preconiza a legislação. Mediante a adoção dessas estratégias é garantida a população o direito à informação sobre o seu estado de saúde e sobre a assistência, o direito à gratuidade pelo tratamento, respeito à dignidade, direitos humanos e liberdades fundamentais.

A Lei nº 13.979/2020 ainda dispõe que é obrigatório o compartilhamento de dados essenciais à identificação de casos confirmados e suspeitos de infecção decorrente do coronavírus.

Com relação as deliberações da legislação, o governo federal tem se posicionado favorável a flexibilização das medidas de distanciamento social. Segundo Alves e Siqueira (2020) é notável o tensionamento para retomada das atividades econômicas e laborais, ressaltando a preocupação com quem deixa de acumular a partir do trabalho e não com os trabalhadores. As autoras apontam que o processo de desmonte do SUS, aliados a falta de condições de atendimento e escassez da realização de testes demonstram um cenário contraditório para enfrentamento da pandemia por COVID-19. Sobre esta conjuntura Gouvêa (2020, p. 22) expõe,

a doença adquire proporções terríveis frente à inexistência de testes, à impossibilidade de isolamento social com condições mínimas de vida, à comorbidade acentuada pela quase inexistência de medicina preventiva, à destruição dos sistemas de saúde públicos e à escassez de leitos, de equipamentos hospitalares, de equipamentos de vigilância sanitária e de equipamentos de proteção individual.

O levantamento realizado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) através do Boletim da Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho (Cofin) revela informações sobre os gastos federais do SUS com relação ao enfrentamento do coronavírus. Para o Ministério da Saúde (MS) foram destinados R\$ 39.000.000.000,00, todavia R\$ 25.700.000.000,00, ou seja, 66% do recurso não foi utilizado. Ainda, os dados demonstram que R\$ 11.400.000.000,00 em orçamento para Aplicação Direta do MS, R\$ 7.500.000.000,00, cerca de 75%, não foram usados para compra de insumos necessários para o combate da pandemia no país.

Durante o período da pandemia ocorreram consecutivas mudanças no Ministério da Saúde, com a demissão de Luiz Henrique Mandetta por Jair Bolsonaro e com pedido de demissão de Nelson Teich, atualmente quem está à frente do ministério é Eduardo Pazuello, ministro interino da saúde, que anteriormente a sua chegada ao governo atuava como militar.

Sobre a transparência nas informações sobre a doença, o MS durante um período chegou a alterar o formato de divulgação dos dados oficiais relacionados a COVID-19, tornando público apenas os números diários de casos recuperados e confirmados e óbitos, ocultando o número acumulado de casos e óbitos. Após repercussão negativa governo recua na decisão e torna a incluir os dados referentes ao número de casos e óbitos.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil encontra-se em um cenário desafiador frente a pandemia decorrente da COVID-19. No que se refere a Seguridade Social, anteriormente a emergência de saúde pública o país já sofria suscetíveis desmontes, traduzidos nos aparatos jurídicos e materializados na vida dos trabalhadores, resultantes da política de ajuste fiscal que assola o sistema de proteção social brasileiro.

À vista disso, a crise sanitária deixa mais evidente as contradições do sistema capitalista, pois as relações advindas desse tipo de produção “inviabilizam a priorização da vida no contingenciamento da COVID-19” (GOUVÊA, 2020, p. 21). Dessa maneira, a manutenção das atividades econômicas em detrimento da preservação da vida dos brasileiros e a falta de investimento na proteção social dos trabalhadores desvela a impossibilidade de



garantia dos direitos sociais, principalmente da camada mais pauperizada da população brasileira.

As medidas de enfrentamento da pandemia na assistência social, previdência social e saúde se demonstram insuficientes para responder as demandas da população e expõe como tem sido difícil mitigar os efeitos da doença no país, assim, o que se revela até o momento é aumento de casos e mortes em todo país e um modelo de (des)proteção social com medidas instantâneas, imediatistas, desarticuladas dos programas e ações já previstos pelas políticas sociais, sendo assim, estas estratégias executadas não têm sido capazes de garantir o acesso adequado da seguridade social, ou seja, em quantidade de recursos e serviços necessários aos trabalhadores e trabalhadoras.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA SENADO. **Auxílio emergencial foi pago indevidamente a 320 mil agentes públicos.** 24 jun. 2020. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/audios/2020/06/auxilio-emergencial-foi-pago-indevidamente-a-320-mil-agentes-publicos>. Acesso em: 24 jun 2020.
- ALVES, G. L.; SIQUEIRA, L. S. Projeto neoliberal, coronavírus e Auxílio Emergencial: o desmonte da assistência social. In: MOREIRA, E.; GOUVEIA, R. et al. **Em tempos de pandemia:** propostas para a defesa da vida e de direitos sociais. Escola de Serviço Social. Rio de Janeiro, 2020. p.75-82.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social:** fundamentos e história. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- BOSCHETTI, I. **A Seguridade social na América Latina após o dilúvio neoliberal.** - Qualis B5. Observatório da Cidadania (Rio de Janeiro), v. 11, p. 91-98, 2007. Disponível em: <http://www.ibase.br/userimages/seguridade1.pdf>. Acesso em: 09 jun 2020.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. **DECRETO LEGISLATIVO Nº 6, DE 2020.** Reconhece, para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública, nos termos da solicitação do Presidente da República encaminhada por meio da Mensagem nº 93, de 18 de março de 2020. Brasília, 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/DLG6-2020.htm. Acesso em: 25 maio 2020.
- BRASIL. **DECRETO Nº 10.282, DE 20 DE MARÇO DE 2020.** Regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais. Brasília, 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10282.htm. Acesso em: 24 jun. 2020.
- BRASIL. **LEI Nº 13.979, DE 6 DE FEVEREIRO DE 2020.** Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Brasília, 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L13979.htm. Acesso em: 25 jun. 2020.
- BRASIL. **LEI Nº 13.998, DE 14 DE MAIO DE 2020.** Promove mudanças no auxílio emergencial instituído pela Lei nº 13.982, de 2 de abril de 2020; e dá outras providências. Brasília, 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L13998.htm#art2. Acesso em: 24 jun. 2020.
- BRASIL. **MEDIDA PROVISÓRIA Nº 927, DE 22 DE MARÇO DE 2020.** Dispõe sobre as medidas trabalhistas para enfrentamento do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, e da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19), e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Mpv/mpv927.htm. Acesso em: 25 jun 2020.
- BRASIL. Notícias. Cidadania e Assistência Social. **Devoluções do auxílio emergencial já somam quase R\$ 30 milhões.** Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/assistencia-social/2020/06/devolucoes-do-auxilio-emergencial-ja-somam-quase-r-30-milhoes>. Acesso em: 24 jun. 2020.
- BRASIL. **Painel Coronavírus.** Atualizado em 29 de jun. de 2020. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em 29 jun. 2020.
- BRASIL. **PORTARIA Nº 373, DE 16 DE MARÇO DE 2020.** Estabelece orientações quanto às medidas protetivas, no âmbito do INSS, para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente da pandemia do coronavírus (COVID 19). Brasília, 2020. Disponível em:

<http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-373-de-16-de-marco-de-2020-248328921>.

Acesso em: 25 jun. 2020.

BRASIL. **PORTARIA Nº 552, DE 27 DE ABRIL DE 2020**. Autoriza a prorrogação automática dos benefícios de Auxílio-Doença enquanto perdurar o fechamento das agências em função da Emergência de Saúde Pública de nível internacional decorrente do coronavírus (COVID-19), nas condições especificadas. Brasília, 2020. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-552-de-27-de-abril-de-2020-254496926>. Acesso em: 25 jun. 2020.

BRASIL. **PORTARIA Nº 680, DE 17 DE JUNHO DE 2020**. Estabelece orientações quanto às medidas protetivas para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente da pandemia do coronavírus (COVID 19). Brasília, 2020. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-680-de-17-de-junho-de-2020-262146675>.

Acesso em: 25 jun. 2020.

CAIXA NOTÍCIAS. Economia: **Auxílio Emergencial veja a apresentação com as últimas informações**. 19 jun. 2020. Disponível em: <https://caixanoticias.caixa.gov.br/noticia/22133/auxilio-emergencial-veja-apresentacao-com-as-ultimas-informacoes>. Acesso em 24 jun. 2020.

CAMPOS, D. S. O Cadastro Único na pandemia do coronavírus: panorama da (des)proteção social. In: MOREIRA, E.; GOUVEIA, R. et al. **Em tempos de pandemia: propostas para a defesa da vida e de direitos sociais**. Escola de Serviço Social. Rio de Janeiro, 2020. p.68-74.

CONGRESSO NACIONAL. **MEDIDA PROVISÓRIA Nº 953, DE 2020**. Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/materias/medidas-provisorias/-/mpv/141578>. Acesso em: 25 jun 2020.

DEZOTTI, D. F.; MARTA, T. N. Marcos Históricos da Seguridade Social. **Revista do Mestrado de Direito**, Brasília: Universidade Católica de Brasília, v. 5, n. 2, 2011, p. 430-459. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18840/1980-8860/rvmd.v5n2p430-459>. Acesso em: 15 jun. 2020.

GOUVEIA, M. M. A culpa não é do vírus. In: MOREIRA, E.; GOUVEIA, R. et al. **Em tempos de pandemia: propostas para a defesa da vida e de direitos sociais**. Escola de Serviço Social. Rio de Janeiro, 2020. p. 19-28.

LOBATO, L. V. C.; COSTA, A. M.; RIZZOTTO, M. L. F. Reforma da previdência: o golpe fatal na seguridade social brasileira. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 5-14, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000100005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 jun. 2020.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. O governo Lula e a contra-reforma previdenciária. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 3-15, 2004. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000300002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 jun. 2020.

MINISTÉRIO DA ECONOMIA. Instituto Nacional do Seguro Social. **INSS e Secretaria de Previdência tiram dúvidas sobre o auxílio-doença**. Disponível em: <https://www.inss.gov.br/inss-e-secretaria-de-previdencia-tiram-duvidas-sobre-o-auxilio-doenca/>. Acesso em: 25 jun. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Brasil confirma o primeiro caso da doença**. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46435-brasil-confirma-primeiro-caso-de-novo-coronavirus>. Acesso em: 25 maio 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **66% dos recursos destinados à Saúde para enfrentar a pandemia ainda estão parados, mostra boletim do CNS**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1230-66-dos-recursos-destinados-a-saude-para-enfrentar-a-pandemia-ainda-estao-parados-mostra-boletim-do-cns>. Acesso em: 25 jun. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **Boletim do CNS mostra que governo segue moroso no repasse de benefícios da emergência pública**. Disponível em:



<http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-informes/1222-boletim-do-cns-mostra-que-governo-segue-moroso-no-repasso-de-beneficios-da-emergencia-publica>. Acesso em: 25 jun. 2020.

OLIVEIRA, C. R.; OLIVEIRA, R. C. Direitos sociais na constituição cidadã: um balanço de 21 anos. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 105, p. 5-29, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282011000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 jun. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OPAS/OMS). **Folha informativa COVID-19**. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875. Acesso em 25 maio 2020.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

SALVADOR, E. S. O desmonte do financiamento da seguridade social em contexto de ajuste fiscal. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 130, p. 426-446, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282017000300426&lng=en&nrm=iso. Acesso em 10 jun. 2020.

SILVA, M. M. Sistema Único de Assistência Social: entre o desmonte e a condição de serviço essencial no contexto da pandemia. In: MOREIRA, E.; GOUVEIA, R. et al. **Em tempos de pandemia: propostas para a defesa da vida e de direitos sociais**. Escola de Serviço Social. Rio de Janeiro, 2020. p. 60-67.

UOL. **Moreira confirma retirada de BPC e aposentadoria rural da reforma**. 12 jun. 2019. Disponível em: <<https://economia.uol.com.br/noticias/estadao-conteudo/2019/06/12/moreira-confirma-retirada-de-bpc-e-aposentadoria-rural-da-reforma.htm>>. Acesso em 16 jun. 2020.



IX CONASSS
CONGRESSO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE
XII SIMPSSS
SIMPÓSIO DE SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE

30 anos do SUS: Território de Lutas e o Serviço Social na Saúde
Edição virtual, 22 a 24 de setembro de 2020

467

EIXO: O PAPEL DO SUS E SEUS DESAFIOS ANTE O COVID-19

AS POLÍTICAS SOCIAIS EM TEMPOS DE COVID 19: ANALISANDO A EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS DURANTE A PANDEMIA NO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ/RN

Emanuelle Monaliza De Sousa Gomes (UERN - Universidade Do Estado Do Rio Grande Do Norte); ***Ariele França De Melo*** (UERN - Universidade Do Estado Do Rio Grande Do Norte); Jéssica Katariny Oliveira Da Silva (UERN - Universidade Do Estado Do Rio Grande Do Norte); Letícia Karoline Brito Medeiros Dantas (UERN - Universidade Do Estado Do Rio Grande Do Norte); Maria Tereza Martins de Souza (UERN - Universidade Do Estado Do Rio Grande Do Norte)

Resumo: A pandemia do novo coronavírus trouxe consequências que vão além do processo saúde-doença, pois interferem em toda a realidade socioeconômica, com rebatimentos de forma mais contundente para a classe trabalhadora. Nesse sentido, a discussão aqui mencionada vem reforçar a importância da política de seguridade social e de sua ampliação para o enfrentamento da pandemia do Covid-19. Com um breve histórico do contexto das políticas sociais e das intervenções para o enfrentamento da pandemia no município de Mossoró/RN, este trabalho traz algumas reflexões acerca das políticas e direitos sociais e como estes vão se constituindo no decorrer da pandemia.

Palavras Chaves: Política Social. Seguridade Social. Saúde. Novo Coronavírus.

Abstract: The pandemic of the new coronavirus brought consequences that go beyond the health-disease process, interfering in the whole socioeconomic reality, with more striking repercussions for the working class. In this sense, the discussion mentioned here reinforces the importance of the social security policy and its expansion to face the Covid-19 pandemic. With a brief history of the context of social policies and interventions to deal with the pandemic in the municipality of Mossoró/RN, this work brings some reflections on social policies and rights and how they are constituted during the pandemic.

Keyword: Social Policy. Social Security. Cheers. Coronavírus.

1. INTRODUÇÃO

Ao refletir sobre os impactos do novo coronavírus (COVID-19) na saúde da população brasileira e a nível mundial se percebe o nexos que há entre a política de saúde e as demais políticas sociais, principalmente aquelas da seguridade social. A pandemia causada pelo Covid-19 no ano de 2020 trouxe à tona a importância delas na vida das pessoas e, principalmente, do Estado nas políticas econômicas e nos investimentos no social.

De maneira concomitante a isso, o novo coronavírus exigiu medidas de saúde e sociais, como as recomendações de isolamento social, distanciamento e quarentena para contenção do número de casos. No entanto, essas advertências vêm acompanhadas para a classe trabalhadora de forma “perversa e contraditoriamente com altos índices de desemprego, subemprego, precarização, ausência de moradia, inexistente ou precário abastecimento de água e saneamento básico”, conforme o CFESS Manifesta (2020) de que trata do dia Mundial da Saúde: em defesa do SUS e da Seguridade Social.

Simultaneamente há também o retrocesso, já que as políticas sociais vêm sendo enfraquecidas pelo neoliberalismo conforme o CFESS (2020) com a “Reforma Trabalhista, Reforma da Previdência, Terceirização Irrestrita, Teto de Gastos, cortes orçamentários na educação pública e ataques à ciência e tecnologia e à cultura”.

Nesse ínterim a pandemia do novo coronavírus tem aspectos que rebatem de forma mais contundente a classe trabalhadora pois, para além dos aspectos de saúde, ainda lidam com os aspectos econômicos e sociais que contribuem diretamente na vida desses sujeitos fragilizados pela sua situação ao buscar os direitos sociais que cada dia mais vem se minimizando.

Nesse sentido, a discussão aqui mencionada vem reforçar a importância da seguridade social, dos direitos trabalhistas, previdenciários, da assistência social, de renda mínima e, principalmente, de ampliação destes que vem sendo retirados em favor do neoliberalismo. Além disso, é necessário reforçar a luta pela revogação da Emenda Constitucional nº 95 aprovada no ano de 2017, pelo ex-presidente da república Michel Temer de que trata da diminuição dos recursos da seguridade social e seu congelamento por 20 anos, recursos esses imprescindíveis na garantia dos direitos e na qualidade destes.

Portanto este trabalho traz algumas reflexões acerca das políticas e direitos sociais e como estão e vão se constituindo no decorrer da pandemia, como o capital e o neoliberalismo estão de forma evidente retraindo, ao passo em que a classe trabalhadora e os profissionais lutam para sua garantia e efetivação, concomitante a isso o papel do Estado como primordial

nas relações sociais, mas que é funcional tanto ao capital quanto a burguesia, elucidando também um breve histórico e contexto da política de saúde e assistência social, atinentes à conjuntura e, por fim, as intervenções para o enfrentamento a nível municipal, com o objetivo de fortalecimento e do trabalho em rede interdisciplinar, além de ações que ultrapassam o processo de saúde-doença e que elucidam as refrações da questão social.

2.O ESTADO COMO UMA INSTITUIÇÃO FUNCIONAL AO MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA

Antes de adentrarmos nos contextos das políticas sociais, é primordial conceituar e situar o Estado ao qual elas se conformam, e como este é funcional ao sistema capitalista. Ao tratarmos dessa instituição temos a errônea ideia de que ela é neutra, e “apaziguadora” das relações sociais, no entanto conforme Montano “o Estado moderno é parte integrante da ordem burguesa e não externa a ela” (MONTANO 2011, p.143).

O Estado, portanto, deve ser visto como uma instituição própria do sistema capitalista que o criou e o mantém funcional aos interesses do capital e da classe burguesa, tem papel e função primordial nas relações sociais, de acordo com Montano (2011) é, portanto, um instrumento fundamental da ordem burguesa que está na garantia da ordem e na concessão e desenvolvimento de direitos e conquistas sociais.

Conforme Hofling (2001, p.2) “o estado não pode ser reduzido à burocracia pública e aos organismos estatais”, ou seja, não pode ser reduzido a governo, a partidos políticos nem muito menos ações aos seus instrumentos legais. O Estado é “produto de fortes e permanentes lutas de classes” (MONTANO, 2011, p.145).

As políticas sociais se gestam nesse cenário, entre a burguesia, a igreja e o Estado; com a mobilização e organização da classe trabalhadora que foram, segundo Behring (2011), essenciais para a mudança da natureza do Estado de Liberal para Estado de Bem-Estar Social, pautado pela emancipação humana e socialização da riqueza com a expansão dos direitos sociais.

Assim a generalização dos direitos políticos é resultado da luta da classe trabalhadora e, se não conseguir instituir uma nova ordem social, contribuiu significativamente parara ampliar os direitos sociais, para tencionar, questionar e mudar o papel do Estado no âmbito do capitalismo a partir do final do século XIX e início do século XX (BEHING 2011, p.64).

O Estado de Bem-Estar Social, ou *Welfare State*, surge como uma proposta Keynesiana no pós segunda guerra mundial com o intuito de reconstituir a Europa que sofria com a fome e o desemprego; em conformidade com Behring (2011) o Estado passa a ter um

papel ativo nas regulações sociais nesse período, a política de gerar empregos e aumentar a renda dos trabalhadores com intuito de promover maior igualdade entre as classes através de políticas sociais.

O Estado de Bem-Estar se caracterizaria por uma nova modalidade, mais humana e mais ética, de intervenção estatal na economia com a utilização em larga escala de políticas públicas voltadas aos mais carentes: o “Estado social”, o “Estado Providência” para outros o Estado desmercadorizador ou ético, etc. (LESSA 2013, P. 175).

Esse período também é conhecido como pacto Keynesiano-Fordista da “produção em massa e do consumo em massa além de acordos coletivos com os trabalhadores do setor monopolista em torno dos ganhos e de produtividade do trabalho” Behring (2011, p.86). As políticas sociais, dessa forma, são gestadas nesse contexto de “concessões e conquistas” que se expandem e restringe-se adequando a cada momento político.

Nestes termos, é possível compreender que a política social tem uma característica, estas se situam num tipo particular de Estado e de acordo com os movimentos sociais e as lutas sociais, condizente com o que afirma Hofling (2001, p.4) “são formas de interferência do Estado, visando a manutenção das relações sociais” de modo que expande o caminho para a legitimação, conformação e consolidação da ordem burguesa hegemônica.

De acordo com Behring (2011) não se pode considerar as políticas sociais se não antes o ponto de vista histórico e o surgimento delas às expressões da questão social, além do fator econômico que estabelece relação estrutural com a economia e seus efeitos para as condições de produção e reprodução da classe trabalhadora.

2.1 As políticas sociais em um contexto neoliberal: o antagonismo entre a garantia e os desmontes dos direitos sociais

Conforme Yazbek (2008) a política social expressa relações, conflitos e contradições que resultam da desigualdade estrutural do capitalismo. É no contexto de acumulação capitalista e de luta de classes que surge e se desenvolve as políticas sociais. Sendo assim, a política social é “processo e resultado de relações complexas e contraditórias que se estabelecem entre Estado e Sociedade Civil, no âmbito dos conflitos e luta de classes que envolvem o processo de produção e reprodução do Capitalismo” (BEHRING, 2011, p. 36).



Embora todo esse contexto tenha sido ‘favorável’ a classe trabalhadora, logo após os “anos gloriosos” se deu os “anos de chumbo”⁵⁰, isso porque o Estado de Bem-Estar Social tão cedo perdeu/‘cedeu’ espaço para o neoliberalismo que, por sua vez, trazia uma síntese da crise deste estado, causados pelo “universalismo protetor, particularismo social e mercantilização da política social” (BEHRING, 2011, p. 36). Dessa forma, é possível salientar que esta nova forma de organização da produção é uma reação da burguesia para não só se consolidar, mas cravar suas extensões políticas e econômicas.

Precipualemente, com a chamada crise do Estado de Bem-Estar Social ou crise do pacto keynesiano-fordista após os “trinta anos gloriosos” ou “anos de ouro” na década de 1970, com quedas das taxas de lucro e altos índices inflacionários, a burguesia começa a responsabilizar a intervenção do “Estado” com gastos sociais e, a partir disso, as ideias de desresponsabilização do Estado ou, comumente chamados, ideais neoliberais, ganham espaço no debate de saídas da crise.

No que tange ao Brasil esse cenário se conformou de maneira diferente, isso porque o país não passou pelos mesmos processos que a Europa como Welfare State ou sofreu com a crise de 1970 conhecida com a “crise petrolífera”⁵¹, o processo de neoliberalismo e reestruturação produtiva iniciou-se aqui na década de 1990 com os governos de Fernando Collor de Melo (1990 a 1992) e Fernando Henrique Cardoso (1995 a 2003).

Nos anos de 1980, o Brasil passa por um período de redemocratização, na qual a sociedade civil saiu às ruas exigindo melhores condições de vida e garantia de direitos sociais pelo Estado brasileiro, tendo como principal conquista a Constituição Federal de 1988 (CF/88), que traz em seu texto os direitos fundamentais. É nessa mesma CF que nasce a Seguridade Social, que consiste em um conjunto de políticas sociais com a finalidade de amparar os/as cidadãos/ãs brasileiros/as nas áreas de Previdência Social, Saúde e Assistência Social.

A forma como a Seguridade Social fora instituída e formada na particularidade brasileira reflete nossa formação social e de estado. De acordo com Yasbek (2008) o Estado é concebido como uma relação de forças como uma arena de conflitos. Ele é perpassado por contradições, por interesses e lutas de classes, e é nessa relação de conflitos e contradições que resulta a política social como intermédio de mediação das classes sociais.

⁵⁰ Anos gloriosos dizem respeito aos 30 anos vivenciados pelos trabalhadores do capitalismo “humanizado”, da intervenção do Estado na economia e nas políticas sociais. Já os anos de Chumbo dizem respeito aos 20 anos em que o Brasil vivenciou uma “ditadura militar ou regime militar”, alguns autores como Netto (1990) gostam também de se referir a esse período como “Autocracia Burguesa” (BEHRING, 2009).

⁵¹ Conforme Behring (2011) após uma longa onda de expansão, nessa década deu entrada em um período de estagnação, “na verdade foi uma crise clássica de superprodução”. O nome de crise petrolífera se refere a queda dos preços desse produto que alastrou países industrializados na época pós segunda guerra mundial.

De acordo com Boschetti (2009) o sistema de Seguridade Social que foi instituído pela CF/88 se apresenta de duas formas: Assistência e Seguro Social. Esse modelo indica a Seguridade Social como universal e seletiva, centralizada e descentralizada, distributiva e redistributiva, gratuidade e contributividade.

Na égide das contrarreformas do Estado, continuava a efervescência das formulações ideológicas centrais do neoliberalismo, as ideias de desresponsabilização do Estado, recessão econômica, inflação, desaceleração da moeda brasileira, em que o “Estado precisava acabar com as estruturas deficitárias” e de “caráter paternalista” que vinha sendo carregado desde o governo Vargas; e colocar o Estado Brasileiro na dinâmica de países de capitalismo central tomaram o cenário político.

Essas iniciativas feitas nas décadas de 1990 reestruturaram a política social que vinha sendo construída dentro da Seguridade Social; ao passo em que observa-se os desmontes instituídos nessa e em outras políticas da Seguridade Social, incorrendo no retorno as bases da Política de Assistência Social em sua gênese de benemerência, além de políticas focalizadas, setorializadas, minimizadas, características substanciais do neoliberalismo.

Com isso, há uma limitação no direcionamento dessas políticas, prevalecendo o trinômio tão bem articulado do ideário neoliberal: a privatização, a focalização e a descentralização. Neste momento, o que se evidencia é o tratamento paliativo das demandas e requisições da classe trabalhadora, em detrimento da efetiva presença dos moldes de “uma política social residual que soluciona apenas o que não pode ser enfrentado pela via do mercado, da comunidade e da família” (BEHRING, 2011, p. 317).

Isso refletiu de forma equânime nas Políticas Sociais da Seguridade Social brasileira, na Política de Assistência Social que historicamente era reconhecida como uma política da benemerência e da filantropia; pós a Constituição Federal de 1988 ela é assentida como Política Social Pública, de direitos de todos os cidadãos e dever do Estado, destinada a quem dela necessitar.

Conforme Boschetti (2009) apesar de ter um caráter inovador e intencional compor um sistema amplo de proteção social, a seguridade social acabou se caracterizando como um sistema híbrido⁵², que conjuga direitos derivados e dependentes do trabalho (previdência) com direitos de caráter universal (saúde) e direitos seletivos (assistência).

Com a CF/88, tem-se início o processo de construção de uma nova matriz para a Assistência Social no Brasil. Desse modo, a Política de Assistência Social configura-se como

⁵² Boschetti (2009) vai realizar uma análise crítica da constituição da Seguridade Social no Brasil, ao afirmar que este traz em seu cerne um modelo Híbrido, ou seja, mescla ideias universais de Beveridge (Inglaterra, 1942) e contributivas de Bismarck (Alemanha, 1883).



política de reconhecimento público e da legitimidade de seus usuários, em que exige que as provisões assistenciais sejam pensadas no âmbito da garantia de cidadania, de proteção social, de amparo, de promoção e integração ao mercado de trabalho, cabendo ao Estado sua universalização da cobertura, garantia dos direitos socioassistenciais e acesso a todos os serviços sob primazia e sob sua responsabilidade.

Embora houvesse avanços significativos na Política de Assistência Social, ela ainda expressa a conjuntura da qual foi gestada. De acordo com Yazbek (2007) não se pode esquecer que em sua vinculação histórica com a filantropia, voluntariado, a benesse e o conservadorismo a Assistência Social brasileira é marcada por uma ‘herança assistencialista’ que se constitui a partir da ‘matriz do favor’, do apadrinhamento, do clientelismo e, sobretudo, na cultura política que está enraizada no trato com as ‘classes subalternas’.

Na saúde, novos sujeitos entraram em cena com a década de 1980, o país vivenciou um período de redemocratização política, profissionais de saúde, os quais reivindicavam “melhoria da situação da saúde” (BRAVO, 2007, p. 8); movimento sanitário, o qual difundia e ampliava o debate em torno da Saúde e da Democracia (BRAVO, 2007) e os partidos políticos de oposição, os quais “viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor e os movimentos sociais” (BRAVO, 2007, p. 9).

As propostas debatidas de acordo com Bravo (2007) eram a universalização do acesso, saúde como direito social e dever do Estado, reestruturação do setor com o Sistema Unificado de Saúde (SUS), descentralização do processo decisório para estados e municípios. Em 1986 ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, sendo este um marco histórico, pois foi a primeira aberta à sociedade e, através dela, a Reforma Sanitária ganhou destaque, trazendo mudanças inovadoras em todos os setores da saúde, contribuindo para fortalecer os princípios que defendiam a universalização das políticas sociais e a construção de um sistema único de saúde.

Com a promulgação da Lei 8.080 de 1990 tivemos o estabelecimento da saúde como direito universal e responsabilidade estatal ficando a cargo do SUS não só a realização de consultas e exames, mas também toda a parte preventiva que vai desde campanhas de conscientização até a fiscalização do tratamento da água que chega até a casa dos cidadãos, além de alimentação, condições de saneamento básico e meio ambiente.

Temos também a Lei 8.142 de 1990 que fala sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências dos recursos financeiros na área da saúde para municípios e estados. Os recursos do Fundo Nacional de Saúde devem ser utilizados nas

despesas e custeios do Ministério da Saúde e entidades da administração direta e indireta e em investimentos previstos em lei orçamentária.

De todo modo, tanto a saúde como a assistência social na contemporaneidade tem sofrido com grandes ataques frontais do neoliberalismo em suas estruturas, a Lei 8.742 de 1993 - Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) e as Leis Orgânicas da Saúde 8.080 e 8.142 de 1990 partilham de objeções jurídicas em que a iniciativa privada poderá ter participação complementar, sejam através de entidades privadas, terceiro setor, instituições filantrópicas dentre outras, demonstrando que os impactos das “Reformas e Contrarreformas” do Estado encontraram as políticas sociais.

Atualmente as políticas sociais estão sendo constantemente acessadas e reconhecidas a sua importância, isso porque no ano de 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou estado de pandemia em todo o mundo, situação que se iniciou em novembro de 2019 na cidade de Wuhan na china, doença classificada como COVID-19. De acordo com o Ministério da Saúde (2020) “ainda não há informações plenas sobre a história natural, nem medidas de efetividade inquestionáveis para manejo clínico dos casos de infecção humana pelo SARS-CoV-2, restando ainda muitos detalhes a serem esclarecidos”, portanto, pouco se sabe sobre essa enfermidade e as medidas que devem ser tomadas.

No que concerne aos direitos sociais a nível nacional, tanto na efetivação como na garantia de direitos, nesse ano de 2020 aconteceram algumas conquistas, como por exemplo, a lei 13.979/2020 que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública a nível nacional e internacional, a lei 13.982/2020 que além de alterar a lei nº 8.742/1993 Lei Orgânica da Assistência Social para dispor sobre os parâmetros de elegibilidade do Benefício de Prestação Continuada (BPC), além de dispor de um auxílio emergencial para pessoas de baixa renda, desempregados, informais e micros empreendedores individuais (MEI), que estejam no processo de isolamento ou quarentena enquanto perdurar a pandemia.

3. INTERVENÇÕES PARA ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DO COVID-19 A NÍVEL DE MOSSORÓ/RN

No Brasil foi decretado estado de transmissão comunitária do novo coronavírus (Covid-19) a partir do dia 20 de março de 2020, iniciando, assim, medidas de contenção a nível nacional. Anterior a isto, já existia no Estado do Rio Grande do Norte (RN) algumas medidas tomadas, como: liberação de fluxos para atendimentos, perspectiva de abertura de novos

leitos hospitalares e de Unidades de Terapia Intensiva (UTI), ações educativas sobre a Covid-19, suspensão de atendimento presencial para serviços públicos não essenciais e medidas previstas em planos de contingência de portos e aeroportos.

De acordo com o Plano de Contingência Municipal para Covid-19, Mossoró é um município da Região Nordeste do Brasil, situado no oeste do Estado do Rio Grande do Norte, com uma área territorial de aproximadamente 2.099,333 km² e uma população estimada no ano de 2018 de aproximadamente 294.076 habitantes (IBGE/2018). Possuindo limites com cidades do estado do Ceará (Aracati), e outras cidades do estado do RN (Tibau, Grossos, Governador Dix-Sept Rosado, Upanema, Areia Branca, Serra do Mel, Assú e Baraúna).

O município dispõe de 13 Unidades Básicas de Saúde (UBSs) na zona rural, 33 UBSs na zona urbana, 3 Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), 1 UTI Pediátrica, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Central de Ambulância, Central de Regulação, 4 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 1 Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), Centro de Obesidade, Saúde Bucal, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) I e II, Ambulatório Materno Infantil (AMI) e mais 9 hospitais entre a rede pública e privada. Todos estes serviços coordenados pela Vigilância em Saúde da Secretária Municipal de Saúde.

Em Mossoró/RN algumas medidas foram tomadas a partir do dia 13 de março para contenção do novo coronavírus, como: adiamento de eventos públicos e possíveis à aglomeração; orientações à população para prevenção à Covid-19; suspensão de aulas das redes de ensino; intensificação da vigilância em locais públicos de grande aglomeração e desenvolvimento de um plano de contingência municipal com ações focadas em treinamento de profissionais da saúde, observância e vigilância preventiva.

De início foram criadas também salas de isolamento para casos suspeitos de Covid-19, que estariam em processo de investigação nas UPAs, para só então fazer as orientações em caso de isolamento domiciliar ou ser transferido pelo SAMU a unidades de referência em internação. No dia 23 de março, sob o decreto municipal nº 5631⁵³, foi declarado estado de calamidade pública, com mais algumas restrições no funcionamento do município (suspensão de atividades do comércio não essencial; de mercados centrais da cidade; e de eventos públicos e privados).

O fluxograma de atendimentos para casos suspeitos de Covid-19 no município de Mossoró funciona da seguinte forma:

⁵³ Disponível em: <http://jom.prefeiturademossoro.com.br/wp-content/uploads/2020/03/554a.pdf>. Acesso em 29 de jun. de 2020.

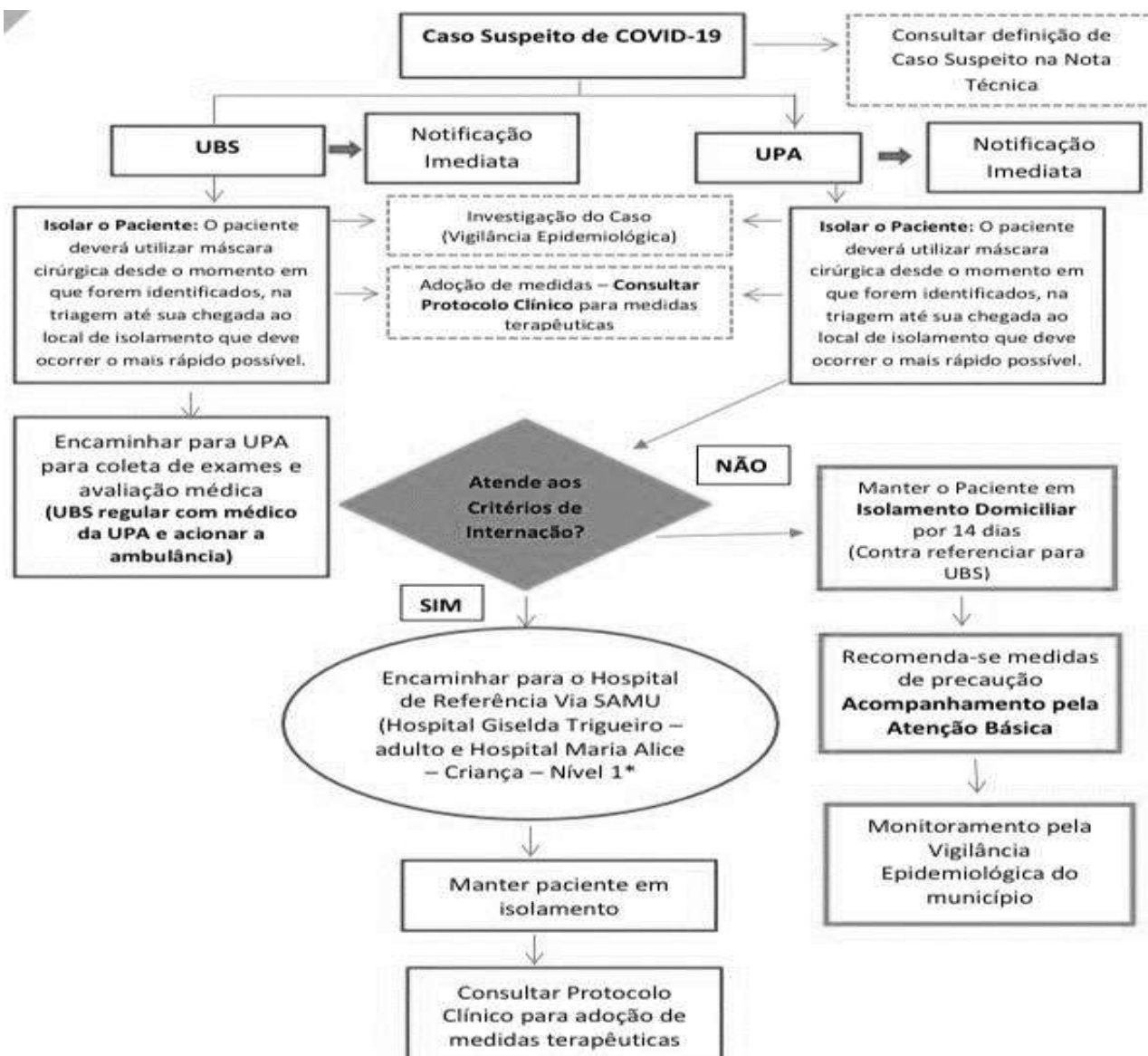


Imagem 1 Plano de Contingência Municipal para Coronavírus. Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Mossoró.

No momento atual, junho de 2020, os casos com critério para internação não estão sendo encaminhado para os hospitais referenciados na imagem, e sim, para o Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia – HRTM, Hospital São Luiz e Hospital Rafael Fernandes. Estes se encontram com grande parte de seus leitos ocupados.

Para finalizar este tópico, destacaremos algumas medidas realizadas pelo município para contenção da pandemia por Covid-19. Ressaltamos que algumas destas medidas surgiram por meio de Decretos Federais, e que parte delas conta também com apoio da iniciativa privada, por meio de empresas ou a solidariedade e iniciativa da sociedade civil organizada.

- Antecipação da vacinação de influenza para a população, começando por idosos e adotando o trabalho em alguns locais do município por meio de *Drive Thru*;
- Alguns serviços do município estão funcionando com atendimento remoto online, para que consigam continuidade de suas atividades;
- Organização das filas da Caixa Econômica Federal que se encontrava com grandes aglomerações para recebimento do Auxílio Emergencial disponibilizado pelo governo federal;
- Contratação de médicos e demais profissionais da saúde (cabe destacar que alguns destes estavam esperando a bastante tempo por convocação de seleções anteriores a pandemia);
- Prorrogação da validade do cartão do idoso e deficiente físico por mais um ano, para evitar aglomerações nos espaços públicos;
- Antecipação do salário de aposentados e pensionistas municipais;
- Pagamento de recursos à classe artística, recursos estes que se encontrava em atraso e já deveriam ter sido pagos antes da pandemia;
- Criação de unidade de campanha com 20 novos leitos para paciente com Covid-19;
- Entrega de Kits de material de limpeza pela Secretaria de Desenvolvimento Social e Juventude;
- Prorrogação de pagamento de Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISSQN por 90 dias para empresas do Simples Nacional;
- Criação de abrigo provisório para pessoas em situação de rua, com funcionamento no prédio da Escola Municipal Leôncio José de Santana, no centro da cidade. O abrigo funciona com profissionais da secretaria de saúde e residentes multiprofissionais, profissionais da secretaria de desenvolvimento social e da vigilância municipal. Funciona com alguns limites e dificuldades, mas é visto como grande potencialidade para o trabalho a população em situação de rua pôs pandemia por Covid-19;
- Doação de cestas básicas às populações mais vulneráveis por parte dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e por iniciativa privada;
- Implantação de funcionamento de 3 Unidades Básicas de Saúde (UBS) em horário estendido, visando atender a demanda normal em demais horários, para que as pessoas não se aglomerem (cabe destacar que faltam profissionais, como exemplo de médicos, aderirem ao horário estendido em algumas unidades, não tendo assim grande relevância em seu funcionamento, pois os usuários terão que continuar se aglomerando para alguns atendimentos que só funcionam em horário comum);
- Entrega de kits básicos de alimentação à alunos matriculados na rede de ensino municipal (medida federal de auxílio merenda);

- Abertura de novos leitos de Covid-19 (destacando que em alguns locais existiam reformas para ampliação da estrutura e capacidade de atendimento há muito tempo e apenas com o Covid-19 e também a iniciativa de alguns sujeitos foi possível à conclusão de tais obras);
- Limpeza e desinfecção de locais com grande circulação de pessoas e instalação de túneis de desinfecção;
- Aumento de números de exames por dia, objetivando a diminuição da subnotificação no município;
- Pagamento de 40% de gratificação por insalubridade para alguns trabalhadores da saúde que não recebiam algo que é de direito do trabalhador.

Listaram-se aqui as medidas de maior relevância para o enfrentamento da pandemia do Covid-19, é pertinente que estas medidas estão de acordo com a melhoria das condições da população durante a pandemia, mas, existem algumas necessidades que não conseguem ser alcançadas com tais medidas, como a população mais vulnerável que deixou de trabalhar neste momento e precisa de meios para suprir suas necessidades de sobrevivência (moradia, alimentação, impostos). A população de risco (idosos, com doenças pré-existentes) não se encontram medidas significativas que garantam sua proteção e isolamento neste momento.

4. CONCLUSÕES

O contexto atual em que vivemos, em razão do novo coronavírus, vem ocorrendo impactos que exigiram mudanças e medidas, tanto sociais quanto de saúde. As recomendações de isolamento social, quarentena e distanciamento, apesar de ser necessário para a contenção do número de casos, há o paradoxo dos que não podem ficar em casa, sejam pelo trabalho ou pela falta dele.

Nesse segundo caso, há a necessidade da efetivação das políticas sociais, dificultada pela lógica do neoliberalismo que, além de fragmentar e precarizar os serviços, há a contenção dos gastos sociais, como é o exemplo da Emenda Constitucional nº 95, congelando gastos com a Seguridade Social por 20 anos, que nitidamente a falta desses recursos estão mostrando sua imprescindibilidade, especialmente nesse contexto.

Em nível municipal, o COVID-19 em Mossoró se propagou muito rápido e, em pouco tempo, a prefeitura declarou estado de calamidade no sistema de saúde. Diante disso, torna-se necessário uma responsabilização do governo (seja na esfera estadual, municipal ou federal) por condições de vida dos cidadãos em situações como está de pandemia, para só então, garantir os direitos das populações, principalmente as mais vulneráveis que tem seus



direitos violados cotidianamente. Foi visto que medidas efetivas no combate aos efeitos da pandemia devem se dar não apenas no âmbito da política de saúde, mas, devem ser articuladas em conjunto com as demais políticas públicas no campo da Seguridade Social.

As consequências da pandemia são múltiplas, atingindo a dimensão socioeconômica em um todo e trazendo sequelas para a vida das pessoas em todos os sentidos: saúde, renda, moradia, trabalho, relações sociais. É preciso uma ação por parte do estado que garanta o cumprimento dos direitos na perspectiva de visualizar toda a determinação social da saúde. Na realidade do município de Mossoró-RN, foram listadas algumas medidas importantes e necessárias de combate à pandemia que estão sendo tomadas por parte da gestão pública, mas, observou-se déficit em muitas áreas e linhas de cuidado. É necessário abranger o cuidado para além da política de saúde, com uma articulação Inter setorial entre as políticas sociais.



REFERÊNCIAS

- BEHRING, Elaine Rossetti. **Política Social: fundamentos e história/** Elaine Rossetti Behring, Ivanete Boschetti. – 9. Ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- BEHRING, Elaine Rossetti. **Política Social no contexto da crise capitalista.** In Serviço Social Direitos e Competências Profissionais. Brasília, 2009.
- BOSCHETTI, Ivanete. **Avaliação de políticas, programas e projetos.** In Serviço Social direitos e competências profissionais. Brasília, 2009.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 07/05/20.
- BRASIL. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final. 17 a 21 de março de 1986. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em 07/05/20.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. BRASIL, Lei nº 8.742. Lei Orgânica de Assistência Social (**LOAS**). Brasília: DF, 7 de dezembro de 1993.
- BRASIL. Corona Vírus. COVID 19. **Protocolo de Manejo Clínico do Corona Vírus (Covid 19) na Atenção Primária à Saúde.** Ministério da Saúde, Secretária de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Brasília – DF, março de 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/março/20/20200318-ProtocoloManejo-ver002.pdf>. Acesso em 07/05/20.
- BRASIL. **Lei n. 8.080, 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.
- BRASIL. **Lei n.º 8142, 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.
- BRAVO, Maria Inês. **A política de saúde no Brasil.** In: Serviço Social e saúde: Formação e projeto profissional. São Paulo: Cortez, 2007.
- CFESS Manifesta. **Dia Mundial da Saúde: em defesa do SUS e da Seguridade Social.** Brasília (DF), 2020. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/2020-CfessManifesta-DiaMundialSaudeCoronavirus.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2020.
- CFESS Manifesta. **Os impactos do Coronavírus no trabalho do/a assistente social.** Brasília (DF), 2020. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/2020CfessManifestaEdEspecial_Coronavirus.pdf. Acesso em: 18 jun. 2020.
- HOFLING, Eloisa de Mattos. **Estado e Políticas (Públicas) sociais.** Cadernos Cedes, ano XXI, nº 55, novembro/2001.
- LESSA, Sergio. **Capital e Estado de Bem Estar Social: o caráter de classe das políticas públicas.** Instituto Lukács, 1ª ed. São Paulo, 2013.
- MONTAÑO, Calos; DURIGUETTO, Maria Lúcia. Estado, **Classe e Movimentos sociais.** São Paulo: Cortez, 2011.
- NETTO, José Paulo. **Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64.** 3ª ed. São Paulo: Cortez, 1996.
- SAÚDE, Secretária Municipal. **Plano de Contingência Municipal para Infecção Humana pelo novo Coronavírus Covid-19.** Mossoró (RN), fevereiro/março, 2020.
- YAZBEK, Maria Carmelita. Classes **Subalternas e Assistência Social.** São Paulo, Cortez Editora, 2007 (6ª edição).



IX CONASSS
CONGRESSO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE
XII SIMPSSS
SIMPÓSIO DE SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE

30 anos do SUS: Território de Lutas e o Serviço Social na Saúde
Edição virtual, 22 a 24 de setembro de 2020

482

YAZBEK. Maria Carmelita. **Estado e Políticas Sociais: uma aproximação conceitual. In: Ministério do desenvolvimento social e combate à fome e instituto de estudos especiais da PUC-SP. Suas: configurando os eixos de mudança.** Brasília: MDS, 2008.



TEMPORALIDADES, TRABALHO COLETIVO E DINÂMICA DO AGRAVO À SAÚDE DA COVID 19 NOS TERRITÓRIOS DE POTENCIALIDADES DO ESTADO PIAUÍ

Edna Maria Goulart Joazeiro (UFPI); Láina Jennifer Carvalho Araújo (UFPI)

Resumo O artigo analisa os desafios postos ao trabalho profissional coletivo no âmbito do SUS no processo de intervenção e de atenção à Saúde mediante a análise da dinâmica do agravo da COVID-19 nos doze Territórios de Potencialidades do Estado do Piauí. O estudo se utiliza de fontes secundárias públicas de informação oriundas da SESAPI, Secretarias Estaduais de Saúde, Prefeitura Municipal de Teresina, IBGE correlacionada à dimensão analítica conceitual da literatura especializada sobre a temática com vistas a compreender a relação entre a dinâmica do agravo à saúde e o processo de distribuição desses agravos nos territórios no decorrer do tempo.

Palavras-chave: Saúde pública. Sistema de Saúde. intersectorialidade. Pandemia

Abstract This paper analyzes the challenges posed to collective professional work within the scope of SUS in the intervention and health care process by analyzing the dynamics of the COVID-19 problem in the twelve Potential Territories of the State of Piauí. The study uses secondary public sources of information from SESAPI, State Health Secretariats, Teresina City Hall, IBGE correlated to the conceptual analytical dimension of the specialized literature on the subject in order to understand the relationship between the dynamics of health problems and the process of distributing this disease in the territories over time.

Keywords: Public Health. Health System. Intersectoriality. Pandemics

1. INTRODUÇÃO

O campo da saúde é um espaço social atravessado por múltiplas formas de poder, conhecimentos, tecnologias que são construídas no decorrer da história. No contexto das políticas sociais somos interpelados por desafios que nos obrigam a rediscutir os sentidos do trabalho, a instrumentalidade associada à intervenção diante das múltiplas expressões da questão social, ao mesmo tempo que somos demandados a construir novas racionalidades visando dar inteligibilidade à intervenção e a gestão das interfaces entre necessidades humanas (PEREIRA, 2011) e necessidades em saúde (MERHY, 1997) no âmbito dos Sistemas de Saúde públicos e de novos conhecimentos.

Nesse sentido, cumpre destacar que a saúde é um *locus* que gera continuamente novos conhecimentos à medida que se constitui num espaço que requer do protagonista da atividade de trabalho, – ou seja, de **quem** nele intervém – o desafio de desvendar a realidade concreta, uma vez que esse campo de intervenção é ao mesmo tempo, um lugar de trabalho e de formação para profissionais que intervém nesse campo de saber (JOAZEIRO, 2015, 2018) específico, o da saúde pública.

O trabalho toma como objeto de análise os desafios postos ao trabalho coletivo no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no processo de intervenção e de atenção à Saúde no contexto estadual, e o faz tendo como base o arcabouço conceitual e legal e as interfaces da atenção na Rede de Atenção à Saúde nos doze territórios do Estado do Piauí correlacionando a indispensável exigência do tratamento das interfaces entre níveis de atenção saúde e o processo de cuidado em face dos riscos decorrentes dos agravos à saúde da COVID 19. Ou seja, o enfrentamento da pandemia remete a questão da intersetorialidade das políticas e dos níveis de atenção nos sistemas públicos instituídos, na perspectiva apontada por Pereira (2014) que a concebe não como uma “estratégia técnica, administrativa ou simplesmente de boa prática gerencial, pelo contrário, [como] um processo eminentemente político e, portanto, vivo e conflituoso” (PEREIRA, 2014, p. 37).

Em nossas análises (JOAZEIRO, ARAÚJO, 2019, p. 32 *et seq.*; 2017, JOAZEIRO *et al.*, 2018, p. 75) temos destacado as especificidades da organização do SUS no que tange ao intrincado de relações requeridas para fazer emergir um trabalho coletivo sinérgico resolutivo nas cinco Redes Temáticas de Atenção à Saúde que são organizadas com base na necessidade de enfrentamento de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometam as pessoas ou as populações. Após a pactuação tripartite

no ano de 2011, foram estabelecidas as seguintes redes temáticas por serem pontos prioritários na saúde do país: Rede Cegonha, que tem um recorte de atenção à gestante e à criança até 24 meses; Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); Rede de Atenção às pessoas com Doenças Crônicas; a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e a Rede de Urgência e Emergência (RUE). Essas redes são atravessadas por temas transversais tais como, qualificação e educação; informação; regulação e promoção e vigilância à saúde (BRASIL, 2011).

As redes temáticas buscam produzir arranjos que articulem o acesso aos serviços de diferentes tipos, visando garantir a integralidade da assistência à saúde, possibilitando ao profissional e a população usuária uma melhor compreensão do Sistema de Saúde de forma a qualificar a assistência desenvolvida e contribuir para o fortalecimento do SUS.

O processo de implantação das RASs “convoca mudanças radicais no modelo de atenção à saúde do SUS e aponta para a necessidade da implantação de novos modelos de atenção às condições agudas e crônicas” (MENDES, 2011, p. 18). No limite, pode-se dizer que as necessidades presentes nos cenários pandêmicos, com os efeitos perversos decorrentes da dinâmica dos agravos da COVID 19 tem gerado uma intensa pressão sobre a Rede de Atenção à Saúde (RAS), fato que tende a acarretar a saturação dessa rede de cuidado, produzindo descumprimento do papel protetivo e curativo da RAS no âmbito do SUS.

Em última instância essa situação sanitária, poderá colocar em xeque o próprio fundamento estabelecido no artigo 196 da Constituição Federal (1988) que estabelece que a saúde é um 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” (BRASIL, 1988).

O enfrentamento desse fenômeno sanitário, social, econômico, político e cultural requer buscar compreender as múltiplas e mútuas interfaces presentes no cenário atual, sendo imprescindível o envolvimento de políticas públicas, para minimizar os efeitos adversos que se entrecruzam e se avolumam nesse tempo da pandemia.

O estudo se ancora na perspectiva analítica de que os “riscos e vulnerabilidades não decorrem de responsabilidade individual, mas de um conjunto de desigualdades estruturais, socioeconômicas e políticas e da ausência de proteção social” (PNAS, 2004, p. 4). Cumpre assinalar ainda, que utilizamos o conceito de território na

perspectiva de Santos (2006), ou seja, como “o lugar em que desembocam todas as ações, todas as paixões, todos os poderes, todas as forças, todas as fraquezas, isto é, onde a história do homem plenamente se realiza a partir das manifestações de sua existência” (*op. cit.*, p. 13), ou seja, como assinala Koga, será empreendida “uma análise territorial para além da cartografia” (2011, p. 22). A questão do território, de suas potências e de suas fragilidades marca de modo inelutável o estudo, uma vez que ao pensar o trabalho no SUS, se coloca em questão aspectos da estrutura e da conjuntura (SOUZA, 2009), para as quais a apreensão dos múltiplos aspectos do território tem uma importância capital.

2. TERRITÓRIO, CIDADES E AGRAVOS SAÚDE

O Piauí está localizado na Região Nordeste do Brasil, na zona considerada meio norte, uma vez que se trata de área intermediária entre a Região. O Piauí faz limite com os Estados do Ceará e de Pernambuco, a leste; com a Bahia, ao sul e sudeste; Tocantins, a sudoeste; e Maranhão, a oeste. Cumpre destacar que o conjunto de seus municípios se distribui em doze Territórios de Desenvolvimento (TDs) do Estado do Piauí e em 28 Aglomerados, segundo a Lei atualizada de nº 6.967/2017 que altera a Lei Complementar nº 87/2007, esses territórios serão oportunamente arrolados na análise da problemática em questão.

Essa Lei define que os Territórios de Desenvolvimento são espaços socialmente organizados, compostos por um conjunto de municípios que se caracterizam por “uma identidade histórica e cultural, patrimônio natural, dinâmica e relações econômicas e organização, constituindo as principais unidades de planejamento da ação governamental” (BRASIL, 2017). Esses territórios (Figura 1) consideram as peculiaridades locais e regionais que visam à promoção do desenvolvimento sustentável do Estado, a redução das desigualdades e a melhoria da qualidade de vida da sua população (CEPRO, 2017).

O recorte territorial do estudo empreendido é mediado pela intenção de compreender como tem se materializado os agravos à Saúde da COVID 19 no Estado do Piauí que está localizado na Região Nordeste do país, conta com 224 municípios distribuídos em uma área de 251.529,186 km², possuindo uma população de 3.118.360 habitantes (IBGE, CENSO, 2010).

A análise de natureza quanti-qualitativo se fundamenta no arcabouço conceitual e legal da temática e na triangulação de fontes secundárias públicas de informação

relativas aos agravos à saúde decorrentes da COVID 19 nos 224 municípios do Estado do Piauí, nos dias 21 de junho, 01, 11 e 21 de julho de 2020. O estudo utiliza fontes de informação oriundas do Painel COVID 19 Piauí da Secretaria de Estado do Piauí (SESAPI), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), da Fundação Centro de Pesquisas Econômicas e Sociais do Piauí (CEPRO) e do Painel Coronavírus Brasil com base de dados diária das Secretarias Estaduais de Saúde do Brasil no período supramencionado.

A escolha do marco temporal e territorial deu-se com vistas a apreender a dinâmica desse agravo à saúde nos doze Territórios de Desenvolvimento do Estado do Piauí visando analisar a configuração no espaço socioterritorial desse Estado da Federação numa etapa de ampliação dos riscos sanitários decorrentes da pandemia da COVID 19 no Brasil e nas diversas Regiões Administrativas do país.

Figura 1 – Macrorregiões, número de municípios por Territórios de Desenvolvimento do Estado do Piauí.

Macrorregião	Territórios de Desenvolvimento	Municípios
1. Litoral	Planície Litorânea	11
	Território dos Cocais	22
2. Meio-Norte	Território dos Carnaubais	16
	Território de Entre Rios	31
3. Semiárido	Vale do Sambito	15
	Vale do Rio Guaribas	23
	Vale do Rio Itaim	16
	Vale do Rio Canindé	17
4. Cerrados	Serra da Capivara	18
	Vale dos Rios Piauí e Itaueiras	19
	Tabuleiros do Alto Parnaíba	12
	Chapada das Mangabeiras	24

Fonte: Elaboração própria com base em CEPRO, 2017.

É a partir dessa perspectiva que a análise busca apreender a dinâmica dos agravos à saúde decorrentes da COVID 19 nesses Territórios de Desenvolvimento do Estado do Piauí e suas interfaces com a desigualdade social **dos e nos** territórios ao longo do tempo. O estudo se utiliza da metodologia quanti-qualitativa (MINAYO, 2012) como decorrência direta da natureza do objeto realizada a partir da análise de variáveis

disponíveis nos dados públicos de fontes secundárias de informação supramencionadas.

O estudo correlaciona a dimensão analítica conceitual da literatura especializada sobre a temática com vistas a compreender a relação entre a dinâmica do agravo à saúde e o processo de distribuição desses agravos nos territórios na fase inicial e as mudanças graduais no decorrer do tempo. O artigo é oriundo da pesquisa intitulada Racionalidades, Temporalidades e defesa da vida: dinâmica do agravo à saúde da COVID 19 nos Territórios de Potencialidades do Estado do Piauí e nas Regiões Administrativas de Teresina vinculada ao Grupo de Estudo e Pesquisa Formação, Trabalho, Desigualdade Social e Políticas Públicas, CNPq, UFPI, Brasil.

Nessa perspectiva analítica, se indaga sobre os desafios que estão postos no encontro diuturno de profissionais da saúde cuja relação de atenção a população usuária se assenta na relação que tece e é tecida entre o trabalho coletivo das diversas profissões da saúde na Rede de Atenção de Saúde e nas interfaces do trabalho coletivo que precisa ser realizado em presença de múltiplas incertezas, no que tange às formas de contágio, de terapêutica e de biossegurança no processo de atenção à saúde.

Netto (1987) assinala que segundo a perspectiva analítica de Lukacs “a vida cotidiana é *insuprimível*. [...] Enquanto espaço-tempo de constituição, produção e reprodução do ser social, a vida cotidiana é ineliminável” (*op. cit.*, p. 65). Contudo, como assinala lamamoto, as relações que se tecem e são tecidas na sociedade “não são diretas [nem] transparentes, não se revelando de imediato” (2002, p. 195) uma vez que “a estrutura da vida cotidiana é distinta, quanto ao seu âmbito, aos seus ritmos e regularidades e aos comportamentos diferenciados dos sujeitos coletivos” (NETTO, 1987, p. 65).

3. BREVE HISTÓRICO DA PANDEMIA DA COVID-19: DESAFIOS DA ATUALIDADE

A pandemia causada pelo novo coronavírus desencadeou um contexto de elevada incerteza quanto à capacidade do Estado e dos Sistemas de Saúde universais de responder com medidas pertinentes e necessárias visando o enfrentamento desse agravo à saúde tanto do campo sanitário, quanto da dimensão econômica e social da pandemia.

Cumprе explicitar que o aumento do número de casos de coronavírus e a disseminação global desse agravo à saúde resultaram na decisão da Organização

Mundial da Saúde (OMS) que declarou, em 30 de janeiro de 2020, que o surto da doença causada pelo novo coronavírus (COVID 19) se constitui uma emergência de Saúde Pública de importância internacional. Trata-se do mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional (RSI), ou seja, um instrumento jurídico internacional que tem como objetivo ajudar a comunidade internacional a prevenir e a responder a graves riscos de saúde pública que têm o potencial de atravessar fronteiras e ameaçar pessoas em todo o mundo. Esse é um instrumento vinculativo para 196 países em todo o mundo, que inclui todos os Estados Membros da OMS.

Em 11 de março de 2020, a COVID 19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia. Do ponto de vista da relação espaço temporal, cumpre destacar que os primeiros casos decorrentes do vírus surgiram em dezembro de 2019 quando, um conjunto de “casos de pneumonia viral foi vinculado a um mercado de frutos do mar em Wuhan (Hubei, China) e mais tarde foi determinado como causado por um novo coronavírus, coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV- 2; anteriormente conhecido como 2019- nCoV)” (LEE; NG; KHONG, 2020, p. 384).

No Brasil, o governo sancionou em 7 de fevereiro a Lei de Quarentena, nº 13.979/2020 que dispõe sobre as medidas que poderão ser adotadas para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (BRASIL, 2020). Essa Lei permite que autoridades possam adotar, no âmbito de suas competências, medidas de “isolamento, quarentena, realização compulsória de exames médicos, testes laboratoriais, coleta de amostras clínicas, vacinação e outras medidas profiláticas, a fim de combater a proliferação da doença” (OKABAYASHI *et al.*, 2020, p. 4.514).

O contexto de pandemia causado pela COVID19 tem requisitado da universidade pública, construir espaços dialógicos e formativos capazes de ampliar a compreensão dos efeitos da COVID 19 sobre a oferta de vagas e de cuidado à saúde pública viabilizando o conhecimento da dinâmica instaurada no período de pandemia, criando ainda espaços de reflexão sobre o uso de tecnologias de intervenção e de monitoramento do trabalho profissional visando ampliar o conhecimento sobre esse agravo a saúde, o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e da necessidade de rediscussão de protocolos de atenção e da instrumentalidade requerida **pelo e no** atual cenário pandêmico e da indiscutível necessidade de sensibilizar governantes, gestores, trabalhadores da saúde e as populações concernidas sobre as ameaças à vida presentes no atual momento da história.

A combinação da crise estrutural do capital, com os efeitos adversos da pandemia tem exigido dos Estados Nacionais a adoção de ações imediatas por parte dos governos no mundo todo. As autoridades sanitárias internacionais e um amplo conjunto de governos nacionais tem convergido quanto à implementação de três grandes estratégias, a saber, i) recomendação ou determinação do isolamento e do distanciamento social; ii) a ampliação da capacidade de atendimento dos serviços de saúde; iii) formas de apoio econômico a cidadãos, famílias e empresas (PIRES, 2020, p. 7). No Brasil têm sido adotadas destas três formas de intervenção diante do cenário da pandemia da COVID 19, contudo essas respostas vêm ocorrendo mediante ações e medidas isoladas, por parte de diferentes níveis de governo, sem um esforço claro de articulação e coordenação em nível nacional para o enfrentamento da crise (PIRES, 2020, p. 7).

[...] a distribuição desigual dos efeitos adversos e os déficits de atenção e cobertura sobre o território e suas populações fazem com que as mesmas medidas governamentais sejam experimentadas de forma bastante diferenciada pelas pessoas, a depender de suas trajetórias, localização e formas de inserção no conjunto das relações sociais (PIRES, 2020, p. 8).

A lição radical que a COVID 19 ensina, segundo Frigotto (2020) é que em primeiro lugar, é preciso entender que a guinada que o mundo deu no final da década de 1970, regredindo a um radical conservadorismo econômico, não encontra mais nenhuma sustentação sem que haja uma global destruição de vidas a curto e a longo prazo. Em segundo lugar, destaca que há hoje uma “guerra invisível protagonizada pela COVID-19 que atinge todo o planeta colocando por terra a doutrina do livre mercado como algo que deriva da natureza humana” (*op.cit*, p. 4).

Autores como Borzacchiello e Muniz (2020, p. 3) afirmam que o coronavírus é mais que uma crise pandêmica, é também social, econômica, espacial, e, notadamente uma questão geopolítica, de luta de classes e aprofundamento do capitalismo em sua versão mais perversa”. As situações de desigualdade social ampliam os riscos presentes no cenário mundial, estando em pauta na atualidade o desafio de produzir respostas interventivas, tecnológicas e terapêuticas que sejam capazes de minimizar os riscos desse agravo à saúde. Pires (2020) assinala que os segmentos sociais vulnerabilizados possuem menores capacidades de absorção dos variados impactos que as medidas de enfrentamento à crise (*op. cit.*, p. 8) podem provocar em suas vidas.

Assinala o autor que a realidade concreta tem revelado que “grupos sociais historicamente submetidos a processos de vulnerabilização sofrem em intensidade desproporcional os efeitos adversos e a desatenção das medidas adotadas para o

enfrentamento à crise” (PIRES, 2020, p. 78) uma vez que a distribuição desigual dos efeitos adversos e os déficits de atenção e cobertura sobre o território e suas populações. Em decorrência desse agravo à saúde e seus impactos sociais e econômicos, o governo brasileiro instituiu o Decreto nº 10.316/ 2020, que regulamenta o Auxílio Emergencial cujo objetivo é fornecer proteção emergencial no período de enfrentamento à crise causada pela pandemia da COVID 19, uma vez que esses agravos incidem de modo significativo na vida de um contingente da população que vivem em condições de desigualdade e de vulnerabilidade social (BRASIL, 2004).

Na atualidade, é fundamental buscar compreender as configurações, particularidades e singularidades desse agravo nos territórios, uma vez que um grande contingente de população está submetido a diferenciados níveis de risco de contágio, o que torna necessário estabelecer formas para apreender a dinâmica desses riscos e sua materialização sob a forma de diferentes níveis de casos confirmados da COVID 19 em diferentes municípios de variados portes populacionais no Estado do Piauí.

4. TERRITÓRIO, COVID-19 E POLÍTICAS PÚBLICAS

A relação entre políticas públicas requer adentrar no universo dos conceitos com os quais a política intervém e aqueles que ela almeja transformar, nesse sentido, ao pensar a dinâmica da COVID19 na sua interface com o campo do social é necessário pensar que a política intervém pautada nas necessidades humanas e necessidades em saúde na **sua** relação particular e específica **com** e **no** território vivido. Joazeiro e Mariosa (2015, p. 185) assinalam ainda que “a compreensão das múltiplas dimensões da realidade social pressupõe a necessidade de uma leitura na perspectiva da totalidade”.

O território é aqui compreendido como um espaço social que possibilita uma maior aproximação das particularidades da população que nele vive à medida que permite [re]conhecer a presença das dimensões sociais, econômicas, políticas, culturais, em inúmeras situações nas quais ele revela/esconde as marcas da presença de desigualdades sociais múltiplas.

Temos defendido que a compreensão desses traços nos auxilia “a refletir sobre a busca da decifração das múltiplas dimensões presentes na sociabilidade moderna, bem como dos desafios postos para a intervenção **na** e **entre** as políticas sociais diversas” (JOAZEIRO, 2019, p. 71), o que nos possibilitará compreender a dinâmica assistencial utilizada para intervir em face das múltiplas expressões da questão social **do** e **nos** territórios analisados bem como da temporalidade demandada à sua materialização.

Um olhar atento para a dinâmica dos agravos à saúde decorrentes da pandemia da COVID 19 nos territórios dos Estados brasileiros (Figura 2 e Figura 3) e especificamente sobre a configuração desse agravo no Estado do Piauí (Figura 4 e Figura 5) nas datas analisadas no estudo revela a ampliação continuada desse agravo nos doze Territórios de Desenvolvimento no decorrer do tempo, marcados de forma diferenciada por dinâmicas próprias de adoecimentos. Os números revelam que é indiscutível que nesses territórios está em curso um processo de agravamento do quadro sanitário da COVID 19.

Figura 2 - Casos da COVID-19 por UF em 21.06.2020.

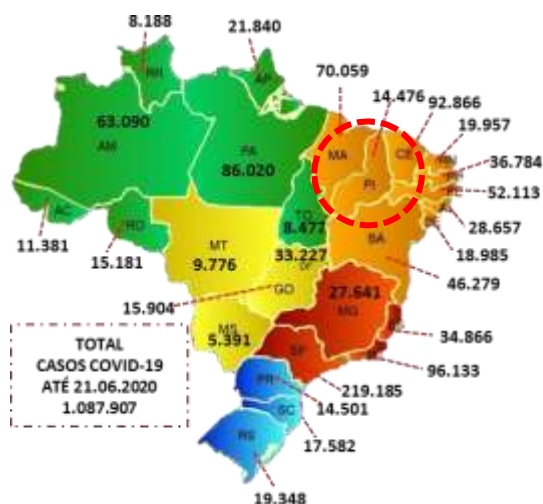
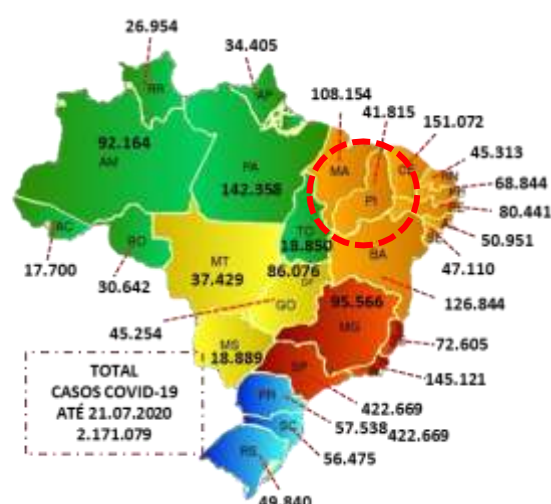


Figura 3 - Casos de COVID-19 por UF em 21.07.2020.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados das Secretarias Estaduais do Brasil

Torna-se importante assinalar o potencial de ampliação desse agravo à saúde particularmente nos Estados da região Nordeste, Norte, nos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Espírito Santo, Rio Grande do Sul, Paraná, Santa Catarina e Distrito Federal. Constata-se a ampliação também nos Estados que fazem limite com o Piauí, epicentro de nosso estudo, são eles: o Ceará e Pernambuco, que fazem limite a Leste; o Estado da Bahia que faz limite a sul e a sudeste do Estado do Piauí. Há também a grande quantidade de casos confirmados nos Estados do Tocantins que faz fronteira a Sudoeste do Estado do Piauí e o Estado do Maranhão, com fronteira a oeste do Piauí.

A relação de proximidade do Piauí com os diversos Estados com intenso processo de crescimento de agravos a saúde e do número de óbitos decorrentes da COVID 19 amplia profundamente a exposição da população desse Estado aos riscos de adoecimento e morte.

Tabela 1 – Distribuição dos casos de óbitos por COVID 19 nos Territórios de Desenvolvimento do Piauí nos dias 21 de junho, 01, 11 e 21 de julho de 2020.

TERRITÓRIOS DE DESENVOLVIMENTO	Números de casos confirmados da COVID19				
	21.06.2020	01.07.2020	11.07.2020	21.07.2020	Óbitos até 21.07.2020
Território Entre Rios (31 ¹)	7.262	11.132	15.558	18.997	721
Território da Planície Litorânea (11)	2.330	3.957	5.383	6.344	144
Território dos Cocais (22)	1.758	2.834	4.487	5.925	115
Território Carnaubais (16)	607	1.057	1.562	2.100	37
Território do Vale do Rio Guaribas (23)	686	1.127	1.433	2.091	30
Território Serra da Capivara (18)	347	700	964	1.214	8
Território de Tabuleiros do Alto Parnaíba (12)	319	493	775	1.162	22
Território Chapada das Mangabeiras (24)	283	582	846	1.110	25
Território do Vale do Canindé (17)	202	381	625	1.028	17
Território Vale do Sambito (15)	236	497	558	763	11
Território do Vale dos Rios Piauí e Itaueiras (19)	191	268	414	601	18
Território Chapada Vale do Rio Itaim (16)	205	279	358	480	10
Total de casos confirmados de COVID19	14.426	23.307	32.963	41.815	1.158

Fonte: Elaboração própria com base dados da SESAPI, distribuição cf. SEMPLAN.

Se analisarmos a dinâmica dos agravos da COVID 19 nos 224 municípios do Estado constataremos a intensa ampliação desse agravo nos doze Territórios de Desenvolvimento do Piauí nos dias 21 de junho e 21 de julho de 2020 (Tabela 1, Figuras 4 e 5), havendo uma marcante tendência à ampliação desse agravo em nove Territórios de Desenvolvimento, são eles: Entre Rios, Planície Litorânea, Cocais, Carnaubais, Vale do Rio Guaribas, Serra da Capivara, Tabuleiros do Alto Parnaíba, Chapada das Mangabeiras e Vale do Canindé.

¹ O numeral entre parênteses corresponde à quantidade de municípios em cada Território de Desenvolvimento.

Figura 4 – Distribuição dos casos confirmados da COVID 19 nos Territórios de Desenvolvimento do Estado do Piauí até 21 de junho de 2020.

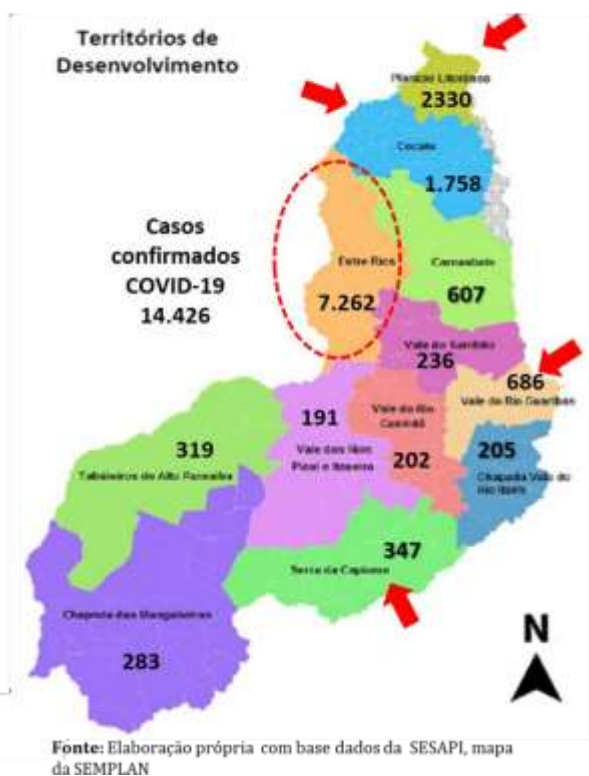
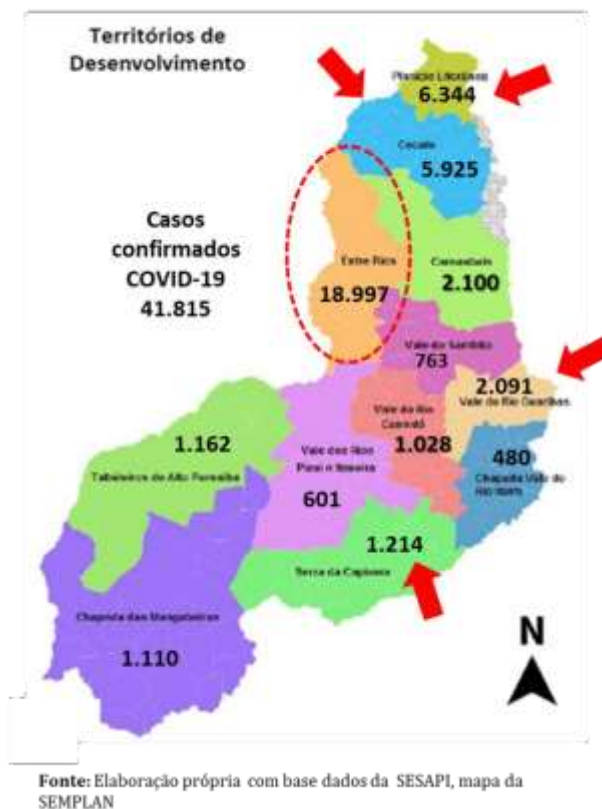


Figura 5 – Distribuição dos casos confirmados da COVID 19 nos Territórios de Desenvolvimento do Estado do Piauí até 21 de julho de 2020.



Considerando que até o presente momento não há vacinas ou medicamentos específicos para a COVID 19 e que os tratamentos estão sendo investigados e serão testados por meio de estudos clínicos, o isolamento e o distanciamento social, bem como a obrigatoriedade do uso de máscaras e a higienização apropriada de mãos, utensílios e o uso de equipamentos de proteção individual (EPIs) tem sido a forma de enfrentamento desse grave problema de saúde pública. Moreira (2020, p. 2) assinala que as medidas adotadas até o momento no Brasil visam “evitar a superação da capacidade dos sistemas de saúde em atender à população que evolui para as formas mais graves da doença” uma vez que nestas situações são necessárias internações em UTI e o uso de ventiladores pulmonares para o suporte respiratório (MOREIRA, 2020; WANG, LUCCA-SILVEIRA, 2020). No que tange à mortalidade decorrente desse agravo à saúde no estudo ora apresentado cumpre assinalar que na Tabela 1 observa-se a prevalência de óbitos nos Territórios de Entre Rios que conta com 62,3% dos óbitos do Estado, seguido pelo Território da Planície Litorânea com 144 mortes, ou seja, 12,4% dos óbitos do Piauí e o Território Cocais com 9,9% das mortes no período analisado. Esses três Territórios acumulam um total de 980 óbitos desde o início da

pandemia, ou seja, 84,6% do total de mortes decorrentes da COVID 19 desde o dia 28 de março de 2020 (SESAPI, 2020) quando foi registrado o primeiro óbito decorrente desse agravo à saúde no Piauí.

Torna-se importante assinalar a gradual ampliação da mortalidade nos outros Territórios do Estado, uma vez os nove Territórios restantes, no período analisado, acumulam um total de 178 mortes, ou seja, 15,4% dos óbitos do Estado.

Tabela 2 – Distribuição dos municípios sem casos confirmados da COVID 19 por Territórios de Desenvolvimento no Estado do Piauí até dia 27 de julho de 2020.

TERRITÓRIO DE DESENVOLVIMENTO	TOTAL DE MUNICÍPIOS TERRITÓRIO/ MUNICÍPIO COM REGISTRO DE COVID 19	MUNICÍPIO SEM REGISTRO DE COVID 19	POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DO CENSO 2010/ ESTIMADA 2019 IBGE
ENTRE RIOS	30/31	JARDIM DO MULATO	4.309/ 4.504
SERRA DA CAPIVARA	17/18	JOÃO COSTA	2.960/ 3.008
TABULEIROS DO ALTO PARNAIBA	11/12	CANAVIEIRA	3.921/ 3.950
CHAPADA DAS MANGABEIRAS	23/24	CRISTALANDIA	7.831/ 8.294
VALE DOS RIOS PIAUI E ITAUEIRAS	18/19	ARRAIAL	4.688/ 4.727
RAZÃO	219/224	05/ 224	

Fonte: Elaboração própria.

Se analisarmos a distribuição atual dos agravos à saúde decorrentes da COVID 19 nos Territórios do Piauí observaremos que no dia 21 de julho apenas seis municípios do Estado não tinham registrado casos da doença, contudo a partir do dia 27 de julho, o número de municípios que não possuíam casos confirmados de COVID 19 reduziu para apenas cinco conforme assinalado na tabela 2.

Diante da complexidade dos desafios e riscos presentes no contexto supramencionado, cumpre assinalar que o Estado enfrenta na atualidade a configuração de instauração de um processo de interiorização da COVID 19, dinâmica esta que indica a instalação de ciclos de transmissão da doença em cidades de pequeno porte, situação que preocupa em função de dois aspectos.

Primeiramente, o tempo de recuperação lento associado à alta taxa de contaminação tem ocupado leitos das grandes cidades, e pode acabar por provocar colapso do sistema de saúde nesses municípios. Em segundo lugar, à medida que a doença avança para o interior e atinge cidades menores, a demanda por serviços mais especializados de saúde como UTI e respiradores também cresce. Esses municípios menores terão que enviar seus pacientes a cidades maiores, que já apresentam limitação de leitos, equipamentos e

peçoal de saúde (FIOCRUZ, 2020, p. 1).

No Estado do Piauí apresenta uma configuração com o predomínio de municípios de municípios de porte Pequeno I (PNAS, 2004), ou seja, com população de até 20.000, com um total de 88,9% de municípios que se situam nessa categoria. Essa configuração socioterritorial traz implicações importantes para dinâmica da atenção à saúde à população uma vez que esses municípios dispõem de restrita oferta de serviços de média e de alta complexidade na Rede de Atenção Saúde e conta com menor densidade tecnológica nos serviços ofertados no SUS.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A apreensão da dinâmica complexa da série histórica dos agravos à saúde da COVID19 remete à necessidade de imprimir mudanças no arcabouço conceitual, legal, normativo e interventivo na dinâmica assistencial em face dos desafios postos à atenção à população em tempos de pandemia. Requer ainda o aprofundamento de questões relativas ao cuidado, à instrumentalidade, ao conhecimento acumulado sobre a temática, a educação permanente e o estabelecimento de comunicação visando a sensibilização e o envolvimento das políticas públicas.

Remete ainda a necessidade de contribuir para a ampliação do conhecimento construído em diferentes cenários nacionais e internacionais visando à defesa da vida e a eficácia dos sistemas de saúde universais na articulação com as políticas públicas de enfrentamento das múltiplas formas de desigualdade social no SUS e para além dele.

O contexto da intervenção no trabalho coletivo no campo da Saúde e das demais políticas sociais que se vinculam ao enfrentamento da pandemia da COVID 19 requisita e [re]questiona o modo de produzir ações e de planejar a intervenção, pois acima de tudo, nos desafia a pensar a gestão e a execução das políticas sociais superando a tendência a um pensar fragmentado e isolado, uma vez que nenhuma política social consegue responder sozinha pelas diversas necessidades e demandas sociais que surgem na cotidianidade.

Nesse sentido, a intersectorialidade das políticas é requerida para o enfrentamento das interfaces da desigualdade social preexistente e da que tem sido gerada como decorrência da necessidade de adoção de medidas de isolamento social para conter o avanço da letalidade dos agravos à saúde decorrentes da COVID 19 remetendo a necessidade de fortalecer os “traços da interdisciplinaridade como paradigma epistemologicamente mais trabalhado, embora não esgotado, da concertação de saberes com vista ao conhecimento mais denso e abrangente de realidades complexas” (PEREIRA 2014, p. 27).

O cenário pandêmico evidencia os efeitos adversos da vulnerabilidade de acesso, agravada pela presença de grandes contingentes de população marcados pela desigualdade social e territorial. As dimensões dos Territórios de Desenvolvimento ora analisados revelam que está em curso um processo de interiorização dos agravos à saúde decorrentes da COVID 19, ao mesmo tempo que essa dinâmica tem gerado ampliação da demanda de uso de Unidades de Terapia Intensiva com tratamento invasivo que supera largamente a capacidade dos Sistemas públicos de Saúde de absorver tal demanda.

O desafio de enfrentar a complexidade da dinâmica desse agravo à saúde remete a uma dupla convocação indispensável ao processo de intervir na vida das pessoas em situações complexas que requisita do protagonista do trabalho no campo da Saúde e no campo do social que seja capaz de convocar e [re]questionar “os conhecimentos epistêmicos e disciplinares, ao mesmo tempo que requisita, reconstrói saberes nascidos da atividade concreta de trabalho, indispensáveis para consolidar uma trama protetiva intra, inter e extra institucional (JOAZEIRO, 2018, p. 177)

Como Pereira (2011, p. 99), ressaltamos que não há como “assegurar direitos sociais sem a garantia do Estado, materializada pela oferta e pela regulação dos serviços e benefícios de proteção social”. Em última instância, a dinâmica apresentada no estudo, explicita que há um imperativo ético que nos convoca enquanto sujeitos partícipes do processo de intervenção nas políticas de enfrentamento a COVID 19, que partiremos ativamente da construção de um trabalho coletivo sinérgico em face dos gravíssimos indicadores atuais que revelam o agravamento do quadro sanitário decorrente da COVID 19, com riscos iminentes à vida e a cidadania.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, L. J. C; JOAZEIRO, E. M. G. Direitos sociais em tempos de crise: desigualdades sociais e agravos à saúde. **O Social em Questão**. Ano XXII, nº 44, volume 1, maio a agosto 2019, Rio de Janeiro: PUC-Rio Departamento de Serviço Social.
- CEPRO. Fundação Centro de Pesquisas Econômicas e Sociais do Piauí.
- Piauí em números**, 8. ed. Teresina, 2007. PEREIRA, P. A. P. Políticas Públicas e Necessidades Humanas com enfoque no gênero. *Sociedade em Debate (UCPel)*, v. 12, p. 67-86, 2006
- PEREIRA, P. A. P. Política Social: temas & questões. 3ª edição. São Paulo: Cortez, 2011.
- SOUZA, H. J. **Como se faz análise de conjuntura**. Petrópolis: Vozes, 2009.
- BRASIL. Secretarias dos Estados. **Cornavírus Brasil**. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/> Acesso em 20 de jun 2020.
- FRIGOTTO, G. Empresários mais ricos do Brasil: a ignorância, o cinismo e a ganância que matam. **Espaço e Economia** [Online], v. 17, 2020.
- IAMAMOTO, M. V. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social**: ensaios críticos. São Paulo: Cortez, 2002.
- JOAZEIRO, E. M. G. Social Work and Professional training: tension among Rationalities, Temporalities and Relationships. In: SILVA, A. M. C.; APARICIO, M. T. **International handbook of professional identities**. 1ed.CA, USA: Scientific & Academic Publishing, 2015, v. 1, p. 318-342.
- JOAZEIRO, E. M. G. **Supervisão acadêmica e de campo**: relação entre saberes. Teresina: EDUFPI, 2018.
- LEE, E. Y.P.; NG, M.; KHONG, P. COVID-19 Pneumonia: what has it taught us? **The Lancet Infectious Diseases**, v. 20, n. 2. 2020
- KOGA, D. **Medidas da Cidade**: Entre o território de vida e territórios vividos. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: OPAS, 2011.
- MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 71-112.
- MINAYO, M. C. de S. Análise qualitativa: teoria, etapas e fidedignidade. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, março de 2012.
- MOREIRA, R. da S. COVID-19: unidades de terapia intensiva, ventiladores mecânicos e perfis latentes de mortalidade associados à letalidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, e00080020, 2020.
- NETTO, J. P. Para a crítica da vida cotidiana. NETTO, J. P.; FALCÃO, M. C. **Cotidiano**: conhecimento e crítica. São Paulo: Cortez, 1987, p. 63-93.
- PEREIRA, P. A. P. A intersetorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética. In: MONNERAT, G. L.; ALMEIRA, N. L. T. de; SOUZA, R. G. (Orgs.). **A intersetorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas: Papel Social, 2014, p. 23-39.
- PIRES, R. R. C. Os Efeitos sobre grupos sociais e territórios vulnerabilizados das medidas de enfrentamento à crise sanitária da Covid-19: propostas para o aperfeiçoamento da ação pública. **Repositório do Conhecimento do IPEA**. 2020.
- SANTOS, M. O dinheiro e o território. In: SANTOS, M et al. **Território e territórios**: ensaios sobre o ordenamento territorial. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2006, p. 13-21.
- WANG, D., LUCCA-SILVEIRA, M. Escolhas dramáticas em contextos trágicos: Alocação de vagas em UTI durante a crise da COVID-19. **Nota Técnica n.5**. IEPS: São Paulo. 2020.
- MonitoraCovid-19. **Tendências atuais da pandemia de Covid-19: Interiorização e aceleração da transmissão em alguns Estados**. Nota Técnica 28 de abril de 2020.

POLÍTICA DE SAÚDE E DE ASSISTÊNCIA SOCIAL: DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS DA ATENÇÃO, CUIDADO E PROTEÇÃO SOCIAL EM TEMPO DE COVID-19

Francisca Maria Carvalho Cardoso (Universidade Federal Do Piauí-Ufpi); Jovina Moreira Sêrvulo Rodrigues (Universidade Federal Do Piauí-Ufpi); Edna Maria Goulart Joazeiro (Universidade Federal Do Piauí-Ufpi)

RESUMO: O trabalho discute a partir de base teórica e conceitual a Política de Saúde e de Assistência Social, na pandemia de Covid-19. A Seguridade Social no Brasil compreende três pilares: Previdência Social, Saúde e Assistência Social. Abordaremos os dois últimos pilares. No primeiro momento assinalamos as considerações sobre a Política de Saúde no contexto neoliberal atravessado por uma pandemia, traremos a discussão sobre a Política de Assistência Social e o contexto de desigualdade no Brasil diante da Covid-19 e por fim traçamos alguns desafios e possibilidades na atual situação pandêmica e como tais políticas podem contribuir no cenário atual.

Palavras-chave: Interdisciplinaridade. Intersetorialidade. Saúde Pública.

ABSTRACT: The work intends to discuss from a theoretical and conceptual basis on the Health and Social Assistance Policy, in times of pandemic by Covid-19. Social Security in Brazil comprises three pillars: Social Security, Health and Social Assistance. It is about the last two pillars that we will address our discussion throughout the work. At first, we point out the considerations about Health Policy in a neoliberal context crossed by a pandemic, in the second topic we will bring the discussion about the Social Assistance Policy and the context of inequality in Brazil before Covid-19 and finally we outline some of the challenges and possibilities facing the current pandemic situation and how such policies can help us to understand the current scenario.

Keywords: Interdisciplinarity. Intersectorality. Public health



1 INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019 em Wuhan (Hubei, China) tem início um conjunto de casos de pneumonia viral, que mais tarde foi determinado como causado pelo novo coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV- 2). Esse agravo à saúde pela sua amplitude e letalidade tornou-se a pandemia COVID 19, a qual afetou a saúde, economia, educação, assistência social, entre outras esferas sociais em escala mundial. A “Organização Mundial de Saúde (OMS) recebeu a notificação, em 31 de dezembro de 2019, de casos de pneumonia na cidade de Wuhan, na China, com suspeita de serem provocados por uma nova cepa de Coronavírus” (SOUZA, 2020, p. 2470).

O vírus conhecido como SARS-CoV-2, caracterizado pela velocidade com a qual se espalhou entre vários continentes, impulsionou o fechamento do comércio, fronteiras, serviços não essenciais, etc. Oficialmente “em 11 de março, a situação é classificada, como uma pandemia, embora já se apresentasse em quase todos os continentes em fevereiro” (SOUZA, 2020, p. 2470).

Na série histórica sobre pandemias, a humanidade já experimentou outras situações como esta: como a varíola e o sarampo, ou a cólera. As também conhecidas pandemias da gripe “H1N1 em 1918, por H2N2 em 1957-58, por H3N3 em 1968-69 e por H5N1 nos anos 2000, conhecidas, respectivamente, como “gripe espanhola”, “gripe asiática”, “gripe de Hong-Kong” e “gripe aviária” (SOUZA, 2020, p. 2470).

Para o mundo inteiro a pandemia se alastrou em uma crise com grande proporção em termos econômicos, mas também uma crise sanitária. No Brasil, além dos pontos elencados, tornou-se também uma crise política. No país, “os desafios são ainda maiores, pois pouco se sabe sobre as características de transmissão da COVID-19 num contexto de grande desigualdade social, com populações vivendo em condições precárias de habitação e saneamento” (WERNECK; CARVALHO, 2020, p. 2).

“Nesse contexto, é recomendável a adoção de medidas que contribuam para achatar a curva epidêmica da COVID-19, impedindo um crescimento abrupto do número de casos e diminuindo o pico de demanda por serviços de saúde”(OLIVEIRA et al, 2020, p. 2).

Discutiremos os desafios da pandemia por COVID-19, a partir das políticas de Saúde e Assistência Social.

2 Política de Saúde: entraves a partir do contexto neoliberal e a pandemia

A Política de Saúde no Brasil e mais especificamente o Sistema Único de Saúde do Brasil, é uma política pública. Para Di Giovanni (2009), as políticas públicas são atividades sociais, e a partir dessa perspectiva sociológica, concretizam-se por intermédio de ações sociais, e se caracterizam por padronização e institucionalização.

Os interesses das políticas públicas, partem de objetivos: práticos (implícitos ou explícitos) de cada um dos atores ou de grupos de atores. Logo, para Di Giovanni (2009), as políticas públicas estariam divididas em três ordens: “dos interesses econômicos (empresariais, corporativos e/ou individuais), dos interesses políticos (de agentes políticos e tecno-burocráticos) e finalmente dos interesses de reprodução social (portadores de carências ou demandas específicas), são realidades sociais orientadas por valores (*value oriented*)”.

São também orientadas por conhecimentos racionais, orientadas por um percurso temporal de mais de meio século, há no século XX, presença marcante deste arcabouço teórico sobre o tema e ferramentas de intervenção e conhecimentos.

As políticas públicas estariam permeadas por identificação de estruturas, de aspectos normativos e pluralidade de atores. Se baseiam em quatro ângulos de observação: estrutura formal, composta pelos elementos: “teoria”, práticas e resultados; estrutura substantiva, composta pelos elementos: atores, interesses e regras; estrutura material, composta pelos elementos: financiamento, suporte e custo; estruturas simbólicas, composta pelos elementos: valores, saberes e linguagens (DI GIOVANNI, 2009).

Ao considerarmos a especificidade das políticas públicas particulares, há a presença de diferenças formais, substantivas e materiais, linguagens específicas, com um universo próprio de comunicação, com vínculos entre os diversos tipos de atores de uma dada arena de política. É importante observar que os pontos de vista analítico sobre o particularismo/universalismo e isolamento/integração das arenas políticas, e a racionalização e tecnificação; tradicionalismos e interferências ideológicas acontecem em um mesmo cenário (DI GIOVANNI, 2009).

Na realidade brasileira, os desafios para as Políticas de Saúde e Assistência Social são historicamente situados, pois o Brasil é um país com grandes desigualdades sociais, há problemas quanto a discussão de políticas e formação de políticas públicas no país, que perpassa um processo de financiamento também.

No Brasil a Seguridade Social é formada pelo tripé chamado: Previdência, Saúde e Assistência Social, é sobre os dois últimos que abordaremos no trabalho. O argumento central utilizado Mota (2008), quando se trata de Seguridade Social é o de que as políticas sociais que integram a Seguridade Social brasileira longe de formarem um amplo e articulado mecanismo de proteção, adquiriram a perversa posição de conformarem uma unidade

contraditória: enquanto avançam a mercantilização e privatização das políticas de saúde e previdência, restringindo o acesso e os benefícios que lhes são próprios, a assistência social se amplia, na condição de política não contributiva, transformando-se num novo fetiche de enfrentamento à desigualdade social, na medida em que se transforma no principal mecanismo de proteção social no Brasil. Segundo a autora, esta afirmação encontra amparo na expansão da assistência social e nas condicionalidades restritivas da previdência e da saúde, movimentos que vêm sendo sustentados por uma razão instrumental, circunscrita ao argumento do crescimento da pobreza e à impossibilidade de equilíbrio financeiro destas últimas, o que determina a necessidade de sistemas privados complementares.

Paim (2010) argumenta que um dos maiores avanços no SUS, por exemplo, se deu na obra de gestão descentralizada para estados e municípios. No entanto, os desafios a serem superados são muitos: no acesso e na continuidade da atenção; problemas relacionados à organização dos serviços e a ausência de uma rede regionalizada e hierarquizada na oferta de cuidados; prestação de serviços com 95% dos estabelecimentos de apoio diagnóstico e tratamento sendo privados; falta de financiamento; de infraestrutura; problemas com os recursos humanos; além da formação pouco adequada para o trabalho no sistema; organização deficiente da atenção básica, resultando na baixa resolubilidade do sistema e descrédito; planejamento de ações sem considerar os determinantes sociais do processo saúde-doença; além de impasses da gerência e gestão (MENDES, 2010; PAIM, 2010).

No campo da atenção básica a escassez de médicos se torna um problema de maior magnitude, visto que a inserção destes na estratégia saúde da família constitui um dos grandes desafios, pois em geral estão concentrados em grandes centros urbanos e atuando no meio hospitalar. Nos municípios de pequeno porte, cujos serviços de saúde são predominantemente a atenção básica e em geral situados em áreas geográficas mais isoladas, com situações de maior vulnerabilidade social e econômica, essa escassez se torna ainda mais preocupante. Do total de 1304 municípios brasileiros que apresentam algum grau de carência de médicos na atenção básica, 875 (67,1%) são de pequeno porte, ou seja, com menos de 20 mil habitantes. Na mesma linha, a demografia médica revelou que os índices de médicos por habitantes em municípios de pequeno porte são bem inferiores se comparados aos municípios de médio e grande porte (MENDONÇA et al., 2016, p.2908).

A diretriz constitucional relativa à saúde remete a uma participação da comunidade na gestão, ou seja, ao aumento do poder de decisão da população acerca das políticas públicas de saúde. O controle social pode se dar pela via dos conselhos distritais de saúde. Entretanto, essa diretriz também abre margem para uma maior implicação e engajamento não só na formulação como também na execução das políticas públicas, pela via das “parcerias” com a comunidade. Além disso, o contexto socioeconômico-político em que vivemos essa relação entre Estado e sociedade civil precisa ser tematizado. Já não é nenhuma novidade identificar

no processo de globalização a produção de efeitos de minimização das funções e atribuições do Estado. São muitos os autores que se dedicam a descrever e analisar as características do chamado Estado neoliberal e das consequências em termos de “enxugamento” das políticas sociais para a população.

Ao longo dos anos que seguiram a implantação do SUS na década de 1990, registraram-se inúmeros avanços na oferta e organização dos serviços de saúde no Brasil. Apesar da esteira da ordem neoliberal, que marcou a condução política e econômica do país no início dos anos 1990 até os dias atuais, avançou-se na infraestrutura dos serviços, na gestão, na prestação de serviços, na organização e no financiamento, mesmo esse último figurando como dos maiores entraves para o andamento do sistema (MENDES, 2010; PAIM, 2010).

Atualmente a crise na saúde pública no Brasil, em decorrência da pandemia por COVID-19, é também, uma crise no Sistema Único de Saúde.

Assim, é necessária a mobilização do SUS, de forma plena e articulada, com a participação indissociável dos municípios, dos estados e da União, além do envolvimento de todos os governos, nos três níveis de gestão, do Congresso Nacional, do Poder Judiciário e da sociedade brasileira. Dias duros virão, e o curso da epidemia exigirá revisão constante das estratégias. Portanto, a atuação da vigilância epidemiológica é crucial. A notificação oportuna e qualificada dos casos e óbitos poderá subsidiar a tomada de decisão de maneira mais acertada. A pandemia da COVID-19 expõe as fragilidades estruturais e os pontos de estrangulamento do SUS, em particular a falta – ou distribuição desigual –, no território, de profissionais da saúde e de infraestrutura da atenção de média e alta complexidade, bem como a capacidade limitada de produção e realização de testes diagnósticos. Todavia, também traz à tona as fortalezas do maior sistema de saúde público e universal do mundo, que tem um papel preponderante na vigilância e na assistência à saúde, assim como no ordenamento e articulação das ações de enfrentamento à pandemia, nos três níveis de gestão, em todas as Unidades da Federação brasileira. Os desafios que se apresentam são imensos e agravados pela nossa situação social, que impõe condições de vida e saúde precárias, especialmente à população residente nas periferias dos grandes centros urbanos. O recrudescimento de agravos à saúde mental é esperado, em decorrência dos receios gerados pela pandemia e pela situação de isolamento (OLIVEIRA et al., 2020, p. 5).

Santos (2020), considera as “condições sociais como causas fundamentais da saúde, em articulação com as noções de classe social e território, usando este quadro interpretativo de referência em reflexões acerca de aspectos relevantes da trajetória e da distribuição dos efeitos da pandemia da Covid-19 no país” (p.2).

As condições sociais também impactam na “distribuição do estado de saúde por meio das desigualdades de recursos mobilizáveis, da seletividade social na exposição aos riscos, da constituição social das disposições ou preferências de saúde, das discrepâncias nos modos como as instituições processam os indivíduos” (SANTOS, 2020, p. 2).

Para Noronha et al. (2020) os estudos sobre o tema da Covid-19, no Brasil, também têm sido desenvolvidos, tanto com abrangência nacional como regional. A precisão das datas do colapso do sistema de saúde em decorrência da pandemia “é suscetível aos vários pressupostos adotados nas diferentes simulações” (p.2). Os autores apontaram que:

As regiões de saúde com maior vulnerabilidade à pandemia da COVID-19, assim como a necessidade de leitos de UTI. As estimativas de oferta foram realizadas considerando-se apenas leitos do Sistema Único de Saúde (SUS) e não levaram em consideração fatores demográficos associados à variação regional dos casos. (NORONHA et al, 2020, p. 2).

Dessa maneira, uma das possibilidades a se executar um SUS mais eficiente no atual momento para superar tais dificuldade ainda é a articulação por meio da intersetorialidade e a forma de lançar mão de novas estratégias para que os serviços e as políticas sociais abordadas possam realizar uma articulação de forma eficiente e tentar superar tantos entraves e dificuldades principalmente agora em tempos de incertezas devido a pandemia.

“A intersetorialidade transcende o setor saúde que, em alguma medida acolheu e aprofundou as discussões iniciais e apontou para determinações dos problemas que chegam ao setor, que não podem ser tratados somente por ele” (JUNQUEIRA, 1997, p. 37). Isto é, assume-se uma amplitude, o fazer intersetorial é amplo, pois convoca todo o território, principalmente em tempos de pandemia, há a necessidade de articulação com a Assistência Social, com a Educação, com a Cultura, dentre outros meios em prol de uma articulação potente e eficaz.

Ao que se percebe nas contribuições dos participantes, a ideia de corresponsabilização é entendida como a possibilidade deste agenciamento comum entre setores e instituições para o processo de produção de saúde ampliada, em que se afirma a necessidade da garantia de direitos e pactuação. Pelo que é então apontado pelos participantes, a corresponsabilização efetiva a potencialização do trabalho e contribui para a direção para a prática da intersetorialidade (TAÑO; MATSUKURA, 2019, p.14).

3 Possibilidades e limites da Assistência Social na pandemia de COVID-19

A pandemia da COVID-19 e as necessidades de adequação a uma nova realidade por meio da adoção de um conjunto de estratégias destinadas a proteger a população do contágio ou pelo menos reduzir os impactos causados pela transmissão da doença, tem repercutido em todos espaços de vivência dos cidadãos. E dessa forma, a situação vem exigindo respostas cada vez mais enérgicas e eficazes por parte das políticas públicas.

Muito embora o campo da saúde e o da economia sejam os mais evidentes devido aos prejuízos provocados pela crise sanitária que atinge, principalmente, essas duas áreas considerando-se, respectivamente, as altas taxas de internação e de letalidade, causados pela doença, associados aos problemas decorrentes da perda de emprego e renda, a área da assistência social ganhou espaço na agenda pública, no rol dos serviços essenciais, tendo em vista a necessidade de atenção aos segmentos mais atingidos pelo referido sinistro pandêmico cuja ausência de atendimento poderá resultar no agravamento dos problemas de saúde, assim como em risco de sobrevivência e/ou da segurança da população (FGV, 2020).

Dentre as medidas preventivas utilizadas pelo poder público, orientadas pelas autoridades sanitárias do país e do mundo, notadamente, o Ministério da Saúde (MS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), destacam-se o isolamento e o distanciamento social, que para além das preocupações com os fatores mais relacionados à saúde, vem desencadeando problemas civilizatórios devido às novas sociabilidades constitutivas dos diferentes modos de vivência que a situação tem demandado (CRODA; GARCIA, 2020).

Contudo, dadas as condições de disparidades sociais instaladas no país, em crescimento intenso, devido à fatores de ordem econômica, sobretudo, as questões relacionadas a mundialização do capital com a acentuada globalização da economia e, conforme (AHMED et al., 2020), conduzida pela conjuntura neoliberal, que se traduz em políticas públicas de viés focalista e racionalizadoras das respostas às diversas demandas da população, pautadas na redução das responsabilidades do Estado com relação às provisões sociais, questiona-se como vencer os desafios postos pela pandemia da COVID-19 diante de tais situações expostas.

Destarte, em resposta às demandas referente às adequações sanitárias por meio do uso adequado e assíduo de equipamentos de proteção individual (EPI), de utensílios de higiene como sabão e álcool em gel, assim como outras modalidades preventivas que envolvem isolamento e distanciamento, a suspensão de atividades escolares e comerciais, mercados entre outros espaços passíveis de grandes aglomerações públicas se constituem em medidas imprescindíveis de inserção obrigatória em todas os espaços comunitários. Como colocar em prática medidas que dependem, por exemplo, de adequações das moradias e de condições de saneamento adequadas? Como preparar as famílias para o enfrentamento da pandemia diante de tantas ausências devido o extenso panorama de desigualdades em que se encontram as famílias de baixa renda?

Os estudos de Ahmed et al. (2020) comprovaram que os segmentos populacionais mais fragilizados pelas condições de vulnerabilidades são sempre os mais atingidos pelas pandemias, a partir do que se deduz que as parcelas da humanidade que se encontram em

condições de desigualdade são afetadas também de forma desigual haja vista que essas populações desprovidas de condições adequadas de sobrevivência têm maiores dificuldades de acesso aos processos educativos e informativos, o que facilita o contágio e dificulta a prevenção.

Com efeito, considerando-se que os impactos sociais da crise sanitária instalada no Brasil, assim como nos demais países da comunidade mundial, atingem de forma mais perversa as camadas menos favorecidas da população que padecem das mazelas sociais que vêm acometendo as relações de trabalho e renda, ressalta-se importante reflexão de Buss (2020) sobre as determinações sociais da saúde:

[...] o SARS-COV-2, um vírus de transmissão respiratória muito contagioso. Muito já se tem falado sobre o vírus, a doença, sua epidemiologia, os cuidados higiênicos, e os procedimentos médicos para quem fica doente. Mas a “causa das causas” da enfermidade está esquecida e é importantíssimo que a recordemos: são os determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde! (p. 35).

Observamos que a crise sanitária da COVID-19 entroniza uma crise econômica de grande dimensão que tendencialmente propiciará o recrudescimento da realidade da população mais vulnerável uma vez que “a saúde e as doenças entre os humanos não são apenas uma expressão da complexidade biológica da natureza, mas da interação com os ambientes físicos, sociais e econômicos”. (BUSS, 2020, p. 35). Sendo assim, o autor aponta a necessidade da articulação de ações integradas entre saúde, assistência social e habitação para a garantia de proteção social necessária aos desprotegidos.

Considerando-se que o contexto pandêmico em questão tem evidenciado inúmeras disparidades no país, a assistência social, política pública que integra o tripé da seguridade social junto com a saúde e a previdência social, é chamada para integrar o rol de serviços essenciais por meio do Decreto nº 10.329, de 28 de abril de 2020, da Presidência da República, bem como das medidas estabelecidas pelo Ministério da Cidadania, órgão gestor da Política de Assistência Social na esfera federal (BRASIL, 2020).

É importante assinalar que a Assistência Social é uma política pública destinada a atender as necessidades de quem dela necessitar, que representou um grande avanço ao promover a ruptura com as formas clientelistas e assistencialista de atendimento às demandas dos cidadãos e imprimir a importante conquista da proteção como direito de cidadania. Essa política se materializa por meio do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), instalado em todo território nacional cujo objetivo é a garantia da proteção social aos cidadãos, através de serviços, benefícios, programas e projetos. (NOB SUAS/ BRASIL, 2005).

A operacionalidade do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) se configura como um instrumento de política pública fundamental que, embora faça parte de um sistema de



proteção social destinado a ofertar seguranças como apoio aos indivíduos, famílias e comunidades no enfrentamento de suas dificuldades, encontra-se numa realidade de muitas fragilidades, devido ao advento da PEC 95, de 2016, que reduziu o escopo da proteção social do SUAS por meio do congelamento dos recursos referentes às políticas públicas de caráter essencial por 20 (vinte) anos.

Então, diante da problemática social instalada, a condição de essencialidade da PAS trouxe para a realidade técnico-institucional do SUAS o desafio de conduzir o auxílio emergencial, face a uma realidade de atendimento de necessidades básicas essenciais, que segundo Pereira (2011), considera a situação exposta uma relação paradoxal posto que a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS legitimam os mínimos sociais em detrimento das provisões básicas demandadas pelos usuários do SUAS.

Diante dos entraves e dificuldades apresentadas pelas famílias vulneráveis o SUAS deu continuidade as suas ações, embora de forma programada em sintonia com a contextualidade das medidas protetivas, conforme estabelecido pela Portaria nº 54 de 01/04/2020, por meio de encaminhamentos e orientações para manutenção da operacionalidade da transferência de renda conduzidas por este sistema, além das demais ações que devem ser articuladas e garantidas, a fim de minimizar as dificuldades enfrentadas.

Considerando-se a materialidade da oferta de proteção social não contributiva e da instituição da Lei nº 13.982, de 2 de abril de 2020, o Auxílio Emergencial (AE) passa a integrar no cenário da transferência de renda compreendido pela garantia de um benefício financeiro no valor de R\$ 600,00 (seiscentos reais) aos cidadãos maiores de 18 (dezoito) anos de idade; trabalhadores informais; não titulares de benefício previdenciário ou assistencial ou beneficiário do seguro desemprego ou de programa de transferência de renda federal, exceto o Bolsa Família; tenham renda familiar mensal per capita de até 1/2 (meio) salário-mínimo ou renda familiar mensal total de até 3 (três) salários mínimos, e não tenham recebido, no ano de 2018, rendimentos tributáveis acima de R\$ 28.559,70.

Para além das atribuições postas no âmbito das diferentes realidades territoriais, o contexto pandêmico tem trazido necessidades de articulação em rede que urgem do rompimento com ações fragmentadas e a adoção de ações integrais. Ressalta-se, a importância de se atentar o quesito da qualificação técnica das ações realizadas no sentido, uma vez que o trabalho profissional do SUAS, em especial do assistente social, desarticulado desses atributos corre o risco de ser confundido com ações caritativas (RAICHELIS, 2010).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do atual contexto de pandemia, a realidade adversa em que vive o Brasil em termos de crises: sanitária, econômica, educacional, social, política, etc. Visualizamos diversos desafios a serem enfrentados desde o financeiro, de gestão, de infraestrutura, proteção social, desemprego, moradia, a própria saúde, a informalidade, etc.

Encontramos na Política de Saúde e de Assistência as possibilidades de trabalho em rede e de trabalhar com a intersetorialidade. A potência de trabalho que possa gerar fortalecimento de políticas públicas sociais que possibilitem gerenciamento de vida no território onde o usuário habita, para isso se demanda qualidade de vida, de saúde, de educação e a necessidade de inserção dessas pessoas às políticas públicas locais.

Considerando a complexidade das expressões da questão social na contemporaneidade, importa destacar que novos desafios vêm sendo apresentados para os trabalhadores do SUAS e do SUS, sobretudo, no que se refere as ações de intersetorialidade.

REFERÊNCIAS

- AHMED, F. *et al.* Why inequality could spread COVID-19. **The Lancet Public Health**, 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(20\)30085-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(20)30085-2/fulltext). Acesso em: 12 maio 2020.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social NOB/SUAS**. Brasília, 2005.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Emenda Constitucional 95**, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 2 maio 2020.
- BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 10.316**, de 7 de abril de 2020. Regulamenta a Lei nº 13.982, de 2 de abril de 2020. Brasília, 2020. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/decreto-n-10.316-de-7-de-abril-de-2020-251562799>. Regulamenta a Lei nº 13.982, de 2 de abril de 2020. Brasília, 2020. Acesso em: 15 maio 2020.
- BUSS, P. A fórceps! COVID-19 e a saúde em todas as políticas. In **Revista Radis**. ENSP, nº 212, maio de 2020.
- CRODA, J. H. R.; GARCIA, L. P. Resposta imediata da vigilância em saúde da epidemia de COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, fev. 2020.
- DI GIOVANNI, G. As Estruturas Elementares das Políticas Públicas, **Cadernos de Pesquisa**, n. 82, Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, Núcleo de Estudos de Políticas Públicas – NEPP, 2009.
- FGV – FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS /Núcleo de Estudos da Burocracia (NEB). A pandemia da COVID-19 e os profissionais da assistência social no Brasil. **Nota técnica** Junho/ 2020.
- JUNQUEIRA, L. A. P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade, **Saúde e Sociedade**, v. 6, n.2, 1997.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 15, p. 2297-2305, 2010.
- MENDONÇA, F. de F. et al. Participação dos municípios de pequeno porte no Projeto Mais Médicos para o Brasil na macrorregião norte do Paraná. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 09, p. 2907-2915, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.18302016>. Acesso em: 30 jun 2020.
- MOTA, A. E. A centralidade da assistência social na seguridade social brasileira nos anos 2000. In: MOTA, A. E. (Org.). **O Mito da Assistência Social**. São Paulo: Cortez, 2008.
- NORONHA, K. V. M. de S. et al. Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 36, n. 6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00115320>. Acesso em: 30 jun 2020.
- OLIVEIRA, W. K. de et al. Como o Brasil pode deter a COVID-19. **Epidemiologia, Serviços e Saúde**, Brasília, v. 29, n. 2, 2020. Jun. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742020000200023>. Acesso em: 30 jun 2020.
- PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas**. Estado, Sociedade e Formação, 2010.
- SANTOS, J. A. F. Covid-19, causas fundamentais, classe social e território. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00280>. Acesso em: 30 jun 2020.
- SOUZA, D. de O. A pandemia de COVID-19 para além das Ciências da Saúde: reflexões sobre sua determinação social. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 25, supl. 1, p.

2469-2477, Jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.11532020>. Acesso em: 30 jun 2020.

TAÑO, B. L.; MATSUKURA, T. S. Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, 2019.

WERNECK, G. L.; CARVALHO, M. S. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00068820>. Acesso em: 30 jun 2020.

RAICHELIS, R. Intervenção profissional do assistente social e as condições de trabalho no Suas. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 104, out./dez. 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000400010. Acesso em: 19 maio 2020.

A PROTEÇÃO SOCIAL NO BRASIL E A PANDEMIA DA COVID-19: IMPORTÂNCIA DO SUS E OS DESAFIOS PARA O SERVIÇO SOCIAL

Rosiran Carvalho De Freitas Montenegro (Faculdade Paulista De Serviço Social De São Caetano Do Sul)

RESUMO: Este artigo resgata a compreensão da proteção social brasileira, buscando refletir sobre a importância do SUS na pandemia da COVID-19 e aborda os desafios para o Serviço Social. Segue perspectiva crítica, trazendo elementos históricos e correlacionando a situação social e sanitária ao modelo econômico em crise, mas, também ao (des)governo brasileiro. A desigualdade social é perversa e submete as populações vulneráveis aos maiores riscos de adoecimento e morte, além destas não reunir as condições para cumprir as medidas preventivas. Conclui-se com o chamado à resistência em defesa da vida, incluindo os/as assistentes sociais comprometidos/as com o projeto ético político profissional.

Palavras-chave: proteção social; saúde; serviço social.

ABSTRACT: This article brings back the comprehension of social protection in Brazil, seeking to reflect on the importance of SUS in the pandemic of COVID-19 and addressing the challenges to Social Work. It's written by a critical perspective, bringing historical elements and correlating the social and health situation to the current economic model in crisis, as also to the mismanagement of brazilian government. Social inequality is perverse and puts vulnerable populations under the greatest risks of illness and death, populations that don't hold conditions to follow the preventive measures. The article concludes with a call for resistance in defense of life, including social workers committed to the professional's ethical-political project.

Keywords: social protection; health; social work

1 INTRODUÇÃO

Inicia-se esta discussão da proteção social destacando alguns direitos humanos, a exemplo do direito à vida, à liberdade e do dever de proteger os direitos e lutar pela ampliação dos mesmos, constantes na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948. Esses direitos amplamente reconhecidos complementam aqueles de 1944 escritos na Declaração da Organização Internacional do Trabalho, cujo preâmbulo afirma: “que uma paz universal e duradoura somente pode ser consolidada sobre a base da justiça social”. A ideia de segurança social remete a um conjunto amplo de medidas que visam proteger os indivíduos, em condições de vulnerabilidade, na perspectiva de direito de cidadania. A proteção social se expressa por um conjunto de leis, políticas e ações que visam garantir justiça social, direitos sociais e ampliar a noção de cidadania. A realização desses direitos não acontece de forma linear.

A proteção social dos trabalhadores deve ser compreendida tendo como base a dinâmica das relações sociais e econômicas capitalistas, permeadas por crises econômicas cíclicas, as quais evidenciam os interesses conflitantes e contraditórios das classes sociais. A dinâmica da sociabilidade burguesa tem submetido estes direitos aos interesses econômicos.

O interesse econômico dominante agudiza a *questão social*¹³³, uma vez que reduz e precariza o trabalho, ao mesmo tempo em que propaga a necessidade de equilíbrio fiscal, através de medidas regressivas de direitos sociais. Na realidade brasileira, esse contexto é somado à crise política que vem dando espaço a um conjunto de ideias conservadoras que impactam diretamente nas políticas sociais. Apenas para mencionar o conjunto de medidas recentemente aprovadas: a reforma trabalhista que incidiu em flexibilização de regras trabalhista, fragilizando a organização dos trabalhadores, sem aumentar o nível de empregos, conforme propalado; a reforma previdenciária que foi aprovada em novembro de 2019 e incide sobre direitos previdenciários conquistados ainda nas décadas de 20 e 30 do século passado, consolidados no sistema de seguridade social conquistado em 1988; e o congelamento dos investimentos públicos por 20 anos, medida que impacta diretamente no financiamento das políticas públicas brasileiras. Outras medidas regressivas têm sido encaminhadas quase que diariamente no contexto político atual.

¹³³ Conforme Iamamoto (2010, p.156) “ [...] a *questão social* condensa o conjunto das desigualdades e lutas sociais, produzidas e reproduzidas no movimento contraditório das relações sociais, alcançando plenitude de suas expressões e matizes em tempo de capital fetiche[...] ela expressa, portanto, uma arena de lutas políticas e culturais na disputa entre projetos societários, informados por distintos interesses de classe na condução das políticas econômicas e sociais, que trazem o selo das particularidades históricas nacionais.

Mas, este cenário não se evidencia sem a ação dos “sujeitos falantes” (TELLES, 2006), os quais, através dos diversos movimentos e lutas sociais vêm promovendo a necessária e indispensável resistência. Quem são estes sujeitos? Os trabalhadores organizados em suas entidades; as mulheres; os negros; o movimento LGBTQIA+; os Conselhos de Defesa de Direitos; entre outros. A cada tentativa absurda de retrocesso tem havido mobilizações das forças sociais em resistência, embora o contexto sanitário atual tenha forjado a criatividade das ações sem aglomerações em respeito às orientações sanitárias de distanciamento social.

A crise sanitária vivenciada mundialmente desde o final de 2019 e intensificada nos decorrer de 2020, agrava todos os cenários, exigindo dos países a coordenação e elaboração de planos de enfrentamento da COVID-19, doença provocada por um tipo de vírus que não é plenamente conhecido pela ciência, bem como as medidas de controle e prevenção. A despeito dessa inequívoca necessidade de coordenação dos processos e gestão do sistema de saúde, o Brasil tem tido grande dificuldade de controle da doença, tornando-se o vice-campeão de casos e óbitos, perdendo apenas para os EUA.

Nesse contexto, os(as) assistentes sociais necessitam de visão para além de medidas individualizadas do cotidiano profissional, exigindo preparo intelectual, competência profissional e posicionamento político que evidenciem as demandas das classes subalternas, de onde se originam os sujeitos demandantes das ações profissionais. A ação profissional é mediada, prioritariamente, pelas políticas sociais, dentre elas as que compõem a seguridade social: saúde, previdência e assistência social, o que exige compreensão e problematização dos elementos envolvidos nesse debate. No cenário pandêmico, exacerbam-se as desigualdades sociais, exigindo dos/as assistentes sociais, além do conhecimento das necessidades da população, ações que busquem por direitos e articulação das políticas sociais, especialmente aquelas que compõem a proteção social brasileira.

Assim, problematiza-se o tema a partir de algumas questões. É possível conciliar direitos de proteção social e interesses de rentabilidade econômica? Como ampliar a noção de cidadania na realidade brasileira, marcada por relações de poder consideradas “arcaicas” no trato do bem público? Como resistir aos avanços de uma pandemia em contexto político e econômico conservador, negacionista, deficitário na defesa da vida? Como resistir diante da realidade atual de regressão de direitos, tendo como referência os valores emancipatórios do Serviço Social?

Esse artigo traz reflexões sobre a proteção social brasileira, destacando a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto de enfrentamento da COVID-19, além de pontuar alguns desafios para o Serviço Social. Está organizado nesta introdução e quatro eixos assim tematizados: Notas sobre a origem da proteção social brasileira; O Pacto social

de 1988 e o progressivo desmonte de direitos; A importância do SUS no contexto pandêmico da COVID-19; e Os desafios para o Serviço Social. Por fim, algumas considerações finais com o direcionamento ao debate crítico em defesa da seguridade social, da priorização da vida e no posicionamento defendido pelo projeto ético-político dos(as) assistentes sociais.

2 NOTAS SOBRE A ORIGEM DA PROTEÇÃO SOCIAL BRASILEIRA

Pode-se afirmar que as políticas de proteção social são mediadas por interesses contraditórios próprios da divisão de classe social. As primeiras medidas nessa área no Brasil datam da década de 20 do século passado, especialmente com a Lei Eloy Chaves que criou as primeiras Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), com contribuição dos trabalhadores e empregadores, no contexto inicial do processo de industrialização. Essas medidas eram fragmentadas e atendiam a alguns segmentos de trabalhadores, especialmente aqueles que eram considerados estratégicos economicamente, a exemplo dos ferroviários e portuários.

A primeira iniciativa de construção de um Estado Social no Brasil ocorreu na década de 30 do século passado, durante o Governo de Getúlio Vargas. Foi um período marcado pelas lutas operárias e pelo acirramento da *questão social* além da restrição de direitos civis e políticos, especialmente a partir de 1937, com a instituição do chamado Estado Novo, a ditadura da Era Vargas. Caracterizou-se este período pela implantação de um conjunto de direitos trabalhistas e previdenciários, os quais atendiam aos trabalhadores com vínculo formal de trabalho. Também consta desse período uma legislação de forte controle dos sindicatos. Constitui-se por medidas no âmbito da legislação trabalhista, previdenciária e sindical, em resposta aos conflitos operários, mas, objetivando o controle e a “harmonia social”.

A proteção social era fragmentada pelas corporações, respondendo à força da luta dos trabalhadores, mas também - e essencialmente - aos interesses de legitimação do poder vigente. O conjunto de leis e regulações do aparato burocrático-administrativo do Estado, é chamado de aparato varguista. Um exemplo desse período foi a transformação das CAP em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), também organizados por categorias profissionais, incluindo a contribuição dos trabalhadores, dos empregadores e do Estado.

A instituição desses direitos trabalhistas e previdenciários, em contexto de restrição de direitos civis e políticos, sem a discussão da noção de direito, somados a características particulares da formação social brasileira (colonialismo, escravismo, patrimonialismo,

clientelismo)¹³⁴ fez prevalecer a noção de “favor”, “benesse” do governante, o que contribuiu para o reconhecimento de Vargas como o “pai dos pobres”, alusão adequada ao seu perfil ditatorial e populista. Essa visão carece da noção de direito e de cidadania, fazendo prevalecer a ideia de lealdade da classe trabalhadora e a visão defendida por Vargas de “conciliação” harmoniosa entre empresários e trabalhadores. Esse aparato varguista prevaleceu no período político e econômico imediatamente posterior, havendo algumas transformações no período da ditadura militar implantada em meados da década de 1960, permanecendo por 21 anos.

No período da Ditadura Militar (1964-1985) manteve-se o aparato institucional, destacando-se a unificação dos IAP no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), além de outros órgãos da máquina administrativa. É considerado um período de “modernização conservadora” da Era Vargas, em contexto de repressão dos direitos civis e políticos. O esgotamento econômico e político desse período autocrático culminou com os movimentos sociais e políticos pela redemocratização do país, direitos sociais e políticas sociais. Como exemplo, o movimento dos trabalhadores das indústrias¹³⁵, movimento contra a carestia, movimento de mulheres, aposentados, movimentos sociais de saúde, dentre outros. O desfecho desse período é a aprovação de nova Constituição em 1988, a qual será brevemente apontada nos aspectos que envolvem as políticas de proteção social.

3 O PACTO SOCIAL DE 1988 E O PROGRESSIVO DESMONTE DE DIREITOS

A Constituição Federal (CF) de 1988 é, sem dúvidas, um marco civilizatório porque reconhece direitos humanos individuais, sociais e coletivos, sob a responsabilidade do Estado. A Constituição inscreve parâmetros para as políticas públicas, as quais devem ter como princípios a universalidade; a responsabilidade pública; a gestão democrática e o controle social.

A compreensão da seguridade social que se tem na atualidade, é fruto das lutas e conquistas por direitos sociais. Os artigos 196, 201 e 203, inscrevem respectivamente os direitos relativos às políticas de saúde, previdência e assistência social, o “tripé” da seguridade social, como conjunto de ações integradas. Essa inscrição de direitos se deu a partir de lutas de vários segmentos da sociedade e é certamente uma das conquistas fundamentais da sociedade brasileira. A CF com os princípios dos direitos sociais garantidos passou a ser o grande referencial para as políticas públicas que foram regulamentadas desde então, embora

¹³⁴ Conforme Behring e Boschetti (2010)

¹³⁵ Com destaque ao movimento operário do ABC paulista que vinha se organizando através do Sindicato dos Metalúrgicos de São Bernardo do Campo, atingindo grande protagonismo na década de 1980.

em processos de enfrentamentos dos interesses contraditórios, determinados pela inserção dependente nas relações econômicas, além da tradição social persistente de não compreensão das necessidades das classes subalternas e muito menos dos justos movimentos de resistência.

Sendo a esfera das políticas públicas uma arena de conflitos, a consolidação da seguridade social tem se dado no enfrentamento das forças que se contrapõem a ela desde a sua inscrição na Constituição. O país, a partir da década de 1990, vive o seguinte dilema: fazer parte do contexto econômico globalizado, seguindo as recomendações dos organismos financeiros internacionais e responder à pressão realizada pelos setores progressistas e defensores dos direitos sociais para a concretização das políticas aprovadas na Constituição. O que se verifica desde então, é um processo lento nos avanços e profundamente impactado pelas políticas de inspiração neoliberal, as quais propagam a ideia do Estado Mínimo em contraposição ao Estado Social que se ensaiava no Brasil, a partir de 1988. Vários autores são categóricos em afirmar que o país não viveu a experiência de Estado de Bem-Estar Social, nos termos verificados na experiência europeia.

Na contramão da tendência neoliberal regulamentou-se a saúde compreendida de forma ampla e integrada como um direito social, decorrente de condições estruturais que permitam condições dignas de vida. Os serviços são organizados no Sistema Único de Saúde (SUS), sob os princípios da universalidade no acesso, equidade, integralidade e participação social. A saúde pública no país, a despeito do arcabouço legal e dos processos de democratização, tem sido afetada com a escassez de recursos financeiros, mantendo demandas e importantes desafios para a consolidação do sistema. Evidencia-se a tendência de privatização com o aumento da participação de setores privados ou não governamentais na disputa pelo fundo público da saúde.

A despeito dessa tendência e pra não dizer entraves, o legado do SUS até então constitui-se em força e patrimônio da sociedade brasileira, daí a importância dos espaços de participação da sociedade na luta pela consolidação do sistema e enfrentamento com resistência às medidas de retrocessos que caracterizam os governos conservadores e liberais, expressas especialmente no sucateamento das estruturas e privatização de muitas ações. Conforme Bravo (2009, p.101) verifica-se o projeto de reforma sanitária aprovado na CF, fruto das lutas sociais e o projeto de saúde voltado ao mercado que tem como princípio a contenção de gastos com racionalização da oferta de serviços.

A assistência social foi alçada ao patamar de política pública, mas com um processo lento de implantação do Sistema Único de Assistência Social (Suas), embora realize políticas focalizadas de combate à pobreza, a exemplo do Programa Bolsa Família (PBF), com grande

repercussão na redução do número de pessoas em condições de miséria no país. Há que se reconhecer no âmbito da assistência social a importância da Lei de Organização da Assistência Social (LOAS), aprovada em 1993, a qual define a assistência social como política não contributiva e cria o Benefício de Prestação Continuada (BPC), que a despeito do recorte de renda, é um dos benefícios mais inclusivos da proteção social brasileira, atingindo especialmente idosos e pessoas com deficiência, com renda *per capita* inferior a $\frac{1}{4}$ de salário mínimo. Conforme Fagnani (2017, p.6) “[...] sem a Previdência, o BPC e as pensões, mais de 50% da população idosa viveria em situação de pobreza”.

Existe um debate crítico sobre a política de assistência social. A visão que identifica os avanços produzidos com a implantação da rede de serviços preconizados na Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e Suas; e a análise na esfera macrosocial, a exemplo de Mota (2017), que identifica a priorização dessa política, como mecanismo de atendimento a necessidades reais, mas também como estratégia de consenso das classes subalternas, especialmente com as políticas focalizadas de transferência de renda. Difícil imaginar um país com tantas desigualdades sem os mínimos sociais protetivos advindos dessas políticas sociais.

A previdência social organizada na lógica de seguro (cobrindo apenas aqueles que contribui) sofre em razão das medidas que alteraram as regras de acesso aos benefícios, além de produzir aumento nos valores das contribuições e redução nos valores dos benefícios desde as reformas de 1998, 2002 e 2003. Novamente esteve no foco das discussões em 2019 com os argumentos propagados sobre a necessidade de mais reformas.

O sistema de proteção social brasileiro consiste em um aparato legal já estabelecido, embora venha sendo implantado em contexto econômico contrário à sua efetivação, verificando-se na atualidade importantes retrocessos, ligados diretamente ao seu financiamento. Apesar de ter sido criada diferentes fontes de financiamento da seguridade social, os cálculos realizados dos recursos da previdência social não incluem essas diferentes fontes e propalam a ideia de *déficit* na previdência social, fundamentando a necessidade de reforma do sistema. Esse debate tem sido uma constante nacional, mas em especial no ano de 2019, quando já no início do ano foi apresentada a PEC nº 06/2019. Os argumentos desse projeto e dos anteriores são similares, tendo havido maiores restrições nessa última proposta, recentemente aprovada em 12 de novembro de 2019, sob Emenda Constitucional nº 103 de 12 de novembro de 2019, que instituiu a Reforma da Previdência Social.

A argumentação dos defensores da reforma da previdência pauta-se na “cultura do *déficit*”, informando que a previdência não tem recursos para manter a sustentabilidade do

sistema. Por isso, a necessidade de alterar mecanismos de contribuição, alteração das regras de acesso, de forma a reduzir os custos, como se concretizou na legislação aprovada.

Verifica-se, com os argumentos contrários que manobras econômicas são realizadas visando economia para pagamento de juros da dívida pública. O país não utiliza as diversas fontes de seguridade social para a análise dos recursos financeiros; existe um mecanismo de Desvinculação das Receitas da União (DRU), o qual permite ao governo realocar recursos, estando hoje autorizado fazê-lo em até 30% até 2023; desoneração fiscal; sonegação fiscal, entre outros. Conforme dados do IBGE (2019), no ano de 2016 o Brasil deixou de receber 271 bilhões de renúncia fiscal. Para Fagnani (2019, p.31), o debate envolvendo essa questão foi velado e pretende “dar sequência ao processo de implantação do projeto ultraliberal no Brasil, o que requer, dentre outros fatores, a destruição do modelo de sociedade pactuado em 1988”.

A resistência a essas medidas, através das várias manifestações pelo país não foram suficientes para impedir essa mudança drástica nas regras de aposentadoria dos brasileiros e outros mecanismos dessa política. Observa-se que desde a inscrição na CF a previdência social tem sido alvo de debates e medidas regressivas, como resposta às crises econômicas, através do uso do fundo público brasileiro em benefício dos interesses econômicos. As medidas recentes impactam nos direitos de proteção social e apontam desafios aos agentes que atuam nas políticas sociais, a exemplo dos assistentes sociais. Também, no contexto atual da pandemia da COVID-19, a relevância do SUS no enfrentamento desses desafios se faz necessária pela amplitude e concepção ampla do direito à saúde, mas também no sentido de chamar à resistência para minimizar os impactos letais a que estão submetidas as populações mais vulneráveis, conforme será tratado no item que segue.

4 A IMPORTÂNCIA DO SUS NO CONTEXTO PANDÊMICO DA COVID-19

A realidade sanitária de contexto global, declarada como pandemia pela Organização Mundial de Saúde (OMS), é sem dúvidas, o fato mais marcante e doloroso porque passa a humanidade, especialmente desde o final de 2019 e no decorrer de 2020. A pandemia da COVID-19 tem índices altíssimos de evolução de casos, bem como considerável mortalidade atingindo os diferentes países em todos os continentes. O desconhecimento sobre o comportamento do agente etiológico dessa doença respiratória grave e a realidade da inexistência de tratamento eficaz, bem como a inexistência de prevenção por vacinas emolduram a dramaticidade sanitária. Mas, sem dúvidas, a realidade marcada por desigualdade social é talvez o fator que fica evidenciado com essa pandemia, a qual requer para as condições básicas de prevenção aspectos adequados de moradia e saneamento

básico, situação que afeta populações de inúmeros países. Desemprego, trabalho informal e desprotegido, moradias precárias, dificuldade de acesso a serviços de saúde são aspectos da vida social anteriores à pandemia e fruto dos processos econômicos capitalistas. A pandemia apenas escancara e torna mais grave a situação e o seu desfecho, sendo hoje objeto de inúmeros estudos científicos. A pandemia acontecendo ao mesmo tempo em que a ciência procura desvendar informações sobre o seu combate e controle. Enquanto isso, as populações mais vulneráveis são as mais atingidas, segundo vários estudos, demonstrando que a doença é atravessa pelas categorias classe, raça e gênero.

Nesse item, pretende-se apresentar breve reflexão sobre a importância do sistema de saúde brasileiro no desafio de enfrentamento dessa pandemia, em um contexto político e econômico de restrições de direitos e de incompreensão dos riscos a que a população está submetida. A intenção é refletir de forma genérica, sem entrar nas possibilidades e limites que são marcadas por profundas diferenças nas diversas regiões do país. Também, não será feito uma avaliação dos processos de saúde em cada uma dessas localidades, mas reiterar que a concepção de direito de cidadania, característica desse direito social constitucional à saúde, é um elemento que favorece o enfrentamento dessa grave situação de saúde pública, a despeito de o país está em 2º lugar no mundo tanto em infecção como em óbitos pela COVID-19, além de inexistir um Plano Nacional coordenado para enfrentamento dessa grave crise de saúde pública. O país reúne o acúmulo de um sistema público que precisa ser fortalecido para enfrentamento desse desafio, com vistas a salvar vidas.

No momento de fechamento desse artigo o país já contava com quase 90 mil óbitos e aproximadamente dois milhões e meio de pessoas infectadas com o coronavírus, segundo os boletins diários divulgados no país. Não bastasse a realidade própria da alta infectividade desse vírus, em um país em que não existe liderança na coordenação das ações de prevenção e cuidados de saúde pública, o caos não se mostrou maior, em razão de uma conquista social garantida a 32 anos no Brasil. A pandemia escancara o que os profissionais e gestores comprometidos com o Sistema Único de Saúde (SUS) já sabem desde sempre na luta pela sua consolidação com recursos para o efetivo atendimento às necessidades de saúde da população. Sim, o SUS padece de inúmeras necessidades, principalmente geradas pelo subfinanciamento de suas ações, dentre outros aspectos que afetam as políticas públicas no país. Mas, a sua concepção e organização talvez seja o legado que a CF de 1988 deixa à sociedade brasileira, a qual tem mais de 75% dos seus cidadãos utilizando exclusivamente o SUS para os seus cuidados de saúde.

Apesar do (des)governo observado no âmbito da saúde, principalmente com a negação dos riscos da pandemia por parte do Presidente da República, as estruturas do SUS

têm se mantido atuantes e sobrecarregadas, buscando prevenir e socorrer, dentro das possibilidades, os processos de adoecimentos. A Estrutura do sistema em redes organizadas por níveis de complexidade, infraestrutura e fluxos de saúde pública poderiam, se, devidamente equipadas, fazer diagnóstico, tratar e prevenir essa doença. Não fosse essa trajetória de 30 anos, estruturando a atenção básica à saúde com a Estratégia Saúde da Família, realizando ampliação de leitos hospitalares (ainda defasados em muitas regiões do país), o enfrentamento dessa crise de saúde pública estaria em condições de calamidade. O conhecimento e as estratégias de vigilância epidemiológica são estruturados e conhecidos, razão pela qual o caos maior não se estabeleceu. O realce dado ao sistema não ocorre sem a crítica às suas defasagens, mas reconhecer a sua importância neste espaço significa chamar à resistência e luta pelo SUS Constitucional, público e estatal, modelo que desde a sua criação, compõe os espaços de disputa pelo fundo público brasileiro, especialmente com o setor privado da saúde.

Reitera-se que mesmo com a precária estrutura desse sistema universal, que se pretende equânime e descentralizado, a existência do SUS vem fazendo a diferença no enorme desafio de enfrentamento da COVID-19. Graças aos níveis mínimos de organização existentes, tem sido possível agir para não se estabelecer o caos. Tinha que ser assim? Em que contexto o país é assolado por esta pandemia e carrega o triste título de pior controle e coordenação? Por que índices tão elevados de adoecimento e morte de profissionais de saúde? Qual a razão do governo tentar obscurecer os dados da pandemia?

O Brasil tem na CF de 1988, um dos mais importantes marcos regulatórios dos direitos sociais, os quais vem sendo lentamente implantados em contexto econômico neoliberal, cuja principal característica é a instituição do Estado Mínimo. Várias medidas políticas e econômicas implantadas desde os anos 1990 buscam adequar-se ao modelo econômico globalizado, mas também, colocam o país inserido nas persistentes crises capitalistas. O cenário de crise mundial em um país tradicionalmente desigual, concentrador de renda, sem atenção às populações mais vulneráveis, faz com que as consequências das crises sejam devastadoras.

Assim, a realidade social brasileira das últimas décadas, marcada pela desigualdade social intensificada após o golpe de 2016, tem produzido condições difíceis para a classe trabalhadora que vão desde as Reformas Trabalhista e Previdenciária que atacaram direitos dos trabalhadores, à perversa Emenda Constitucional nº 95 que congelou os recursos para investimento em políticas públicas por 20 anos, apenas para citar algumas das medidas que afetam diretamente as políticas sociais e a proteção social dos trabalhadores, conforme já mencionado em item anterior. Estabeleceu-se o contexto de regressão de direitos para

adequar a economia do país aos ditames do mercado financeiro. A crise capitalista reverbera planetariamente e tem marcas inconfundíveis que segundo Dowbor (2020) se expressam em destruição ambiental; desigualdade social; caos financeiro; e no momento presente, em pandemia.

Dados do IBGE (2020) em análise específica sobre a COVID-19, levantados na segunda semana de junho, expressam os efeitos da pandemia nos grupos mais vulneráveis. A taxa de desocupação atingiu 12,4% e destes 18,2 milhões não conseguiram sair para procurar trabalho. Um contingente de 9,7 milhões de pessoas foram afastadas do trabalho sem remuneração. Decorre dessa situação o dado de que 38,7% dos domicílios pesquisados tinham pessoas recebendo o auxílio emergencial. Observe-se a excepcionalidade do auxílio e os inúmeros casos que ainda não conseguiram acessá-lo. O cenário pós pandemia que ainda se encontra distante promete a agudização de um drama social persistente ao longo da história do país.

A despeito da entrada do vírus pela contaminação de pessoas de classes mais abastadas que viajaram para o exterior, seu desenvolvimento e proliferação de forma letal ocorre nos grupos sociais vulnerabilizados, dentre estes os pobres, negros e moradores de regiões periféricas. A compreensão ampla de saúde que fundamenta o SUS, demonstra que as condições de vida, envolvendo trabalho, moradia, saneamento básico, acesso a educação, determinam o adoecimento e as condições de enfrentamento para os cuidados de saúde. Nesta pandemia se evidencia a dificuldade de manter o distanciamento e isolamento social - o “ficar em casa” - para algumas famílias que vivem aglomeradas e não têm as condições mínimas necessárias ao isolamento. Daí a importância de compreender essa realidade e não simplesmente culpabilizar as pessoas pelo não atendimento às recomendações sanitárias. Evidente que essa observação não isenta as pessoas que seguindo a politização da pandemia feita pelo Presidente da República, claramente descumprindo as recomendações das autoridades sanitárias, insistem na não observância das medidas preventivas, revelando ignorância e falta de empatia a uma questão que é coletiva e de prioridade absoluta aos que priorizam a defesa da vida.

Em meados de julho de 2020, a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde lança campanha com o título: “Vidas acima dos lucros, enfrentar a pandemia é possível e necessário”¹³⁶. E esse enfrentamento passa por condições sanitárias adequadas, renda mínima, condições para distanciamento e isolamento social, além da estrutura de atendimento capaz de absorver as demandas, mas também digna de condições adequadas aos

¹³⁶ Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/vida-acima-dos-lucros-enfrentar-a-pandemia-e-possivel-e-necessario-ja-campanha-da-frente-nacional-contra-a-privatizacao-da-saude-fncps/50271/> . Acesso em 28.07.2020.

profissionais de saúde, como fornecimento adequado dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e as estruturas de equipamentos e diagnósticos necessários aos cuidados de saúde.

Este cenário de convivência com a gravidade da pandemia e a insensatez do negacionismo revela também a carência de educação em saúde pública. A situação exigiria, além de uma coordenação nacional, ações de educação em saúde não só nas unidades de atenção básica à saúde, mas em veículos de massa que esclarecesse a população e não propagasse dúvidas. Beira à irresponsabilidade o vazio de gestão dessa crise sanitária no Brasil, o que requer o compromisso de luta pela vida por parte dos “sujeitos falantes”, dentre eles os/as assistentes sociais. Daí a incansável necessidade de reflexão sobre os desafios profissionais que serão brevemente apontados no item que segue.

5 DESAFIOS PARA O SERVIÇO SOCIAL

O Serviço Social é uma profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho, compreendido como parte das relações sociais que fundam a sociabilidade capitalista, estruturada em classes sociais, conforme amplamente debatido por Iamamoto e Carvalho (1983). O trabalho é compreendido como categoria fundante do ser social e as formas de organização das relações de produção e reprodução da vida social, implicam nas demandas e respostas da profissão, uma vez que a contraditória relação capital/trabalho gera os determinantes da *questão social*. Os(as) assistentes sociais lidam com as manifestações mais contundentes da *questão social* que se expressam nos indivíduos e grupos sociais pertencentes às classes subalternas (IAMAMOTO, 2009, p.19).

O Serviço Social tem como mediação fundamental da ação profissional as políticas sociais. Diante do contexto regressivo de direitos, os desafios que se colocam à profissão direcionam de forma decisiva à reafirmação dos preceitos constantes no Projeto Ético-Político profissional. Os desafios que se colocam ao Serviço Social são realizáveis à luz dos princípios fundamentais defendidos pela profissão: defesa de direitos, liberdade, democratização das relações e das políticas públicas, além de contraposição aos preconceitos e todas as formas de opressão e discriminações sociais.

Para fazer frente a estes desafios se faz necessário situar o trabalho do(a) assistente social mediado pela sua condição de trabalhador(a), embora com autonomia relativa que lhe permita ir além de ações pontuais. As demandas e requisições da profissão na atualidade exigem capacitação, competência e posicionamento político, crítico e reflexivo diante das

necessidades dos sujeitos atendidos(as) pelos(as) assistentes sociais, no sentido de tornar visíveis suas demandas e participar nas lutas por direitos sociais.

Assim, conforme Iamamoto (2017), participar na formulação e gestão das políticas, participar dos conselhos de direitos, trabalhar em projetos organizativos e de educação de base pode ser alguns dos caminhos. Mota (2017), nessa mesma perspectiva, defende a capacidade intelectual e as intervenções que chama de mediata e imediata, ambas complementares e guiadas pelo projeto ético político profissional.

O projeto ético político profissional é fruto do intenso debate realizado no âmbito das organizações e entidades (conjunto CFESS/CRESS; ABEPSS; e ENESSO)¹³⁷ da categoria profissional dos(as) assistentes sociais em ruptura com o Serviço Social “tradicional” no final dos anos 70 do século passado. Compõe-se do Código de Ética de 1993, da Regulamentação Profissional do mesmo ano e das Diretrizes curriculares de 1996. Reafirmar e consolidar esse arcabouço normativo, ético e político, consiste em dar uma direção social à profissão, fazendo com que esse posicionamento reflita nas ações cotidianas dos(as) profissionais do Serviço Social.

Esses desafios se colocam prementes no cenário pandêmico atual, o qual coloca os profissionais mediando as condições precárias de vida e saúde, compondo equipes nas políticas de seguridade social. A articulação das políticas sociais, especialmente saúde e assistência social favorece a identificação das demandas e construção de medidas que contribuam para minimizar os riscos e estabelecer os atendimentos necessários. Cabe reforçar que as limitações das políticas sociais impactam diretamente o trabalho dos/as assistentes sociais, além das condições de distanciamento impostas pela pandemia que exigem criatividade na realização de tarefas educativas e de organização dos sujeitos sociais na perspectiva de cidadania.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A seguridade social brasileira é, sem dúvidas, uma das mais importantes conquistas da sociedade. Esse conjunto de políticas vem sendo constantemente “interceptado” por medidas regressivas em favor da rentabilidade econômica. A resistência, portanto, no âmbito dessas políticas, passa por diversos campos a saber: preservação dos direitos constitucionais; consolidação do projeto de reforma sanitária; ampliar a luta por recursos e

¹³⁷ Conselho Federal de Serviço Social/Conselhos Regionais de Serviço Social (CFESS/CRESS); Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS); Executiva Nacional dos Estudantes de Serviço Social (Enesso).

serviços da política de assistência social; articulação com outros setores democráticos que lutam por direitos. Além de ampliar o debate público contra o fascismo, conservadorismo cultural e autoritarismo político.

O cenário imposto pela COVID-19 vem agudizar as históricas consequências da desigualdade social, tornando mais difícil para as populações vulnerabilizadas a realização das medidas necessárias ao controle da doença. Também, esse cenário chama para a valorização do sistema de saúde conquistado pelos brasileiros a mais de 30 anos, no sentido de reconhecer o valor da organização estabelecida até aqui, mas principalmente resistir às medidas contrárias ao seu fortalecimento.

Os/as assistentes sociais são parte dessa resistência. É necessário o entendimento de que o enfrentamento destes desafios exige ações coletivas, a exemplo da politização dos processos de trabalho; politização dos espaços de participação social; e articulação junto às forças sociais que animam o espírito de luta por democracia e direitos. O horizonte dessas lutas deve ser uma sociedade justa, fraterna e equânime. O desafio é coletivo, “nenhum direito a menos”, conforme reiteradas manifestações do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS).

REFERÊNCIAS

- ABRASCO. Documento da Campanha da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde: Vidas acima dos lucros, enfrentar a pandemia é possível e necessário. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/vida-acima-dos-lucros-enfrentar-a-pandemia-e-possivel-e-necessario-ja-campanha-da-frente-nacional-contr-a-privatizacao-da-saude-fncps/50271/> . Acesso em 28.07.2020.
- BEHRING, E.R.; BOSCHETTI, I. *Política Social: fundamentos e história*. 7 ed. São Paulo: Cortez, 2010. (Biblioteca Básica do Serviço Social; v.2)
- BRAVO, M^a Inês S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, et al (Orgs.). *Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez; Brasília-DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.
- DOWBOR, Ladislau. *O capitalismo se desloca: novas arquiteturas sociais*. São Paulo: Sesc São Paulo, 2020. Disponível em: https://www.sescsp.org.br/online/edicoes-sesc/916_O+CAPITALISMO+SE+DESLOCA#/tagcloud=lista . Acesso em 29/07/2020.
- FAGNANI, Eduardo. Reformar para excluir? *Le Monde Diplomatique Brasil*. Ano 10, n.115, p.4-6, São Paulo, fev, 2017.
- _____, Eduardo. *Previdência: o debate desonesto: subsídios para a ação social e parlamentar: pontos inaceitáveis da reforma de Bolsonaro*. São Paulo: Contracorrente, 2019.
- IAMAMOTO, Marilda. V.; CARVALHO, Raul. *Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica*. E ed. São Paulo: Cortez; [Lima, Peru]: CELATS, 1983.
- IAMAMOTO, Marilda. V. O Serviço Social na cena contemporânea. In: *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.
- _____, Marilda V. *Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social*. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2010.
- _____, M.V. 80 anos de Serviço Social no Brasil: a certeza na frente, a história na mão. *Serviço Social & Sociedade*, Ano XXXVIII, n.128, São Paulo, janeiro, 2017.
- IBGE.COVID-19. Disponível em: <https://covid19.ibge.gov.br/pnad-covid/> Acesso em 28/07/2019.
- MOTA, A.E. 80 Anos do Serviço Social brasileiro: conquistas históricas e desafios na atual conjuntura. *Serviço Social & Sociedade*, Ano XXXVIII, n.128, janeiro, 2017.
- OIT. Constituição da Organização Internacional do Trabalho. Declaração de Filadélfia. 1944. Disponível em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---ilo-brasilia/documents/genericdocument/wcms_336957.pdf Acesso em 29/07/2020.
- TELLES, V.S. *Direitos Sociais: afinal do que se trata?* (2^a reimpressão). Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006.

A SEGURIDADE SOCIAL NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DO COVID-19

Sara Dos Santos Freitas (Emescam - Escola Superior De Ciências Da Santa Casa De Misericórdia De Vitória); Eliana Moreira Nunes Garcia (Emescam - Escola Superior De Ciências Da Santa Casa De Misericórdia De Vitória); Ester Dos Santos Freitas (Emescam - Escola Superior De Ciências Da Santa Casa De Misericórdia De Vitória); Kamila Venturini Machado (Emescam - Escola Superior De Ciências Da Santa Casa De Misericórdia De Vitória)

RESUMO: O Estado brasileiro tem a responsabilidade de implementar medidas que supram as necessidades geradas a partir das tensões das classes populares que reivindicam melhores condições de vida e trabalho; e atua sob a forma de políticas públicas. A seguridade social brasileira, composta pelas políticas de saúde, previdência e assistência social, é considerada produto histórico das lutas dos trabalhadores e uma expressão da Questão Social. Diante disso, o presente trabalho buscou pontuar as ações adotadas pelo Estado no enfrentamento da pandemia do COVID-19 e ao estado de calamidade pública, principalmente no que diz respeito às medidas emergenciais adotadas.

Palavras chave: Estado; Seguridade Social; Pandemia do COVID-19.

ABSTRACT: The Brazilian State has the responsibility to implement measures that supply as requirements generated from the classes of popular classes that claim the best conditions of life and work; and acts in the form of public policies. Brazilian social security, made up of health, pension and social assistance policies, is considered a historic product of workers struggles and an expression of the Social Question. In light of this, the present study sought to point out the actions taken by the State to cope with the COVID-19 pandemic and by the state of public calamity, especially with regard to the emergency measures adopted.

Keywords: State; Social Security; COVID-19 Pandemic.

1. INTRODUÇÃO

A pandemia de COVID-19, o novo coronavírus, vem assolando o Brasil e o mundo. Nosso objeto de estudo é o papel das políticas sociais no enfrentamento da pandemia do novo coronavírus, COVID-19. Para tanto, o objetivo geral foi identificar o papel das políticas sociais no enfrentamento da pandemia, novo coronavírus, COVID-19; e teve como objetivos específicos: apresentar a Seguridade Social e seu surgimento no Brasil; caracterizar o modelo da Seguridade Social no Brasil frente a Reforma do Estado; e discutir as políticas da Saúde, Previdência e a Assistência Social frente à pandemia de COVID-19.

O presente estudo se justifica frente aos dados, disponibilizados pela OPAS/OMS (Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde) cujo número de casos confirmados no mundo, atualizados até o dia 26 de junho de 2020 é 9.473.214 de pessoas e de 484.249 óbitos.

De acordo com o Ministério da Saúde, conforme dados atualizados do dia 28 de junho de 2020, os casos de contaminação por COVID-19 já chegam a 1.344.143, com 57.662 óbitos.

A população brasileira foi afetada não somente pelas diversas mortes ocorridas, mas também com as medidas de isolamento social e com o aumento expressivo do desemprego. Diante do cenário que atingiu a vida de milhões de brasileiros e brasileiras, torna-se imprescindível nos debruçarmos sobre como o Estado tem atuado para aliviar e erradicar as mazelas ocasionadas pela pandemia. Para atender aos objetivos deste estudo foi realizada pesquisa de abordagem qualitativa, natureza básica, descritiva e bibliográfica.

2. A SEGURIDADE SOCIAL E SEU SURGIMENTO NO BRASIL

As políticas sociais e os modelos de proteção social são respostas no enfrentamento às expressões da Questão Social, no qual a gênese se encontra no capitalismo, sistema econômico e social sustentado por relações de exploração do capital pelo trabalho. O Estado tem a responsabilidade de atuar na criação, gestão e implementação das políticas sociais, com vistas a atenuar os efeitos das mazelas da Questão Social que atingem os sujeitos sociais, bem como operar na mediação e articulação dos interesses antagônicos e irreconciliáveis das classes sociais (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Para Gomes (2006) o Welfare State pode ser definido como “um conjunto de serviços e benefícios sociais de alcance universal promovidos pelo Estado com a finalidade de garantir uma certa “harmonia” entre o avanço das forças de mercado e uma relativa estabilidade social” (GOMES, 2006, p. 203). Ainda segundo Gomes (2006), para tanto, utilizam as políticas

públicas como ferramenta para garantir o acesso universal de direitos por meio de condições mínimas de base material que atendam as necessidades dos sujeitos sociais. Esta estratégia visa abrandar os efeitos degradantes do sistema capitalista e de suas relações de exploração/produção, que atinge de forma direta o segmento dos trabalhadores.

A maior expressão do Welfare State ou Estado de Bem-Estar Social ocorre no período do pós Segunda Grande Guerra, nos países de capitalismo central, que significou um controle econômico maior por parte do Estado, com objetivo de amortecer, mas sobretudo evitar as crises cíclicas do capitalismo, por meio da promoção de políticas públicas universais, do pleno emprego, da realização da produção em massa de mercadorias e do incentivo do consumo das massas, entre outros (BOSCHETTI; BEHRING, 2011).

O período áureo do Welfare State pode ser demarcado até início da década de 70, quando este se tornou insustentável, dada a conjuntura econômica voltada ao processo de acumulação e exploração, assinalada pela Crise do Petróleo, demonstrando um esgotamento do modelo econômico e social adotado pelo Estado (BOSCHETTI; BEHRING, 2011).

Ao contrário dos países de capitalismo central, o Brasil se caracteriza por ser um país periférico e dependente que não construiu as garantias típicas do Estado de Bem-Estar Social para a classe trabalhadora, ou seja, não adotou a universalização de direitos sociais e de serviços públicos de qualidade voltada a amenizar o processo de exploração (PIANA, 2009).

O desenvolvimento do capitalismo no Brasil se apresenta de forma contrária à de países da Europa Ocidental, na medida em que a formação do modo de produção capitalista não emerge de um processo revolucionário burguês, mas sim da ação do Estado, onde os segmentos sociais populares foram excluídos dos processos de decisões, tendo o exercício da cidadania, por vezes restringida aos tons de pele, a classe social e a formalidade de vínculos de trabalho.

As políticas sociais brasileiras são regulamentadas a partir da década de 1930 no Governo de Getúlio Vargas (1930-1945). As manifestações das expressões da Questão Social, oriundas do processo de industrialização e urbanização rápida e desordenada no território brasileiro era tratada como “caso de polícia” e os indivíduos responsabilizados pela sua condição de reprodução social (MEDEIROS, 2013). Diante das tensões e reivindicações das classes trabalhadoras por melhores condições de vida e de trabalho, o Estado Vargas criou políticas sociais assistencialistas e filantrópicas e ainda estimulou a sociedade a prática da caridade, como destaque para a criação da Legião Brasileira de Assistência (LBA) em 1942.

No campo da previdência social, foi implementada a modalidade de seguro social, marcada pela seletividade. A proteção social do Estado se destinava aos trabalhadores

segurados com vínculo de trabalho formal. Observa-se que tais medidas foram utilizadas para “apaziguar” as tensões de classe, já que o governo Vargas adota bases populares, fundada na cooptação das classes trabalhadoras, no sentido de produzir consenso entre as classes sociais, mas mantendo a exploração do Capital sobre o trabalho (MEDEIROS, 2013).

No Brasil, no período denominado de Velha República (1889-1930), não havia clareza na organização dos sistemas de saúde predominando, segundo Paim (2009) um *não sistema de saúde*, com a prevalência dos ideais liberais, onde a intervenção do Estado só deveria ocorrer quando o próprio indivíduo ou iniciativa privada não fossem eficazes. Ademais, as ações do Estado também eram realizadas nos episódios de epidemias, que de alguma forma compromettesse a economia, como ocorreu após a febre amarela, peste e varíola ocorridas.

Os cuidados em saúde no Brasil começam a ganhar um novo contorno com a instituição do seguro social (PIOLA; VIANNA, 2009). A Lei Eloy Chaves (1923), foi responsável criar as Caixas de Aposentadoria e Pensão (Caps) possibilitando o acesso a saúde para algumas categorias dos trabalhadores e seus dependentes, primeiro os ferroviários e a seguir os portuários e marítimos. Nos benefícios inclusos no seguro social cobria os riscos de doença, invalidez, velhice e morte. Os demais trabalhadores dependiam das Santas Casas. Concluiu-se que “o modelo inicial da assistência médica não era universal e baseava-se nos vínculos trabalhistas” (JÚNIOR; JÚNIOR, 2006, p. 14).

Para Medeiros (2013), entre o Golpe Civil Militar promovido no Brasil em 1964 e à reabertura democrática, tendo como marco a Constituição Federativa do Brasil de 1988, o Estado buscou se desenvolver, mas manteve as bases econômico-política fundada na exploração: “[...] o país se desenvolveu economicamente com expansão da produtividade, modernização da economia e entrada do capital estrangeiro em parceria com o Estado, onde as políticas sociais apresentavam um caráter assistencialista e clientelista [...]” (MEDEIROS, 2013, p.5).

Assim, os anos 80 são marcados pela redemocratização do país, pela efervescência dos movimentos sociais que lutavam pela democracia, por eleições diretas, e pelo estabelecimento constitucional de direitos que concernentes à cidadania.

A promulgação da Constituição Federal de 1988, conhecida como Constituição Cidadã, é marcada pela intensa participação popular e pela luta por direitos sociais, que no artigo 6º dispõe sobre os direitos sociais: “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”.

No artigo 194, da referida Constituição trata da seguridade social, sua organização e as competências do poder público inerentes a ela. A seguridade social “compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988).

O neoliberalismo foi incorporado pelos países capitalistas que defendiam a insustentabilidade do Welfare State, frente crise do capital ocorrida em meados da década de 70. Segundo Carinhato (2008) ocorre na América Latina a adaptação do neoliberalismo, pois acreditavam-se que o modelo administrativo adotado pelo estado foi alicerçado no desenvolvimentismo e no nacionalismo; modelo este antagônico à prosperidade econômica. Em razão disso “a entrada desses países se deu pela renegociação das dívidas externas, que obrigaram a pôr em prática um ajuste fiscal com o objetivo de saldar essas dívidas com seus países credores” (CARINHATO, 2008, p. 39). Tal cenário, conduziu esses países a realizarem processos de privatização em massa, tendo como seu maior expoente o Chile, o primeiro país latino americano a privatizar a previdência social e a aderir ao neoliberalismo.

O Brasil na década de 80 foi marcado por uma crise econômica pelo processo inflacionário, aumento da dívida pública, e estagnação da economia; está adentrou a década de 90, deixando incertos os direcionamentos político-econômico a serem adotados. Em 1989, os brasileiros elegem Fernando Collor de Mello. Alicerçado pelo ideário neoliberal criou o Plano Novo ou Plano Collor, pois acreditava na necessidade de uma reforma administrativa do Estado e na readequação de seu papel, promovendo a passagem para um “capitalismo moderno” (CARINHATO, 2008).

A inserção do Brasil ao neoliberalismo, ocorre após a exitosa eleição de Fernando Henrique Cardoso, eleito graças ao seu papel de precursor do Plano Real na função de Ministro da Fazenda do Governo Itamar Franco. Logo, é possível afirmar, que “foi somente durante o governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) que, de fato, a política econômica foi totalmente subordinada ao neoliberalismo, aos interesses dos credores (internacionais e nacionais) e ao capital financeiro em geral”(MARQUES et al., 2009, p.197). Assim, o Plano Real, aliado a outras ações tinha por objetivo estacionar a hiperinflação e promover a estabilidade monetária (CARINHATO, 2008). A intenção era viabilizar crescimento econômico do país, e seguir:

combate à inflação, através da dolarização da economia e valorização das moedas nacionais, associado a uma ênfase na necessidade de ajuste fiscal. [...] ainda podemos citar a reforma do Estado – mormente privatizações e reforma administrativa – desregulamentação dos mercados e liberalização comercial e financeira (CARINHATO, 2008, p.40).

Com a introdução da política neoliberal, o Estado brasileiro foi introduzido em uma nova ordem mundial econômica de modernização e globalização do capital. Assim, o Estado tenta se desresponsabilizar frente às políticas sociais, tanto da gestão quanto da execução, ao incentivar ideologicamente a solidariedade das organizações da sociedade civil,

[...] esta postura assumida pelo Estado consubstanciou para o Brasil um sistema residual seletivo de proteção pública, conferindo-lhe função compensatória e marginal, obstaculizando então, o modelo universal redistributivo que embora não tenha sido implantado no país, foi um movimento marcante na década anterior, nos anos 80 [...] (PINTO, 2004, p.47).

Segundo Mota (2010) as políticas se integraram a seguridade social brasileira, mas não se constituíram no sentido de formar um conjunto articulado de proteção social, mas se organizavam de forma contraditória: “[...] avançam a mercantilização e privatização das políticas de saúde e previdência social, restringindo o acesso e os benefícios que lhes são próprios [...]” (MOTA, 2010, p. 133-134). Assim, estas não avançam no sentido de cumprimento os dispositivos legais fundado nos direitos sociais.

Nesta direção, é possível apontar para a tentativa do Estado em se eximir de suas responsabilidades. Destacam-se a expansão dos planos de saúde complementar e previdência privada complementar. De forma distinta, é possível identificar a expansão da política de assistência social, ao que Mota (2010) denomina de “novo fetiche de enfrentamento à desigualdade social, na medida em que está se transforma no principal mecanismo de proteção social no Brasil” (MOTA, 2010, p. 134).

Assim, a centralidade da política de assistência social reside na focalização aos segmentos mais pobres da sociedade e voltada, especialmente a expansão dos programas de transferência de renda, com destaque para o Programa Bolsa-Família (PBF) e o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Nesta direção, o site do governo federal consultado em 29/06/2020, o Ministério da Cidadania, entende o PBF como “um programa da Secretaria Nacional de Renda de Cidadania (Senarc), que contribui para o combate à pobreza e à desigualdade no Brasil” (Brasil, 2020).

SENNA *et al.* (2007), aponta uma direção distinta do discurso do Estado ao discutir os programas de transferência de renda no Brasil e assinala que “ademais, a definição arbitrária de seu valor per capita muito baixo tende a impossibilitar a inclusão de famílias que, apesar de situadas em faixas de renda um pouco acima do valor definido, encontram-se também em situação de pobreza” (SENNA *et al.*, 2007, p.88). E ainda destaca que nos programas de transferência de renda se promove a seleção dos grupos sociais.

Em verdade, uma das mais difíceis tarefas a ser enfrentada por programas focalizados como o PBF é a construção de critérios e mecanismos de seleção dos grupos sociais que serão ou não contemplados, de forma a considerar o conjunto de vulnerabilidades

sociais a que esses segmentos estão expostos (SENNA et al, 2007, p.88).

No entanto, é possível afirmar que se promoveu o reordenamento da assistência social por meio da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e a organização de uma estrutura complexa, como requer o Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Mas uma contradição ainda pode ser apontada no modelo de seguridade social brasileira, a “privatização da Previdência e da Saúde e a defesa da expansão da assistência social” (MOTA, 2010, p. 135), ao que a referida autora atribui como sendo uma forma de subtração dos direitos de outras frações da classe trabalhadora.

Desta forma é possível identificar que alguns segmentos os trabalhadores são cobertos pela previdência social por meio das garantias do trabalho reconhecido e formalizado, seja pelo Regime Geral de Previdência Social (RGPR) ou pelos Regimes Próprios de Previdência Social (RPPS); e que outros trabalhadores não estão cobertos, sejam pelas relações de trabalho precarizados que mantém, seja pelo desemprego estrutural. Desta forma, é possível afirmar que uma parcela importante dos trabalhadores fica descoberta e depende diretamente da política de assistência social.

Em relação a política de saúde e seu caráter universal uma conquista importante. Mas também chama a atenção a expansão dos serviços privados, especialmente aqueles relacionados aos benefícios ocupacionais oferecidos pelos empregadores, e ainda, os planos de saúde populares (cada vez mais populares) que vem se consolidando frente a precarização dos serviços públicos de saúde (MOTA, 2010).

Segundo Paiva e Costa (2016) a implementação da saúde é perpassa interesses antagônicos. De um lado trabalhadores que lutam pela ampliação das políticas sociais, viabilização de acesso a bens e serviços, divergindo dos interesses do capital que tende “a atenuar conflitos e ampliar seus espaços de reprodução via a mercantilização generalizada da vida social. Esse é o sentido que preside a resposta capitalista sob a forma de políticas sociais privatistas” (PAIVA; COSTA, 2016, p. 52). Assim, a saúde enquanto mercadoria também é apropriada pelo capital através de conluio com Estado burguês que subsidia o mercado favorecendo a “captura do fundo público para financiamento do setor privado” (PAIVA; COSTA, 2016, p. 58).

No contexto de avanço do neoliberalismo, as políticas sociais sofrem ataques. As políticas sociais são gradualmente descaracterizadas como um direito público e de responsabilidade do Estado, o discurso é que o espaço público não estatal se torna mais eficiente para a implementação das políticas. Nessa perspectiva, “o Estado deixa de ser o

grande patrocinador do bem-estar social, cabendo à sociedade e a iniciativa privada a responsabilidade de participação no processo de provisão social” (PINTO, 2004, p.45).

Ademais, vale ressaltar que a seguridade social possui disposições previstas constitucionalmente no artigo 195, acerca do regime de financiamento próprio através das contribuições sociais de forma direta e indireta por toda a sociedade, tanto pelo empregador, trabalhador e de segurados da previdência social (BRASIL, 1988). Em contrapartida ao ordenamento jurídico, ocorre o fenômeno de apropriação de recursos da receita destinado ao Orçamento da Seguridade Social (OSS) por parte do Executivo Federal através do mecanismo da Desvinculação de Receitas da União (DRU), criada em 1993, autorizando inicialmente o redirecionamento de cerca de 20% (por cento) do orçamento para o pagamento de juros da dívida pública interna, porcentagem que se encontra em 30% (por cento) prorrogada até 2023, conforme a Emenda Constitucional n. 93/2016 (SALVADOR, 2017).

Nesta mesma direção, a Emenda Constitucional n. 95/2016 estabelece o Novo Regime Fiscal - NRF que congela as despesas primárias do governo, com exceção as despesas financeiras voltada ao pagamento de juros da dívida pública, por vinte anos, limitando o ajuste ao índice inflacionário (SALVADOR, 2017).

Considerando as medidas de ajuste fiscal ainda foram acrescidos o discurso ideológico de insustentabilidade da Seguridade Social e a manutenção da política de previdência social, sendo acrescida a necessidade de uma “reforma previdenciária” para estabilizar as contas públicas, somada as renúncias fiscais de empresas de grande porte como ferramenta de abertura e desenvolvimento econômico do país frente ao mercado global. Ocorre com isso um movimento gradativo de desmonte do orçamento da seguridade social e consequentemente o comprometimento da execução e qualidade da materialização das políticas sociais na realidade brasileira (SALVADOR, 2017).

3. MEDIDAS DE ENFRENTAMENTO ADOTADAS PELO ESTADO BRASILEIRO NO COMBATE A PANDEMIA DE COVID-19

Os primeiros casos de COVID-19 foram detectados na China, em dezembro de 2019. A Organização Mundial da Saúde - OMS, com o crescimento de número de casos, incluindo o aumento do número de óbitos, e cada vez mais países sendo afetados; declarou que o evento se tratava de uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), em janeiro de 2020. No Brasil, a partir de 3 de fevereiro de 2020, foi declarada Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) (GARCIA; DUARTE, 2020). Com isso, diversos países estabeleceram medidas para tentar conter os novos casos de COVID-19, e

uma das principais foi a adoção de métodos não farmacológicos, ou - Intervenções Não Farmacológicas - INF, voltadas ao isolamento social (KOMATSU; FILHO, 2020). “As INF são medidas de saúde pública com alcance individual, ambiental e comunitário” (GARCIA; DUARTE, 2020, p. 2).

No Brasil, foi sancionada a Lei nº 13.979 que dispõe sobre medidas de enfrentamento de emergência de saúde pública de importância internacional, decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019 (BRASIL, 2020) que dispõe sobre as intervenções tradicionais de saúde, as INF; em 6 de março de 2020, foi decretado o Estado de Calamidade Pública (BRASIL, 2020).

As condições de enfrentamento ao COVID-19 são mais desafiadoras no Brasil, considerando o contexto de grande desigualdade social e demográfica. Barreto et al. (2020) afirma que as populações vivem em condições precárias de habitação e saneamento básico e condições de aglomeração, o que contribui para a piora desse quadro. Um estudo do PolicyPaper (2020) afirma que 37 milhões de brasileiros estão em setores que serão diretamente afetados por longos períodos de quarentena. “Caso a quarentena se estenda por muito tempo, é possível, por exemplo, que pessoas percam seus trabalhos, as famílias deixem de realizar as atividades que lhes geram renda e meios de se manterem” (KOMATSU; FILHO, 2020, p. 4).

No Brasil, como forma de enfrentamento da pandemia, foi sancionada a Lei nº 13.982 de 2 de abril de 2020, estabelece as “medidas excepcionais de proteção social a serem adotadas durante o período de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19)” (Brasil, 2020). No caput da referida Lei, em seu Art 2º, estabelece, por 3 meses, a concessão do auxílio emergencial no valor de R\$ 600,00 (seiscentos reais) ao que não dispõe de regime de trabalho formal, seja autônomo ou trabalhador informal, não seja titular de benefício assistencial ou previdenciário, dentre outros critérios. Esta ação emergencial representou, mesmo que de forma temporária, a manutenção digna das condições de vida, permitindo aos núcleos familiares enfrentar este momento com acesso garantido a sua subsistência, de acordo com Bahia e Toledo (2020).

Uma pesquisa da Universidade Federal do Rio de Janeiro apontou que a pandemia do COVID-19, juntamente do projeto neoliberal e a crise estrutural do capital contribuem para “explicitar e agravar a reprodução da pobreza e seus processos de criminalização” (Moreira et al. 2020, p.75). O que demarca o caráter ideológico do programa emergencial. A autora afirma que a concessão do auxílio emergencial, pelo método no qual foi aplicado, é uma intensificação da tecnocracia e exclusão tecnológica, visto que o cadastrado e recebimento do benefício é feito de forma única e exclusivamente por meios digitais.

Além do auxílio emergencial, outras medidas de caráter emergencial foram aplicadas, a Portaria Conjunta nº1, de 2 de abril de 2020, que dispõe sobre a utilização de recursos do cofinanciamento federal no atendimento às demandas emergenciais de enfrentamento ao COVID-19. A portaria menciona possíveis aquisições que podem ser feitas para atuação da equipe socioassistencial no combate à COVID-19, como a aquisição de itens para preparo de refeição da equipe de Serviço de Acolhimento, Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua e Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo dentre outros; aquisição de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), entre outras (BRASIL, 2020).

No âmbito da previdência social, a Portaria Conjunta nº 9.381, antecipa o pagamento de um salário mínimo para os segurados que possuem direito ao auxílio doença, a partir de medidas excepcionais que foram adotadas durante o período de emergência.

O Projeto de Lei 714/2020 autoriza o saque emergencial do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), em razão da pandemia, no intuito de auxiliar os trabalhadores e suas famílias a enfrentarem este momento de crise. Outra ação emergencial do Governo Federal aos trabalhadores foi a Medida Provisória nº 936 que institui o Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda, dispondo de medidas trabalhistas complementares para o enfrentamento do estado de calamidade pública a qual estamos inseridos.

As medidas adotadas pelo governo brasileiro têm como objetivo manter e garantir a continuidade do emprego e renda dos trabalhadores, reduzindo as condições de pobreza e miséria sociais decorrentes das consequências no estado de calamidade pública e de emergência de saúde pública. O Benefício Emergencial de Prevenção do Emprego e da Renda deve ser pago ao trabalhador que tiver redução proporcional da jornada de trabalho e de salário; e suspensão temporária do contrato de trabalho; este benefício será custeado com os recursos da União (BRASIL, 2020).

Diante da realidade de isolamento social, as escolas estão com as aulas suspensas, e por este motivo, o Governo Federal sanciona a Lei nº 13.987, de 7 de abril de 2020, que permite a distribuição de alimentos adquiridos com os recursos do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), aos pais ou responsáveis de estudantes de escolas públicas de educação básica (BRASIL, 2020). Este recurso será vigente até o fim da suspensão das aulas em razão da emergência, garantindo o acesso à merenda escolar.

Por fim, destacamos algumas das medidas adotadas no âmbito da Saúde Pública e do Sistema Único de Saúde (SUS) para o enfrentamento da pandemia e da situação de emergência. O Conselho Nacional da Saúde (CNS), através da Recomendação nº 22 de 9 de abril de 2020, direciona o Poder Executivo e o Congresso Nacional a realização de medidas de apoio aos Estados e Municípios, com o objetivo de atender as demandas inerentes ao

enfrentamento da pandemia da COVID-19. Neste sentido, o CNS recomenda a revogação da Emenda Constitucional (EC) 95/2016, e a aprovação de medidas de apoio aos Estados e Municípios com a liberação de créditos necessários para ações de combate a pandemia. A recomendação também aponta que aos Governadores, Secretários Estaduais de Saúde, Prefeitos e Secretários Municipais de Saúde adotem como medida urgente a ampliação do número de testes de diagnóstico; a convocação da Vigilância Epidemiológica para o acompanhamento dos dados da COVID-19; a ampliação dos esforços e fornecimento de EPIs; e o reforço/implementação de medidas que possibilitem o afastamento social, não permitindo a aglomeração de pessoas (BRASIL, 2020).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo geral identificar o papel das políticas sociais desenvolvidos pelo Estado brasileiro no enfrentamento da pandemia do novo coronavírus, o COVID-19. Para tanto, utilizou-se de uma abordagem qualitativa e de natureza básica, descritiva e bibliográfica acerca da historicidade da Seguridade Social e seu surgimento no Brasil, o modelo atual da Seguridade Social e a reforma do Estado, e por fim, as políticas de saúde, previdência e a assistência social frente à pandemia de COVID-19.

Verificou-se, ao longo do presente estudo as particularidades do Estado brasileiro em um cenário marcado por um país periférico e dependente, e que ao longo de sua história apresentou políticas voltadas para a proteção social de forma limitada aos trabalhadores como uma forma de amenizar as tensões de classes.

A incorporação de medidas neoliberais adotadas pelo estado fez com que fossem redirecionados o orçamento público e as responsabilidades sociais do Estado frente as desigualdades existentes no território. As funções do Estado se reduzem a provisão de serviços que o mercado e o indivíduo não conseguem prover, resultando em políticas segmentadas, focalizadas e seletivas destinada aos extratos sociais que se encontram em extrema vulnerabilidade social.

Em um contexto marcado pela pandemia de COVID-19, o Estado se mostrou insuficiente nas disposições de medidas que atendessem a universalidade e as particularidades da população brasileira, pois houve um agravamento das históricas desigualdades no país.

Ações como a suspensão de aulas presenciais em escolas e demais graus de ensino com a disposição de material de estudo online, não contempla a parcela da população sem acesso à tecnologia. Somando a isso, deve-se ao fato de que em comunidades periféricas

sem estrutura urbana e de moradia, medidas básicas como a higienização das mãos e isolamento social não são possíveis, pois não possuem condições financeiras para aquisição de produtos básicos de higiene e saneamento, pois residem em moradias onde não é possível realizar o distanciamento social, devido ao número de membros da família e o espaço da residência.

Em um cenário de crise econômica, agravada pelo prolongamento do isolamento social, coloca em risco a renda de parte da população por conta do desemprego, suspensões de contrato ou redução salarial, já no caso de trabalhadores informais pode haver um agravamento devido a perda total dos rendimentos e ausência de garantias legais.

Por fim, as medidas adotadas pelo Estado brasileiro se apresentaram de forma pontual, focalizada e seletiva no atendimento à população com mecanismos voltados para a manutenção da renda das classes populares por meio da liberação de um salário mínimo a segurados com o direito ao auxílio doença, saque do FGTS e a criação do Benefício Emergencial de Prevenção do Emprego e Renda, tendo os usuários do Bolsa Família a preferência no recebimento do benefício. Tais medidas não garantem a universalização de acesso, pelo contrário reafirmam a focalização, a exclusão social e a desigualdades sociais.

Diante do cenário produzido pela pandemia de COVID-19, é imprescindível que o Estado implemente a Seguridade Social, por meio das políticas da Saúde, Previdência e a Assistência Social, com vista a atenuar os efeitos diversos produzidos pela pandemia na esfera econômica e social. Assim, o Estado ao adotar um modelo de políticas focalizadas e seletivas indica que tem pouca capacidade para responder as necessidades dos sujeitos que se encontram em estado de extrema pobreza e vulnerabilidade social.

REFERÊNCIAS

- BARRETO, Maurício Lima et al. O que é urgente e necessário para subsidiar as políticas de enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Brasil?. **Rev. bras. epidemiol.**, Rio de Janeiro, v.23, e 200032, 2020. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2020000100101&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 jun. 2020.
- BAHIA, C.J. A B.; TOLEDO, C.M.Q. O Estado e seu dever inafastável de concretização do direito fundamental à convivência familiar e comunitária de crianças e adolescentes também em tempos extraordinários: a COVID 19 e a concessão do auxílio emergencial retratado pela lei n.º 13.982/2020. **Revista Relações Internacionais do Mundo Atual**. v.1, n.26 (2020). Disponível em <<http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/RIMA/article/view/4060>> Acesso em 12 jun. 2020
- BEHRING, E. R; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988, 292 p.
- BRASIL. Diário Oficial da União. **LEI Nº 13.987, DE 7 DE ABRIL DE 2020**. Publicado em: 07/04/2020 | Edição: 67-B | Seção: 1 - Extra | Página: 9. BRASÍLIA, DF. 2020. Disponível em <<http://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-n-13.987-de-7-de-abril-de-2020-251562793>>. Acesso em 25 jun. 2020.
- BRASIL. Diário Oficial da União. Ministério da Cidadania. Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. Secretaria Nacional de Assistência Social. **PORTARIA CONJUNTA Nº 1, DE 2 DE ABRIL DE 2020**. BRASÍLIA, DF. 2020. Disponível em <http://www.cremeb.org.br/wp-content/uploads/2020/04/lsp_fe7c1f461fe5f828772fab90105d7684_060420-015948.pdf> Acesso em 24 jun. 2020.
- BRASIL. **Ministério da Cidadania**. Disponível em <<https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/bolsa-familia>>. Acesso em 22 de jun. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação nº 022, de 9 de abril de 2020**. BRASÍLIA, DF. 2020. Disponível em <<https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1112-recomendac-a-o-n-022-de-09-de-abril-de-2020>>. Acesso em 26 jun. 2020.
- BRASIL. **Painel Coronavírus**. Atualizado em 24 de junho de 2020. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em 29 jun. 2020.
- BRASIL. Presidência da República, Secretaria-Geral, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **LEI Nº 13.979, DE 6 DE FEVEREIRO DE 2020**. BRASÍLIA, DF. 2020. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L13979.htm> Acesso em 10 jun. 2020.
- BRASIL. Presidência da República, Secretária-geral, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **LEI Nº 13.982, DE 2 DE ABRIL DE 2020**. BRASÍLIA, DF. 2020. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l13982.htm> Acesso em 12 jun. 2020.
- BRASIL. Presidência da República, Secretária-geral, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **MEDIDA PROVISÓRIA Nº 936, DE 1º DE ABRIL DE 2020**. BRASÍLIA, DF. 2020. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/mpv/mpv936.htm> Acesso em 25 jun. 2020.
- BRASIL. Secretaria - Geral da Mesa, Secretaria de Informação Legislativa. **Decreto Legislativo nº 6 de 20/03/2020**. BRASÍLIA, DF. 2020. Disponível em <<https://legis.senado.leg.br/norma/31993957>> Acesso em 11 jun. 2020.
- CARINHATO, P. H. Neoliberalismo, Reforma do Estado e políticas sociais nas últimas décadas do século XX no Brasil. **Revista Aurora**, v.2, n. 1, 2008. Disponível em: <<http://revistas.marilia.unesp.br/index.php/aurora/article/view/1192>>. Acesso em 27 maio 2020.

- GARCIA, L.P.; DUARTE, E. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 29, n. 2, e2020222, 2020. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000200100&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 jun. 2020.
- GOMES, F.G. Conflito social e welfarestate: Estado e desenvolvimento social no Brasil. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p. 201-234, abr. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122006000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 maio 2020.
- JÚNIOR, A.P.; JÚNIOR, L.C. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para Saúde**, Londrina, v. 8, n. 1, p. 13-19, 2006. Disponível em: <<http://files.tvs4.webnode.com/200000244-78e4379de1/Pol%C3%ADticas%20P%C3%BAblicas%20de%20Sa%C3%BAde%20no%20Brasil.pdf>>. Acesso em 29 jun. 2020.
- KOMATSU, B.K.; FILHO, N.M. Simulações de Impactos da COVID-19 e da Renda Básica Emergencial sobre o Desemprego, Renda, Pobreza e Desigualdade. Insper - Centro de Políticas Públicas. **PolicyPaper** Nº 43 abr. 20. Disponível em <<https://www.insper.edu.br/wp-content/uploads/2020/04/Policy-Paper-v14.pdf>> Acesso em 11 Jun. 2020.
- MARQUES, R. M. et al. **A Previdência Social: da Constituição à reforma de Lula**. Revista Textos & Contextos Porto Alegre v. 8 n.2 p. 195-218. jul./dez. 2009. Disponível em <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/6340/4639>> Acesso em 29 jun. 2020.
- MEDEIROS, N.S. Uma análise sobre as Políticas Sociais do Brasil e a “Questão Social” na contemporaneidade”. **VI Jornada Internacional de Políticas Públicas**. Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Maranhão, 2013. Disponível em :<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo10-desafiosedimensoescontemporaneasdodesenvolvimentoepoliticaspUBLICAS/pdf/umaanalisesobreaspolicissociaisdobrasilea_questaosocial_nacontemporaneidade.pdf>. Acesso em 08 jun. 2020.
- MOREIRA, et al. **Em tempos de pandemia: propostas para a defesa da vida e de direitos sociais**. Rio de Janeiro: UFRJ, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, 2020. Disponível em <<https://pantheon.ufrj.br/bitstream/11422/12346/1/EMoreira.pdf>> Acesso em 24 jun. 2020.
- MOTA, Ana Elizabete. **A centralidade da assistência social na Seguridade Social brasileira nos anos 2000**. IN. O Mito da Assistência Social: ensaios sobre Estado, Política e Sociedade. São Paulo: Cortez Editora, 2010.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OPAS/OMS). **Folha informativa COVID-19**. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875. Acesso em 27 jun. 2020.
- PAIM, J. S. **A questão saúde e o SUS**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2009.
- PAIVA, A.S; COSTA, M.D.H. Ataques à política de saúde em tempos de crise do capital. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 20, n. 1, p. 51-68, jan./jun. 2016. Disponível em: <<http://www.periodicoseltronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/5036/3079>>. Acesso em 29 jun. 2020.
- PIANA, M.C. **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 233 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/vwc8g/pdf/piana-9788579830389-02.pdf> >. Acesso em 08 jun. 2020.
- PINTO, F.A. **Nos trilhos da terceirização: Os dilemas e desafios da nova condição profissional dos assistentes sociais**. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro - PUC RIO. Rio de Janeiro. 2004. Disponível em: <<https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/colecao.php?strSecao=resultado&nrmSeq=5766@1>>. Acesso em 11 jun. 2020.
- PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. (Orgs.). **Saúde no Brasil: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ipea, 2009. (Texto para Discussão, n. 1391). Disponível em:

<https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1349/LCbrsR200_pt.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 29 jun. 2020.

SALVADOR, E.S. O desmonte do financiamento da seguridade social em contexto de ajuste fiscal. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 130, p. 426-446, dez. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282017000300426&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 22 jun. 2020.

SENNÁ, M.C. M. et al. Programa Bolsa Família: nova constitucionalidade no campo da política social brasileira? **Rev. Katálysis** [online]. 2007, vol.10, n.1, pp.86-94 Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S141449802007000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 29 jun. 2020.

SOUTO, X.M. COVID-19: aspectos gerais e implicações globais. Recital - **Revista de Educação, Ciência e Tecnologia de Almenara/MG**, v. 2, n. 1, p. 12-36, 3 jun. 2020. Disponível: <<https://recital.almenara.ifnmg.edu.br/index.php/recital/article/view/90>>. Acesso em 27 jun. 2020.



IX CONASSS
CONGRESSO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE
XII SIMPSSS
SIMPÓSIO DE SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE

30 anos do SUS: Território de Lutas e o Serviço Social na Saúde
Edição virtual, 22 a 24 de setembro de 2020

541

**EIXO: O TRABALHO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL E DEMAIS PROFISSIONAIS
E EQUIPES DE SAÚDE NO MOMENTO DO NOVO CORONAVÍRUS, COVID-19**

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SERVIÇO SOCIAL: REFLEXÕES DO TRABALHO PROFISSIONAL NO PERÍODO DE PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS

Ana Cristina Peixoto Guimarães (UFJF - Universidade Federal De Juiz De Fora); Ana Carolina Caetano (UFJF - Universidade Federal De Juiz De Fora); Ana Cláudia Leiroz Nacarat (UFJF - Universidade Federal De Juiz De Fora); Fernanda Condé Teixeira (UFJF - Universidade Federal De Juiz De Fora); Flávia Limpi Fortes (UFJF - Universidade Federal De Juiz De Fora)

RESUMO: Este artigo consiste na apresentação do relato de experiência do trabalho desenvolvido por cinco residentes em Serviço Social no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora. Nesse sentido, tem-se como intuito fazer uma breve apresentação da residência multiprofissional em Serviço Social do HU-UFJF e, a partir da perspectiva das profissionais em formação, apresentar como vem sendo a atuação das residentes nesse contexto da pandemia de COVID-19, dialogando com o cenário mundial e político brasileiro.

Palavras-Chave: Pandemia. Residência. Saúde. Serviço Social.

ABSTRACT: This article is about reporting all about the work experience of 5 residents as social workers at the University Hospital of Federal University of Juiz de Fora. The main purpose is to make a brief introduction of the integrative residency they've been working on. Besides, it will be presented, from their perspectives, how they have been doing their work - relating to the brazilian political scene - although the world is going through the Global COVID-19 pandemic.

Keywords: Pandemic, Residence; Health, Social Work.

1. INTRODUÇÃO

A construção desse trabalho se dá na perspectiva da experiência vivenciada por cinco residentes multiprofissionais em Serviço Social do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, sendo que quatro dessas residentes pertencem ao programa Atenção Hospitalar e uma ao programa Saúde do Adulto. Todas se encontram atualmente no mesmo cenário de prática, o Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora - unidade Santa Catarina e, devido à pandemia, como cenário complementar, a Ação de Extensão acerca das orientações sobre o auxílio emergencial, que ocorre na faculdade de Serviço Social da UFJF.

Nesse sentido, considerando que a área da saúde é um grande espaço de atuação do Serviço Social e que nesse momento de pandemia muitos assistentes sociais estão na linha de frente, atuando diretamente no atendimento aos usuários infectados pela COVID-19 (Sars-Cov-2) e familiares, essa produção se faz essencial para a análise crítica de como a intervenção profissional vem sendo realizada nesse contexto - já que a rotina hospitalar demanda respostas rápidas e dificulta esse processo de reflexão, ainda intensificada com a nova dinâmica que a pandemia suscita.

Assim, para a construção desse trabalho, utilizou-se a seguinte estrutura: em um primeiro momento será abordada a residência multiprofissional em Serviço Social do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, discorrendo acerca de seus programas, funcionamento e regulamentações. Em um segundo momento, será abordado brevemente o contexto da pandemia de forma local e mundial, e a discussão passará ao relato de experiência sobre como o trabalho está sendo realizado nesse período, com o objetivo de correlacionar o momento de pandemia com o trabalho do Serviço Social, estabelecendo análise crítica reflexiva e considerando os determinantes sociais da saúde.

Diante do exposto, como citado acima, o que se pretende com esse trabalho é a construção de um material acerca do momento histórico vivenciado que traz nossas contribuições enquanto profissionais residentes da política de saúde, atuantes em um hospital, que é uma das referências na região, no que tange ao atendimento às pessoas infectadas pelo coronavírus (Sars-Cov-2).

Dessa forma, buscamos trazer esse relato de experiência acerca do nosso trabalho no intuito de fomentar uma análise da conjuntura atual, seus impactos para a vida dos usuários e os rebatimentos para o trabalho do Serviço Social. Assim, esperamos ainda, contribuir no estudo e reflexão de estudantes e profissionais da área.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. A residência multiprofissional em Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora: programas, funcionamento e regulamentação

Para a presente discussão, faz-se pertinente a contextualização dos programas de residência em Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora. Sendo assim, será feita uma apresentação acerca do histórico desses programas, suas regulamentações e funcionamento.

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde existentes atualmente no HU-UFJF são: Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (2002), Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto com ênfase em doenças crônico-degenerativas (2010), Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar (2015) e Programa Multiprofissional em Saúde Mental (2016). Dentre esses, o Serviço Social conta com a participação de residentes em todos os programas citados; entretanto, o Programa Multiprofissional em Saúde Mental não abriu processo seletivo para o ano de 2020.

A existência desses programas reforça o enfrentamento ao ideário de saúde voltado unicamente para a figura do médico, modelo que tem centralidade na doença e que pressupõe atuação de forma individualista. Com isso, busca-se a qualidade e o atendimento integral dos serviços de saúde, compreendendo o significado amplo de saúde que envolve as particularidades dos determinantes sociais no processo saúde e doença. Assim, cabe citar que:

com esses programas busca-se sedimentar um paradigma que supere os polos saúde pública/assistência médica individual, ou prevenção cura, lutando por uma nova qualidade da assistência e para que a população tenha condições de compreender o significado do direito à saúde e da dimensão das desigualdades sociais. Para tal, deve-se valorizar as representações da população sobre saúde, doença, serviços de saúde, qualidade e disponibilidade [...] (CASTRO, 2013, p.05).

A Residência Multiprofissional em Saúde no HU-UFJF é compreendida enquanto um curso de pós-graduação, especialização modo *latu sensu*, conforme a lei de regulamentação 11.129/2005. A residência tem duração de dois anos (24 meses), devendo ser cumprido um regime de dedicação exclusiva totalizando 5760 horas durante o curso, com 60 horas semanais divididas entre atividades teóricas e práticas.

Nesse quadro, a residência conta ainda com a Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), órgão que tem como função coordenar, supervisionar, organizar e acompanhar todos os programas de residência, de modo que sejam realizadas avaliações acerca do seu funcionamento e dos residentes em curso, visando a qualidade de formação dos programas (MARÇOLA, 2019).

Compreendendo que o conceito ampliado de saúde explica que os fatores sociais, econômicos e culturais interferem diretamente no processo saúde-doença, e que, ao longo da história da profissão, a área da saúde vem sendo um grande espaço de inserção de assistentes sociais, faz-se imprescindível a participação também de assistentes sociais em residências multiprofissionais na área da saúde. Cabe ainda citar que:

A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (Relatório final da VIII CNS, Anais, 1987, p.382).

O primeiro programa criado pela Faculdade de Serviço Social da UFJF foi o Programa de Residência em Área Profissional da Saúde, no ano de 1997. Tal programa foi desenvolvido até o ano de 2015, ano em que se encerrou.

Acerca dos programas em vigência atualmente, no ano de 2002 ocorreu a criação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, em 2010 do Programa Multiprofissional em Saúde do Adulto com ênfase em doenças crônico-degenerativas, em 2015 do Programa Multiprofissional em Atenção Hospitalar, e por último, no ano de 2016, do Programa Multiprofissional em Saúde Mental (MARÇOLA, 2019).

Para ingressar em algum dos programas, o profissional deve realizar o processo seletivo que acontece anualmente por meio de um único edital público que se refere a todos os programas. Esse explicita as condições do processo e apresenta as regras de modo geral, sendo também disponibilizadas as referências bibliográficas indicadas para a prova de cada programa.

O processo seletivo ocorre em dois momentos. O primeiro consiste em uma prova objetiva, de caráter classificatório, com o valor equivalente a 100 pontos e peso de 70%. No segundo momento é realizada a análise curricular, também valendo 100 pontos, sendo que essa conta com o peso de 30%. Assim, para a classificação final é somada a porcentagem da nota das duas etapas, levando em conta o peso de cada uma (UFJF, 2019).

A organização dos espaços de execução da carga horária prática varia de acordo com a especificidade de cada um dos programas. Compõem os cenários de prática dos programas de residência em Serviço Social: as três unidades do Hospital Universitário da UFJF (CAPS HU - Liberdade, CAS-Dom Bosco e Santa Catarina), a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da prefeitura de Juiz de Fora e as Unidades Básicas de Saúde que possuem Estratégia de Saúde da Família (MARÇOLA, 2019).

Desse modo, os residentes são divididos nos cenários de prática, ocorrendo em alguns dos programas uma rotatividade entre as instituições para que os residentes ocupem

diferentes espaços ao longo dos dois anos da especialização. No programa Saúde do Adulto, por exemplo, a proposta é que o residente atue nos três níveis de atenção à saúde. Durante os dois anos de residência, o residente passa no primeiro ano: 8 meses na atenção secundária nos ambulatórios do HU-CAS, sendo divididos em 4 meses no que consideramos eixo específico do Serviço Social e 4 meses no eixo transversal realizando atendimento em equipe com os outros residentes de outras áreas, e 4 meses na atenção primária. No segundo ano acontece da mesma forma, porém são 8 meses na atenção terciária no HU - unidade Santa Catarina e mais 4 meses na UBS.

Entende-se, nesse sentido, que a residência é um espaço de formação continuada, que possibilita a compreensão do papel do assistente social na política de saúde. Consideramos que a residência é uma oportunidade de realização do trabalho em equipe - de modo a entender a função e a importância de cada uma das profissões para a saúde do usuário que acessa aquele serviço - e possibilita a construção de novas intervenções/conhecimentos para os profissionais em formação. Assim, é um espaço de grande aprendizado em que se deve contar com a orientação de preceptores¹³⁸ nos cenários de prática.

Cada profissão, dentro dos programas de residência, conta também com tutores, que são professores dos cursos de graduação e pós graduação da UFJF. Esses exercem a função de orientação e supervisão do que vem sendo realizado nos cenários de prática. Os tutores são responsáveis também por organizar encontros mensais de avaliação e discussões gerais sobre a residência, os quais denominamos de tutoria¹³⁹. Para além disso, os residentes de Serviço Social contam também com o Seminário de Área, que anteriormente à pandemia¹⁴⁰, acontecia semanalmente, divididos entre os residentes do primeiro e segundo ano - denominados de R1 e R2, respectivamente -, de todos os programas de residência em Serviço Social. O Seminário de Área e a tutoria são espaços que visam “estabelecer diálogos entre o processo de trabalho e as estratégias pedagógicas, considerando a dinâmica das rotinas e as diferentes intencionalidades de cada sujeito de aprendizagem” (BATISTA; GONÇALVES, 2005, p. 895).

Para completar a carga horária teórica da residência e proporcionar um debate entre as diversas categorias profissionais, os programas contam - também suspenso por conta da

¹³⁸Profissionais que trabalham nos espaços de atuação em que os residentes estão inseridos. Têm o papel de orientação e suporte nos cenários de prática.

¹³⁹ O espaço da tutoria é um espaço de discussão em que os residentes de Serviço Social do primeiro e segundo ano encontram-se com o tutor de seu programa para discussão de assuntos relacionados aos cenários de prática da residência. O espaço é construído através de metodologias ativas e possibilita reflexões sobre a realidade e o exercício profissional. Devido ao cenário atual, em que as aulas presenciais estão suspensas, a tutoria tem acontecido semanalmente através de plataformas digitais.

¹⁴⁰ Devido ao contexto atual, com as aulas presenciais suspensas, está sendo realizada, semanalmente em uma plataforma digital um curso, ministrado por um professor da UFJF e uma preceptora do HU em substituição ao Seminário de Área. O curso é um espaço para trocas e reflexões sobre o trabalho profissional na conjuntura atual.



situação de pandemia - com as aulas do eixo transversal, que são aulas coletivas, com todos os residentes de todos os programas e áreas¹⁴¹, dividido apenas entre os R1's e R2's. Acontecem semanalmente e são importantes espaços para a construção coletiva e compreensão do Sistema Único de Saúde.

Além desse espaço, cada programa conta também com o espaço do Seminário Integrador, o qual acontece com todos os residentes de cada programa e é mais um espaço que possibilita construção e trocas entre profissionais. Neste seminário, o qual também não vem sendo realizado devido à pandemia, participam R1's e R2's de seus respectivos programas.

São construídos durante todo o tempo da residência e entregues periodicamente às tutoras, os portfólios reflexivos que cumprem função de suscitar discussões acerca dos casos vivenciados nos cenários de prática, bem como de todas as atividades que a residente está inserida. São instrumentos riquíssimos para se avaliar, pensar e elaborar as reflexões críticas da dinâmica e processo da especialização.

Como critério avaliativo final, o residente deve elaborar, com orientação, um Trabalho de Conclusão de Residência a ser apresentado para uma banca examinadora. Outra opção para a avaliação final é a construção de um artigo científico que deve ser publicado em uma revista. Para que o residente receba seu certificado de conclusão do curso, comprovando ser especialista na área que escolheu, deve ser cumprida uma série de requisitos, sendo eles: aprovação nas disciplinas oferecidas, cumprimento de 100% da carga horária nas atividades práticas, cumprimento das atividades teóricas e apresentação da monografia ou do artigo.

A partir da explanação aqui realizada sobre o funcionamento da residência de forma geral, o seu significado e breves apontamentos de algumas modificações já ocorridas devido à pandemia, é necessário que se compreenda os processos sociais em andamento, tangenciando os determinantes dessa crise, que é do capitalismo e não do vírus em si, para se chegar ao ponto central dessa produção que é: nosso trabalho profissional, como profissionais da saúde residentes em um hospital que também presta atendimento à usuários acometidos pela covid-19 e as cabíveis reflexões e análises críticas acerca do vivido e das reorganizações da rotina de trabalho e da rotina da residência.

2.2. Os impactos da pandemia e o desenvolvimento do trabalho profissional das residentes de Serviço Social

¹⁴¹Economia e Administração; Enfermagem; Odontologia; Serviço Social; Análises Clínicas; Educação Física; Fisioterapia; Nutrição e Psicologia,



Diante da compreensão dos programas de residência apresentados na primeira parte deste artigo, faz-se necessário para o momento, esboçar brevemente sobre a nova realidade posta mundialmente: a pandemia do novo coronavírus (Sars-Cov-2), iniciada em 2019 na China e que hoje já faz parte da realidade de todos os continentes e da maioria dos países do mundo.

Há que se ater ao fato de que o vírus escancara, somatiza e acentua a barbárie vivida pela classe trabalhadora que é preexistente à pandemia, nesse sentido as expressões da questão social se mostram cada vez mais cruéis. Medidas de enfrentamento ao coronavírus que deveriam ser coletivas falham no capitalismo ao passo que esse sistema, entre tantas outras questões, desumaniza e individualiza os sujeitos. A crise posta não é simplesmente do vírus, mas sim do sistema capitalista. Sem políticas estruturais que cumpram função de amenizar e combater o vírus, os indivíduos por si só não tem condições objetivas de cumprir as medidas mais básicas de enfrentamento ao coronavírus. Além disso é essencial compreender quem é a parcela da classe trabalhadora que em sua maioria está na linha frente.

Os impactos econômicos e sociais são filtrados através de discriminações “costumeiras” que estão evidentes em todos os lugares. Para começar, a força de trabalho que se espera que cuide dos números crescentes de doentes é tipicamente altamente sexista, racializada e etnizada na maioria das partes do mundo. Ela reflete a força de trabalho baseada na classe que se encontra, por exemplo, em aeroportos e outros setores logísticos. (HARVEY, 2020, p. 21)

Assim, diante do cenário de um vírus novo, para o qual ainda não se tem vacina, a principal estratégia de combate à doença, é o isolamento social e políticas de enfrentamento que dêem garantias à população para que se cumpra tal requisito, fato que não aconteceu no Brasil. Vivemos em um contexto de ataques ao Sistema Único de Saúde e de extermínio da população mais pobre, sem políticas efetivas e com discurso presidencial que vai contra todas as recomendações da Organização Mundial de Saúde- OMS.

A doença chegou ao Brasil em Março de 2020 e desde então já tivemos a troca de dois ministros da saúde, cargo que encontra-se há mais de um mês ocupado interinamente por um militar que nada entende sobre saúde, e nem mesmo tem experiência na área.

O combate à pandemia fica a cargo, então, dos governadores e prefeitos, que sem apoio do governo federal, pouco conseguem fazer. No caso de Minas Gerais, temos um governador do partido Novo que apoia as ações irresponsáveis do presidente, o que culminou no programa “Minas Consciente”, uma proposta do governo estadual que consiste na abertura gradual do comércio, dividindo as atividades em “ondas”. A onda verde é composta pelos serviços essenciais, a onda branca é a primeira fase de reabertura e são os serviços

considerados de baixo risco. Já a onda amarela, é a segunda fase, que é composta pelos serviços de risco médio e por fim a onda vermelha, que é a terceira fase, e consiste na abertura de serviços de alto risco. Até o momento em que escrevemos esse artigo, dos 853 municípios de Minas Gerais, apenas 157 aderiram a essa proposta do governo.¹⁴² Juiz de Fora foi um desses municípios e, atualmente, encontra-se na onda verde.

Ainda não chegamos no pico da doença no Estado, os casos vem aumentando dia após dia e a proposta do governo com o programa é da abertura gradual do comércio, com o discurso de preservar a economia, seguindo a mesma linha apresentada pelo governo federal. No cenário mundial, o Brasil é o segundo¹⁴³ país com mais mortes por Covid-19, isso sem contar as subnotificações, que são alarmantes, considerando a falta de testes. A proposta do governo em responder tais questões é alterar os dados e omiti-los¹⁴⁴. Fatos que comprovam que a preocupação do Estado e do capital é com o lucro, passando por cima da vida.

Devido à pandemia, todos os programas de residência sofreram modificações. Foi iniciada a ação estratégica “Brasil Conta Comigo- Residentes na área da saúde”, proposta pelo governo Federal, que, entre outras ações, institui que enquanto durar a pandemia, os residentes que participarem desta ação irão receber uma bonificação, financiada pelo Ministério da Saúde. O objetivo da ação, segundo o Ministério da Saúde, é ampliar a cobertura do SUS e garantir um menor tempo de atendimento (BRASIL, 2020). Ficou instituído, para todos os residentes multiprofissionais dos programas de residência do HU-UFJF, uma nova distribuição da carga horária, sendo 36 horas nos cenários de prática, 4 horas para tutoria e 20 horas de atividades teóricas, de acordo com o Despacho 01/2020 da Comissão de Residência Multiprofissional do HU-UFJF.

No caso das residentes do Serviço Social, do primeiro e segundo ano do programa Atenção Hospitalar e da residente do segundo ano do programa Saúde do Adulto, o cenário de prática é o HU - unidade Santa Catarina, hospital que compõe a atenção terciária do município de Juiz de Fora. As residentes também realizavam plantões aos finais de semana em um hospital de urgência e emergência da cidade, e os mesmos foram suspensos, para evitar circulação em cenários de práticas distintos e, dessa forma, diminuir o índice de contaminação. Cabe ressaltar aqui, que o programa saúde do adulto sofreu algumas alterações, uma vez que não será realizado o rodízio e as residentes continuarão nos cenários de prática em que já estavam desde março de 2020, momento em que aconteceu o último rodízio.

¹⁴² De acordo com: <https://www.mg.gov.br/minasconsciente/entenda-o-programa>. Acesso em: 19 de junho de 2020.

¹⁴³ Segundo informações retiradas do site: <https://istoe.com.br/brasil-e-o-segundo-pais-com-mais-mortes-pela-covid-19-que-nao-da-tregua-a-america-latina/>. Acesso em: 14 de junho de 2020.

¹⁴⁴ De acordo com: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52967730>. Acesso em: 10 de junho de 2020.

Nesse sentido, as residentes de Serviço Social, compõem a equipe de assistentes sociais no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora. Fazem parte da equipe: cinco preceptoras, quatro residentes do programa Atenção Hospitalar, sendo duas R1's e duas R2's, e uma R2 do programa Saúde do Adulto. Diante das recomendações da gestão do hospital para diminuir a circulação de profissionais dentro da instituição, a equipe organizou o trabalho em escala de plantão de nove horas diárias (incluída uma hora de almoço), de segunda a sábado no turno de 10:00 às 19:00, com uma preceptora e uma residente, que ficam responsáveis pelas demandas oriundas de todas as enfermarias, inclusive a enfermaria da Covid-19 - o HU-UFJF é um dos hospitais de referência da região, como já exposto, e disponibilizou 24 leitos para o tratamento de usuários com suspeita ou confirmação de Covid-19. Desses, oito são de Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Em um contexto de pandemia, em que todo o “normal” foi modificado, tornou-se necessária a alteração da organização do trabalho do Serviço Social dentro do hospital, e com isso, nossa atuação enquanto residentes, esboçada acima. Neste sentido, é preciso estar vigilante para que o agir profissional esteja dentro das competências e atribuições profissionais, considerando que, na saúde, o trabalho do assistente social tem o objetivo de identificar os aspectos econômicos, políticos, culturais, sociais que envolvem o processo saúde-doença, a fim de viabilizar recursos para o seu enfrentamento, articulando a uma prática educativa, conforme Bravo e Matos (2006).

Considerando a nova realidade apresentada, foi necessária uma reorganização no processo de trabalho do Serviço Social para atendimento das demandas da enfermaria da Covid-19 e também das outras enfermarias.

A ficha de atendimento do Serviço Social, que já era utilizada como instrumento antes da pandemia, foi reformulada e esse atendimento passou a ser realizado com os familiares dos usuários internados com diagnóstico de suspeita ou confirmação de COVID-19, por telefone, tão logo o usuário chegue à instituição. Essa entrevista tem o intuito de identificar demandas que podem ser sanadas pelo Serviço Social, como orientações previdenciárias e trabalhistas, assim como identificar e dialogar com o familiar, que será a referência daquele usuário internado. Essa referência é de suma importância para equipe, pois é com este familiar que a equipe médica entrará em contato para repassar informações clínicas, via contato telefônico, considerando que no atual momento, as visitas presenciais foram suspensas e que nesta enfermaria não é permitida a entrada de acompanhantes. A entrevista social também apresenta como objetivo avaliar se existe a viabilidade de isolamento domiciliar no pós alta, considerando que alguns usuários, mesmo com a melhora dos sinais, sintomas e possuir condições de alta hospitalar, ainda podem dispor do vírus e transmitir a doença.



Até o momento, não foi necessária nenhuma intervenção do Serviço Social dentro da enfermaria destinada à Covid-19. Todos os atendimentos realizados foram somente através do contato telefônico.

O atendimento foi modificado também em relação às outras enfermarias. Antes da pandemia, cada enfermaria possuía uma assistente social de referência, junto com as residentes. Não é realizada a busca ativa nos leitos, a fim de evitar a circulação excessiva no hospital. No momento, os atendimentos são realizados somente através de demanda espontânea, que pode partir do próprio usuário ou da equipe.. A ausência de busca ativa faz com que muitas demandas não sejam identificadas e não tenham a intervenção do Serviço Social - fato que atrapalha até mesmo como a equipe percebe e compreende o trabalho já que somos chamadas a atender demandas espontâneas equivocadas por diversas vezes - e quando conseguimos realizar o trabalho contínuo de acompanhamento dos usuários mostramos o que o Serviço Social faz de forma mais explícita.

Outro fato é que nesse esquema de plantão, o acompanhamento não se dá por uma profissional, mas por todas e cada uma, seguindo uma mesma base, vai agir profissionalmente e dar encaminhamento ao caso de uma forma diferente e nesse processo talvez algumas informações acabam se perdendo. O acompanhamento fica a cargo de uma boa rede de informações que é o que está se estabelecendo, através de boletins diários de pendências que são trocados entre as preceptoras e residentes e as evoluções que devem ser bastante claras e explicativas.

Neste contexto de pandemia, como já citado, é notório o acirramento das expressões da questão social, impactando todas as esferas do cotidiano dos indivíduos. No Brasil, uma das muitas ações do governo Bolsonaro que prejudicam a classe trabalhadora foi a Medida Provisória nº 927/2020, que flexibiliza as relações e contratos de trabalho. Com o desemprego que já era preocupante e as condições de informalidade em que vivem grande parte dos trabalhadores brasileiros, não só agora, mas principalmente neste momento, era necessário que o governo viabilizasse políticas que permitissem que a população realizasse o isolamento social com condições dignas. Ao contrário, o que temos são políticas frágeis e que atendem a uma pequena parcela da população, como é o caso do auxílio emergencial - benefício de 600 reais, disponibilizado neste contexto de pandemia para trabalhadores informais, microempreendedores individuais (MEI), autônomos e desempregados, por um período de 3 meses, inicialmente.

Diante da conjuntura, as Universidades Federais, tão criticadas pelo então governo, vêm exercendo um papel fundamental. Seja no que tange aos programas de residência, seja no enfrentamento da doença com a disponibilização de testes, produção de álcool em gel,

sabonetes, equipamentos de proteção em geral, máscaras, para além das pesquisas, que se fazem essenciais no atual momento.

É neste sentido, que a Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), em conjunto com a Faculdade de Serviço Social e as residentes de Serviço Social dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto, Atenção Hospitalar e Saúde Mental vem trabalhando em um projeto de extensão que se intitula: “ Ação de Orientação à população referente ao benefício assistencial emergencial”. Esse projeto, que é uma frente de trabalho para as residentes no contexto de pandemia, se propõe a oferecer orientações via telefone, e-mail ou presencial a pessoas que precisam se cadastrar no programa do governo federal. Com início em maio de 2020, já foram atendidas mais de 500 pessoas. Desse modo, o projeto tem sido de suma importância no âmbito de socialização do acesso à informação.

O projeto de Orientação sobre o Auxílio Emergencial se tornou uma das frentes de trabalho para as residentes dos programas anteriormente citados. No projeto, percebemos a dificuldade das pessoas em acessar o auxílio, que foi pensado de forma totalmente inacessível, a começar que demanda um celular ou computador e internet para solicitação, fato que não é a realidade da classe trabalhadora brasileira, o processo de acesso ao auxílio já explicita sua inacessibilidade para um grande contingente de trabalhadores. Outro ponto que cabe destacar é o tempo de espera para análise dos usuário. As filas desumanas nos bancos quando soltaram a primeira parcela, sem resolutividade por parte destes e do Estado, coloca em cheque a saúde dos sujeitos, já que com muitas dúvidas ocasionada pela falta de informação ou por informações erradas e precisando urgentemente do dinheiro para sua sobrevivência, se expunham nas filas em aglomerações, isso quando seu código de recebimento não expirava pelo tempo na fila e não conseguiam receber. Muitas pessoas até hoje (junho) ainda não receberam nem a primeira parcela¹⁴⁵- isso porque estamos falando de um auxílio que é emergencial e pressupunha que fossem dadas respostas rápidas.

Outra frente de trabalho das residentes de Serviço Social do HU-UFJF - unidade Santa Catarina é trabalho remoto para levantamento da rede socioassistencial do município de Juiz de Fora, a fim de compreender como estão sendo ofertados os serviços no período da pandemia. Foi criada uma tabela na plataforma Google Drive, que é alimentada com os dados obtidos através do contato das residentes com os equipamentos.

Com a emergência de saúde pública, todos os serviços da rede socioassistencial sofreram alterações em seu fluxo e funcionamento e, por isso, a importância de realizar o levantamento sobre esses equipamentos. De acordo com Barra (2013, p. 144): “a

¹⁴⁵Fonte: <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2020/06/09/mais-de-10-milhoes-de-pessoas-ainda-nao-conseguiram-receber-o-auxilio-emergencial.ghtml>. Acesso em: 15 de junho de 2020.

integralidade, apoiada no conceito ampliado de saúde demanda a articulação entre diferentes políticas”, ou seja, é extremamente necessária a articulação dos diferentes serviços da rede, visando a integralidade do acesso e a resposta das múltiplas demandas dos usuários, principalmente no atual cenário.

Todo eixo teórico também foi modificado, conforme já sinalizado na primeira parte do texto. As tutorias continuam, com maior frequência agora- semanal. Também contamos com o Projeto “Dialogando sobre o exercício profissional dos assistentes sociais na saúde” que consiste em espaços de discussões semanais online para residentes do Serviço Social de todos os programas. São dois espaços muito importantes para o debate sobre o trabalho profissional, principalmente, diante de um cenário tão adverso como o que estamos vivenciando.

De forma geral o trabalho tem conseguido responder às demandas, mas tem se deparado com entraves que requerem reorganizações na dinâmica de trabalho. O importante nesse âmbito é não incorrer em práticas profissionais que não sigam o campo crítico e reflexivo que acreditamos do Serviço Social. Outro dificultante é o cenário político, a cruel face do capitalismo e o recrudescimento do conservadorismo, que rebatem diretamente na política de saúde e nas demandas que atendemos. Caracterizar nosso trabalho com foco em refletir sobre ele, acerca de seus novos obstáculos, possibilidades e exigências, a fim também de continuamente avaliar e discutir o que é passível de melhora, já demonstra a importância do compromisso formativo com a residência e com o Serviço Social.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto no decorrer deste trabalho, torna-se fundamental e indispensável a defesa do nosso Sistema Único de Saúde - SUS como sistema de saúde público, gratuito e de qualidade. Em grande medida, o SUS é a expressão concreta de uma história de luta pelo direito à saúde. Desde o seu surgimento e implementação, com a Constituição Federal de 1988, o SUS vem sofrendo com o desfinanciamento, o sucateamento e o ataque sempre com discursos de privatização por parte dos liberais e conservadores.

Neste sentido, é legítima a importância da nossa intervenção profissional neste contexto de pandemia do novo coronavírus. O Serviço Social entendido como uma profissão generalista e que apresenta como objeto de intervenção as diferentes expressões da “questão social” - que no atual contexto tornaram-se ainda mais acirradas - é imprescindível para que se ocupe os espaços ocupacionais em que a nossa atuação é de fato, essencial: na garantia de direitos dos usuários e socialização de informações. Diante do contexto político e

econômico que estamos vivenciando, a população pobre do país encontra-se completamente desassistida e desamparada por um governo que não prioriza políticas sociais e econômicas que reduzam os impactos gerados pela pandemia.

Ainda nesse sentido, torna-se necessário refletirmos de forma crítica o governo ou o “desgoverno atual”, já que temos como presidente, um político de extrema direita e conservador, que relativiza o valor da vida humana, ataca veementemente os direitos humanos, a livre orientação e expressão de gênero e sexual. O seu “modo de governar” vai na contramão dos interesses da classe trabalhadora, ferindo os princípios da Democracia e dos direitos sociais já adquiridos. O plano deste governo é realmente o extermínio da população mais pobre, seja através da fome, da violência ou da contaminação pelo coronavírus, que segue demonstrando cada vez mais qual a classe que sofre com todos esses rebatimentos.

Por fim, é necessário reafirmar que a nossa atuação profissional em tempos de pandemia é extremamente necessária. Estarmos vivenciando o processo de formação - Residência, atrelado a essa pandemia do novo coronavírus é extremamente desafiador. Temos vivenciado momentos permeados por medos e incertezas durante esse processo. Fez-se necessário assim, reinventar o nosso processo de trabalho. Fundamentalmente, precisamos ter comprometimento com os princípios éticos da nossa profissão e com os usuários dos serviços. No entanto, devemos nos atentar em atuar no campo das competências profissionais e atribuições privativas do Serviço Social, o que não nos impede de refletir sobre as particularidades e possibilidades de cada espaço sócio ocupacional no intuito de desenvolvermos estratégias de atuação.

É extremamente desafiador ser residente nesse contexto, mas como Matos (2020) bem coloca em seu artigo contemporâneo sobre a atuação de assistentes sociais em tempos de pandemia:

(...) sabemos que um meio eficaz para enfrentar o medo, seja ele qual for, é a razão (para que possamos pensar), aqui no caso cabe também ressaltar que se trata da razão emancipatória, aquela que potencializa nossa riqueza como ser social pensante e sujeito de sua história (GUERRA, 2013). E como consequência, a ação (não ficarmos paralisados/as), que se baseia na realização de escolhas. Enfim, estamos falando do agir ético, inerente a sociabilidade humana, que aqui defendemos seja a sociabilidade que valorize a riqueza humana, entendida como o exercício das potencialidades que homens e mulheres desenvolveram em seu processo de humanização (BARROCO, 2001, p. 02).

Que consigamos seguir firmes como profissionais que possuam coerência ético-política, consistência teórico-metodológica, competência técnico-operativa e compromisso



sócio-cêntrico (GUERRA, 2019), mesmo nesse momento em que nossa subjetividade está permeada de receios (sejam colocados pelo vírus ou pela conjuntura política).

REFERÊNCIAS

- BARRA, Sabrina A. R. **GESTÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: o desafio de consolidar a intersectorialidade**. Juiz de Fora, 2013. Mestrado em Serviço Social. Faculdade de Serviço Social. Disponível em: <https://www.ufjf.br/ppgservicosocial/files/2013/04/sabrina.pdf>. Acesso em: 22 de junho de 2020.
- BATISTA, Karina B. C.; GONÇALVES, Otilia S. J. Formação de profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, vol. 20, nº 4, 2005, p. 884-889. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 21 de junho de 2020.
- BRASIL. **Lei no 11.129, de 30 de junho de 2005**. Institui a Residência em Área Profissional da Saúde e instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília, DF, 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm. Acesso em: 16 de junho de 2020.
- _____. **Medida Provisória Nº 927, de 22 de março de 2020**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Mpv/mpv927.htm. Acesso em: 22 de junho de 2020
- _____. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 580, de 27/03/2020.
- _____. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Anais. 1987. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 10 de junho de 2020
- BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, Ana Elisabete et al (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-3.pdf Acesso em: 20 de junho de 2020.
- CASTRO, Marina Monteiro de Castro e. **Formação em Saúde e Serviço Social: as Residências em questão**. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 12, n.2, p. 349 - 360, jul./dez. 2013.
- CECÍLIO, Luiz Carlos. **Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada**. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro: 1997.
- GUERRA, Yolanda. Consolidar avanços, superar limites e enfrentar desafios: os fundamentos de uma formação profissional crítica. **Serviço social e seus fundamentos: conhecimento e crítica** / organizado por Yolanda Guerra... [et al]. 2ª ed. Campinas: Papel Social, 2019.
- HARVEY, David. Política anticapitalista em tempos de COVID-19. In: **Coronavírus e a luta de classes**. Terra Amos. 2020. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/78-noticias/597468-a-politica-anticapitalista-na-epoca-da-covid-19-artigo-de-david-harvey>. Acesso em: 23 de junho de 2020.
- JUIZ DE FORA, **Despacho nº 01/2020, de 18/03/2020**. COREMU/HU-UFJF; Instrução normativa nº 21, de 16/03/2020, do Ministério da Saúde (MS). Disponível em: file:///E:/Documentos/Desktop/OrientaA%CC%83%C2%A7A%CC%83%C2%B5es%20COREMU_COVID-19.pdf. Acesso em: 20 de junho de 2020.
- MARÇOLA, Laura P. G.. **Residência Multiprofissional em Saúde enquanto espaço de formação e prática para o Sistema Único de Saúde (SUS) no HU/UFJF**. Trabalho de Conclusão de Curso. Faculdade de Serviço Social, 2019.
- MATOS, Maurílio Castro de. **A pandemia do coronavírus (COVID-19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde**. Rio de Janeiro, CFESS, 2020. Disponível em: <http://www.cress-es.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Artigo-A-pandemia-do-coronav%C3%ADrus-COVID-19-e-o-trabalho-de-assistentes-sociais-na-sa%C3%BAde-2.pdf>. Acesso em: 23 de junho de 2020.
- UFJF. **Edital de Convocação no 01/2018**. Processo Seletivo de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde do HU-UFJF. Disponível em: <http://www.ufjf.br/>



[huresidencias/files/2018/10/Edital-N%C2%BA-01-2018-Programas- de-Resid%C3%AAncia-Multiprofissional-e-em-%C3%81rea-Profissional-da-Sa%C3%BAde-do- HU-UFJF6.pdf>.](#)
Acesso em: 13 de junho de 2020.

A IMPORTÂNCIA DA PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO E DA DIMENSÃO INVESTIGATIVA DO TRABALHO PROFISSIONAL EM TEMPOS DE PANDEMIA

Camila Caroline De Oliveira Ferreira (UNICAMP - Universidade Estadual De Campinas);
Aila Fernanda Dos Santos (PUC-SP - Pontifícia Universidade Católica De São Paulo);
Alessandra Renata Geremias (UNICAMP - Universidade Estadual De Campinas)

RESUMO: O presente trabalho tem como objetivo oferecer elementos para a reflexão do modo como a dimensão investigativa do trabalho profissional do Serviço Social e a produção de conhecimento se expressam no contexto atual de pandemia de COVID-19 no Brasil. Trata-se de um ensaio teórico, construído a partir de autores (as) do Serviço Social, da Saúde e de dados sobre a pandemia. Evidencia-se uma desigualdade nos efeitos da pandemia em prejuízo da classe trabalhadora e a necessária atuação do Serviço Social neste cenário, que para além das respostas imediatas a população, pode contribuir para a reconstrução crítica dos elementos presentes na realidade atual.

Palavras-chave: Serviço Social; pandemia; dimensão investigativa

RESUMEM: El presente trabajo tiene como objetivo ofrecer elementos para el reflejo de cómo la dimensión investigadora del trabajo profesional del trabajo social y la producción de conocimiento se expresan en el contexto actual de la pandemia COVID-19 en Brasil. Se trata de un ensayo teórico, construido a partir de autores del Servicio Social, Salud y datos sobre la pandemia. Existe una desigualdad en los efectos de la pandemia en detrimento de la clase trabajadora y la necesaria acción del trabajo social en este escenario, que además de las respuestas inmediatas a la población, puede contribuir a la reconstrucción crítica de los elementos presentes en la realidad actual.

Palabras-clave: Servicio social; pandemia; dimensión investigativa

1. INTRODUÇÃO

Passados pouco mais de cento e cinquenta dias desde que a Organização Mundial da Saúde classificou o surto do novo coronavírus como uma pandemia mundial, registram-se ao redor do mundo mais de dez milhões de casos confirmados de COVID-19. Neste grave cenário, o Brasil ocupa um lugar particular ao ser reconhecido como o epicentro da pandemia na América Latina, com mais de um milhão e trezentos mil casos confirmados e quase 60 mil mortes¹⁴⁶.

Diferentes análises sobre o impacto da pandemia na vida da população brasileira apontam que o lugar particular que o Brasil ocupa nesse cenário, não diz respeito apenas ao ranking mundial em relação ao número de casos e número de mortes, mas, sobretudo, as condições estruturais da própria realidade social e econômica do país, que são agravadas pela pandemia, ao mesmo tempo em que conferem contornos particulares ao modo como o vírus se espalha e é enfrentado em território nacional.

Além do recorte de gênero, já identificado por organismos internacionais e pesquisadores ao reconhecerem o impacto da pandemia sobre a vida das mulheres em diferentes regiões do mundo, no Brasil esse recorte se alia aos determinantes de classe e raça/etnia, que encontram-se profundamente marcados pelos efeitos da desigualdade social e da concentração de renda, apontada como uma das mais altas do mundo. Dados do IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 2018, apontam que o rendimento médio mensal do 1% mais rico é quase 34 vezes maior do que o rendimento médio dos 50% mais pobres¹⁴⁷. Com isso, a população brasileira que historicamente tem sido submetida à condições precárias de moradia, à falta de água, saneamento básico, precarização das relações de trabalho e dificuldades de acesso às políticas sociais, depare-se com um enorme desafio frente às recomendações de isolamento social, higienização e cuidados de saúde, necessárias para o enfrentamento da pandemia.

Não obstante, essa realidade é ainda profundamente agravada pelo racismo estrutural naturalizado no país. A população negra, que corresponde a 56% da população brasileira, tem experimentado uma realidade ainda mais dramática com a chegada da pandemia. Pesquisa realizada pelo Instituto Locomotiva em parceria com a CUFA - Central Única das Favelas aponta que entre a população negra, que já ocupava posições mais precárias de

146

Dados disponíveis em: <<https://covid19.who.int/>>. Acesso em: 29/06/2020.

147

Dados disponíveis em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/25700-pnad-continua-2018-10-da-populacao-concentram-43-1-da-massa-de-rendimentos-do-pais>>. Acesso em: 29/06/2020.

trabalho em relação aos brancos (informalidade, trabalho doméstico, autônomos), 73% perderam sua renda durante a pandemia. A pesquisa aponta ainda, que por serem a maioria da população e estarem entre as faixas mais pobres, um percentual maior de pessoas negras pleiteou o Auxílio Emergencial de R\$600,00 pago pelo governo federal durante a pandemia, em relação ao percentual de pessoas brancas. No entanto, a contemplação do benefício seguiu a razão inversa da realidade social, agravando a condição das pessoas negras. Entre os negros que solicitaram o benefício 74% tiveram o benefício aprovado. Entre os brancos o percentual de aprovação foi de 81%.

Desvendar esses elementos, enquanto particularidades histórico-culturais constitutivas da questão social no Brasil, sempre foi uma preocupação presente na agenda do Serviço Social, seja no âmbito da formação com o desenvolvimento de habilidades e técnicas que permitam esse exercício crítico, seja no campo da atuação profissional das(os) assistentes sociais com prerrogativas, atribuições e competências que apontam para a necessidade de compreensão da questão social para além de suas expressões imediatas e multifacetadas. Mais do que construir estratégias que orientem e instrumentalizem a ação profissional com vistas ao atendimento das demandas imediatas que se apresentam no cotidiano das(os) assistentes sociais, o horizonte da profissão sempre esteve alicerçado na necessidade de reconstrução crítica do real, para além de suas aparências fenomênicas (KOSIK, 1976).

Isso nos indica que a dimensão investigativa é parte da estrutura da profissão, do modo como se insere na divisão social e técnica do trabalho, do seu significado social, da sua *razão de ser e existir*. Isso se expressa tanto na forma como a intervenção profissional se desenvolve, quanto na relação da profissão com a ciência e a produção de conhecimento.

Nesse sentido, é preciso reconhecer que o Serviço Social ocupa um lugar destacado no campo das profissões, que tende a ser essencialmente profícuo nesse contexto de pandemia, não só pelo acúmulo teórico da profissão nas últimas décadas mas, sobretudo, pelo conhecimento aprofundado que dispõe no campo da intervenção profissional sobre a realidade da população. Esse arcabouço tende a incidir sobre as estratégias de atenção à população brasileira nesse cenário de forma a desvelar as reais necessidades que estão colocadas as famílias em diferentes regiões do país, atravessadas por marcadores geracionais, de gênero, de raça/etnia, de classe, capazes de expor não só os limites das poucas ações que vêm sendo desenvolvidas pelo Estado mas, sobretudo, contribuir para o fortalecimento da população nesse contexto.

Contudo, cabe perguntar: é isso que observamos nesse momento? *Quais os limites ainda vividos para sistematização de conhecimento na área do Serviço Social seja no âmbito*

da pesquisa, seja no âmbito da intervenção? Quais os nós críticos que a profissão lida nesse campo e que são agravados pelo contexto da pandemia?

Oferecer elementos para a problematização e reflexão acerca da dimensão investigativa e da produção do conhecimento do Serviço Social em tempos de pandemia é o objetivo primordial deste ensaio. No item 2 recuperamos elementos a respeito da concepção hegemônica de saúde e organização da assistência, para então evidenciar pistas sobre o cenário no qual as dimensões técnico-operativa e investigativa do exercício profissional do/a assistente social se materializam neste período. No item 3 destacamos algumas das importantes indagações existentes acerca da produção de conhecimento no Serviço Social para uma análise crítica desse conteúdo. O item 4 apresenta as considerações finais realizadas a partir da mediação entre os componentes problematizados ao longo do texto, acentuando as aproximações possíveis da temática dentro das lindes deste trabalho.

2. O exercício profissional e a dimensão investigativa do Serviço Social em tempos de pandemia

O reconhecimento de que as condições de vida e trabalho são condicionantes do nível de saúde da população está presente na Constituição Federal de 1988 e na lei 8.080 e aponta para defesas realizadas pelo movimento da Reforma Sanitária¹⁴⁸ de uma concepção de saúde ampliada, que entre outras particularidades, avoca a compreensão e cuidado dos sujeitos de modo integral, privilegiando a perspectiva coletiva, a democratização das relações e acesso aos serviços pela população, em um modelo de cuidado que extrapola as práticas curativas, dando lugar para estratégias advindas de uma gama diversas de áreas de conhecimento.

Não obstante, o modelo biomédico¹⁴⁹ ainda é hegemônico em nossa sociedade (CRUZ, 2011) e contribui para a persistência no campo da saúde da atenção que privilegia o caráter individual da assistência e o foco nas manifestações da “doença” de modo descontextualizado e desistoricizado do próprio sujeito. Os serviços de saúde no Brasil ainda têm na figura do médico o protagonista do processo de cuidado e as relações entre os demais

148

O movimento da Reforma Sanitária, que despontou socialmente nas décadas de 1970 e 1980 como um movimento social composto por diversos atores sociais como profissionais de saúde e usuários dos serviços, que para além da universalização e reformulação da assistência em saúde no Brasil, realiza defesa de uma alteração de relações sociais, tendo como enfoque à saúde. Uma reconstrução detalhada encontra-se em Paim (2007).

149

O modelo biomédico pode ser entendido como um paradigma explicativo do processo de saúde, doença e cuidado presente na história desde o século XVI e que ainda é predominante na atualidade nas sociedades ocidentais. Esse modelo tem em seus fundamentos o método de Descartes, tendo como preocupação central a explicação da doença e para tanto, com a concepção do corpo em partes cada vez menores, associando o organismo humano a um funcionamento mecânico. Ver em Cruz (2011).

saberes profissionais se estabelece de modo desigual. E tal desigualdade não traz rebatimentos e limitações estritamente aos os/as profissionais, representa a manutenção de um atendimento em que o sujeito, sua história, as refrações da questão social as quais está exposto, permanece em “segundo plano”, como algo que não determina de fato a existência, persistência ou impossibilidade de recuperação de uma manifestação relacionada a sua saúde física e/ou mental.

Desse modo, a redução ou caráter “secundário” atribuído ao aspecto social também torna-se evidente em tempos de pandemia, quando por exemplo, são indicadas medidas de proteção impraticáveis a grande parcela da população como, o uso e troca de máscaras com a responsabilidade individual para sua aquisição, a higienização com água e sabão, desconsiderando que o acesso à água não é garantido a aproximadamente 35 milhões de pessoas (INSTITUTO TRATA BRASIL, 2020); a indicação de distanciamento em domicílio no caso de pessoas contaminadas pelo vírus, em um país onde para mais de 11 milhões de cidadãos/as, o número de habitantes por domicílio versus o tamanho e configuração das habitações são incompatíveis (CENSO, 2010); necessidade de isolamento social, quando temos 46% dos trabalhadores/as brasileiros/ as estão em atividades informais (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2018) que não dispõe da estratégia home office; a condição de pessoas em situação de rua, que só no município de São Paulo representam aproximadamente 25 mil pessoas (SMADS, 2019), estando completamente expostas e impossibilitadas de qualquer cuidado indicado pelos órgãos de saúde.

Ainda que nos municípios brasileiros as situações acima expostas sejam parte do cotidiano da maioria da população, medidas para lidar com seus efeitos parecem questões de segunda ordem nos discursos oficiais e estratégias dos governos estaduais e federal. Como exemplo disso temos a campanha “O Brasil conta comigo- profissionais da Saúde”¹⁵⁰ lançado como uma ação estratégica para o enfrentamento ao COVID-19 realizada pelo Ministério da Saúde, composta por uma “capacitação” de profissionais da saúde para atuação na pandemia. O curso elaborado em etapas privilegiou protocolos de manejo clínico nos diferentes níveis da atenção em saúde, ministrado exclusivamente por profissionais médicos e com a discussão situada em torno da identificação dos sintomas e cuidados clínicos, indicando medidas para mitigação da contaminação e recuperação de pessoas adoecidas, sem destacar as desigualdades de acesso a atendimentos e dificuldades enfrentadas pela maioria da população para “aderir” a série de orientações que devem ser realizadas pelos/as

150

Detalhes desta campanha podem ser encontrados em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/04/201co-brasil-conta-comigo201d-cadastra-500-mil-profissionais-de-saude-para-atuarem-no-combate-ao-coronavirus-pelo-brasil>.

profissionais de saúde.

Neste cenário, os/as profissionais de Serviço Social que atuam na Seguridade Social, vivenciam em seus cotidianos atuais um adensamento de demandas imediatas, diante do agravamento das condições de vida e saúde das pessoas que buscam atendimentos, mas com importantes limitações prévias a este período resultantes dos processos de desinvestimento operado nas últimas décadas. Especialmente na política de saúde, existem dilemas e embates prévios a pandemia que se intensificam, tais como a articulação com movimento da reforma sanitária e a disputa de projetos existentes (privatista e público), “engessamento” dos espaços de intervenção em serviços hospitalares, desenvolvimento de uma atuação dentro das competências e atribuições da profissão, construção de um trabalho na perspectiva coletiva, ultrapassando as intervenções de caráter individual (BRAVO E MATOS, 2004) que impactam diretamente nas condições de possibilidades de resposta ao momento presente.

Assim, a/o assistente social tem sido requisitada/o e composto as equipes da “linha de frente” no atendimento no contexto da pandemia para a execução de “ações instrumentais” das políticas públicas na esfera do cotidiano da população, na direção da afirmação de Guerra (2000, p.9) “o local em que imperam as demandas imediatas, e conseqüentemente, as respostas aos aspectos imediatos”.

É evidente que permanecendo em contato com a população mais empobrecida e duramente afetada nessa conjuntura, como também participando do planejamento dentro de equipes de trabalho nos serviços, a/o assistente social pode compor os planos estratégicos, destacando as especificidades da profissão, bem como, imprimindo os princípios éticos-políticos defendidos pelo Serviço Social em defesa da classe trabalhadora. Como ressalta Guerra (2009, p.712),

O assistente social lida com essas múltiplas expressões das relações sociais da vida cotidiana, o que permite dispor de um acervo privilegiado de dados e informações sobre as várias formas de manifestação das desigualdades e da exclusão social em sua vivência pelos sujeitos, de modo que a ele é facultado conhecer a realidade de maneira direta: a partir da sua intervenção na realidade, das investigações que realiza, visando responder a esta realidade.

Contudo, neste contexto de pandemia a perspectiva técnico-operativa parece ser mais demandada e abre o questionamento sobre em que medida a atuação está sintonizada com o desenvolvimento da perspectiva investigativa da profissão, por meio da qual o acúmulo no âmbito da profissão poderiam apoiar a leitura do tempo presente e a construção de estratégias.

Nesse sentido, além da prevalência da dimensão da intervenção profissional desvinculada do caráter investigativo pelo acúmulo teórico já realizado, somam-se a esse nó, os desafios para a produção de conhecimento nesse contexto.

3. A produção do conhecimento em Serviço Social

O contexto atual, tensionado e agravado pelo COVID-19, também exacerba insuficiências anteriormente existentes na profissão como o descompasso entre as perspectivas teóricas-metodológicas, técnico-operativas e ético-políticas na atuação profissional. É imprescindível sinalizar que não trata-se de uma defesa a falaciosa afirmação de que teoria e prática estão dissociadas, tão pouco defendemos a produção de conhecimento de caráter utilitarista, mas sim como possibilidade da reconstrução da realidade social que aparece fragmentada na sua aparência e no modo de organização das políticas sociais, movimento para o qual o Serviço Social está apto e o faz criticamente desde a década de 1980.

Neste curto período de tempo em que a pandemia se desenvolve e se amplia, a ciência, que até então vinha sendo fortemente combatida e desacreditada, ganhou novo destaque no cenário mundial ao ser apontada como uma das armas mais eficazes no combate ao vírus, seja pela promessa de descoberta de uma vacina, seja pela necessidade de reconfiguração da esfera da saúde e de toda a vida social em função da pandemia.

Contudo, no Brasil, observa-se que a redução drástica de investimentos no campo da ciência da tecnologia que já estavam em curso nos últimos anos, colocaram o país em uma posição dramática em relação ao enfrentamento do vírus.

Os ataques a produção de conhecimento e da ciência como um todo têm sido uma das mais investidas do governo atual. Entretanto, essas investidas têm sido direcionadas sobretudo às ciências humanas e sociais por meio do desmonte de agências de fomento, do desfinanciamento da educação pública e o corte de bolsas de pós-graduação e bolsas PIBIC¹⁵¹.

Nesse cenário, o Serviço Social enquanto área de conhecimento não ficaria imune a

151

Governo Bolsonaro intensificou ataques a educação que vinham sendo realizados de maneira sistemática ao longo dos últimos anos. São inúmeros esses ataques, mas para situar alguns, destaca-se o Projeto Future-se do Ministério da Educação (PL 3076/2020), a Portaria CAPES n. 34 de 9 de março de 2020, a Portaria nº 1122/2020 que define como prioridade para recebimento de fomento áreas da tecnologia e inovações, deslegitimando as ciências sociais que depois de resistências de movimentos sociais, é revogada pela Portaria 1329/2020, a Pré-Chamada do CNPQ, de 23 de abril de 2020 que realiza cortes às bolsas do Programa Institucional de Iniciação Científica (PIBIC) nas áreas de humanidades justificadas por investimentos de pesquisa nas áreas ditas prioritárias como a da tecnologia.



esses ataques realizados de maneira geral às ciências sociais e ainda sofrerá os rebatimentos de maneira particular. Para reconhecer essa particularidade é necessário compreender a gênese da inserção da profissão nas ciências sociais, que se deu de maneira subalternizada de acordo com Netto (1996), estabelecendo-se inicialmente como um “sistema de saber de segundo grau” (p. 144). Ou seja, a profissão não realizou uma síntese do processo da produção de conhecimento das ciências sociais, mas constituiu um subproduto dela, incorporando subsídios avulsos e até mesmo contraditórios e divergentes para sistematizar ou compreender sua prática vinculada às refrações da questão social. Dessa forma, Netto (1996) destaca que o ecletismo teórico é a faceta visível do sincretismo teórico e científico do Serviço Social.

É evidente que muita coisa avançou na profissão desde 1960, período analisado por Netto. A aproximação da profissão com a matriz marxista no movimento de renovação do Serviço Social brasileiro, possibilitado pelo contexto de acúmulo de forças democráticas do país, permitiu avanços importantes, sobretudo no campo teórico e ético-político com a construção da hegemonia da teoria social crítica e a consolidação da pesquisa e pós-graduação no Brasil. Mota (2016) aponta que, enquanto ocorre uma ampliação do pensamento pós-moderno e até mesmo conservador nas ciências sociais na atualidade, o Serviço Social fomentou um acúmulo do pensamento crítico, estabelecendo-se para além de uma ciência social aplicada, mas como um campo de produção de conhecimento da totalidade social e assim ele “tensiona a dimensão sincrética ineliminável das demandas que mobilizam a sua intervenção social sobre os fragmentos da questão social” (MOTA, 2016, p. 172).

Jameson Souza (2014), que trouxe ricas contribuições ao debate sobre o sincretismo teórico na atualidade refere que no campo teórico o Serviço Social avançou em uma perspectiva de intenção de ruptura com o ecletismo, abrindo uma possibilidade para sua superação, mas não um cancelamento do sincretismo na profissão. Segundo ele, ainda que hegemonicamente a profissão tenha como direção o pensamento crítico-dialético, também se coloca dentro e fora do campo do conhecimento, outras tendências teóricas de diferentes matrizes “tais como estruturalista, funcionalista, weberiana e não poucas ditas pós-modernas” (SOUZA, 2014, p. 533). Segundo o autor, manter o direcionamento hegemônico do pensamento crítico e afirmar o pluralismo, ainda que necessário no campo democrático, constitui-se como um desafio em uma conjuntura onde se acirra o conservadorismo e a disputa de projetos políticos e profissionais antagônicos (ibidi, 2014).

Mota (2016) destaca que há uma tendência profissionalizante em oposição a tendência acadêmica na qual a profissão é submetida às diretrizes das agências de fomento de pesquisa e pós-graduação, considerando as universidades como espaço privilegiado de

produção de conhecimento. Ressalta-se que há históricos posicionamentos políticos de resistência das entidades representativas (CFESS-CRESS, ABEPSS e ENESSO) contra as contrarreformas do ensino superior, do ensino ensino à distância, de mestrados profissionalizantes e o desfinanciamento de pesquisas, que vinham galgando sistematicamente ao longo dos últimos anos, mas que ganham novos contornos no contexto pandêmico, que é utilizado para justificar políticas de cortes à educação e a pesquisa, submetendo-as aos interesses do grande capital. Todo esse cenário coloca em risco a sobrevivência de programas de pós-graduação em Serviço Social, bem como, a estratégia do ensino e trabalho remoto imposto por necessárias medidas de isolamento social, mas que evidentemente marcará e se instalará em um contexto pós pandemia, ainda que com lutas e resistências a esse modelo.

Outro aspecto que se coloca é que, embora com os avanços no campo do Serviço Social enquanto área de conhecimento - mesmo que apresente limites na conjuntura atual - esse avanço no campo teórico não se capilariza no âmbito do trabalho profissional enquanto prática interventiva e investigativa¹⁵², pois ela se particulariza em determinadas condições objetivas concretas colocadas pela divisão social, racial e sexual do trabalho na contratação dessa mão de obra, que é essencialmente feminina, por instituições pública ou privadas.

Ressalta-se que é importante se contrapor a ideia da dicotomia entre área de produção de conhecimento e sistematização e atuação da prática profissional, pois essas duas dimensões se articulam dialeticamente na profissão em sua orientação pelo método materialista histórico dialético (MOTA, 2016). Entretanto, nota-se nessa conjuntura uma recolocação do que Netto (1996) chamou de “praticismo” na intervenção profissional (NETTO, 1996, p. 143¹⁵³), desvinculada de sua dimensão teórico-metodológica e investigativa, requisitada pelas instituições públicas e privadas para a atuação no enfrentamento à pandemia. Consequentemente (mas não somente), o acúmulo teórico realizado pelo Serviço Social em relação às próprias demandas e ao contexto social apresenta pouca visibilidade.

4. Considerações finais

A dimensão investigativa e a produção do conhecimento ocupam um lugar de grande

¹⁵²

Aqui novamente não pretendemos realizar uma separação entre teoria e prática, mas buscamos compreender as particularidades de cada dimensão do trabalho profissional.

¹⁵³

Segundo Netto (1996), o praticismo se constituiu no Serviço Social em decorrência de sua própria função determinada histórica e socialmente no “caráter aplicado da intervenção profissional”(p.144), desvinculada das produções teóricas das ciências sociais.

relevância para uma profissão como o Serviço Social, cuja necessidade de desvelar o real constitui-se como parte indispensável da sua forma de ser e da sua razão de existir. Contudo, na contramão dessa direção, observa-se que a profissão tem sido historicamente requisitada a oferecer respostas imediatas às expressões da questão social o que, pelo que pôde ser evidenciado ao longo deste ensaio, se apresenta de maneira ainda mais exacerbada em um contexto de enfrentamento de uma pandemia dessa magnitude.

Um dos elementos fundamentais que tangencia essa análise, é o recorte de gênero que marca essa força de trabalho e que traz rebatimentos não só para o exercício profissional, mas também para a produção de conhecimento em Serviço Social. Nesse contexto de pandemia, em meio ao trabalho remoto - denominado *home office* - ocorre a intensificação da dupla jornada de trabalho assumidas historicamente pelas mulheres, na medida em que se intensifica jornadas de trabalho em atividades profissionais/acadêmicas, bem como, a sobrecarga de cuidado e do trabalho doméstico. Assim, as condições para a pesquisa e para a sistematização do conhecimento, em uma profissão majoritariamente composta por mulheres, tornam-se ainda mais desafiadoras, conforme apontou a nota da ABEPSS sobre “Trabalho e Ensino Remoto Emergencial”¹⁵⁴

Além disso, a medida em que o saber biomédico adquire um protagonismo ainda maior, o acúmulo que a profissão dispõe, tanto em relação a pesquisa, quanto em relação às condições de vida e trabalho da população ocupam um lugar de segunda ordem, sendo exigido das(os) assistentes sociais, apenas o oferecimento de respostas ainda mais imediatistas e pontuais, com vistas ao enfrentamento da pandemia.

Mas, é certo que a pandemia apenas exacerba e evidencia os nós que já estavam em curso. E com o Serviço Social isso não é diferente. É preciso ter em mente que a relação da profissão com a dimensão investigativa e com a produção de conhecimento, embora seja reconhecidamente fundamental, sempre esteve atravessada por nós críticos difíceis de serem desatados mesmo com os avanços das últimas décadas.

Uma das chaves de análise fundamentais para a compreensão desses nós e que merece ser recuperada é, certamente, a tese do sincretismo do Prof. José Paulo Netto. Nessa perspectiva o autor destaca que o sincretismo é um traço constitutivo e medular do Serviço Social como profissão, que atravessa todas as suas dimensões, impossível de ser superado.

Jamerson Souza (2014) ao analisar a atualidade dessa tese, destaca que:

A divisão social do trabalho e o horizonte institucional que marcam o exercício profissional (entendido como intervenção, que não suprime a dimensão investigativa, porém tem na manipulação de variáveis empíricas seu dado

¹⁵⁴

Nota publicada no dia 26 de março de 2020. Disponível em <http://www.abepss.org.br/noticias/trabalho-e-ensino-remoto-emergencial-386>.



elementar), intensificados na quadra histórica neoliberal, imprimem à dinâmica do exercício profissional características e tensionamentos particulares, conforme apontam diversos estudos que versam sobre a temática do assim chamado trabalho profissional. Os elementos de fundo mais essenciais dessas características e tensionamentos no âmbito do exercício profissional não parecem conter um conteúdo histórico capaz de sinalizar a superação do sincretismo. Esse dado, é possível sustentar, constitui um dos elementos que sinaliza a atualidade ontológica e heurística da tese do sincretismo (SOUZA, 2014, p. 534-535).

Com isso, embora não seja possível maiores avanços nesse ensaio, indica-se que a tese do sincretismo tende a ser uma pista importante sobre a relação da profissão com a dimensão investigativa e com a produção do conhecimento, pois nesse contexto, embora sejam notáveis as tentativas de superação do sincretismo que se expressa na produção de conhecimento pelo ecletismo teórico, não há indícios de que a profissão tenha superado completamente o praticismo da intervenção profissional.

Essa aproximação tende a ser profícua, por evitar uma análise reducionista e descontextualizada do tempo presente, como se a pandemia fosse responsável por todas as mazelas e dificuldades que acompanham a trajetória da profissão desde sua origem, permitindo a recuperação de traços históricos que se reatualizam no Serviço Social e que merecem ser revisitado num contexto de pós-pandemia.

Referências

- BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9662-censo-demografico-2010.html?edicao=9678&t=destaques>>. Acesso em 24 de junho de 2020.
- _____. Prefeitura Municipal de São Paulo, Secretaria Especial de Comunicação. Prefeitura de São Paulo divulga Censo da População em situação de rua 2019. São Paulo, 2020. Disponível em: <<http://www.capital.sp.gov.br/noticia/prefeitura-de-sao-paulo-divulga-censo-da-populacao-em-situacao-de-rua-2019>> . Acesso em 24 de junho de 2020.
- CRUZ, Marly Marques da. Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde. In: Gondim R, Grabois V, Mendes Junior WV, organizadores. Qualificação dos Gestores do SUS. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p.21-33. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_14423743.pdf>. Acesso em 25 de junho de 2020.
- GUERRA, Yolanda. A dimensão investigativa no exercício profissional. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília-DF: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 701-717.
- _____. A instrumentalidade no trabalho do assistente social. Cadernos do Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais, “Capacitação em Serviço Social e Política Social”, Módulo 4: O trabalho do assistente social e as políticas sociais, CFESS/ABEPSS- UNB., Brasília, 2000, p.1-16. Disponível em: <<http://www.unirio.br/unirio/cchs/ess/Members/altineia.neves/instrumentos-e-tecnicas-em-servico-social/guerra-yolonda-a-instrumentalidade-no-trabalho-do-assistente-social/view>>. Acesso em 25 de junho de 2020.
- IAMAMOTO, Marilda Vilela. Serviço Social em tempos de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- KOSIK, Karel. A dialética do concreto. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.
- MOTA, Ana Elizabete. Serviço Social brasileiro: insurgência intelectual e legado político In: Serviço Social no Brasil: história de resistências e de ruptura com o conservadorismo/ Maria Liduina de Oliveira e Silva (org.), São Paulo: Cortez, 2016, p. 165 - 182.
- NETTO, José Paulo. Capitalismo monopolista e serviço social. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1996.
- OXFAM BRASIL. Pandemia de coronavírus reforça desigualdades da população mais vulnerável. Disponível em: <<https://www.oxfam.org.br/blog/pandemia-de-coronavirus-reforca-desigualdades-da-populacao-mais-vulneravel/>>. Acesso em 24 de junho de 2020.
- PAIM, Jairnilson Silva. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica. 2007. 300p. Tese (doutorado)- Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.
- SOUZA, Jamerson Murillo Anunciação de. Três notas sobre o sincretismo no Serviço Social. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo , n. 119, p. 531-559, Sept. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282014000300007&lng=en&nrm=iso>. access on 29 June 2020. <https://doi.org/10.1590/S0101-66282014000300007>.
- TRATA BRASIL. Água. Disponível em: <<http://www.tratabrasil.org.br/saneamento/principais-estatisticas/no-brasil/agua>>. Acesso em 24 de junho de 2020.

OS DESAFIOS NA GESTÃO DO COORDENADOR DO SERVIÇO SOCIAL DO CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER CAISM/UNICAMP EM TEMPOS DO CORONAVÍRUS

Cristhiane Ferreira (UNICAMP - Universidade Estadual De Campinas).

RESUMO: O Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher é um hospital público no atendimento às mulheres, preconiza os aspectos biopsicossociais e os Determinantes Sociais na Saúde (DSS), na perspectiva da integralidade. Esse relato consiste em destacar a importância de associar a gestão com a assistência, quando o Covid-19 atinge o mundo em proporções alarmantes, as Unidades de Saúde e profissionais. Uma pandemia desse porte causa uma série de transtornos, e compete ao gestor do Serviço Social, a reorganização dos fluxos, considerando as necessidades e as orientações da Instituição e do Ministério da Saúde (MS) de afastamento social.

Palavras Chaves: Covid-19 - Saúde - Serviço social.

ABSTRACT: The women's integrated healthcare center is a public hospital exclusively for women, focused on biopsychosocial aspects and Social Determinants in Health, from an integrated perspective. This article consists of highlighting the importance between managing and supporting at a time which Corona Virus affects the whole world and healthcare units in a massive proportion. A pandemic causes a lot of complications, and it is the social service manager's duty, the flow reorganization, considering the needs and the orientation of the institution and the Ministry of Health.

Keywords: Covid-19, health, social services

1. INTRODUÇÃO

Entre os diferentes campos de intervenção do assistente social, o espaço da saúde é o que agrega grande número de profissionais, que cotidianamente desenvolve suas ações na rede de saúde primária, secundária, terciária e quaternária. É pertinente ressaltar que o Conselho Nacional de Saúde (CNS), através da Resolução nº 218/97, definiu 14 categorias profissionais de nível superior que compõem as equipes de saúde, o assistente social é um desses profissionais.

Esse relato discute a importância de associar a gestão com a assistência, particularmente quando a pandemia da Covid-19 atinge o mundo em proporções alarmantes, em particular as Unidades de Saúde e os profissionais que atuam nesse espaço. Uma pandemia desse porte causa uma série de transtornos, e compete ao gestor do Serviço Social, a reorganização dos fluxos, considerando as necessidades e as orientações da Instituição e do Ministério de Saúde de afastamento social, e de pensar novas formas de trabalho e de cuidados indispensáveis à saúde de todos.

A discussão sobre a importância da atenção integral à saúde da mulher, com olhar ampliado para os aspectos biopsicossociais, numa dimensão ampliada que vai além da gravidez e o parto, passa a ser objeto de discussão de vários grupos organizados na sociedade e em 1984 foi criado pelo Ministério Público o Programa Integral a Saúde da Mulher PAISM, com a perspectiva de desenvolver a atenção e o cuidado a essa população.

O conceito de atenção integral à saúde da mulher redimensiona o significado do corpo feminino no contexto social, expressando uma mudança de posição das mulheres. Ao situar a reprodução no contexto mais amplo de atenção à saúde da mulher vista como um todo, o PAISM rompeu com a lógica que, desde há muito tempo, norteou as intervenções sobre o corpo das mulheres. No contexto do PAISM, as mulheres deixaram de ser vistas apenas como parideiras, e o cuidado de sua saúde não deveria mais restringir-se à atenção pré-natal, ao parto e puerpério (OSIS, 1998, p.31).

Com o PAISM institucionalizado e, com o debate já instalado na sociedade e nos meios acadêmicos, sobre a necessidade do atendimento particularizado e incondicional à saúde da mulher, foi criado em 1986 o Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher CAISM, localizado na Universidade Estadual de Campinas SP, que desenvolve os cuidados especializados à saúde da mulher e do conceito, e constitui-se em importante espaço de trabalho que agrega diferentes categorias profissionais, com ações cotidianas sistematizadas e direcionadas às mulheres e recém-nascidos, na perspectiva da atenção biopsicossocial.

O Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher é um hospital público especializado no atendimento às mulheres. Sua missão consiste em preconizar os aspectos

biopsicossociais, e os Determinantes Sociais na Saúde (DSS), que deve perpassar continuamente os atendimentos na perspectiva da integralidade. O hospital atende a Região metropolitana da cidade de Campinas, e as ações são desenvolvidas por uma equipe multiprofissional, levando em conta a missão da Instituição. O assistente social como integrante da equipe, desenvolve suas intervenções na garantia e efetivação dos direitos sociais, e o coordenador do Serviço Social, realiza suas atribuições profissionais, associando assistência e gestão, a fim de potencializar novas formas de organização do trabalho e atender as necessidades do grupo de profissionais assistentes sociais, da população atendida e da Instituição.

As políticas públicas de saúde se constituem em espaços de exercícios de cidadania e de garantia de direitos, o que é pertinente reafirmar a relevância do Sistema Único de Saúde SUS, uma conquista extremamente importante da sociedade, consolidado pela Constituição Federal de 1988, e cujos princípios básicos se fundamentam na Universalidade, Integralidade e Equidade. O SUS possibilitou a descentralização dos atendimentos permitindo o acesso a todos os cidadãos.

A Constituição Federal reconhece e afirma o direito que a população tem à saúde e que deve ser preconizada e garantida pelo Estado. Art. 196. A saúde é 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. Compreender o SUS significa rever a história de lutas e de conquistas, com origem na importante discussão da Reforma Sanitária, portanto, é considerar a humanização dos atendimentos, enquanto um dos princípios básicos desse Sistema e reconhecer o direito e acesso a essa política.

Nas políticas públicas de saúde as atribuições dos assistentes sociais, são direcionadas na perspectiva de garantia de direitos da população que se encontra muitas vezes em condições de vulnerabilidade social, associada à situação de doença que vivencia. Para as intervenções cotidianas os profissionais utilizam o arcabouço teórico da profissão, na elaboração de pareceres, que são consubstanciados com elementos que indicam a condição social e familiar, a legislação previdenciária, os programas sociais, e os direitos sociais que as mulheres e famílias poderão ter acesso para a continuidade do seguimento proposto. “O lugar no Serviço Social na área da saúde é, portanto, um lugar multidisciplinar, plural, um lugar de ações cooperativas e complementares, de práticas interdisciplinares” (MARTINELLI, 2002 p.4-5).

A discussão da ação profissional deve ser contínua, no sentido de rever posturas e adotar novas metodologias de trabalho sempre que for solicitado e for necessário, com

perspectivas de promover o debate sobre as mediações e estratégias possíveis de serem alcançadas. “O Serviço Social atua numa correlação particular de forças, sob a forma institucionalizada, na mediação fragilização-exclusão/fortalecimento/inserção social, vinculada ao processo global de reproduzir e representar-se dos sujeitos em suas trajetórias/estratégias” (FALEIROS, 2006, p.49).

Os assistentes sociais também devem ter presente em suas intervenções a compreensão dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), que são os fatores sociais que interferem na vida das pessoas que são atendidas, uma vez que impossível desconsiderar a realidade social em que vive.

O principal desafio dos estudos sobre as relações entre determinantes sociais e saúde consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito. É através do conhecimento deste complexo de mediações que se pode entender, por exemplo, por que não há uma correlação constante entre os macroindicadores de riqueza de uma sociedade, como o PIB, com os indicadores de saúde. (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007, p.81).

O assistente social é o profissional que trabalha majoritariamente com as consequências das múltiplas expressões da questão social, definida por Iamamoto como “a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão” (IAMAMOTO, p.77, 2008). O assistente social durante suas ações cotidianas, intervém diretamente nessa questão, junto à população em situações de vulnerabilidades, e promove a intersetorialidade com as políticas públicas, na perspectiva de garantia e efetivação dos direitos essenciais a vida das pessoas.

Seguindo essa linha de pensamento reflexivo é prudente afirmar, que o assistente social em ações planejadas nos espaços institucionais, desenvolve seu trabalho numa dimensão socioeducativa e direciona sua intervenção para os direitos sociais das pessoas, que muitas vezes estão sofrendo as consequências de um sistema das sociedades capitalistas.

O que se traz como elemento de análise é o processo de trabalho do assistente social que tem seu objeto manifesto nas expressões das contradições da questão social. Por isso, o Serviço Social não está vinculado às profissões que geram produtos materiais, concretos. Ele atua nas condições de vida, reproduzindo aquelas condições que são indispensáveis ao funcionamento de uma ordem — o que, no campo da saúde, ganha evidências expressivas (SODRÉ, 2010, p.470-471).

Independente do espaço sócio ocupacional em que se materializam suas intervenções, o assistente social se ancora nos fundamentos teóricos e metodológicos da

profissão, na Constituição Federal, no Código de Ética, no Projeto Ético Político que respalda a profissão e nos instrumentos legais constituídos ao longo da história.

O projeto ético-político da profissão, construído nos últimos trinta anos, pauta-se na perspectiva da totalidade social e tem na questão social a base de sua fundamentação. Alguns conceitos são fundamentais para a ação dos assistentes sociais na saúde como a concepção de saúde, a integralidade, a intersectorialidade, a participação social e a interdisciplinaridade (CFESS, 2010, p.39).

Compete ao assistente social nos diferentes espaços de trabalho, o acolhimento das pessoas e rede familiar para realização do estudo sócio familiar, o que possibilita conhecer a realidade que está inserida essa população bem como, suas demandas emergenciais, para que através das políticas públicas possa viabilizar a efetivação e garantia dos direitos.

A avaliação socioeconômica dos usuários tem por objetivo ser um meio que possibilite a mobilização dos mesmos para a garantia de direitos e não um instrumento que impeça o acesso aos serviços, ou seja, deve-se buscar evitar que a avaliação socioeconômica funcione como critério de elegibilidade e/ou seletividade estrutural, ainda que considerando os limites institucionais (CFESS, 2010, p.43-44).

A avaliação econômica deve ser apenas uma parte do conjunto dos instrumentos utilizados pelos assistentes sociais para identificar quais as principais urgências e necessidades da população atendida para o estabelecimento intersectorial com os encaminhamentos pertinentes.

2. Ações de Gestão e Assistência durante a Pandemia do Covid-19.

O assistente social trabalha na assistência direta aos usuários, também com a execução e planejamento das políticas públicas. Mas, sua formação profissional possibilita executar atividades acadêmicas de ensino e pesquisa, e da gestão dos serviços e coordenação das equipes de assistentes sociais, estabelecidos nos fundamentos do Código de Ética da profissão Lei 8662/93, no Art. 4º das Competências do Assistente Social: parágrafo X - planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social. Especialmente no Centro de Atenção integral à saúde da Mulher-CAISM/UNICAMP, o assistente social coordenador do Serviço Social, desenvolve suas atribuições profissionais, associando assistência e gestão, na perspectiva de desenvolver novas formas de organização do trabalho.

Os desafios encontrados pelo gestor para realizar o trabalho com a equipe, ultrapassa muitas vezes o conhecimento teórico, exigindo a sensibilidade para questões muitas vezes subjetivas, onde a escuta qualificada utilizada para os atendimentos da população, se torna

um recurso metodológico essencial para trabalhar com os integrantes da equipe, o que tem possibilitado avanços significativos das propostas apresentadas, assim como, na condução das atividades, aliados o diálogo permanente que possibilita a complementação de conhecimentos no interior da própria equipe e com a equipe multiprofissional.

A área da saúde é um espaço com profissionais de várias formações, com ações cotidianas sistematizadas e direcionadas aos sujeitos sociais, na perspectiva de garantia da saúde física, social e emocional, e efetivação de direitos, particularmente quando se trata de políticas públicas, que na contemporaneidade tem sido cada vez menos universal. Portanto, é fato concreto que o trabalho desses profissionais, se desenvolvido em equipe, através da articulação de conhecimentos das várias áreas do saber científico, podem proporcionar de forma enfática resultados que alcancem um grau positivo de satisfação das pessoas atendidas, e possibilite aos profissionais melhorar o nível de execução e aprendizado de suas tarefas exercidas.

No campo da saúde no Brasil, o trabalho em equipe configura-se como estratégia de cuidado integral em todos os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial, na Atenção Primária à Saúde (APS). É considerado como um dos pilares do trabalho em saúde e toma as necessidades de saúde como objeto multidimensional que engloba aspectos biológicos, psicológicos, sociais, políticos, econômicos e culturais (BARROS, SPADACIO, COSTA, 2018, p.164).

As ações dos profissionais na saúde são dirigidas às diferentes parcelas da população, incluindo homens, mulheres, crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos. A atual conjuntura socioeconômica e política exige que os profissionais aprimorem os seus conhecimentos e concluam suas ações no sentido, de oferecer uma atenção à saúde integral e que atenda às necessidades de seus usuários. Os gestores dos serviços, em especial do Serviço Social além dos conhecimentos inerentes a profissão e dos aportes teóricos, também precisam ter a visão de gestão, uma vez que trabalha com diferentes concepções de saberes de conhecimentos e de vivências.

Atualmente o momento que o mundo atravessa com a pandemia do Coronavírus, exige de cada pessoa, cada profissional, cada coordenador, especialmente os da saúde, novas posturas, novos olhares, novas formas de vida. Os desafios que essa pandemia trouxe para os cientistas, para os profissionais e para as pessoas é uma experiência jamais vivenciada, e que exige de cada um uma parcela significativa de predisposição interna para o início de prováveis mudanças na construção de novas relações pessoais e em grupo.

A doença se instalou em diferentes países, e a população passou a ser atingida de forma muito acelerada, com consequências mais graves, naquelas que apresentam comorbidades e pessoas idosas, embora tenha também afetado pessoas de grupos mais

jovens, e as estatísticas observadas diariamente assustam pela quantidade da população infectada e pelo número de mortos. Órgãos importantes no combate e na prevenção, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, em 30 de janeiro de 2020, que o surto da doença causada pelo novo corona vírus (COVID-19) constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional.

Essas informações, alertam para que as diferentes esferas do poder assumam o compromisso elevado com a situação, e esquematizem continuamente as propostas de prevenção e de contenção do avanço da pandemia, particularmente no Brasil em que as desigualdades sociais são elevadas.

A distribuição da incidência do coronavírus entre os grupos e os territórios seria a primeira questão a considerar. O vírus foi trazido do exterior para o país por estratos mais privilegiados ou médios que estão localizados particularmente em regiões mais desenvolvidas. A questão geral é saber se e como o 'meio social', de natureza relacional e estruturada, afeta a propagação e a distribuição interna da doença entre os grupos. A pandemia não é um processo puramente biomédico, pois o vírus se espalha por meio de contatos sociais. Na ausência de segregação absoluta e isolamento social 'entre categorias', ele potencialmente atinge todos os grupos. Resta saber se, a partir desta origem, a distribuição interna no país entre os grupos será dependente da origem, mas aleatória na sua progressão, ou socialmente organizada e condicionada pela estrutura social (FIGUEIREDO, 2020, p.4).

A partir do dia 23 de março de 2020, com orientação Estadual e Municipal para quarentena pelo vírus Covid-19, ascendeu um estado de alerta no Hospital CAISM/UNICAMP e em toda Universidade e a Instituição passou a seguir novas orientações e adaptações ao combate ao vírus ainda desconhecido, em especial à área da Saúde onde os profissionais ficam em linha de frente no atendimento direto à população.

Uma pandemia deste porte causa uma série de transtornos e grandes preocupações, pois o índice de mortes apresentado no mundo é assustador. Nesse momento, lidar com o desconhecido na busca do tratamento, da cura e das vacinas é um desafio para os cientistas. As pessoas de forma geral sentem medo, e a classe menos favorecida fica ainda mais frágil, pois quando ocorre a necessidade de afastamento social, muitos com trabalhos informais deixam de receber seus salários e ficam sem condições de se manterem assim como, os seus familiares.

No Brasil, associado a pandemia, existe uma crise política que confunde as determinações e recomendações dos Órgãos de Saúde, o que provoca nas pessoas insegurança, principalmente quando percebem as dificuldades aumentarem em relação aos empregos em particular os informais, associada a ausência de concretização dos planos emergenciais do governo e das políticas públicas que não são tão efetivas e que

possibilitariam a cobertura das demandas sociais. A economia também se desorganiza, o que contribui para a insegurança e o medo aumentarem, principalmente quando governantes que deveriam orientar a sociedade de forma geral, divide a população em aderir ou não a situação de quarentena, colocando assim a vida das pessoas em maior risco.

Uma pandemia deste porte causa uma série de transtornos e grandes preocupações, pois o índice de mortes apresentado no mundo é assustador. Nesse momento, lidar com o desconhecido na busca do tratamento, da cura e das vacinas é um desafio para os cientistas. Para o gestor do Serviço Social do CAISM, a realidade exigiu repensar as atividades, pois um adversário invisível passa a circular, e exige uma força tarefa para a reorganização dos fluxos de atendimento dentro do Hospital em caráter de urgência, considerando as necessidades e as orientações da Instituição.

Também foi necessário seguir orientações do Ministério de Saúde de afastamento social, novas formas de trabalho e cuidados indispensáveis à saúde de todos. Reorganizar a equipe significou pensar no cuidado com as pessoas como também no desenvolvimento das atividades, e nesse momento um gestor necessita ter a sensibilidade de ouvir, decidir e encaminhar, priorizando as urgências das pessoas atendidas, e respondendo à equipe multiprofissional as demandas surgidas no sentido de resolução das problemáticas evidenciadas.

Diante da pandemia do COVID-19, a dimensão educativa do Serviço Social é essencial nesse momento, na busca por medidas e estratégias de informação e orientação à população a respeito do acesso aos serviços públicos, das informações oficiais sobre a doença sua prevenção e tratamento, bem como e principalmente na defesa pela viabilização de acesso aos programas, serviços e benefícios sociais, bem como na contribuição “para a criação de mecanismos que venham desburocratizar a relação” da instituição “com as/os usuárias/os”. (CRESS/SP,2020, p.11)

A cada nova orientação, a cada demanda e solicitação institucional, faz-se necessário um novo olhar sem perder a identidade profissional. Passa a ser um desafio reorganizar os fluxos e priorizar as necessidades e urgências, e proteger-se e proteger ao outro.

3. CONCLUSÕES

As políticas públicas de saúde devem se constituir em espaços de acesso à população que necessita do serviço de saúde sempre na perspectiva de garantia de direitos, continuamente e em particular no momento em que uma pandemia como o Corona vírus atinge o planeta, e a ciência ainda não encontrou um meio eficaz de contê-la, e assim diminuir o sofrimento das pessoas. Os assistentes sociais que desenvolvem suas ações nesses

espaços, devem se organizar na defesa dos direitos das pessoas atendidas e nas estratégias de atendimento, em ações socioeducativa, orientado a população, muitas vezes desprovida de conhecimentos legais acerca dos seus direitos, e sobre as formas de efetivá-los.

A experiência de gestão do Serviço Social do CAISM em meio a Pandemia do Covid-19 produziu conhecimentos práticos, para o enfrentamento cotidiano da situação e das solicitações. Apresentou uma nova forma de lidar com situações emergenciais, e fortaleceu ainda mais o exercício, que já vinha sendo estabelecido há tempos, com a diminuição dos profissionais, que consiste em associar a gestão com a assistência.

Também possibilitou organizar, de maneira sensível e técnica as atividades do conjunto dos profissionais da equipe, como assistentes sociais e técnicos administrativos, e inicialmente tomar algumas decisões, como cuidar e proteger as pessoas que compõem a equipe, para que o trabalho continue sendo desenvolvido de forma a atender as prioridades surgidas, direcionar a atenção à população atendida a fim de garantir direitos, como também responder a solicitação da equipe multiprofissional acerca das demandas surgidas no sentido da resolutividade do que é possível.

REFERÊNCIAS:

- BARROS, N.F.; SPADACIO, C, COSTA, M.V. - Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. SAÚDE DEBATE, Rio de Janeiro, V. 42, número especial 1, p. 163-173, Setembro 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0163.pdf>. Acesso em 26 de junho de 2020.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.
- BRASIL. Conselho Federal de Assistentes Social. **Resolução n.º 273/93**. Institui o Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 30 de março de 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. **Resolução nº 218**, de 06 de março de 1997. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0218_06_03_1997.html Acesso em 28 de maio de 2020.
- BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1): 77-93, 2007. Disponível em: [cielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf](https://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf). Acesso em 26 de junho de 2020.
- CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO – CRESS 9ª Região/SP**-Orientação do CRESS-SP para Assistentes sociais sobre o exercício profissional diante da pandemia do CORONAVÍRUS COVID-19. Disponível em: <http://cress-sp.org.br/urgente-orientacoes-do-cress-sp-para-a-atuacao-profissional-de-assistentes-sociais-frente-a-pandemia-do-coronavirus/>. Acesso em 28 de maio de 2020.
- FALEIROS, V.P. **Estratégias em Serviço Social**. São Paulo, Cortezeditora ,2006,208p.
- FIGUEIREDO SANTOS, J. A. Covid-19, causas fundamentais, classe social e território. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2020, e00280112. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00280Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v18n3/0102-6909-tes-18-3-e00280112.pdf>. Acesso em 13 de julho de 2020.
- IAMAMOTO, M. V. CARVALHO, R. de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: uma interpretação histórica metodológica**. 22 ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- MARTINELLI, M.L. **Serviço Social em um hospital- escola: um espaço diferenciado de ação profissional**. Rev. Serviço social & Saúde. V. 1 n°1(2002) jan./dez. [1].
- Organização Mundial da Saúde OMS** (2020). Acesso em 28 de maio de 2020.
- OSIS Maria J.M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 14(Supl. 1):25-32, 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v14s1/1337.pdf>. Acesso em 26 de junho e 2020.
- PARÂMETROS PARA A ATUAÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE**. Grupo de Trabalho “Serviço Social na Saúde”. Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). Brasília 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atualcao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em 28 de maio de 2020.
- SODRÉ, F. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 103, p. 453-475, jul./set. 2010

HOSPITAL DE ENSINO, ATENÇÃO MATERNO-FETAL: COVID 19 E OS DESAFIOS DA ATUALIDADE

Dalva Rossi (Caism/Unicamp); Edna Maria Goulart Joazeiro (UFPI - Universidade Federal Do Piauí); Laína Jennifer Carvalho Araújo (UFPI - Universidade Federal Do Piauí); João Renato Bennini Junior (Caism/Unicamp); Marcelo Luís Nomura (Caism/Unicamp)

RESUMO O artigo se ancora no arcabouço conceitual tecendo análise sobre a relação entre o campo especializado da Medicina-Fetal articulado aos Determinantes Sociais em Saúde nos Hospitais de Ensino no SUS enquanto campo de conhecimento, de produção de cuidado e de formação. Em face da Covid-19 a atenção e o cuidado à saúde materno-fetal segue as orientações da Organização Mundial de Saúde. Destaca-se a importância das ações interdisciplinares na gestão das interfaces decorrentes do cuidado e da articulação entre níveis de atenção à saúde **da e na** RAS em tempo de pandemia nesse campo de conhecimento e de atenção à vida.

Palavras-chave: Saúde Pública. Pandemia. Intersetorialidade. Interdisciplinaridade. Política Pública

ABSTRACT The article is anchored in the conceptual framework, analyzing the relationship between the specialized field of Fetal Medicine articulated to Social Determinants in Health in Teaching Hospitals in SUS as a field of knowledge, production of care and training. In view of Covid-19, maternal and fetal health follows the guidelines of the World Health Organization. The importance of interdisciplinary actions in the management of the interfaces resulting from the care and coordination between levels of health care in RAS in a time of pandemic in this field of knowledge and attention to life.

Keywords: Public health, Pandemic, Interdisciplinarity, Public Policy.

1. INTRODUÇÃO

Os Hospitais de Ensino são espaços de atenção à saúde, de produção de conhecimento e de formação nos quais se inserem diferentes categorias profissionais, que produzem cuidado em face de múltiplos desafios cotidianos que requisitam a articulação de conhecimentos para a materialização da assistência à saúde da população. Em tempos de pandemia da COVID-19 o processo de atenção à saúde dá-se em consonância com as orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e das normativas pertinentes a esse agravo à saúde.

A OMS declarou que a epidemia da COVID-19 constituía uma emergência de Saúde Pública em 30 de janeiro de 2020, em virtude da importância internacional e dos riscos inerentes a esse agravo à saúde das populações. Em 11 de março de 2020, a OMS em virtude da disseminação global desse agravo à saúde declarou que a doença causada pelo coronavírus se constituiu uma pandemia (2020).

No estudo tomamos como objeto de análise, a discussão sobre as necessidades em saúde (MERHY, 1997) na sua articulação com as necessidades humanas (PEREIRA, 2011) na sua íntima relação com as fragilidades em saúde e das múltiplas expressões de vulnerabilidade social relacionadas à saúde materno-fetal, acompanhada pela equipe de atenção à saúde do Serviço de Medicina Fetal do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM UNICAMP).

O Sistema Único de Saúde foi constituído e legitimado pela Constituição Federal de 1988 e consolidado pelas Leis nº 8.080/1990 e 8.142/1990. Sua implantação significou uma inequívoca mudança na forma como o Estado brasileiro passou a responder pelas necessidades em saúde da população.

Nessa perspectiva, é fundamental assinalar o papel da Constituição Federal de 1988 como um importante marco legal na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo se constituído como um divisor de águas para a concretização do direito a Saúde como um dever do Estado, pautando-se nos princípios da Universalidade, da Integralidade e da Equidade, legitimado como um dos direitos essenciais na defesa da vida.

A saúde é 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 (BRASIL, 1988, art. 196).

A Lei Orgânica da Saúde nº 8080/1990 (LOS) que fundamenta o SUS define como fatores determinantes e condicionantes da saúde, “a alimentação, a moradia, o saneamento, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais” e, assinala ainda que “os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país” (BRASIL, 1990).

Pereira (2009, p. 287) assinala que a política pública “envolve tanto o Estado no atendimento de demandas e necessidades sociais, quanto à sociedade no controle democrático desse atendimento [...] exige e reforça a constituição de esferas públicas”. A política pública de saúde que preconiza a atenção integral à saúde da mulher se constitui uma proposta recente no arcabouço conceitual e legal da saúde pública no Brasil. Temos assinalado que os direitos referentes à saúde da mulher, na perspectiva ampliada de Saúde, pautada nos Determinantes Sociais em Saúde (DSS), constitui um fato recente no Brasil.

Assinalam Buss; Pellegrini Filho (2007, p. 78) que as diversas definições de determinantes sociais de saúde “expressam, com maior ou menor nível de detalhe, o conceito atualmente bastante generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua condição de saúde”. A atenção à saúde da Mulher, até o princípio dos anos de 1980, era voltada para o período de gestação e puerpério em consonância com o preconizado pelo Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI) seguindo as orientações da Organização Pan-Americana de Saúde (COSTA, 1999).

Nessa perspectiva passam a ser formulados projetos de atenção à saúde da mulher, incluindo o programa de pré-natal de alto risco para atendimento às gestações que necessitam de cuidados especializados, durante o período do parto e puerpério. Essa atenção pressupõe uma densa relação de trabalho coletivo especializado entre diversas disciplinas.

O Ministério da Saúde, visando ampliar a atenção ao longo do ciclo da vida reprodutiva da mulher, com enfoque para os cuidados realizados durante o período gestacional, no pós-parto e aos recém-nascidos, implantou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, instituído através da Portaria/GM nº 569, de 01 de junho de 2000, tendo como objetivo “assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento de pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania” (PHN, 2002, p. 5).

O reconhecimento da importância da atenção integral à saúde da mulher pressupõe a valorização dos aspectos sociais, com ênfase nos Determinantes Sociais em Saúde (DSS) presentes na vida desse segmento de população, que requer o deciframento da realidade concreta e das condições objetivas de vida objetivando assegurar a continuidade da atenção à Saúde da Mulher no decorrer do processo de acompanhamento ambulatorial.

Nos hospitais de Ensino e na Rede de Atenção à Saúde (RAS) é fundamental que os profissionais de saúde realizem o cuidado a esse segmento de população pautado nos aspectos sociais que impactam na vida dessas mulheres, gerando situações de descontinuidade decorrentes de múltiplas situações de vulnerabilidade sociofamiliares, sócio territoriais, socioeconômico, educacional e cultural.

A dimensão territorial tem um importante papel uma vez que o território se constitui um espaço social onde a vida das pessoas se materializa “representa o chão do exercício de cidadania, significa vida ativa no território, onde se concretizam as relações de poder” (KOGA, 2003, p. 33).

Cumprе assinalar que o sendo o CAISM um hospital público regional, alia-se ao conjunto das questões sociofamiliares, a distância da cidade de origem, incluindo o tempo e o custo do deslocamento com uma variável a ser gerida, prioritariamente pelo suporte para a locomoção através das prefeituras dos municípios ou pelas próprias famílias.

A atenção das equipes de saúde voltadas às situações que compõem a história de vida das pessoas permite compreender e reconhecer que a saúde não é dissociada dos determinantes sociais, o que significa não caracterizar os agravos à saúde, apenas como sendo físicos, mas devem ser consideradas as múltiplas faces que compõem a história de vida das pessoas. Essa perspectiva analítica visa ultrapassar a lógica fragmentada do cuidado em saúde valorizando o trabalho coletivo na saúde.

As políticas públicas de saúde devem ser também espaços para a atenção ao pré-natal de alto risco, para mulheres com bebês que apresentam graves problemas de saúde. Os Serviços de Medicina Fetal devem estar preparados para desenvolver ações específicas na assistência especializada à saúde materno-fetal.

Na atualidade, com o avanço da tecnologia é possível avaliar as condições de saúde de um bebê no espaço intraútero, assim como, mediado pelo uso de tecnologias específicas, torna-se possível avaliar as reais condições e as perspectivas de desenvolvimento para a vida futura, ancorados em diagnósticos e prognósticos realizados como base nas diversas profissões que compõem o Serviço da Medicina Fetal possibilitando a confirmação de malformações e/ou anomalias e a terapêutica a ser adotada.

A Medicina Fetal no Brasil, segundo Rodrigues (2010, p. 10) começou “a se estabelecer como área de atuação, dentro da Obstetrícia com a outorga de certificado conferido pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia” (FEBRASGO), a qual se constitui como uma “das Federadas da Associação Médica Brasileira (AMB), a partir do ano de 2002” (*op cit.*, p. 10).

Nesse sentido, a dimensão ampliada da atenção à saúde materno-fetal se torna um imperativo para a realização das atividades nas equipes interdisciplinares, coadunando conhecimentos de diferentes áreas das ciências, articulando ideias e conceitos, através da tessitura de diálogos permanentes e contínuos, subsidiados em arcabouço teórico, na busca de consensos, que possibilitem rigor e agilidade no diagnóstico de forma a viabilizar o estabelecimento da atenção à saúde materno-fetal. Cujas dimensões do cuidado deverão se estender após o nascimento, sendo realizado por profissionais especializados em Neonatologia e nas demais áreas de atenção ao recém-nascido.

2. SERVIÇO MEDICINA FETAL CAISM UNICAMP

Os Hospitais de Ensino são espaços privilegiados de conhecimentos, tecnologias, ensino, relações de poder e de práticas, entre as diferentes áreas do conhecimento ancorado no desenvolvimento científico e tecnológico.

O Hospital de Ensino, como as demais áreas do campo da saúde, é um espaço social complexo saturado de normas, saberes, tecnologia, relações de poder e de constante contato com o “objeto” vida/morte. Nele, a luta pela defesa da vida está em tensão permanente com a heterogeneidade da estrutura epidemiológica, com a ampliação da demanda e com o agravamento das múltiplas expressões da questão social que marcam a vida na sociedade moderna (JOAZEIRO, 2011, p.159).

A assistência prestada às pessoas com agravos à saúde, requer a realização de intervenções em equipe, o que se constitui um desafio diário para efetivar a articulação entre os campos de conhecimentos e diferentes especialidades, que tenham disponibilidade para desenvolver atividades em conjunto, ao mesmo tempo que, atualizam os aportes conceituais e técnico-científicos continuamente, posto que, como afirma Joazeiro (2011, p.161) “no espaço do hospital, a intervenção requer que múltiplos saberes sejam colocados em movimento uma vez que o objetivo principal desse meio é cuidar da vida em situação de risco”.

Nesse espaço social se estabelece um movimento diário entre busca da saúde e a luta pela vida, “ainda que saibamos que, para muitos dos sujeitos com quem trabalhamos no contexto hospitalar, o crepúsculo da vida se avizinha, não podemos perder o compromisso com a construção de utopias, com a reinvenção da própria vida” (MARTINELLI, 2011, p. 94).

As situações de agravamento da saúde demandam do protagonista do trabalho, ou seja, de **quem** intervém o compromisso profissional e ético, com respeito aos direitos e a dignidade da pessoa, como estabelecido na Constituição Federal (1988) que “elegeu um

conjunto de valores éticos, considerados fundamentais para a vida nacional, a maior parte dos quais se expressa no reconhecimento dos direitos humanos” (SIMÕES, 2011, p. 55).

A busca de conhecimentos, a socialização de informações e a articulação das equipes de saúde, devem configurar um processo dinâmico e contínuo, pois a materialização das situações está presente na vida cotidiana da equipe multiprofissional ao mesmo tempo que incide em diferentes espaços de atenção à saúde. Os Hospitais de Ensino e os Serviços de Medicina Fetal são locais em que ocorrem frequentemente o debate, a investigação e a construção de novos conhecimentos, visando alcançar novas propostas de intervenção.

O Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher – CAISM/UNICAMP é um hospital de ensino que desenvolve assistência especializada às mulheres da Região Metropolitana de Campinas nas áreas de Obstetria, Neonatologia, Ginecologia e Oncologia. Por ser um Hospital Escola realiza o ensino, a assistência e a pesquisa, mantendo prioritariamente como missão o atendimento integral à saúde da mulher pautado no trabalho interdisciplinar.

A Medicina Fetal é um Serviço Especializado, para confirmar pareceres que definem a condição de saúde do bebê antes do nascimento, realiza intervenções durante o período gestacional e promove o seguimento neonatal. As ações são desenvolvidas em equipe multiprofissional, sendo composta por médicos de diferentes especialidades, assistentes sociais, enfermeiros e psicólogos, numa proposta de atenção que pondere e avalie todos os aspectos que compreendem a vida da mulher nesse momento singular, e que poderá representar modificações futuras na organização familiar.

O diagnóstico pré-natal de malformação incompatível com a vida, por sua vez, pode trazer grande sofrimento é uma série de implicações para a gestante, seu companheiro e demais familiares, dentre outras: sentimento de frustração e culpa, incapacidade e perda; crises no sistema familiar e isolamento social (SANTOS, BOING, OLIVEIRA, CREPALDI, 2014, p. 65).

Quando os problemas de saúde detectados nos bebês intraútero, necessitam de intervenções urgentes e vitais para a sua sobrevivência, os conhecimentos científicos dos profissionais da área, são desafiados continuamente, o que exige da equipe organização, estudos e pesquisas para elaboração de pareceres. Nessas situações, a construção da proposta de trabalho das equipes nesses espaços deve ter como horizonte, o olhar ampliado para a totalidade da vida desses sujeitos sociais, muitos em condições de fragilidade e de vulnerabilidade pela caracterização do agravo a saúde somada a sua condição socioeconômica.

Ampliar o olhar e a escuta, possibilitar que a complexidade da vida dos usuários invada as unidades e a maneira dos trabalhadores compreenderem o processo saúde-doença e os sofrimentos da vida implica também colocar o usuário em outro lugar, em outra posição: a de agente ativo na produção de sua saúde e no encontro com os trabalhadores de saúde. Bem diferente do lugar em que hegemonicamente se coloca o usuário, objeto das ações de saúde (MERHY, FEUERWERKE, 2016, p. 66).

A confirmação de um importante agravo à saúde, particularmente, quando se trata de malformação fetal, fato que exige da equipe que se organize para obter informações objetivas e precisas visando minimizar o sofrimento vivenciado nesse período.

As ações da equipe interdisciplinar são direcionadas para promover o suporte tecnológico e relacional, articulando os diferentes conhecimentos, na perspectiva de produzir resultados que modifiquem a situação concreta, uma vez que “as práticas de saúde como toda atividade humana são atos produtivos, pois modificam alguma coisa e produzem algo novo” (MERHY, FEUERWERKE, 2016, p. 63).

Durante o período gestacional vários sentimentos são mobilizados, entre eles a expectativa e preocupação com a saúde e o bem-estar do bebê, quando se constata uma síndrome grave, tendencialmente provoca instabilidade na dinâmica da vida familiar, de trabalho e relacional. Com o diagnóstico confirmado, as intervenções dos profissionais são fundamentais na perspectiva da materialização das condutas para realização dos procedimentos indicados, tendo como meta a garantia dos direitos e proteção materno-fetal.

A Medicina fetal é a área de atuação dedicada à promoção da saúde materno-fetal, considerada uma subespecialidade da Ginecologia e Obstetrícia. O fetólogo possui as competências necessárias para promover a prevenção e realizar procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, relacionados à gravidez (SOUZA, FREITAS, 2018, p. 447).

As evidências indicam que o trabalho desenvolvido em equipe nos diferentes espaços de saúde visa construir propostas viáveis para assegurar um cuidado integral, ancorado na apreensão dos determinantes sociais. Na Medicina Fetal a equipe deve ter a preocupação de intervir com sensibilidade, realizando, muitas vezes, intervenções consideradas invasivas, somente quando for estritamente necessário.

Assim espera-se que, através da interdisciplinaridade, os especialistas que compõem a equipe multiprofissional possam dirigir a superação dos isolamentos dos saberes, pondo fim a uma atuação tecnicista, de forma a contribuir para a articulação de conhecimentos distintos que trabalham em função das demandas trazidas pela realidade social (SILVA, ALMEIDA, 2018, p. 268).

A organização e atenção nos Serviços de Saúde Materno Fetal representam, para os sujeitos o cuidado com a sua condição de saúde, especialmente quando estão experimentando situações de fragilidade e vulnerabilidade.

A gestão da condição de saúde pode ser definida como o processo de gerenciamento de um fator de risco biopsicológico ou de uma determinada condição de saúde estabelecida, por meio de um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e no cuidado, com o objetivo de alcançar bons resultados clínicos e de reduzir os riscos para os profissionais e para as pessoas usuárias, contribuindo para a melhoria da eficiência e da qualidade da atenção à saúde (MENDES, 2019, p. 806).

Nos Serviços de Medicina Fetal, a organização dos cuidados em saúde envolve a equipe de profissionais especializados, os sujeitos atendidos e familiares, mas também a gestão desse Serviço, no sentido de contemplar agendas e necessidades surgidas durante as atividades. Essa organização representa o cuidado, e se torna uma necessidade básica para determinar as linhas de ação que serão adotadas para o encaminhamento da situação, com objetivos precisos de promoção de cuidados.

3. AÇÕES INTERDISCIPLINARES NA SAÚDE

A construção dos projetos interdisciplinares nas políticas públicas de saúde deve ter como perspectiva a realidade e o objeto que se pretende intervir. Os profissionais que compõem as equipes necessitam ter disponibilidade para articular os conhecimentos das diferentes disciplinas, que constituem verdadeiros desafios na busca da integralidade e da não fragmentação do saber.

A interdisciplinaridade na formação profissional requer competências relativas às formas de intervenção solicitadas e às condições que concorrerem ao seu melhor exercício. Neste caso, o desenvolvimento das competências necessárias requer a conjugação de diferentes saberes disciplinares sejam de ordem prática e/ou didática. Entenda-se por saberes disciplinares: saberes da experiência, saberes técnicos e saberes teóricos interagindo dinamicamente sem nenhuma linearidade ou hierarquização que subjugue os profissionais participantes (FAZENDA, 2015, p.13).

Os desafios para a concretização de uma experiência interdisciplinar se efetivam quando os profissionais com disponibilidade de socialização e aprendizado assumem projetos, que exigem a comunicação como princípio inicial e básico para alcançar objetivos propostos. A comunicação é ferramenta importante na construção de estratégias para intervenções, e deve ser pautada nos diferentes conhecimentos, que inclui o arcabouço

teórico das diferentes áreas de conhecimento para o exercício do trabalho interdisciplinar, nos hospitais e nos demais espaços de saúde.

A atenção multiprofissional interdisciplinar não é, apenas, um grupo de diferentes pessoas com diferentes profissões atuando juntas por um tempo determinado. Há que se criar um espírito de equipe, o que implica que os diferentes profissionais devem estabelecer e compartilhar uma visão comum e aprender a solucionar problemas pela comunicação, de modo a maximizar as habilidades singulares de cada qual. As tarefas da atenção devem ser distribuídas de acordo com as competências e as áreas de interesse de cada membro da equipe. Alguns elementos são fundamentais no trabalho em equipe: estratégia de longo prazo, foco na missão e na visão e orientação para superar as resistências às mudanças que o trabalho em equipe exige (MENDES, 2020, p. 340-341).

A verbalização de forma objetiva estimula a relação de confiança estabelecida com os profissionais durante o trabalho desenvolvido, o que pode assegurar a compreensão e os resultados positivos, portanto os profissionais envolvidos devem se pautar em dinâmica e linguagem que possibilite a compreensão da situação. Nesse sentido, torna-se necessário que o processo de trabalho humanizado esteja fundamentado nos princípios do SUS e que se respalde numa metodologia de intervenção interdisciplinar.

As equipes especializadas, que desenvolvem os cuidados de pré-natal de alto risco, incluindo a equipe médica da Medicina Fetal, cumprem importante função no reconhecimento dos direitos das mulheres, em relação à consolidação do diagnóstico, disponibilizando o seu saber e seus conhecimentos técnicos, sem perder de vista, o respeito à condição e ao momento vivenciado pela mulher e por seus familiares.

Em geral as notícias sobre os agravos a saúde quando verbalizados e afirmados pelo médico, causam impactos na vida das pessoas, gerando situações de insegurança e medo. No período que a mulher está gestante e recebe a comunicação de que um problema está agravando a saúde do seu filho, a mesma enfrenta situações de desconforto e sofrimento. Nessa situação é sempre pertinente refletir sobre a veiculação de informações e de que forma as mesmas são verbalizadas e contextualizadas.

Os espaços públicos de saúde devem compor coletivos de profissionais especializados para trabalhar as múltiplas e mútuas dimensões que envolvem os diferentes agravos à saúde.

A adequada comunicação relacional em neonatologia, sobretudo em casos de terminalidade da vida em malformações congênitas, é tarefa hercúlea e ainda mais dificultada por impedimentos sociais no enfrentamento da morte de crianças. Um dos grandes problemas é encontrar critérios objetivos que permitam compatibilizar a proteção dos direitos e do melhor

interesse da criança, as expectativas dos pais – que buscam legitimamente minimizar seu sofrimento – e a tentativa dos médicos de não incorrer em obstinação e futilidade terapêuticas. Certamente, a sólida relação médico-paciente, baseada na comunicação dialógica e na confiança, facilita o alcance desse difícil justo-meio (GAZZOLA, GONÇALVEZ, LEITE, 2020, p. 41-42).

A intervenção cotidiana do assistente social na política pública de saúde ocorre de forma sistematizada e planejada, as ações são pautadas em fundamentos teóricos da profissão, na legislação que viabiliza a efetivação de direitos, respaldada pelo Código de Ética da profissão, o Projeto Ético-Político e os Parâmetros para Atuação do assistente social na área da saúde (BRASIL, 1993; CFESS, 2010).

No Serviço de Medicina Fetal do CAISM, o assistente social desenvolve suas atribuições com as gestantes e familiares e utiliza para o seu trabalho os instrumentais da profissão, como a entrevista e os grupos. A entrevista possibilita o acolhimento, além de permitir conhecer previamente as relações familiares e o território de procedência, para buscar consolidar a intersectorialidade na rede socioassistencial e nas demais políticas públicas.

A política pública de saúde enfrenta na atualidade um momento marcado por múltiplas complexidades, considerando a pandemia do coronavírus, a necessidade de reorganização das atividades, e a ampliação dos espaços físicos para o atendimento eletivo e também o emergencial.

4. CORONAVÍRUS E IMPACTOS NA ATENÇÃO A SAÚDE MATERNO-INFANTIL

Atualmente pesquisadores da área da saúde de diferentes Universidades do mundo, estão mobilizados na luta contra a COVID-19, causada pelo vírus SARS-COV2 que atinge a humanidade de forma drástica com resultados implacáveis e irreparáveis, devido a evolução muito rápida que causa devastação na população e nos Serviços de Saúde, causando em muitos deles colapso que inviabiliza a assistência às pessoas que necessitam de atendimento urgente. No início do atual “surto de coronavírus (SARS-CoV-2), causador da Covid-19, houve uma grande preocupação diante de uma doença que se espalhou rapidamente em várias regiões do mundo, com diferentes impactos” (FREITAS, NAPIMOGA, DONALISIO, 2020, p. 1). As pesquisas contínuas e inovadoras frente a um vírus desconhecido, desenvolvidas por várias Universidades de diferentes países, apresentam um único objetivo, a interrupção da disseminação e conseqüentemente a possível solução. A prevenção deve ser orientada, incluindo medidas que podem evitar o contágio e o avanço da pandemia.

Existe uma determinação social das orientações ou disposições que podem impactar nas ações em face de uma pandemia. A motivação e a capacidade de mudar rotinas do dia a dia, de adotar de modo mais sistemático práticas de higienização, o nível e a direção da influência que o meio familiar e mais próximo (amigos, vizinhos, membros de igreja et.) exerce sobre as pessoas, a percepção e a avaliação de risco de adoecimento e morte não variam somente entre indivíduos, pois são socialmente formadas e condicionadas no âmbito dos grupos. Além disso, uma pandemia inédita como esta na experiência de vida das pessoas no Brasil coloca uma questão complicada no horizonte de decisões dos atores. As consequências das ações presentes aparecem depois de semanas. O isolamento social segura o aumento de casos, e, para muitos, é difícil aceitar algo pela sua ausência ou baixa incidência na fase inicial. A aceleração da pandemia aumenta a visibilidade dos riscos, mas diversos fatores podem retardar mudanças individuais de comportamentos. Os constrangimentos econômicos são bastante diferenciados entre os grupos (FIGUEIREDO, 2020, p. 5).

Os países diante das estatísticas que indicam o avanço da doença se organizam na busca de alternativas. No Brasil, os especialistas da saúde e pesquisadores buscam estratégias de enfrentamento da situação, com propostas que incluem mudanças de comportamentos e atitudes por parte da população, no sentido da prevenção, levando em conta o contexto das desigualdades sociais presentes e grande parte da população vivendo em condições de vulnerabilidade social.

O insuficiente conhecimento científico sobre o novo coronavírus, sua alta velocidade de disseminação e capacidade de provocar mortes em populações vulneráveis, geram incertezas sobre quais seriam as melhores estratégias a serem utilizadas para o enfrentamento da epidemia em diferentes partes do mundo. No Brasil, os desafios são ainda maiores, pois pouco se sabe sobre as características de transmissão da COVID-19 num contexto de grande desigualdade social, com populações vivendo em condições precárias de habitação e saneamento, sem acesso sistemático à água e em situação de aglomeração (WERNECK, 2020, p.1).

Muitas dificuldades existem para que no Brasil, país que possui um Sistema de Saúde Público como o SUS, pudesse apresentar resultados diferentes dos demais países. Entre esses obstáculos está a postura do governo federal com discurso negacionista da doença e centrado na prevalência da perspectiva econômica, subsumindo a dimensão social e ética, produzindo confrontos com gestores estaduais e municipais, que se opõem a sua perspectiva de análise, fato que tem provocado incertezas, contaminação e mortes na população brasileira de todos os Estados da Federação.

Outro fator importante tem sido a falta de investimentos da Esfera Federal no SUS que tem convivido com um histórico subfinanciamento do SUS (MENDES, 2015), além do congelamento do orçamento por vinte anos na Educação e na Saúde, ampliando as fragilidades já instaladas e ora ampliadas em decorrência da pandemia.

A pandemia da COVID-19 expõe as fragilidades estruturais e os pontos de estrangulamento do SUS, em particular a falta – ou distribuição desigual –, no território, de profissionais da saúde e de infraestrutura da atenção de média e alta complexidade, bem como a capacidade limitada de produção e realização de testes diagnósticos. Todavia, também traz à tona as fortalezas do maior sistema de saúde público e universal do mundo, que tem um papel preponderante na vigilância e na assistência à saúde, assim como no ordenamento e articulação das ações de enfrentamento à pandemia, nos três níveis de gestão, em todas as Unidades da Federação brasileira (OLIVEIRA, *et al.*, 2020, p.5).

Os Hospitais de Ensino reorganizaram suas atividades, com a proposta de acolher a demanda que necessita de cuidados imediatos diante da contaminação pelo Covid-19. O Serviço de Medicina Fetal do CAISM dada a sua complexidade, seguindo as orientações da OMS, organizou o atendimento às gestantes, considerando os riscos maternos e fetais que exigem ações imediatas para assegurar as condições de saúde a esse segmento de população, respeitando os cuidados essenciais, tais como o distanciamento social, na esfera pública e no interior do hospital.

O pré-natal deve ser mantido nos casos de gravidez de alto risco. Recomenda-se que o cronograma de consultas e exames seja mantido, conforme orientação do médico do PNAR (Pré-Natal de Alto Risco). Crianças de baixo peso, diagnóstico de pré-eclâmpsia, diabetes, é preciso manter o pré-natal (MAIA, OLIVEIRA, 2020, p. 48).

Cumprir destacar que as mulheres gestantes num processo de desenvolvimento normal, devem receber atenção e cuidados materno-fetal sistematizados, em casos de problemas de saúde que acometem a mãe e os bebês surgidos durante esse período, a atenção deve ser intensificada, e nos casos de pandemia como o Covid-19, mesmo sem dados comprovados sobre as proporções e consequências o Ministério da Saúde (MS) orienta sobre os mesmos cuidados que são dirigidos aos grupos de riscos.

A evolução materna e perinatal de mulheres de 27 a 40 anos e a idade gestacional de 36 a 38 semanas, infectadas pelo SARS-CoV-2, que tiveram suas gestações resolvidas em Wuhan-China, mostra que as manifestações clínicas nestas gestantes não foram graves e o prognóstico materno foi considerado bom. Todas as mulheres não apresentavam outras doenças previamente à gravidez, mas referiam história clara de exposição a pessoas com a infecção (MAIA, OLIVEIRA, 2020, p. 44).

Diante da atual situação, em que o avanço da pandemia cresce de forma muito rápida, os pesquisadores também se organizam para que os resultados dos estudos respaldem e criem estratégias de intervenção necessárias nesse momento para a proteção materno-fetal.

Há muitas incertezas quanto às características específicas do vírus, porém, para promover qualidade na assistência ao binômio materno-fetal, recomendam-se: conter, ao máximo, o avanço do vírus com o isolamento e precauções de contato; cuidar das infecções respiratórias; avaliar constantemente riscos e benefícios; confirmar a doença e a gravidez o mais precocemente possível; utilizar recursos tecnológicos para a triagem; manter o suporte de oxigênio, quando necessário; orientar sobre o repouso, o sono, a nutrição e a hidratação; utilizar medicamentos quando indicados e contraindicar medicamentos que possam ter efeitos teratogênicos ou tóxicos para o feto; monitorar os sinais vitais; oferecer uma atenção obstétrica individualizada e uma abordagem multiprofissional. (MASCARENHAS, 2020, p.8).

Desenvolver atenção à saúde significa olhar para além da situação de doença, e considerar os determinantes sociais presentes em cada situação, pois não fazê-lo pode implicar no risco do agravamento da situação apresentada. O fortalecimento da atenção do campo da Medicina Fetal é necessário e caminha na direção do aprofundamento continuado desse conhecimento especializado no decorrer do processo de produção do cuidado realizado pelas diversas profissões do campo da saúde, visando efetivar direitos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Serviço de Medicina Fetal do CAISM é especializado no atendimento à saúde desse segmento de população tanto no momento do ingresso no Serviço, quanto ao longo do processo de cuidado durante o pré-natal e após o parto. Contudo, sua intervenção se estende para além dos procedimentos técnicos operacionalizados pela equipe, materializados no apoio, na produção do cuidado, nos espaços de orientação e de esclarecimentos visando à tessitura de um diálogo com as mulheres, sempre que necessário. Em tempos da pandemia da COVID-19 as atividades voltadas a essa população, não podem ser interrompidas, dada a gravidade das situações apresentadas. Mas, são necessários cuidados de prevenção preconizados pela OMS, sem exposição das mesmas a situações de risco no decorrer do processo de atendimento, visando, acima de tudo a defesa da vida e a garantia de direitos.

Diante de uma pandemia como a COVID-19, várias alterações são necessárias, pois estamos lidando com algo invisível e, inúmeras vezes, letal. Nos Serviços de Saúde, além da atenção dirigida à população, os profissionais necessitam estar preparados, capacitados e

com acesso a adequados Equipamentos de Proteção Individual (EPI), para sua proteção individual e das pessoas no momento dos atendimentos de urgência.

No Serviço de Medicina Fetal, a atenção à saúde materno-fetal necessita de ações imediatas e urgentes, devido à complexidade da situação. O planejamento das intervenções é revisado frequentemente, e as ações voltadas a essa população são preconizadas para a efetividade dos direitos de cidadania. As mulheres que têm uma gestação em que o bebê apresenta um grave problema de saúde, não podem aguardar, a espera longa pode resultar em agravos severos a saúde materno-fetal. Portanto, mesmo em tempos de coronavírus a assistência é necessária e urgente, mas a mesma deve ser realizada em conformidade com os protocolos da OMS, visando resguardar as vidas envolvidas no processo de atenção a saúde.

Nem sempre, os cuidados e a atenção, se encerram no período do pré-natal, os bebês com síndromes diversas, necessitam dar continuidade ao tratamento, que se estendem também aos territórios de origem, num diálogo intenso entre os profissionais que são executores locais das políticas públicas, visando à defesa de direitos inalienáveis da primeira infância e, particularmente nas situações que as crianças possuem patologias crônicas cujo cuidado continuado precisa ser garantido de forma a contemplar as necessidades de saúde e sociojurídicas.

O avanço da tecnologia e a necessidade de garantir intervenções seguras constitui um imperativo ético indispensável para a preservação da vida. Nesse sentido, a atenção desenvolvida pela equipe multiprofissional durante o pré-natal é fundamental, para definir estratégias de atenção à saúde. As novas tecnologias são de expressivo valor para as ciências da saúde, especialmente no Serviço de Medicina Fetal, destaque-se que o trabalho em equipe interdisciplinar e o compromisso com a tecnicidade, a eticidade e com a humanização das ações são dimensões indispensáveis e fundamentais para construir espaços de defesa da vida e de cidadania para esse segmento de população.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Diário Oficial da União. **Lei nº 8.080/90**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília-DF, 19 de setembro de 1990
- BRASIL. **Lei 8142/90** de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade no SUS.
- BRASIL. Conselho Federal de Assistentes Sociais. **Resolução n.º 273/93**. Institui o Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 30 de março de 1993.
- BARROS, N.F.; SPADACIO, C.; COSTA, M.V. Trabalho interprofissional e as práticas Integrativas e Complementares no contexto de Atenção primária: potenciais e desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.42, número especial, 1 p.163-173, setembro 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria executiva. **Humanização do Parto Humanização no Pré-natal e nascimento**. Brasília 2002.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569**, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde.
- BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1): 77-93, 2007.
- CFESS. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde. Brasília: CFESS, 2010.
- COSTA, A. M. Serviços de saúde. In: Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil. GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (Orgs). **Questões da saúde reprodutiva** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 468 p. ISBN 85-85676-61-2. Available from SciELO Books.
- FAZENDA, I. C. Interdisciplinaridade. *Interdisciplinaridade*, São Paulo, v.1, n.6. abr. 2015.
- FREITAS, A.R.R.; NAPIMOGA, M.; DONALISIO, M. R. Análise da gravidade da pandemia de Covid-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, vol. 29 n.º.2 Brasília 2020.
- GAZZOLA, L.P.L. LEITE, H.V.; GONÇALVES, G.M. Comunicando más notícias sobre malformações congênitas: reflexões bioéticas e jurídicas. **Revista Bioética**. Vol.28 n.º1 Brasília Jan/ Mar. 2020.
- GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; ARAÚJO, M.D.A. Determinantes sociais da saúde: o “social” em questão Social. **Saúde e Sociedade** São Paulo, v.23, n.4, p.1173-1182, 2014 117.
- JOAZEIRO, E. M.G. Supervisão de Estágio no Hospital de Ensino Público: tensão entre saberes e temporalidades. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**. O trabalho em Saúde. Universidade de Brasília Centro de Estudos Avançados. Núcleo de Estudos de Saúde Pública Brasília, 2011.
- JORGE, E. M.; PONTES, R. P. A interdisciplinaridade e o Serviço Social: estudo das relações entre profissões. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 16, n.1, p.175-187, jan/jul.2017.
- KOGA, M. **Medidas de Cidades** entre territórios de vida e territórios vividos. São Paulo: Cortez, 2011.
- MAIA, L. de L. Q. G. N.; OLIVEIRA, V. A. da C. (Orgs.) **Pandemia do coronavírus (COVID-19): Recomendações para gestantes e puérperas**. Universidade Federal de São João Del-Rei. Divinópolis-MG: 2020.
- MARTINELLI, M. L. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 107, p. 497-508, jul./set. 2011.
- MASCARENHAS, V. H. A.; CAROCI-BECKER, A.; VENÂNCIO, K. C. M. P., BARALDI, N.G., DURKIN, A. C.; RIESCO, M. L. G. COVID-19 and the production of knowledge regarding recommendations during pregnancy: a scoping review. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*. 2020; 28: e3348.
- MENDES, E.V. **Desafios do SUS**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde CONASS Brasília-DF, 2019.

- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 71-112.
- MERHY, E. E.; FEURWERKE, L. C.M. In: Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. MERHY, E. E. BADUY, R. S.; SEIXAS, C. T.; ALMEIDA, D.E.S. da; JÚNIOR, H.S. (Orgs). **Políticas e Cuidados em Saúde Livro I avaliação compartilhada no cuidado em saúde surpreendendo o instituído nas redes**. Hex Editora, UFRJ Faculdade de Medicina, Ministério da Saúde Rio de Janeiro, 2016.
- OLIVEIRA, W .K. de; DUARTE, E. FRANÇA, G. V. A. de; GARCIA, L. P. Como o Brasil pode deter a COVID-19. **Epidemiologia Serviço Saúde**, Brasília, 29 (2): e2020044, 2020.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Relatora da ONU recebe informações sobre violência contra mulheres durante crise de COVID-19.
- PEREIRA, P. A. P. Estado, sociedade e esfera pública. In: CFESS. ABEPSS. **Serviço Social: Direitos Sociais e competências profissionais**. Brasília, DF: CFESS/ABEPSS, 2009, p. 285-300.
- PEREIRA, P. A. P. **Necessidades Humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- RODRIGUES, A. S. **Sentidos, limites e potencialidades da Medicina Fetal: a visão dos especialistas**. Dissertação de Mestrado Rio de Janeiro Novembro de 2010. Fiocruz Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Fernandez figueira.
- SANTOS, M. M.; BOING, E. OLIVEIRA, Z. A. C., CREPALDI, M. A. Diagnóstico pré-natal de malformação incompatível com a vida: implicações psicológicas e possibilidades de intervenção. Universidade Federal de Santa Catarina, **Revista Psicologia e Saúde**, v. 6, n. 1, jan. /jun. 2014, p. 64-73.
- SILVA, R. B.; ALMEIDA, C. G. de. Antidualógica no Sistema Único de Assistência Social (SUAS): reflexões a partir de Paulo Freire. **Interações**, Campo Grande, S, v.19, n.1, p.265-276, jan./mar.2018.
- SIMÕES, C. **Curso de Direito do Serviço Social**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- SOUZA, A.S.R.; FREITAS, S.G. Humanização na Medicina Fetal. **Revista Brasileira Saúde Materna Infantil**, Recife, 18 (3): 457-459, jul. / set., 2018.
- WERCK, G. L.; CARVALHO, M. S. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária. **Caderno Saúde Pública**, 2020, 36(5).

REQUISIÇÕES INSTITUCIONAIS X COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES PROFISSIONAIS NA SAÚDE. SERVIÇO SOCIAL EM CONTEXTO DE PANDEMIA PELO COVID-19

Ingrid Adame Moreira (Universidade Federal De Juiz De Fora).

RESUMO: Este trabalho reflete sobre as inquietações surgidas no trabalho profissional da autora na política de Saúde, em contexto de Pandemia provocada pela Covid-19. As requisições institucionais tem recuperado elementos do passado profissional na Saúde, o que impõe desafios ao trabalho dos assistentes sociais que são chamados a reafirmar suas competências e atribuições profissionais.

Palavras-Chave: Pandemia. requisições institucionais. Atribuições. Competências. Serviço social.

ABSTRACT: This work reflects on the concerns that arose in the author's professional work in Health policy, in the context of Pandemic caused by Covid-19. Institutional requisitions have recovered elements from the professional past in Health, which imposes challenges on the work of social workers who are called upon to reaffirm their professional competences and attributions.

Keywords: Pandemic, instutional requisitions, attributions, competences, Social Work.

1. INTRODUÇÃO

O presente artigo foi elaborado devido às inquietações da autora frente às requisições institucionais ao trabalho dos assistentes sociais na Saúde durante contexto de Pandemia, em virtude do vírus Covid-19, que estamos vivenciando.

Esse contexto tem gerado medo em escala global e tem colocado em questão os modelos de saúde que cada país adotou. No Brasil, temos o Sistema Único de Saúde (SUS), uma política em que não é necessária contribuição direta para que todos tenham acesso a ela. Entretanto, o SUS vem sofrendo boicotes desde o seu nascedouro na Constituição Federal de 1988, conforme Matos (2020), e nesse contexto desastroso de pandemia, não é possível criar expectativas quanto a uma (im)possível tranquilidade para o enfrentamento da COVID-19 pelo SUS. O que está por vir é o possível colapso deste sistema, tendo em vista a negligência do governo brasileiro na formulação de medidas e estratégias eficazes e eficientes para o combate à doença.

Em conseqüência à pandemia e às medidas de isolamento social, necessárias, em combate a ela, conforme já podemos inferir, acirrará as contradições do sistema capitalista de produção e aprofundará, exponencialmente, as múltiplas expressões da questão social, devido ao aprofundamento do desemprego, já anunciado nas mídias. Essa crise social, econômica, política rebaterá intensamente na população mais vulnerável.

O Serviço Social tem nas múltiplas expressões da questão social seu objeto de trabalho, que nesse cenário se agudizam ainda mais, exigindo dos profissionais a clareza de seus objetivos profissionais, de suas competências e suas atribuições para um trabalho qualificado que, de fato, contribua para o enfrentamento dessas expressões. A pandemia também impõe aos assistentes sociais a necessária reflexão sobre o seu fazer profissional e sobre de que maneira os profissionais podem contribuir nesse contexto para além das requisições institucionais.

2. A PANDEMIA INSTAURADA EM VIRTUDE DO VÍRUS: COVID-19 NO BRASIL

O corona vírus é uma família de vírus de conhecimento científico muito antigo e é responsável, em linhas gerais, por desencadear desde gripes até síndromes respiratórias agudas muito graves (Sars) e a síndrome respiratória do Oriente Médio (Mers).

No fim de 2019, um outro tipo de Corona Vírus foi diagnosticado e foi nomeado inicialmente como 2019-NCoV-2 e posteriormente passou a ser conhecido como SARS-CoV-2. Este Novo Coronavírus produz a doença classificada como COVID-19. O vírus foi isolado no dia 07/01/2020 e detectado primeiramente na cidade chinesa de Wuhan. Segundo

divulgado pela Organização Mundial da Saúde, antes do vírus ser isolado, a China já havia informando no dia 31/12/2019 a ocorrência de uma pneumonia não especificada e de causa desconhecida. A primeira morte por Covid-19 ocorreu em 11/01/2020 e, rapidamente, devido a alta transmissibilidade do vírus, a doença se espalhou por todos os continentes.

Por este motivo, em 11/03/2020, a Organização Mundial da Saúde declarou o estado de Pandemia causado pela Covid-19. Por ser uma doença nova, ainda há poucas informações quanto à história dela e também quanto ao tratamento mais indicado. Entretanto, sabe-se que o vírus tem alta transmissibilidade e provoca uma síndrome respiratória aguda, que pode ser leve ou grave a depender da faixa etária e também das doenças pré-existentes.

A transmissão do vírus ocorre, principalmente, através do contato com gotículas respiratórias oriundas de pacientes doentes e com sintomas da doença, que são expelidas quando tossimos e espirramos. E também podemos contrair a Covid-19 e de forma indireta, tendo contato com uma superfície contaminada e levando as mãos ao rosto sem antes higienizá-las anteriormente.

Em 22/01/2020, o Ministério da Saúde do nosso país divulgou a primeira notícia versando sobre o Corona Vírus, onde noticiou que até esta data não houve casos registrados da doença no país. Inicialmente, eram considerados casos suspeitos para a Covid-19 os cidadãos com viagens internacionais recentes, que manifestassem sintomas gripais, como: febre, dor de garganta, tosse, dificuldade para respirar, coriza e espirro. Já no dia 29/01/2020 foram relatados nove casos suspeitos no Brasil. No dia 29/02, o site do Ministério da Saúde noticiou a confirmação do segundo caso importado do Corona Vírus.

Ainda no mês de março foi anunciado a repasse de recursos aos Estados para que fossem implementadas estratégias de combate ao Corona Vírus que podem ser aplicados tanto na assistência como na abertura de novos leitos e prevê investimento nos leitos já existentes. Além dessa estratégia, foram constituídos hospitais de referência nos Estados para atendimento a pacientes com Corona Vírus. No dia 20/03/2020, o Ministério declarou a transmissão comunitária nacional do Corona Vírus, onde o Brasil contabilizou 904 casos confirmados e 11 mortes. Tal declaração impulsionou que os gestores locais expedissem decretos promovendo o isolamento domiciliar, o fechamento de shoppings, comércios, bares, restaurantes, mantendo apenas os serviços essenciais, como farmácias, mercados, postos de gasolina, em funcionamento. Como podemos perceber, fica claro que o governo brasileiro iniciou as medidas de combate à Covid-19 tardiamente. A esta altura e levando em consideração que a pandemia foi considerada em março e que o governo tem ciência sobre o vírus desde o final de 2019, já deveríamos estar preparados para as iniciativas necessárias ao combate à pandemia, como: hospitais de campanha já deveriam estar prontos, já

deveríamos ter efetuado a compra dos Equipamento de Proteção Individuais para os profissionais de saúde, dos respiradores e entre tanta outras medidas. E essa negligência do governo traz conseqüências desastrosas para o sistema de saúde pública, que entrará em colapso a qualquer momento.

Em meio ao contexto de Pandemia algumas questões precisam de elucidação. A primeira questão está relacionada aos profissionais que estão na linha de frente do enfrentamento ao Corona Vírus, são eles: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e os outros profissionais que são poucos lembrados: assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, auxiliares de cozinha, profissionais do necrotério, do setor do óbito, auxiliares de serviços gerais e tantos outros. Desde que a doença foi diagnosticada, há uma crise na distribuição dos equipamentos de proteção individuais (EPI'S), o que expõe esses profissionais ao risco iminente de contrair o Corona Vírus. Vários profissionais de saúde tem contraído a doença e tem falecido¹⁵⁵ em virtude dela, muito em virtude da não disponibilização dos equipamentos nas instituições nas quais trabalham. Sabemos que existe uma crise mundial na distribuição dos equipamentos, mas colocar a saúde dos trabalhadores em risco, é preocupante, porque afinal dependemos da atuação desses mesmos profissionais no combate ao vírus.

Além dessa questão, outra merece destaque: no Brasil, os testes para Covid-19 só estão sendo realizados em casos considerados graves. Ou seja, há uma subnotificação dos casos, o que mascara o número de casos confirmados da doença, que por sua vez, impacta nas estratégias de combate, que não serão eficazes, pois os números são mascarados tanto dos casos confirmados como também nas causas mortes associadas ao Covid. Conforme divulgado no site da FIOCRUZ, com a subnotificação da incidência do Covid-19, os números "oficiais" divulgados pelo Ministério da Saúde deveriam ser multiplicados por quinze para chegarmos aos números reais de infectados. Tendo em vista que estamos no mês de maio e que segundo informação do site covid.saúde, hoje, 02/05, o Brasil tem 91.589 casos confirmados e que este número multiplicado por quinze, alcança 1.373.835 casos confirmados da doença e que temos 6.329 óbitos, cuja causa morte foi atestada como Covid-19, muitos especialistas acreditam que ainda este mês o Brasil se tornará o novo epicentro da pandemia¹⁵⁶.

¹⁵⁵ No dia 01/05/2020, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) publicou nas redes sociais e também em seu site uma homenagem as quatro assistentes sociais que até o início deste mês faleceram em virtude da Covid-19 (CFESS,2020). Também tem sido divulgadas notícias sobre diversos óbitos em outras categorias profissionais, como: funcionários dos setores de óbitos, técnicos de enfermagem, medicos, entre outros.

¹⁵⁶ Atualmente, os EUA são considerados o epicentro da pandemia. Percebemos que ao longo da pandemia instaurada o epicentro da mesma tem modificado. Essa modificação tem a ver com o número de infectados em franca expansão em cada país.

Ainda sobre essas questões que necessitam de elucidação, cabe sinalizar a crise política no Brasil. Desde que a mídia iniciou a divulgação das notícias sobre o vírus, o, então, presidente do país, Jair Bolsonaro, tem tomado ações contrárias às recomendações da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde. Bolsonaro tem disseminado a ideia de que a Covid-19 é uma “gripezinha” –negando e subestimando o perigo da pandemia (LOWY, 2020) e de que o isolamento vertical¹⁵⁷ é necessário e eficaz. Além disso, o presidente não concorda com a medida de isolamento social adotada pela maior parte dos Estados e tem participado de manifestações em apoio ao seu governo, inclusive, apertando as mãos dos manifestantes. Bolsonaro também tem concedido entrevistas em que claramente expressa sua preocupação com os rumos da economia brasileira. Em virtude da defesa do Ministro da Saúde, Luis Henrique Mandetta, em manter o isolamento social, em desacordo com quem defende Bolsonaro e com a preocupação em garantir e proteger a economia em detrimento da saúde, no dia 16/04, o mesmo foi demitido e já no dia 17/04 assumiu a pasta Nelson Teich, que até o presente momento- primeiros dias de maio-, não apresentou seu plano para combater o avanço da contaminação pela Covid-19.

Ainda há uma questão a ser refletida. A pandemia ocasionada pela Covid-19 tem gerado um acirramento nas múltiplas expressões da questão social em todo o mundo. As múltiplas expressões da “questão social” se expressam nas necessidades e demandas dos usuários dos serviços: na busca ao acesso à saúde, habitação, educação, previdência, na violência doméstica, na população em situação de rua, na violação dos direitos dos idosos, das crianças e adolescentes, das mulheres, na pobreza, na fome. Essas expressões se exponenciam no contexto de Pandemia. Devido ao isolamento social, medida adotada em diversos países, a economia corre sérios riscos de entrar em um período de depressão. Além disso, muitas empresas estão decretando falência, o que gera um adensamento no número de desempregados. Ainda é necessário ponderar sobre a situação dos vários trabalhadores informais, “o vasto exército de trabalhadores na economia de freelancers e autônomos ou em outras formas de trabalho precário estão sendo demitido sem meios visíveis de apoio” (HARVEY, 2020). Os governos tem adotado medidas econômicas para a margem mais vulnerável diante da pandemia. O Brasil, por exemplo, está beneficiando os beneficiários do Programa Bolsa Família, os micro-empresendedores individuais, os trabalhadores informais com o auxílio emergencial.

¹⁵⁷ Isolamento vertical prevê que apenas idosos e casos suspeitos ou confirmados pela COVID-19 cumpram o isolamento. Este tipo de isolamento foi defendido por Bolsonaro em seu pronunciamento nacional pela TV em março, quando Bolsonaro defendeu esta estratégia genocida de abertura súbita no nosso país para que todos que não estivesse no grupo indicado acima retornassem às suas atividades, trabalhos, representando desta forma uma ameaça a saúde, conforme sinalizado por Lowy (2020).

Conforme Harvey (2020), as economias capitalistas contemporâneas são 70% ou até 80% motivadas pelo consumismo, que, no contexto de pandemia, não tem como ser incentivado, visto que restaurantes, shoppings, bares, casas de shows estão todos fechados. Ou seja, é inoperável, nas condições atuais, o estímulo ao consumismo capitalista. O que se coloca como desafio ao mundo é conseguir alcançar o equilíbrio entre os aspectos sociais, econômicos, políticos para sair da crise que já vem assolando os países.

3. O TRABALHO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE EM CONTEXTO DE PANDEMIA

Pensar o trabalho do Serviço Social na Saúde em contexto da Pandemia gerado pelo vírus: Covid-19 requer que recapitulemos que o Serviço Social conforma-se na divisão social e técnica do trabalho. Essa profissão enquanto especialização do trabalho coletivo dentro da divisão sócio técnica do trabalho, participa do processo de produção e reprodução das relações sociais¹⁵⁸ assumindo particularidades da sua forma de produção de valores de uso.

O mesmo processo de institucionalização do Serviço Social na divisão sócio técnica do trabalho é o que cria as “condições concretas para que o trabalho do assistente social ingresse no processo de mercantilização e no universo do valor e da valorização do capital, móvel principal da sociedade capitalista” (RAICHELIS,2011,p.423).

O Serviço Social brasileiro, apesar de ser regulamentado como uma profissão liberal, não o exerce desta forma, principalmente devido ao fato de a população atendida por ele não ter condições de pagar pelos serviços prestados (IAMAMOTO, 2008).

O assistente social enquanto profissional assalariado vende a sua força de trabalho para uma determinada instituição, seja ela estatal ou privada, que demandou os seus serviços. Essa instituição é que possui os meios de trabalho material, financeiro e humano para que o trabalho profissional do assistente social se realize, se objective (IAMAMOTO, 2008). Os assistentes sociais, enquanto pertencentes à classe trabalhadora, precisam se submeter às instituições, como condição de se reproduzirem socialmente (VALLE,2012). Esses profissionais são contratados pelas instituições que já possuem um projeto institucional

¹⁵⁸ Entendemos que a reprodução das relações sociais “ não se reduz, pois à reprodução da força viva de trabalho e dos meios materiais de produção. Não se trata, apenas, da reprodução material no sentido amplo: produção, consumo, distribuição e troca de mercadorias. Refere-se à reprodução das forças produtivas e das relações de produção na sua globalidade, envolvendo também, a reprodução espiritual: isto é, das formas de consciência social, jurídicas, filosóficas, artísticas, religiosas e de antagonismos de classes [...]” (IAMAMOTO, 2007, p. 99).

e o profissional é demandado para viabilizá-lo, mas este projeto institucional, na maioria das vezes, distoia do projeto de profissão¹⁵⁹ que a categoria defende.

As requisições institucionais são impostas aos assistentes sociais. E essas imposições se colocam ao exercício profissional historicamente e são incontrolláveis, mas elas estão relacionadas também com a própria existência do Serviço Social¹⁶⁰, pois ao mesmo tempo que os assistentes sociais devem atender aos interesses da classe trabalhadora, da qual também faz parte, devem atender aos interesses da instituição, a qual contratou seu trabalho profissional. Essas requisições se revelam através das demandas que chegam ao Serviço Social através da gestão/instituição, da coordenação do setor e demais profissionais e também chegam através dos usuários dos serviços.

Muitas dessas requisições institucionais não são compatíveis com as atribuições e competências profissionais do assistente social, definidas legalmente na Lei de Regulamentação da profissão de 1993. Nesta regulamentação, em seu artigo 4º, estão definidas as competências profissionais do assistente social, as quais nos cabe ressaltar as principais:

- III- encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;
- V- orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;
- VI- planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais;
- VII- planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;
- XI- realizar estudos sócio-econômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades. (CFESS,2003)

Já em seu artigo 5º, a Lei de Regulamentação prescreve as atribuições privativas do assistente social, das quais merecem destaque:

- I- coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;
- IV - realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social;
- XII - dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas. (CFESS, 2003).

Podemos perceber que o Serviço Social possui o que é de sua competência e atribuição muito bem definido e delimitado em sua Lei de regulamentação. Entretanto,

¹⁵⁹ Concordamos com Netto (2007) que expressa que os projetos profissionais “apresentam a auto-imagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas (inclusive o Estado, a quem cabe o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais)” (NETTO, 2007, p.144).

¹⁶⁰ Na sua natureza, o exercício profissional atende a necessidades sociais e reproduz a ideologia dominantes.

independentemente de sua área de atuação, as requisições institucionais, diga-se aqui: impositivas, são distintas do rol de atividades especificadas nos artigos 4º e 5º, acima relatadas, da Lei de regulamentação da profissão.

Conforme exposto por Vasconcelos (2015) as requisições institucionais, em sua grande maioria, são de cunho burocrático e administrativo, atividades estas que não requisitam formação ou preparação para além do bom senso e o mínimo de conhecimento em programas do pacote Office para realizar cadastros, planilhar dados, também requisitam a necessidade de ser alfabetizado para colocar em ordem as fichas, requisitam também que os profissionais mediem conflitos familiares, que saibam utilizar o telefone, que saibam realizar o preenchimento de formulários, que saibam empacotar e guardar pertences, entre outras atividades. Ou seja, não é necessária nenhuma formação profissional para que essas atividades sejam executadas.

Apesar de reconhecerem que as atribuições e competências de sua profissão são distintas das atividades relatadas acima, muitos assistentes sociais as desempenham e ao desempenhá-las contribuem na imagem sócio-histórica da nossa profissão. Além disso também contribuem na subalternização histórica do Serviço Social, que vem sendo aprofundada pela própria categoria profissional.

Frente a essas requisições institucionais, às quais os profissionais respondem, mesmo que reconheçam não de serem de sua competência ou atribuição, podemos sugerir mais duas outras questões. A primeira tem a ver com o assalariamento do Serviço Social. Muitas instituições contam com poucos assistentes sociais na composição de suas equipes, o que os coloca em uma situação de pouca margem de manobra e de pouca possibilidade de reversão da correlação de forças institucionais. Desta forma, os profissionais acabam por acatar e incorporar como sua toda e qualquer requisição institucional e/ou de gestores e de outros profissionais.

A segunda questão que também deve ser analisada, e que se relaciona com a primeira, é a precariedade dos vínculos trabalhistas. Em um mesmo espaço sócio-ocupacional nos deparamos com diversos vínculos de trabalho: contratado, concursado, cargo comissionado, contrato temporário, entre outros. Essa diversidade de vínculos debilita a possibilidade de organização dos assistentes sociais, ao fragmentá-los por vínculos e desta forma, enfraquece a possibilidade de que os mesmos se unam e lutem pelo que é de sua competência e atribuição na instituição.

Entendemos que as questões relacionadas ao assalariamento e à necessidade dos assistentes sociais subsistirem são triunfantes na decisão de se colocar de maneira contrária às requisições institucionais, visto que os assistentes sociais pertencem à classe trabalhadora

e necessitam vender sua força de trabalho para sua reprodução. Entretanto, como classe trabalhadora, os assistentes sociais, enquanto categoria, precisam se unir para reverter o movimento institucional a seu favor e não é realizando atividades que não estão no rol de suas atribuições e competências que isto irá acontecer. No movimento contrário do que se espera, ao se “vender” aos ditames institucionais, o que acontece é a ratificação de um lugar que apesar de não ser do Serviço Social, acaba por ser compreendido enquanto o modo de ser e estar da profissão na instituição, quando, na verdade, é a “prática qualificada que vai impondo [...] um novo modo de ser e estar dos assistentes sociais, o que vai trazer como consequência o reconhecimento por parte da instituição e dos usuários” (VASCONCELOS, p.533, 2015) do que o Serviço Social faz!

Não é à toa que é na Saúde que mais se lista ações e mais se reage ao que não é de competência ou atribuição do Serviço Social. Matos (2013) explicita que “a inserção do Serviço Social nos serviços de saúde se deu por meio de uma busca de construção do exercício profissional a partir do modelo médico clínico” (MATOS,2013,p.57). O Serviço Social era apreendido como uma complementação ao trabalho do médico, sendo identificado como paramédico, assim como as outras profissões da área da saúde.

O Serviço Social desenvolvia suas atividades visando à reintegração dos indivíduos à sociedade. Os assistentes sociais socializavam aos médicos informações sobre a situação social dos “pacientes”. Os problemas eram enfrentados dentro de uma perspectiva individualista, onde o indivíduo era responsabilizado por uma determinada situação assim como dependia dele a superação daquela mesma situação, como se os problemas vivenciados pudessem ser superados pela via da mudança de hábitos, numa perspectiva funcionalista.

No Brasil, o Serviço Social entrou no campo da Saúde Pública articulado aos trabalhos desenvolvidos dentro das comunidades,

por meio de práticas educativas sobre procedimentos de higiene aplicados à vida privada, incentivando o controle da natalidade, o controle de doenças infantis, de higiene bucal, de saneamento para a criação das primeiras políticas urbanas de saúde, muitas vezes realizado por meio de um trabalho educativo baseado em proporcionar acesso à informação sobre o próprio corpo e higiene dos mesmo (SODRÉ, 2010, p. 456).

Outro aspecto que se soma aos elencados acima tem a ver com a mobilização dos leitos. Os assistentes sociais deviam intervir no processo de alta dos pacientes devido à necessidade de liberação de leitos, evitando, assim, a permanência de um paciente por um longo período de hospitalização (BRAVO, 2013). Nos hospitais, o serviço social era chamado a mediar as relações entre a instituição e os usuários e seus respectivos familiares.

Tendo em vista as ações relatadas acima e que datam o início da intervenção do assistente social na saúde, podemos perceber o cunho conservador na atuação profissional. Se compararmos essas intervenções, supostamente ultrapassadas, com as competências e atribuições especificadas na Lei de Regulamentação da profissão de 1993, percebemos claramente que tais ações não competem ao Serviço Social, mas são partícipes da história da profissão na Saúde.

Importa destacar que no início da década de 1960 alguns profissionais começaram a questionar o conservadorismo da profissão, que culminou em um amplo processo de revisão da profissão, que ficou conhecido como Movimento de Reconceituação no Brasil¹⁶¹. Esse Movimento foi um marco para o Serviço Social no que diz respeito, principalmente, ao comprometimento com os interesses da classe trabalhadora ao buscar romper com um exercício profissional comprometido com os objetivos institucionais e com o conservadorismo enraizado na profissão.

O Serviço Social não é uma ilha. A profissão é atravessada pelas mudanças operadas na sociedade capitalista. Na atualidade, o capitalismo vem expressando sua face pós-moderna, onde há o esforço de substituir a universalidade por análises micro-focais. As causalidades não são consideradas, os fenômenos são tomados não em sua essência, mas de forma fragmentada, singular, individualista. Assim, o pensamento pós-moderno se configura como uma estratégia capitalista de difusão da ideologia dominante e manutenção da ordem social hegemônica (PAULA, 2014). E o Serviço Social permanece sendo requisitado enquanto uma profissão para propiciar o controle social.

Em tempos da pandemia pelo vírus Covid-19, assistimos, no Serviço Social na saúde, à retomada do conservadorismo, mas sob uma nova roupagem dita neoconservadora, que tem se expressado, por exemplo, na requisição de que os assistentes sociais ofereçam apoio terapêutico aos usuários dos serviços, que ofereçam conforto emocional na comunicação do óbito. Essas requisições se articulam com a prática do Serviço Social Clínico, que defende que a intervenção profissional deve fortalecer de maneira psicossocial os usuários a partir de um tratamento social (PAULA, 2014). É evidente que o sofrimento psíquico dos usuários podem ser agravados em virtude das múltiplas expressões da questão social que os sujeitos vivenciam. Entretanto, a subjetividade é o objeto de trabalho da psicologia e não do serviço social¹⁶². Cabe ressaltar que existem muitos assistentes sociais que defendem as práticas clínicas enquanto uma área de atuação do Serviço Social e, este fato, demonstra que o

¹⁶¹ Para aprofundamento sobre a temática da reconceituação, ver Netto (2007): Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social pós-64.

¹⁶² Importa destacar que o conjunto CFESS/CRESS tem publicações e normativas que vedam a prática do Serviço Social Clínico. Para aprofundamento quanto à temática, verificar o site do CFESS.

neoconservadorismo vem ganhando adeptos na categoria profissional. São eles, assistentes sociais, que tomam o “psicossocial” enquanto objeto de trabalho, e não como uma área de atuação e acabam por psicologizar as expressões da questão social, oferecendo “tratamento social” as mesmas. Esses profissionais operacionalizam como estratégias de atendimento, aos usuários e suas famílias, as terapias comunitárias, as terapias de família, visando ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, visando ao empoderamento.

Em linhas gerais, as intervenções pautadas na prática clínica resgatam a individualidade exarcebada pelo capitalismo. Tal prática reitera ações praticadas no passado pelos assistentes sociais na saúde: ações que objetivam o ajustamento dos sujeitos, que colocam neles a possibilidade de, individualmente, superar as condições que geram seu aviltamento, ações que buscam remover o que “bloqueia” o desenvolvimento pessoal, que buscam trabalhar as potencialidades dos sujeitos a partir do seu empoderamento. Ações que maquiagem a raiz da pobreza e da miséria na sociedade capitalista e camuflam a relação de exploração (VASCONCELOS, 2015).

Ainda no rol das práticas clínicas, temos outra requisição institucional que nos tem chamado atenção em tempos de pandemia: a mediação de conflitos. Esta que sempre acontece de forma a dar recomendações as partes envolvidas e apoiá-las, como se os assistentes sociais tivessem um aporte técnico-operativo ou teórico-metodológico próprio para solucionar essas questões. Ainda nesse “âmbito familiar”, os assistentes sociais tem sido requisitados também para comunicar altas, óbitos, transferências, a entrar em contato com os familiares para requisitar documento, exames anteriores, entre outros. O Serviço Social é entendido enquanto a profissão que cuida da família e não por acaso essas atividades são demandadas aos assistentes sociais, que ainda são encarados como moças boazinhas, recatadas, educadas, que sabem falar e tratar as famílias. Os contatos com as famílias devem ser realizados por aqueles que desejam que tal contato seja realizado, afinal, são eles que conhecem o motivo de tal solicitação. A comunicação de óbito deve ser realizada por quem tem competência técnica para explicar a causa-morte, ou seja, o médico. O assistente social tem importante e delimitado papel nas situações de óbito, que tem a ver com as orientações sobre o acesso aos benefícios assistenciais, previdenciários, conforme resolução 03/2020 publicada pelo CFESS.

Outra requisição institucional aos assistentes sociais, durante a Pandemia, é o preenchimento dos formulários de notificação epidemiológica, que são preenchidos na incidência de doenças específicas, como a Covid-19. Esses formulários colhem informações estritamente clínicas, ou seja, também nessa situação, os assistentes não possuem competência técnica para preenchê-los, mas estão sendo requisitados para preencherem.

Fato parecido ocorre com as fichas de notificação das violações de direito. Entretanto, nessa ficha em específico qualquer profissional tem competência para preenchê-la, porém, é comum verificarmos assistentes sociais as preenchendo, inclusive em situações que sequer prestaram atendimento. Fica claro que em ambas as requisições postas aos assistentes sociais o que se coloca é a secretarização aos médicos, o que também já acontecia na atuação do Serviço Social na Saúde, onde os assistentes sociais apoiavam a atuação dos médicos.

Tendo em vista o exposto, podemos inferir que as requisições institucionais expressas nesse artigo em nada se relacionam com as competências e atribuições expressas na Lei de Regulamentação da nossa profissão. Entretanto, apenas refeletimos aqui as requisições que apesar de não serem de competência ou atribuição do Serviço Social, são incorporadas ao trabalho profissional dos assistentes sociais na Saúde. Ao incorporar tais requisições, os profissionais além de contribuir para a subalternização da profissão, contribuem para a imagem que a profissão tem na sociedade, de maneira a conservar o que está posto e não de transformar as relações sociais, econômicas e políticas vigentes.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegamos ao final deste artigo, mas estamos longe de podermos tecer considerações finais acerca do tema. O trabalho do Serviço Social, em contexto de Pandemia provocada pelo Covid-19, é de extrema importância junto aos usuários e familiares, na medida em que a profissão tem muito a contribuir na construção de um trabalho qualificado em suas competências e atribuições profissionais.

O que se coloca enquanto imperativo aos assistentes sociais é que os mesmos consigam superar as requisições institucionais e acreditamos que a chave para essa superação está nas próprias requisições da instituição, ao passo que os assistentes sociais podem aproveitar o espaço, o momento propiciado por elas para realizar um trabalho qualificado na direção dos interesses dos usuários dos serviços (VASCONCELOS, 2015). Basta apenas que os profissionais se “suspendam” do cotidiano¹⁶³ com o objetivo de refletir criticamente sobre o seu fazer, pois só assim é possível efetivar um trabalho crítico que objetive atender aos objetivos profissionais e não aos institucionais.

¹⁶³ Com a suspensão do cotidiano é possível, a partir das mediações, ressignificar as demandas institucionais, pois ao negá-las através da reflexão crítica sobre elas, é aberta aos assistentes sociais as possibilidades de superar o locus subaltern e subalternizado do Serviço Social.

As velhas requisições institucionais impostas ao Serviço Social em tempos de Covid-19 desafiam o Serviço Social a reforçar no cotidiano de trabalho suas atribuições e competências profissionais. O trabalho dos assistentes sociais, em contexto de pandemia, pode contribuir na orientação aos usuários com suspeita ou testagem positiva para Covid no que concerne aos direitos sócio-assistenciais e previdenciários, em pesquisas correlacionando a incidência do vírus aos determinantes sociais e econômicos, em elaboração de material sócio-educativo versando sobre as estratégias de prevenção ao vírus, pode também auxiliar na formulação de novos protocolos operacionais para a pandemia, pode também contribuir no mapeamento da rede sócio-assistencial, que teve seu atendimento reorientado em virtude da pandemia.

Desta forma, o trabalho do Serviço Social na Saúde, e em contexto de Pandemia, pode e deve ser parametrado no rol das competências e atribuições da nossa profissão, pois se os assistentes sociais responderem, exclusivamente, às demandas institucionais, o sentido do Serviço Social é alterado em sua essência. Convidamos, então, a categoria profissional a refletir sobre as seguintes questões: A quais objetivos a sua intervenção tem respondido? Em que medida no seu trabalho profissional, mesmo que de forma inconsciente, você tem reforçado as velhas práticas do Serviço Social? E para finalizar, que imagem de profissão você está construindo na instituição?

REFERÊNCIAS

- BRAVO, Maria Ines. Saúde e Serviço Social no capitalismo. Fundamentos Sócio-históricos. 1 Edição. São Paulo: Cortez Editora, 2013.
- CFESS. Conselho Federal de Serviço Social, Código de Ética Profissional do assistente social e Lei 8662/1993, que regulamenta a profissão de serviço social. Brasília, 2003.
- HARVEY, David. Política Anticapitalista em tempos de Corona Vírus. Disponível em: <https://blogdaboitempo.com.br/2020/03/24/david-harvey-politica-anticapitalista-em-tempos-de-coronavirus/>. Acessado em 30/04/2020
- IAMAMOTO, Marilda. Serviço social em tempo de capital fetiche. Capital financeiro, trabalho e questão social. 2ªed. São Paulo: Cortez, 2007
- _____. O Serviço Social na contemporaneidade. Trabalho e formação profissional. 14ª Edição. São Paulo: Cortez Editora, 2008.
- LOWY, Michael. O neofascista Bolsonaro diante da Pandemia. Disponível em: <https://blogdaboitempo.com.br/2020/04/28/michael-lowy-o-neofascista-bolsonaro-diante-da-pandemia/>. Acessado em 28/04/2020.
- MATOS, Maurílio. Serviço Social, ética e saúde. Reflexões para o exercício profissional. 1ª Edição. São Paulo: Cortez Editora, 2013.
- _____. A pandemia co Corona Vírus (COVID-19) e o trabalho do assistente social na Saúde. Disponível em: <http://www.cress-es.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Artigo-A-pandemia-do-coronav%C3%ADrus-COVID-19-e-o-trabalho-de-assistentes-sociais-na-sa%C3%BAde-2.pdf>. Acessado em: 25/04/2020
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Últimas Notícias. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias>. Acessado em: 27/04/2020.
- _____. Painel Covid-19. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acessado em 01/05/2020.
- NETTO, José Paulo. A construção do Projeto ético-político do Serviço Social. In: Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 2ª Edição. São Paulo: Cortez Editora, 2007.
- PAULA, Luciana. Estratégias e Táticas. 1ª Edição. Rio de Janeiro, Lumen Juris, 2016.
- RAICHELLIS, Raquel. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, número 107, julho/setembro de 2011.
- SODRÉ, Francis. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. Revista Serviço Social e Sociedade, número 103, 2010.
- VALLE, Jonatas. Entre o princípio da emancipação e o fardo da institucionalização: dilemas do projeto ético-político profissional na busca de caminhos para a intervenção. Dissertação de mestrado apresentada à Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2012.
- VASCONCELOS, Ana Maria. A/o Assistente Social na luta de classes. Projeto Profissional e Mediações Teórico-Práticas. 1ª Edição. São Paulo: Cortez, 2015.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO E SERVIÇO SOCIAL: REFLEXÕES SOBRE AS DEMANDAS DIRECIONADAS À EQUIPE DE ASSISTENTES SOCIAIS DO PROGRAMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO ADULTO DURANTE A PANDEMIA DO NOVO CORONA VÍRUS (COVID-19).

Isabela Santos De Lima (Hospital Universitário Pedro Ernesto); Rayssa Harumi Ohara Ferreira (Hospital Universitário Pedro Ernesto); Juscineide Melo Farias (Hospital Universitário Pedro Ernesto); Evellyn Do Nascimento Silva (Hospital Universitário Pedro Ernesto)

RESUMO: A pandemia do novo corona vírus (Covid-19) trouxe a necessidade de reorganização de rotinas e dos serviços, sobretudo, na área da saúde. Essa reorganização tem expressão significativa no cotidiano dos profissionais da saúde, inclusive as/os assistentes sociais. Este relato de experiência objetiva abordar as principais demandas e requisições institucionais identificadas por assistente sociais durante a pandemia do novo Corona Vírus (Covid-19) e as principais demandas apresentadas pelos usuários ao Serviço Social.
Palavra-chave: Serviço Social – Covid-19 – Demandas

ABSTRACT: The ongoing Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) outbreak has highlighted the need for reorganization of routine and services, especially in health services. The COVID-19 pandemic has substantially affected the daily lives of health professionals, such as social workers. This paper reports that the experiences of social workers showed the main demands and/or institutional requirements identified during the pandemic period, in addition to showing the main demands brought by users of Social Work

Key- words: Social Service – Covid-19 – Demands

1. INTRODUÇÃO

O presente relato de experiência refere-se ao cotidiano do trabalho profissional vivenciado por assistentes sociais residentes do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) no Rio de Janeiro no ano de 2020. O HUPE, que é vinculado a Universidade do Estado do Rio de Janeiro, compõe o Sistema Único de Saúde, reconhecido na constituição de 1988 e regulamentado nas leis 8080/90 e 8142/90.

A Constituição Federal de 1988 reconhece a saúde como um 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 (CF, 1988, art. 196).

Desde março, a atuação profissional do Serviço Social no HUPE está inserida no contexto mundial pandêmico devido a propagação do novo coronavírus (Covid-19). Em declaração oficial a Organização Mundial de Saúde (OMS)¹⁶⁴, em 11 de março de 2020, elevou para o grau de pandemia a classificação do Covid-19. A medida se baseou no alto grau de propagação do vírus que foi registrado originalmente no continente Asiático e rapidamente se fez presente nos demais e visava também incidir nas ações de combate, principalmente as governamentais, que se encontravam em “falta” no ponto de vista da OMS.

Pretende-se abordar a atuação profissional do serviço social em meio a esta nova realidade da qual os impactos e consequências ainda se encontram em desenvolvimento. Através de um olhar crítico, baseado nos pressupostos e arcabouço teórico e nas legislações que regem a profissão se constrói reflexões sobre as condições concretas vivenciadas no cotidiano profissional. Essas vão estar fortemente marcadas pelo chamado, estendido a todos profissionais que atuam na área da saúde e não só ao serviço social, para estar dia a dia no enfrentamento ao covid-19 em nosso país.

Desde este marco se reorganizará o serviço, surgirão e se aprofundarão demandas no cotidiano profissional, requisições institucionais e se estabelecerá a relação entre as equipes dos serviços e da rede durante este período. Destaca-se que, diante desse cenário, as bases para reflexão que sustentarão esse trabalho foram fundamentais, como poderá ser observado durante o trabalho, para uma atuação comprometida com o Projeto Ético Político da profissão e para o atendimento de qualidade prestado a população usuária.

¹⁶⁴ Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/organizacao-mundial-de-saude-declara-pandemia-de-coronavirus>. Acesso em jul. 2020

2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO E O SERVIÇO SOCIAL: BREVE ANÁLISE DO CENÁRIO DE PRÁTICA.

O cenário de prática trata-se do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), criado no ano de 1950, é uma unidade de saúde pública do Sistema Único de Saúde (SUS), vinculada à Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), que oferece atendimento de média e alta complexidade. O hospital possui serviços ambulatoriais e de internação, disponibilizados em mais de 30 especialidades (HUPE, 2019).

O HUPE está inscrito na área programática (A.P) 2.2¹⁶⁵, entretanto, a unidade recebe usuários da capital, de todos os municípios do RJ e território nacional, via regulação de vagas pelo Sistema Nacional de Regulação (SISREG) ou pelo Sistema Estadual de Regulação (SER). Há ainda outras formas de inserção por ser um hospital universitário e possuir determinados projetos ambulatoriais que viabilizam o atendimento à demanda espontânea da população em dados períodos.

Além de ser uma unidade de referência no tratamento de doenças crônicas e doenças raras, é um espaço de pesquisa e educação, e desenvolve papel importante no processo de formação de profissionais da área da saúde, por meio de residência em saúde, de estágio supervisionado, internos de medicina e outras formas de treinamento.

Não podemos desconsiderar que as unidades de saúde pública, ao longo do tempo, têm sofrido os ataques neoliberais, que se acentuam pela conjuntura política e se expressam fortemente nos cortes dos recursos orçamentários na política de saúde, e com a subordinação, ideológica, política e econômica, dos direitos à lógica orçamentária.

Behring (2019) vai caracterizar o neoliberalismo como uma resposta da burguesia a uma crise estrutural do sistema capitalista, marcada por um quadro geral recessivo com curtos ciclos de recuperação, em que sua essência é uma firme investida sobre os trabalhadores e seus direitos tendo a superexploração de sua força de trabalho como principal objetivo.

Esse cenário de ataques e desmonte expressa a existência de dois projetos em disputa, o Projeto da Reforma Sanitária e o Projeto Privatista. E é nesse espaço que o assistente social está inserido. Cabe resgatar que se tratando do campo de saúde os assistentes sociais atuam sobre as expressões da questão social que se manifestam na particularidade da política de saúde. Há a necessidade do profissional “compreender os determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença, buscando estratégias político-institucionais para o enfrentamento” das expressões da questão

¹⁶⁵ Áreas de Abrangência: Tijuca, Praça da Bandeira, Usina, Grajaú, Andaraí, alto da boa Vista, Maracanã, Vila Isabel, Aldeia campista. Disponível em <http://www0.rio.rj.gov.br/defesacivil/ap2.htm>. Acesso em jul. de 2020.

social conforme aponta o Parâmetro de atuação dos assistentes sociais na saúde. (CFESS, 2010)

Concomitante ao debate, Matos (2017) afirma ser fundamental ao profissional inserido na área da saúde compreender os determinantes da política de saúde e seus rebatimentos no trabalho desenvolvido na instituição e na vida dos usuários. Considera ainda que é nas lacunas geradas pela não implantação do SUS que o profissional de Serviço Social vem sendo demandado a intervir.

A atuação dos assistentes sociais no âmbito da política de saúde, especificamente no HUPE considera ainda, como referência, o Código de Ética Profissional do/a Assistente Social (CFESS, 1993), a Lei de Regulamentação da Profissão (BRASIL, 1993) e as Diretrizes Curriculares para o Curso de Serviço Social (ABEPSS, 1996), assim como os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária e do SUS, para enfrentamento dos desafios postos pelas transformações societárias que se expressam no cotidiano profissional.

Atualmente, o Serviço Social do HUPE está dividido em programas de atenção, são eles: Saúde da Criança, Saúde do Adolescente, Saúde da Mulher, Saúde do Adulto, Saúde Mental, Saúde do Idoso, Centro Universitário de Controle do Câncer (CUCC). O foco deste trabalho refere-se à equipe de Serviço Social da Saúde do Adulto que também contempla o chamado Atendimento Social.

3. SERVIÇO SOCIAL NO PROGRAMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO ADULTO (PASA) E AS DEMANDAS ANTERIORES À PANDEMIA DO NOVO CORONA VÍRUS - COVID-19.

Neste tópico pretende-se dialogar sobre o exercício profissional dos assistentes sociais no serviço de saúde, refletindo as condições objetivas vivenciadas no contexto HUPE/UERJ, a partir de uma perspectiva crítica da realidade.

O Serviço Social que atua no programa Saúde do Adulto é composto por oito staffs, sete residentes do segundo ano (R2), sete residentes do primeiro ano (R1) e sete estagiárias. Esse grupo de profissionais é dividido por subáreas de atenção, pertencentes às Unidades Docentes Assistenciais (UDA). Atualmente, as UDAs que possuem assistentes sociais de referências, são: Hematologia, Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP), Nefrologia, Neurologia, Neurocirurgia, Urologia / Processo Transexualizador e Clínica Médica (enfermaria 11/12).

É a partir da inserção nas UDAs que fica determinado o público alvo de intervenção profissional. Assim, cada equipe de referência das subáreas é responsável por atender e acompanhar as demandas sociais no âmbito ambulatorial e de internação.

A equipe de assistentes sociais do programa Saúde do Adulto, com base nas competências e atribuições privativas dos assistentes sociais, previstas na lei nº 8662/93, e com vistas a um atendimento em saúde de forma integral e melhor qualidade conforme preconizado na lei nº 8080/90, realiza os atendimentos diretos aos usuários por demanda espontânea dos mesmos, atendimentos nas enfermarias de referência para busca ativa dos usuários internados e atendimentos nas enfermarias pelo atendimento social através de pedido de parecer de outras equipes e participação em grupos com os usuários e grupos com a equipe multiprofissional.

Além da rotina das áreas de atuação específica, uma vez por semana um grupo de assistentes sociais da Saúde do Adulto (uma staff, uma residente de primeiro ano, uma residente de segundo ano e uma estagiária) ficava responsável pelo Projeto do Atendimento Social, para atender os usuários das áreas que não possuem assistente social de referência e os usuários que não são acompanhados no HUPE, mas buscam o serviço social para orientações.

No atendimento social, anteriormente à pandemia foi possível identificar um grupo de demandas apresentadas pelos usuários que não necessariamente perpassam pela intervenção do serviço social, tais como remarcação de consultas; inserção nos serviços ambulatoriais sem regulação seja pelo Sistema de Regulação de Vagas (SISREG) ou Sistema Estadual de Regulação (SER); acesso a insumos e medicação; acesso a alimentação para pacientes acompanhados nos ambulatórios; pedido de mediação dos assistentes sociais para liberação de acompanhante (em casos não previstos em lei), e, em dadas situações, buscavam também o setor para realizar reclamações de mal atendimentos ou de recursos hospitalares precários.

É importante frisar que ainda que essas demandas não tenham a intervenção direta do assistente social, elas possibilitavam o primeiro contato do usuário com a equipe e devido a essa aproximação com a realidade do usuário, podíamos verificar as questões que de fato cabe intervenção do serviço social.

Além das demandas iniciais supracitadas, também recebemos no atendimento social outras demandas que cabiam maior intervenção tais como as solicitações de orientações previdenciárias e acesso à benefícios socioassistenciais, gratuidade de transporte para tratamento de saúde e/ou Transporte Fora de Domicílio (TFD), recurso à judicialização de

serviços e equipamentos para tratamento de saúde, orientações acerca de sepultamento gratuito e orientação quanto ao saque de benefício durante a internação.

As demandas feitas ao serviço social pelas outras equipes de saúde, sobretudo enfermagem e medicina, geralmente estão relacionadas ao contato com a família dos usuários para facilitar o momento da alta hospitalar e a liberação de leitos. Cabe ainda ressaltar que dentre tais solicitações há uma requisição por parte da equipe multiprofissional para o serviço social referente à solicitação de transporte para Tratamento de Saúde Fora de Domicílio (TFD). É válido mencionar que qualquer profissional de saúde pode realizar a solicitação deste transporte, porém as equipes requisitam que esta seja uma intervenção do serviço social.

Para além dos atendimentos às demandas dos usuários e da equipe multiprofissional, em conformidade com o décimo princípio do Código de Ética de 1993, através do compromisso com a qualidade dos serviços prestado e na busca pelo aprimoramento intelectual também realizamos reuniões de equipe semanalmente, participação em cursos e eventos da categoria profissional e há a vinculação com a faculdade de serviço social da UERJ.

De modo geral, verifica-se que a atuação do profissional busca ultrapassar o caráter emergencial e burocrático, além de pautar-se numa direção socioeducativa por intermédio da reflexão acerca das condições objetivas a que estão submetidos, ação que supere a dimensão informativa e alcance uma dimensão pedagógica e reflexiva.

4. SERVIÇO SOCIAL NO PROGRAMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO ADULTO (PASA) E AS DEMANDAS DIRECIONADAS À EQUIPE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DO NOVO CORONA VÍRUS (COVID-19).

No Brasil o primeiro caso divulgado oficialmente de COVID-19 data de 26 de fevereiro, na cidade de São Paulo. Em menos de 10 dias, se divulga o primeiro caso no Estado do Rio de Janeiro e alguns dias depois se confirma a primeira transmissão comunitária no Estado. Matos (2020) sinaliza que a pandemia vai encontrar um país onde o sistema de saúde vem sendo boicotado desde o seu surgimento e tem como característica desse boicote além de questões relacionadas a gestão o desfinanciamento e o avanço, inclusive ideológico, da lógica privatista. O Estado do Rio, que conta com uma série de instituições de saúde não vai fugir desse quadro mais profundo da saúde do país.

O HUPE, é parte dos hospitais estaduais que serão destacados no Plano de Resposta Emergencial ao Coronavírus no Estado do Rio de Janeiro¹⁶⁶. Passa então a ser um dos hospitais de referência do Estado para o atendimento a pacientes com COVID-19. Desde então o setor do serviço social do hospital, principalmente o setor da Saúde do Adulto, passa por uma reorganização que busca corresponder às novas necessidades impostas pela realidade pandêmica no Estado. No que tange a reorganização dos serviços, que se impôs à toda rede de atenção à saúde, se suspendem e surgem novos calendários e escalas, prioridades, protocolos, etc. ao mesmo tempo que se mantém a hierarquização da rede (MATOS, 2020).

A atuação profissional toma outros contornos diante da impossibilidade de se seguir a normalidade de atendimento característica até o momento. Considerando o cenário, o serviço social suspendeu sua atuação nas áreas específicas, e toda a equipe de assistentes sociais da Saúde do Adulto passou a atender na modalidade do Atendimento Social.

Dessa forma, foi possível acompanhar os casos dos usuários internados com Covid 19 e ainda assim atender a demandas das áreas específicas e demandas espontâneas. A organização da equipe passa a ser feita levando em consideração também as medidas de precaução de contágio e as orientações para que se evite aglomeração em ambientes fechados.

A reorganização da rotina incluiu o uso de máscaras por parte dos profissionais e usuários; treinamento dos profissionais para o uso adequado dos Equipamentos Individuais de Proteção (EPI); e o hospital também contou com a criação de uma tenda para primeiro atendimento e triagem de casos suspeitos ou confirmados de Covid -19. Houve suspensão das visitas¹⁶⁷ e dos acompanhantes; alta hospitalar para os usuários que tinham condições de dar continuidade ao tratamento casa; e as roletas de acesso da população à parte interna do hospital foram lacradas.

Com a elevação dos casos no Estado e na cidade do Rio também se intensifica o cotidiano do trabalho no setor, o número de atendimentos realizados com familiares e/ou pessoas de referência, a solicitação de outros atores da instituição pela nossa atuação profissional e as demandas espontâneas que chegam ao Serviço. Estas últimas passam, quando presencialmente, por uma triagem na recepção onde através do contato telefônico

¹⁶⁶ Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/arquivos-para-baixar/boletins-cib/2342-plano-de-resposta-de-coronavi-rus-ses-rj-atualizado-em-01-04-2020-co-pia/file.html>. Acesso em jul. 2020

¹⁶⁷ Conforme Resolução SES nº 1997 de 13 de março de 2020. Disponível em <https://pge.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MTAyMjc%2C>. Acesso em jul. de 2020.

com esse setor se fazia uma primeira avaliação que buscava identificar a necessidade de um atendimento presencial ou não.

A dinamicidade das relações sociais e de produção, o cenário político conturbado, acompanhado do contexto de pandemia refletiu de forma mais evidente as diferentes expressões da questão social, e seu reatamento na política de saúde, o que implica a necessidade de atuação do Serviço Social. O assistente social é chamado a constituir-se no agente institucional de “linha de frente” nas relações entre a instituição e a população, entre os serviços prestados e a solicitação dos interessados por esses mesmos serviços (Iamamoto, 2013).

Para diferenciar as demandas e requisições institucionais, partimos do significado das palavras. Os dicionários Aurélio¹⁶⁸ e Caldas Aulete¹⁶⁹ definem a palavra demanda como “ação ou efeito de demandar, buscar, procurar”. E definem a palavra requisição como “ação ou resultado de requisitar, exigência legal”. Utilizaremos neste artigo o termo demanda institucional para referenciar aquilo que foi solicitado pela instituição, e conseguimos esclarecer se haveria ou não a necessidade de intervenção do serviço social. Utilizaremos o termo requisição institucional para os casos nos quais a requisição institucional permaneceu sendo destinada ao serviço social para auxiliar nas situações.

A atuação profissional no HUPE durante a pandemia possibilita refletir sobre pelo menos duas demandas institucionais, a primeira refere-se ao contato com os familiares dos usuários internados nas enfermarias de Covid-19; e a segunda relaciona-se à atuação do serviço social no momento do óbito dos usuários de Covid-19. Além das demandas, tivemos uma requisição institucional relacionada aos pertences dos usuários que estiveram internados em CTI/UTI Covid-19.

A demanda de contato com familiar dos usuários internados objetivava a identificação de apenas um familiar de referência para receber por telefone o repasse do quadro clínico pela equipe médica e informar aos demais familiares. Essa demanda representou um desafio para o serviço social, uma vez que, considerando as particularidades e diversidades dos núcleos familiares a escolha de somente um contato de referência por parte desses familiares não foi uma tarefa simples nem fácil, e na maioria dos casos identificamos a existência de conflitos familiares.

Nos casos permeados por conflitos, foi necessário a equipe do serviço social atender diferentes familiares do mesmo usuário, realizamos aproximação com esses indivíduos para compreender o processo. A intervenção do serviço social ocorreu a partir da

¹⁶⁸ Disponível em: <https://www.dicio.com.br/>. Acesso em jul. de 2020.

¹⁶⁹ Disponível em: <http://www.aulete.com.br/>. Acesso em jul. de 2020

prática reflexiva com os mesmos. Dessa forma, ainda que a equipe médica fizesse o repasse apenas para o contato de referência, a equipe de assistentes sociais realizou atendimentos diversos até ser definido por parte dos familiares quem seria o familiar de referência.

Para realização do atendimento presencial foi necessário pensar estratégias em relação à estrutura física da sala de atendimentos, objetivando manter o sigilo profissional, mesmo com a determinação do distanciamento de um a dois metros de uma pessoa para a outra; por isso, grande parte dos atendimentos na pandemia ocorreram por telefone.

Em março de 2020 ocorreu a seguinte orientação do Ministério da Saúde referente à comunicação de óbito:

Recomenda-se que a comunicação do óbito seja realizada aos familiares, amigos e responsáveis, preferencialmente, por equipes da atenção psicossocial e/ou assistência social. Isso inclui o auxílio para a comunicação sobre procedimentos referentes à despedida do ente (Ministério da Saúde, 2020, pág. 6)

Esta recomendação refletiu-se numa preocupação por parte da equipe do Serviço Social sobre a comunicação do óbito, uma vez que já havia ocorrido demandas pontuais para o assistente social relacionadas à comunicação do óbito. Porém, logo em seguida foi publicada a orientação normativa nº 3/2020 do CFESS, que dispõe sobre ações de comunicação de boletins de saúde e óbitos por assistentes sociais. Este documento reforça que “a comunicação de óbito não se constitui atribuição ou competência profissional do/a assistente social” (CFESS,2020).

Assim, a intervenção profissional do serviço social em casos de óbito permaneceu destinada às orientações sobre sepultamento gratuito e o fluxo institucional para reconhecimento de corpo, bem como orientações sobre as recomendações do Ministério da Saúde em casos de óbito de usuários com suspeita ou confirmação de Covid-19. Também atuamos solicitando o suporte da psicologia para atendimentos aos familiares que desejavam atendimento psicológico, tendo em vista as particularidades do óbito e do luto em tempos de pandemia.

Além das demandas institucionais supracitadas, houve uma requisição por parte da instituição referente aos pertences dos usuários que foram internados ou transferidos para os Centros de Tratamento Intensivo (CTI) ou para as Unidades de Tratamento Intensivo (UTI). Ocorre que nesses espaços hospitalares os usuários entram apenas com a vestimenta do hospital, não sendo permitida a entrada de pertences como (carteira, documentos, celular, carregador de celular, alianças, entre outros), e naquele momento não existia no hospital um setor de guardados para arquivar esses pertences até a alta hospitalar.

A requisição da instituição inicialmente foi para que esses pertences ficassem

guardados na sala do serviço social, após negativa por parte da chefia e da equipe, foi criada nova requisição para que o serviço social realizasse o contato com os familiares para a retirada dos pertences. Foram feitas reuniões com a equipe multiprofissional para pensar na resolução dos pertences. Como resultado dessas reuniões foi estabelecido um setor de guardados junto à internação e hotelaria do hospital. Apesar disso, o Serviço Social não ficou excluído desse processo, e foi definido que, nos casos de pertences de usuários que foram à óbito, haveria atuação do serviço social no contato com familiares para a retirada desses pertences.

Além das respostas apresentadas no texto, foi utilizada uma estratégia pela equipe do Serviço Social para responder à essas demandas através do envio de um documento por Comunicação Interna para todas as enfermarias, reafirmando o fazer profissional e as intervenções realizadas pela equipe.

5. DEMANDAS APRESENTADAS PELOS USUÁRIOS AO SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO DA PANDEMIA DO CORONA VÍRUS (COVID-19).

Diante do novo cenário que se apresentou com o avanço do Coronavírus na capital do Rio de Janeiro conforme informações divulgadas pela prefeitura municipal do Rio de Janeiro (2020), a equipe do Serviço Social viu emergir no cotidiano de sua prática profissional diversas demandas trazidas pelos usuários voltadas para esse contexto de pandemia. Essas questões demandam do Serviço Social uma postura e prática educativa, que apesar de já ter adotado anteriormente essa postura em seu exercício profissional, como aponta Torres (2009), com o cenário de pandemia se intensificou ainda mais essa necessidade.

A matriz crítica vem, ao longo dos últimos 20 anos, construindo um modo de estabelecer a intervenção, a partir de uma perspectiva denominada socioeducativa. A perspectiva vem se consolidando desde o final dos anos 1980, como uma marca característica da intervenção profissional. Tal perspectiva reforça que o trabalho realizado pelo assistente social tem como finalidade a consolidação das políticas sociais e públicas como políticas de direitos, cujo objetivo final é a proteção social e a garantia dos direitos sociais. (Torres, 2009, pg. 221)

Os usuários atendidos pelo Serviço Social da Saúde do Adulto (remota ou presencialmente) eram em sua grande maioria familiares dos pacientes internados no HUPE, com enfoque para os familiares de pacientes internados pelo novo coronavírus, com isso foram trazidos por esses usuários demandas relacionadas ao momento de pandemia, sendo essas a respeito principalmente da necessidade de informações clínicas dos pacientes por seus familiares; informações referentes ao fluxo de visitas nas enfermarias não COVID-19; de pacientes que já faziam tratamento anteriormente no HUPE, referente à continuidade desse

tratamento com a pandemia; orientações acerca do Auxílio Emergencial, auxílio esse surgido exclusivamente para o momento de pandemia, instituído pela Lei de nº 13.982/2020.

Foi estabelecido pelo setor de Serviço Social da Saúde do Adulto no HUPE o fluxo de busca ativa para contato com familiares dos pacientes internados pelo novo coronavírus no hospital, via telefone, com objetivo de abertura e coleta de dados para estudo social e orientação. O que se percebeu no primeiro contato com essas famílias era a necessidade primordial de obter informações clínicas a respeito de seus familiares internados, ficando em segundo plano as orientações socioassistenciais.

Nesse momento foi preciso uma atuação socioeducativa por parte dos profissionais envolvidos, não só a respeito de orientar o usuário em si, mas também com o intuito de delimitar e elucidar para o usuário atendido as competências e atribuições acerca da atuação profissional do Assistente Social no âmbito da saúde, clarificando que não compete ao Assistente Social o repasse de informações clínicas ou boletim médico conforme estabelecido pela Normativa n.3/2020 publicada pelo CFESS no dia 31 de março de 2020. Coube ao Assistente Social somente o contato com os familiares para que eles definam o familiar de referência. Além disso, o serviço social realizou orientações sobre o fluxo estabelecidos pelas enfermarias para repasse dessas informações clínicas, visto que, cada enfermaria estabeleceu uma rotina diferente de repasse de informações aos familiares. E realizamos demais orientações acerca de demandas socioassistenciais.

Também se constatou uma demanda crescente por parte dos usuários sobre informações a respeito do fluxo de visitas estabelecido pelas enfermarias para pacientes internados cujo diagnóstico não faz parte do quadro clínico de COVID -19. Com o decreto instituído pela nota técnica publicada no Diário Oficial dia 17/04/2020, segundo informações obtidas pelo site da prefeitura do Rio de Janeiro, que suspende as visitas hospitalares, como medida de precaução para evitar o contágio pela COVID -19, notou-se entre esses usuários e por parte de alguns setores do HUPE uma errônea percepção de que o Serviço Social pudesse de alguma forma intervir no fluxo de visitas estabelecido por essas enfermarias após nota técnica, como apontado no trecho a seguir.

O assistente social tem tido, muitas vezes, dificuldades de compreensão por parte da equipe de saúde das suas atribuições e competências face à dinâmica de trabalho imposta nas unidades de saúde determinadas pelas pressões com relação à demanda e à fragmentação do trabalho ainda existente. Entretanto, essas dificuldades devem impulsionar a realização de reuniões e debates entre os diversos profissionais para o esclarecimento de suas ações e estabelecimento de rotinas e planos de trabalho. (CFESS, 2010, pg. 47)

O papel que cabe ao Assistente Social nessa situação é a mediação com o objetivo de facilitar o acesso e comunicação entre a equipe profissional que integra as enfermarias e

as famílias desses paciente internados, não sendo assim atribuído ao profissional o poder de decisão a respeito do fluxo de visitas, como descrito no Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (2010), o que mais um vez demanda do Assistente Social o exercício profissional de caráter educativo e mediador.

Outra demanda que adveio com a pandemia, foi o atendimento a pacientes que já estavam anteriormente fazendo tratamento no HUPE e que por conta da pandemia algumas especialidades tiveram suas atividades temporariamente suspensas conforme Resolução SES nº 2004 de 18 de março de 2020, publicada no Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro no dia 19 de março de 2020. Nesses casos, foram orientados a respeito de acesso a medicamentos e funcionamento de demais serviços da rede bem como o funcionamento das respectivas secretarias de cada especialidade.

Dentre esses usuários o atendimento de pacientes oncológicos em início de tratamento em busca de vaga pelo Sistema Nacional de Regulação (SISREG), teve uma demanda voltada com uma característica de orientação a acesso de direitos dos mesmos, que traziam consigo uma fala de longa espera por essa vaga com esse novo contexto de pandemia e conseqüentemente a postergação do início de seu tratamento. É necessário reforçar que a legislação de número Lei 12.732/12 de 22 de novembro de 2012 dispõe sobre o início para o tratamento de câncer em um prazo de até 60 dias, e alguns desses usuários precisaram buscar outras instâncias para dar início ao seu acompanhamento de saúde durante a pandemia.

Art. 2º O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único. (Brasil, 2012).

Todavia os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), enfrentam em sua trajetória para a persecução de seu tratamento, os entraves causados pelo desmonte do SUS e pelo avanço do setor privado conforme apontado por Matos (2014), o que ocasiona filas de espera para tratamento infindáveis.

O que se observou nessas situações foi o aprofundamento das problemáticas acima citadas e a dificuldade de atendimentos para esses usuários devido à pandemia, pois os atendimentos ambulatoriais e as cirurgias eletivas foram suspensas devido ao risco de contaminação pelo coronavírus, e à reestruturação do hospital e das enfermarias para o recebimento de usuários com Covid-19.

Ou seja, o acesso aos serviços de saúde que já eram demorados anteriormente, foram ainda mais impactados no contexto de pandemia. Os usuários que já estavam na fila de

espera do SISREG demandavam atendimento e a crescia a demanda de pacientes infectados pela COVID-19 atendidos pelo HUPE e demais hospitais do município do Rio de Janeiro. Em contrapartida também notamos casos de usuários que entravam em contato com o serviço social expressando a necessidade de serem atendidos, porém tinham medo de ir até o HUPE por fazerem parte do grupo de risco.

Em todas as circunstâncias houve uma situação de espera manente dos usuários para o tratamento de suas patologias, acarretando sentimentos de angústia, aflição e desespero, relatados pelos usuários que buscavam o atendimento do Serviço Social demandando alguma forma de resolução da situação. Por fim foi trazido também no âmbito de atuação do Assistente Social na saúde a demanda por orientações referentes ao decreto de Lei de nº 13.982/2020, que institui o Auxílio Emergencial no valor de R\$ 600,00 a R\$ 1.200,00 reais em face da pandemia para parte da população que se encaixava nos critérios definidos.

6. CONCLUSÃO

Foi possível identificar que a intervenção profissional do assistente social no HUPE ganhou novas particularidades durante pandemia. Observou-se o aprofundamento de demandas que já eram anteriormente direcionadas ao serviço social, e outras demandas específicas do contexto pandêmico.

Foi ainda mais evidente a necessidade de atualização e aprimoramento intelectual constante e o contato com a rede de serviços. Houve uma alteração na rede de serviços, muitos serviços foram fechados, outros estabeleceram novas formas de comunicação, protocolos, normativas, orientações foram criadas e atualizadas diariamente; e para realizar um atendimento de qualidade foi preciso estar a par tanto da reorganização dos fluxos internos do hospital e da rede de serviços.

Outro fator fundamental foi o acompanhamento constante das publicações dos conselhos da categoria, dessa forma, a equipe pôde ter respaldo para responder à determinadas demandas e requisições. Nesse contexto, também assistimos as chamadas “lives” de assistentes sociais e professores para refletir sobre a atuação profissional. Além de assistir, a equipe também participou de algumas dessas lives relatando nossa experiência.

Por fim, pode-se inferir que a atuação no contexto do corona vírus enfatizou o dever do assistente social de participar de programas de socorro à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesa de seus interesses e necessidades. E reafirmou a importância do assistente social atuar de acordo com suas atribuições e competências

profissionais definidas nos marcos legais da profissão, com base na Lei de Regulamentação da Profissão e nos princípios do Código de Ética do Serviço Social de 1993.

REFERÊNCIAS

- _____. Código de Ética do Assistente Social. Brasília: CFESS, 1993.
- _____. Regulamentação da profissão do Assistente social. Brasília: CFESS, 1993.
- _____. Orientação Normativa nº 3/2020. Dispõe sobre ações de comunicação de boletins de saúde e óbitos por assistentes sociais. Brasília: CFESS: 31 de Março de 2020.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. ABEPSS.DIRETRIZES CURRICULARES, Lei. Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social. Com base no Currículo Mínimo aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 8 de novembro de 1996. Rio de Janeiro: ABEPSS,1996.
- BEHRING, Elaine Rossetti, Ajuste fiscal permanente e contrarreformas no Brasil da redemocratização. In: Crise do Capital e Fundo Público, Implicações para o trabalho, os direitos e a política social. SALVADOR, Evilasio; BEHRING, Elaine; LIMA, Rita de Lourdes de, (orgs). São Paulo: Cortez, 2019
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Decreto nº 13.982, de 2 de abril de 2020. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.982-de-2-de-abril-de-2020-250915958>. Acesso em: 29 jul. 2020
- BRASIL. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. [S. l.], 22 nov. 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm. Acesso em: 29 jul. 2020.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- 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.
- BRAVO, Maria Inês de Souza [et al.] (organizadoras). Serviço Social e Saúde, Formação e Trabalho Profissional. 4. ed. - São Paulo: Editora Cortez, 2009.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais (2). Brasília: CFESS, 2010.
- HUPE. Hospital Universitário Pedro Ernesto. 2019 Disponível em: http://www.hupe.uerj.br/hupe/Assistencia/ASS_Servico_social/ASS_servicoSocial.php
Acesso: 10/12/2019
- MATOS, Maurílio Castro de. No rastro dos acontecimentos: política de saúde no Brasil. In: DUARTE, Marco Jose de Oliveira; ALMEIDA, Carla Cristina Lima de; MONNERAT, Giselle Lavinias; SOUZA, Rosimary Gonçalves de. (Organizadores). Política de Saúde hoje: interfaces & desafios no trabalho de assistentes sociais. Campinas, SP: Papel Social, 2014, p. 27-46.
- _____, Maurílio Castro de. Serviço Social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional. 2. ed. - São Paulo: Cortez, 2017.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manejo de Corpos no Contexto do Novo Corona Vírus. Covid 19. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Brasília /DF. 25 de Março de 2020.
- PAULA, Darci Cassia. O trabalho do Serviço Social no HUPE: reflexões acerca do reordenamento do Programa de Saúde do Adulto. Monografia de Especialização. 2015.98 f. Curso de Especialização em Serviço Social e Saúde, Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro Outubro, 2015.
- IAMAMOTO, Marilda Vilela. Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma

interpretação histórico-metodológica / Marilda Vilela Iamamoto, Raul de Carvalho. - 38 ed. - São Paulo: Cortez, 2013.

MATOS, Maurílio. Castro. A pandemia do coronavírus (COVID-19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde. Disponível em: <http://www.cress-es.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Artigo-A-pandemia-do-coronav%C3%ADrus-COVID-19-e-o-trabalho-de-assistentes-sociais-na-sa%C3%BAde-2.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2020

PREFEITURA RIO DE JANEIRO. Coronavírus: hospitais da Prefeitura suspendem visitas a pacientes internados e adotam novas medidas para dar informações. Disponível em: <https://prefeitura.rio/saude/coronavirus-hospitais-da-prefeitura-suspendem-visitas-a-pacientes-internados-e-adotam-novas-medidas-para-informacoes-sobre-pacientes/>. Acesso em: 29 jul. 2020.

RIO DE JANEIRO. PREFEITURA RIO DE JANEIRO. Painel Rio Covid-19 terá gráfico com projeção de casos do novo coronavírus. Disponível em: <http://prefeitura.rio/saude/painel-rio-covid-19-tera-grafico-com-projecao-de-casos-do-novo-coronavirus-2/>. Acesso em: 29 jul. 2020.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE (Rio de Janeiro). Secretário de Estado de Saúde. Regulamenta As Atividades Ambulatoriais Nas Unidades De Saúde Públicas, Privadas E Universitárias Com Atendimento Ambulatorial E No Estado Do Rio De Janeiro. Resolução Ses Nº 2004 De 18 De Março De 2020. Rio de Janeiro, 19 mar. 2020. Disponível em: <https://pge.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MTAyNTM%2C>. Acesso em: 29 jul. 2020.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE (Rio de Janeiro). Resolução SES Nº 1997 DE 13 DE Março De 2020. Estabelece Que As Visitas Nas Enfermarias Sejam Restritas A Uma Pessoa Por Paciente E A Suspensão De Atividades Não Assistenciais Nos Hospitais Gerais Públicos E Universitários No Estado Do Rio De Janeiro. Disponível em <https://pge.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MTAyMjc%2C>. Acesso em jul. de 2020.

TORRES, Mabel Mascarenhas. As múltiplas dimensões presentes no exercício profissional do assistente social: intervenção e o trabalho sócio-educativo. Serviço Social em Revista, v. 12, n. 1, p. 202-227.

OS LIMITES E AS POSSIBILIDADES DO TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM CONTEXTO DE PANDEMIA DA COVID-19

Juliana Camilo De Aguiar (Hospital Universitário Pedro Ernesto - Uerj); Lorena Mucy De Oliveira Bezerra (Hospital Universitário Pedro Ernesto - Uerj); Paloma Georgeta Oliveira Godinho (Hospital Universitário Pedro Ernesto - Uerj); Sthephanie Belo Meireles (Hospital Universitário Pedro Ernesto - Uerj);

RESUMO: O presente trabalho traz um relato de experiência profissional de quatro assistentes sociais, enquanto residentes do Programa Uniprofissional em Saúde no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), inserido no programa saúde do adulto, no período de pandemia da COVID-19. O objetivo do relato é sistematizar e aproximar o debate do trabalho desenvolvido durante o contexto da COVID-19 que resultaram nas transformações dos espaços sócio ocupacionais. Dentro dessa conjuntura evidenciam-se limites e possibilidades no processo de trabalho frente às problemáticas da pandemia em contexto nacional.

Palavras chaves: Serviço Social. Saúde. COVID-19. Trabalho. Pandemia.

RESUMEN: El presente trabajo cuenta con la experiencia profesional de cuatro trabajadoras Sociales, actuales residentes del Programa Uniprofessional en Salud del Hospital Universitario Pedro Ernesto (HUPE), de la Universidad Estatal de Rio de Janeiro (UERJ), incluido a su vez en el programa de salud para los adultos en el periodo de la pandemia COVID-19. El objetivo del informe es sistematizar y aproximar el debate generado a partir del trabajo realizado durante la contingencia del COVID-19 que derivó en transformaciones de los espacios socio ocupacionales. Dentro de este contexto, se evidencian limites y posibilidades en el proceso de trabajo frente a las problemáticas de la pandemia identificadas en el contexto nacional.

Palabras claves: Trabajo Social. Salud. COVID-19. Trabajo. Pandemia.

1. INTRODUÇÃO

No dia 11 de março de 2020, a COVID-19 foi qualificada pelo órgão internacional supracitado como pandemia, após a constatação de contaminação de 118 mil pessoas em 114 países e com 4.291 mortes pelo vírus, segundo matéria noticiada pela *BBC*. Até o presente momento, 4 meses após esta qualificação, os dados fornecidos, até o mês de julho, mostram que já são quase 16 milhões de pessoas contaminadas pelo vírus tendo em torno de 640 mil mortes.

Este contexto vivenciado no mundo, com expressões continentais diversas, é entendido como um dos maiores desafios sanitários do presente século, tendo em vista este cenário que provoca incertezas em todos os níveis: seja pela insuficiência do conhecimento científico sobre o coronavírus e suas sequelas, seja pela adoção universal do isolamento¹⁷⁰ e distanciamento social¹⁷¹ como principal medida de precaução à disseminação do mesmo.

No Brasil, o primeiro caso confirmado ocorre em São Paulo, no dia 26 de fevereiro. Um mês depois, no dia 20 de março, o Ministério da Saúde (MS), através da portaria nº 454, declara transmissão comunitária em todo território nacional, medida tomada quando não é mais possível identificar a origem da contaminação dificultando, assim, o controle do vírus. Essa declaração, de forma prática, sinaliza para uma adoção de medidas, em âmbito nacional, que promovam o distanciamento social e medidas para controle da velocidade de disseminação do vírus.

Atualmente, 4 meses depois do primeiro caso, o Brasil ocupa o posto de segundo maior país atingido pelo novo coronavírus tendo, de acordo com os dados disponibilizados pelas Secretaria de Saúde, a marca, aproximadamente, de 2,4 milhões de pessoas contaminadas e mais de 86 mil mortes. Essa realidade posta pela COVID-19, para além dos números, trouxe a necessidade de readaptação do modo de vida pautado, principalmente, pela adoção do isolamento e distanciamento social.

Pensar o exercício profissional é considerar a realidade angustiante que esse novo tempo coloca dentro da realidade brasileira. Sendo o Brasil o país que ocupa, na divisão internacional do trabalho, o lugar de país dependente, em desenvolvimento, marcado pela discrepância das desigualdades sociais e que ainda tem uma grande parte da população vivendo em condições de vida precárias. Uma população marcada por problemas estruturais relacionados ao saneamento básico e insalubridade o que propicia a proliferação do vírus.

¹⁷⁰ Segundo informações disponibilizados no portal *TelessaúdeRS* essa é uma medida que tem como principal foco a separação de pessoas doentes das não doentes, evitando assim a propagação do vírus.

¹⁷¹ É uma estratégia de controle do vírus que visa a diminuição do contato social, assim, diminuindo a possibilidade de transmissão do vírus. Medida que se aplica quando uma determinada localidade decreta o estado de transmissão comunitária.

De um lado, há uma população usuária já fragilizada lidando com o adoecimento por uma doença desconhecida ao mesmo tempo em que vivencia a intensificação da questão social. Por outro lado, profissionais de saúde também vivenciando o desconhecido e com o medo de infectar-se e colocar sua família em risco. Além, da realidade de um governo negacionista, que se desfaz das recomendações da Organização Mundial de Saúde sobre o isolamento e quarentena - que se mostraram efetivos no controle do vírus- e defende o retorno do convívio social, principalmente das atividades econômicas, sendo precursor de informações falsas que atrapalham o enfrentamento e controle do vírus.

Diante da pandemia e da necessidade de restrição de contato direto com os usuários, conforme recomendações de proteção e prevenção, foi necessário pensar novas alternativas que viabilizassem a continuidade do trabalho dentro desse novo contexto. A busca por uma forma de intervenção que continuasse a atender à garantia de direitos dos usuários e ao mesmo tempo tentando garantir o máximo de proteção a saúde dos próprios profissionais.

O relato de experiência profissional surge nesse contexto de pandemia em um momento de inquietações e reflexões sobre o processo de trabalho do Serviço Social desenvolvido em um hospital de referência para atendimento de COVID-19. A realização desse trabalho surge na urgência da sistematização da prática- pensando na produção do conhecimento- no período que começou em março de 2020- e ainda permanece em curso. Seu objetivo é de analisar a realidade dentro do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), através da exposição do trabalho do assistente social inserido na área da Saúde do Adulto e da exposição do trabalho que tem sido desenvolvido no curso da pandemia. O trabalho foi construído por quatro Assistentes Sociais da Residência Uniprofissional da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), mas faz parte de um trabalho coletivo de uma equipe com 20 trabalhadoras¹⁷² que estão no cotidiano da Instituição.

A sistematização do trabalho está desenvolvida a partir de normativas e debates que foram colocados em uma conjuntura que mudava a cada dia, porém baseadas no código de ética do Assistente Social, notas do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e normas próprias da profissão. O relato está dividido em duas grandes seções a qual a primeira será uma breve análise como o trabalho do Serviço Social era desenvolvido no HUPE, momento anterior à pandemia e, na segunda seção, de que forma o hospital e a prática do Assistente Social se reformulou com as consequências da COVID-19 e quais foram o limites e possibilidades perante a uma circunstância atípica.

¹⁷² Seis residentes de primeiro ano, sete residentes de segundo ano e sete preceptoras com todas no cargo de Assistente Social.

2. PROCESSO DE TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO NA ATENÇÃO À SAÚDE DO ADULTO

O HUPE é uma unidade de saúde pública vinculada à UERJ. No Sistema Único de Saúde (SUS) a unidade é referência na atenção à saúde de média e alta complexidade de doenças crônicas e raras, composto por equipes multidisciplinares, disponibiliza serviços de alto custo, dispostos em serviços ambulatoriais e de internação.

Possui mais de 60 especialidades e subespecialidades organizadas em Unidades Docentes Assistenciais (UDA's), com natureza e gestão eminentemente pública, geridos por professores da área médica. Constituindo, assim, espaço privilegiado de educação, pesquisa e formação continuada para as diferentes áreas e saberes profissionais, dentre eles, o Serviço Social em suas frentes de trabalho e cenários de prática.

Em consideração ao momento histórico na atual conjuntura, o contexto de pandemia (COVID-19), de modo drástico, impôs as diferentes áreas de atuação profissional a reorganização do trabalho, sobretudo aos profissionais de saúde, inclusive aos Assistentes Sociais. A exemplos, a organização física do espaço institucional, o fluxo, dinâmica e rotina institucional, a adequação aos novos processos de trabalho, a reformulação de instrumentos, a utilização de novos instrumentos tecnológicos, modificação da escala de trabalho, dentre outros. Pode-se dizer que temos o processo de trabalho antes e durante, conforme mencionamos abordar.

Anterior a vivência da pandemia, a equipe de serviço social do HUPE, na atenção à saúde do adulto, se dividia em frentes de trabalho, a saber: atenção às pessoas que vivem com HIV/AIDS; doenças renais crônicas e agudas; doenças neurológicas e neurocirurgia, e atenção às pessoas com doenças hematológicas e no plantão social (cobertura de outras especialidades). A concepção de saúde defendida é pautada na compreensão da saúde ampliada, que abarca os determinantes e condicionantes sociais no processo saúde-doença, previsto na Lei 8.080 e 8.142/90, e em conformidade com os princípios e diretrizes do Movimento da Reforma sanitária.

De acordo com documentos institucionais próprios, o serviço social passa a se inserir na instituição na década de 1960, e desde então vem passando por processos significativos, no que tange a organização do trabalho profissional desenvolvido, acompanhando o movimento e dinâmica da sociedade, dos usuários e da própria instituição de saúde. Em decorrência do momento vivenciado, pandemia coronavírus (COVID-19), o serviço, que desde o ano de 2015 se mantinha no mesmo formato de atuação, passa a buscar reformulações para um reordenamento no aspecto do processo de trabalho, que se inicia nos primeiros dias

do mês de março de 2020, após declaração de pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Cabe destacar que, logo que ocorre a declaração pelo órgão internacional, já se observou os impactos na rede de atenção à saúde referida, que culminou na suspensão de cirurgias eletivas e de consultas nos ambulatórios, modificando substancialmente o trabalho como um todo na unidade, elencada como umas das instituições de referência para tratamento da doença (COVID-19) no Estado do Rio de Janeiro, alta complexidade, seguido de normativas que balizaram o reordenamento no âmbito do estado segundo o Plano de Resposta de Emergência ao Coronavírus no Estado do Rio de Janeiro.

Com a apresentação do novo contexto a ser enfrentado, medidas como distanciamento social e precauções diversas para a contenção de disseminação do vírus começam a ser difundidas e empregadas no cotidiano da vida social dos sujeitos e, notadamente, no âmbito institucional para os trabalhadores e usuários do serviço de saúde, como questão de proteção a ambos, consoante as orientações das entidades sanitárias vigentes.

Como exemplo de algumas das mudanças no processo de trabalho citamos: as tarefas prioritizadas são relacionadas a busca ativa por familiar de referência dos usuários, via contato telefônico, respostas aos pedidos de parecer da equipe e atendimento de demanda espontânea dos familiares de usuários internados nas unidades COVID-19, com divisão de equipes de trabalho compostas por Residentes de primeiro e segundo ano e staff's de serviço social. Ações essas que objetivaram/objetivam a continuidade dos atendimentos e serviços sociais prestados à população usuária e, concomitantemente, o resguardo dos profissionais de saúde que se encontram na linha de frente contra o novo coronavírus.

Conforme atenta Iamamoto (2015), o Serviço Social é entendido como uma especialização da divisão social e técnica do trabalho e integra os vários processos do trabalho coletivo. Como trabalhador intelectual e assalariado o assistente social dispõe de *relativa autonomia*, e no cotidiano do exercício profissional, tem a possibilidade de imprimir direção social que favoreça aos interesses da classe trabalhadora, no acesso aos bens e serviços, na qualidade dos serviços prestados, em consonância com o código de ética profissional vigente (1993) e do Projeto Ético-Político do Serviço Social brasileiro (PEP), que, por sua vez, se coaduna a reforma sanitária, na defesa da saúde pública, gratuita e de qualidade.

E, é nesse momento de calamidade que o serviço social, como categoria profissional, respaldada pelo código de ética atual (1993) e pelo compromisso firmado junto ao Projeto Profissional Crítico, é evocado como atividade essencial e mostra sua relevância interventiva

nas expressões da questão social, ora ocasionadas pelo contexto do neoliberalismo, e agora, agravadas pela pandemia coronavírus (COVID-19).

Corroborar-se que, por meio do vigente código de ética da categoria profissional:

Art. 3º - São deveres do/a assistente social:

- a- desempenhar suas atividades profissionais, com eficiência e responsabilidade, observando a legislação em vigor;
- b- utilizar seu número de registro no Conselho Regional no exercício da Profissão;
- c- abster-se, no exercício da Profissão, de práticas que caracterizem a censura, o cerceamento da liberdade, o policiamento dos comportamentos, denunciando sua ocorrência aos órgãos competentes;
- d- participar de programas de socorro à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesa de seus interesses e necessidades (CFESS, 1993).

Dessa maneira, se nota a importância do Serviço Social na prestação dos serviços sociais à população usuária, com rebatimento no processo de trabalho profissional expresso por demandas sociais diversas e complexificadas. Desse modo, partindo desse lugar pretendemos aproximação com a nova realidade apresentada no cotidiano do exercício profissional do assistente social, no contexto de saúde em tempos de pandemia.

3. A REORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO CONTEXTO DE PANDEMIA

Sendo os assistentes sociais partícipes da classe trabalhadora, inseridos na divisão sociotécnica do trabalho, de acordo com o estabelecido pelo próprio Código de Ética do/a Assistente Social a “participação de programas de socorro à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesa de seus interesses e necessidades” (CFESS, 2012, artigo 3, inciso d). Assim, a continuidade do trabalho do Serviço Social é fundamental dentro desse contexto de pandemia, mais ainda quando se insere dentro de uma unidade de saúde reconhecida como serviços essenciais¹⁷³, como um hospital que se tornou referência no Estado do Rio de Janeiro, e que se reestruturou, em um primeiro momento até a construção dos hospitais de campanha, para atender casos exclusivos de infectados com coronavírus.

O trabalho do Serviço Social, dentro do fluxo do atendimento da COVID-19, inicialmente, foi requisitado pela equipe da primeira Unidade de Tratamento Intensiva (UTI) específica para a COVID-19, cabendo como uma das funções centrais no trabalho do Serviço Social o acolhimento, estabelecendo contato com o familiar do usuário internado para

¹⁷³ Segundo decreto N° 10.282 de 20 de março de 2020 que dispõe sobre a definição de serviços públicos e atividades essenciais, no funcionamento diante da pandemia, a assistência à saúde inclui-se como atividade essencial indispensável.

identificar uma pessoa de referência para o repasse e recebimento de informações do quadro de saúde e articulação com a equipe médica. O desenvolvimento dessa ação segue as orientações da nota técnica Nº1/2020 do Governo do Estado do Rio de Janeiro, junto a Secretaria de Estado de Saúde na Subsecretaria de Regulação e Unidades Próprias.

No que refere ao acolhimento aos familiares dos usuários com suspeita ou diagnóstico de COVID-19, no período de internação nas Unidades Estaduais, ficou instituído a organização da unidade para garantir o direito a informações da rede familiar sobre os usuários internados com contato contínuo da equipe médica em consideração à restrição de visitas de familiares. Diante disso, o Serviço Social passou a trabalhar em busca ativa para identificação de familiar de referência dos usuários que davam entrada no hospital com suspeita ou com diagnóstico da COVID-19. Inicialmente, os dados principais de identificação da pessoa de referência foram sendo alimentados em uma planilha. O contato visava, principalmente, a socialização de informações aos familiares sobre o fluxo institucional no âmbito das enfermarias para repasse de boletim médico.

No que cabe a qualificação da atuação do Serviço Social, destaca-se a criação de uma nova ficha de atendimento denominada “Ficha de Atendimento COVID-19”, que reformula e especifica as particularidades das demandas sociais no contexto de pandemia. Ressaltamos que, anterior a esse contexto, a elaboração de estudo social já existia como um dos instrumentos no processo de trabalho. Dessa forma, a ficha específica para atendimento da COVID-19 é um estudo mais simplificado, mas importante no sentido da coleta das informações sobre composição familiar, situação trabalhista, assistencial, de identificação do usuário e de compreensão da família no contexto de pandemia frente ao isolamento social, bem como para posterior qualificação de dados e mensuração do trabalho desenvolvido.

O atendimento então, passa a ser no sentido de identificar as demandas sociais para orientações visando a garantia de direitos e orientações de práticas educativas em saúde pensando a realidade da família. As informações foram colhidas com a pessoa de referência, assim houve uma dificuldade de sistematização de dados dos usuários, principalmente, no que refere ao campo cor, uma vez que essa é uma informação autodeclaratória. Foi identificada pela equipe a necessidade de sistematização desses dados colhidos para possibilitar o processo de sistematização das informações para estudo, reflexão e posteriormente, como base para elaboração de trabalhos e pesquisa com objetivo de compreender as especificidades da população usuária atendida no contexto de pandemia. Além disso, foram criados instrumentos de sistematização dos dados básicos, dos usuários que tiveram entrada no hospital, em planilhas online para facilitar o processo de trabalho frente a grande demanda e intensidade do ritmo de trabalho.

Dentro desse trabalho desenvolvido, uma das alternativas encontradas, visando a proteção dos usuários e dos próprios profissionais, utilizamos outros meios de comunicação que ganharam maior espaço no cotidiano de trabalho como redes sociais, para obtenção de informação sobre fluxo de atendimento de instituições e serviços e para contato da equipe, telegramas, para contato com familiar, e principalmente o contato telefônico, conforme recomendação do CFESS, resguardando o sigilo profissional e disponibilizando mediação entre a família e equipe médica.

Mediante observação e avaliação preliminar do trabalho em atual desenvolvimento, identificamos que, os meios de comunicação supracitados estão sendo de grande importância para continuidade do trabalho do setor e na comunicação entre a própria equipe de serviço social na área de atenção à saúde do adulto. Destaca-se também, que em conformidade com a instrução das entidades governamentais vigentes, algumas profissionais (que fazem parte do grupo de risco) foram afastadas das atividades laborativas presenciais, desenvolvendo, assim, o trabalho no âmbito domiciliar, de modo remoto. Com isso, os meios de comunicação são imprescindíveis para: comunicação entre a própria equipe, repasse e continuidade de acompanhamento dos casos atendidos, que permitiram a continuidade de atividades comumente do serviço, a mencionar, as reuniões de supervisão, via plataformas digitais de vídeo, no período de uma vez por semana.

Na articulação com a rede socioassistencial, os meios de comunicação sempre foram imprescindíveis e se reforça na dada conjuntura, principalmente, diante da reorganização das instituições para atendimento via contato telefônico ou por meio virtual. Foram realizadas pesquisas cotidianas com o intuito de saber como estava a rede de serviços, direitos, orientações sobre prevenção e demais direções que eram colocadas na realidade da pandemia.

Posto isso, identifica-se mudanças na rotina de trabalho, principalmente, no que se refere no contato com a população usuária. Anteriormente à pandemia, a maioria dos atendimentos dos assistentes sociais na unidade eram presenciais, tanto em nível ambulatorial como nas enfermarias com os usuários e familiares/colaterais. A mudança da rotina ocasionou a perda do contato direto com os usuários confirmados ou suspeitos da Covid-19. Assim, os atendimentos foram substituídos em grande parcela para contato telefônico e, as intervenções básicas dos profissionais, como, por exemplo, entrevista social passaram a ser realizadas via contato telefônico, em caráter excepcional, tendo a observância dos princípios, valores, direitos e deveres e, mais precipuamente, o resguardo do sigilo profissional na atuação cotidiana.

Entretanto, a saber, mesmo buscando a qualificação do trabalho consonante com os pressupostos estabelecidos nas legislações e diretrizes profissionais do Serviço Social, esses mecanismos não novos que permeiam as condições éticas e técnicas do exercício profissional na direção de um atendimento humanizado, mas reformulados, colocam limites e questões para prática profissional. Um dos principais identificados refere-se ao sigilo profissional, devido ao prejuízo do contato direto com o usuário, aparece repasse de informações que são de cunho particular e que devem ser resguardadas na relação profissional-usuário uma vez que as entrevistas sociais são realizadas com a rede de apoio formada por familiares e colaterais.

Cabe destacar, que o contato telefônico ocorre através da busca ativa aos familiares, e por demanda espontânea da pessoa de referência, através do telefone institucional. Alguns limites identificados neste processo, também envolvem a dificuldade de um primeiro atendimento de forma não presencial, tendo em vista o momento de fragilidade perante o adoecimento e a restrição de contato com a pessoa internada. Percebeu-se que muitos familiares encontravam no contato com o Serviço Social um momento de externalizar suas expectativas, angústias e temores exigindo do profissional o exercício de um acolhimento¹⁷⁴ humanizado capaz, também, de direcionar o atendimento visando a compreensão das suas necessidades.

Em contrapartida, havia situações em que os familiares de referência sentiam desconforto com o contato do assistente social e com isso continham-se ao dar informações ou se mostravam desconfortáveis com o atendimento realizado questionando sua intervenção. Entende-se que nesta situação não há um conhecimento sobre a atuação do Serviço Social o que torna necessário o conhecimento do profissional sobre sua prática e atuação tornando-a compreensível para a população usuária.

Outra questão identificada, está relacionada às demandas direcionadas ao Serviço Social que fugiam das suas competências e atribuições. A nível de exemplificação, era corriqueiro os familiares dos usuários ligarem para o setor questionando o funcionamento dos ambulatórios e desmarcação das consultas agendadas antes da pandemia. Como também usuários, e até mesmo outros profissionais, que buscavam o setor para relatar perda de pertences, da pessoa internada, quando havia troca de enfermaria ou alta, mesmo o Serviço Social não tendo ingerência sobre as questões de hotelaria do hospital. Sobre esse último ponto, foi importante a articulação da equipe para criar, juntamente com outros setores do

¹⁷⁴ Utiliza-se o termo em acordo com o Ministério da Saúde que identifica o acolhimento como um instrumento de “produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia de acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços.” (BRASIL, 2010, p. 18).

hospital, um fluxo para guarda de pertences de usuários quando é feita a troca de enfermarias para UTIs. Diante da pandemia, a perda de itens pessoais dos usuários internados surgiu como uma grande problemática, uma vez que no funcionamento normal do hospital os familiares eram responsáveis por recolher os itens pessoais dos usuários internados quando eram transferidos para uma UTI. Com a restrição de visita dos familiares e a falta de um setor de guarda-volumes no hospital, responsável para essa situação, as perdas dos pertences acabavam ocorrendo com frequência. Assim, o posicionamento de reafirmação do Serviço Social diante dessa medida institucional foi essencial visto a tentativa de responsabilizar o serviço por uma atribuição administrativa que foge da sua competência.

Assim, diante desse contexto, o Serviço Social se tornou uma ponte importante entre os usuários e a instituição, principalmente, no que se refere a socialização de informações sobre a organização do próprio hospital. A atuação do Serviço Social da Saúde do Adulto do HUPE, conseguiu atingir uma considerável parcela no atendimento aos usuários internados no HUPE, apesar da equipe reduzida e da intensidade das internações, totalizando 289¹⁷⁵ atendimentos, do período de março até junho, dos 717 pacientes que passaram pelo hospital no mesmo período. Atendimento que em sua maioria foi realizado por contato telefônico e apesar dos limites de comunicação que essa realidade coloca, a atuação do Serviço Social atuou com um esforço para atender o usuário em sua integralidade pensando articulação com rede, orientações sociais visando o acesso a direitos sociais, a sistematização de dados que são de suma importância para a compreensão da realidade do contexto vivido e que possibilitará a produção de conhecimento.

Finalizando, o cenário posto se apresenta como novidade em diferentes aspectos, seja na informação sobre o próprio COVID-19 - que está em constante mudança- seja pela reorganização das instituições, do saber científico, das legislações e da própria produção de conhecimento do Serviço Social nesse cenário a equipe se empenhou quanto a qualificação participando de aulas, simpósios e cursos em plataformas online. Sendo essa uma atuação em consonância com os dispositivos do Código de Ética da profissão no que refere, principalmente, a um dos princípios fundamentais que norteiam a profissão conforme o Código de Ética de 1993 é: “compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional. ”

4. CONCLUSÃO

¹⁷⁵ O dado foi referenciado a partir da planilha do levantamento, realizado pela equipe de Serviço Social, para acompanhamento dos usuários internados nas enfermarias e UTI.

Com base no que foi exposto do trabalho do serviço social no HUPE, podemos nos aproximar sobre o debate dos limites e possibilidades diante da pandemia do Coronavírus que conduziu uma mudança no trabalho do/a Assistente Social. Dentre as possibilidades identificados na atuação do Serviço Social, neste contexto, segue na direção de um compromisso ético-político firmado no denominado Projeto Ético-Político do Serviço Social. Apesar das dificuldades encontradas referentes, principalmente, a perda do contato direto com o usuário e a atuação dentro de um contexto de extrema vulnerabilidade social e emocional as possibilidades encontradas não destoam do já firmado compromisso com os princípios do SUS. Assim, ainda que na conjuntura adversa que se apresenta pensar na integralidade do sujeito é essencial tendo em vista a percepção do sujeito em sua totalidade para além do adoecimento.

Refletindo sobre os limites e potencialidade postos a prática profissional, cabe ao assistente social, ao desenvolver suas ações no seu espaço de trabalho, o compromisso ético de oportunizar sua conduta articulando a dimensão técnico-operativa interagindo de forma dialética com as dimensões teórico-metodológica e ético-política. Com entendimento que sua ação profissional não proporciona uma transformação social de forma isolada, reconhecendo todos os limites e tensões que permeiam a prática e a autonomia profissional, as condições adversas como as vivenciadas na contemporaneidade decorrentes da pandemia, de fragilidade e retrocessos ora vivenciados na vida e saúde dos sujeitos sociais, mas tendo como diretriz esse comprometimento com os pressupostos estabelecidos pelo atual Projeto Ético-Político do Serviço Social. Reconhecendo que as ações profissionais como qualquer ação humana é política, inserido dentro das relações humanas que são repletas de contradições, sendo estas as que podem oportunizar contraditoriamente sua própria transformação (LIMA; MIOTO, 2011).

As transformações trazidas pelo contexto da pandemia, exigem, mais ainda, uma atuação que foge das ações imediatas. Como lembra Guerra (2000) as intervenções devem ser pautadas na análise crítica da realidade que combinam os conhecimentos teórico e metodológico trazendo respostas mais qualificadas. Assim, mesmo que na intensidade da realidade vivida, seja pela intensificação dos atendimentos ou seja pela modificação constante da realidade apresentada, a prática reflexiva foi fundamental para não cair nos imediatismos que o cotidiano coloca.

Deste modo, pensar o hospital universitário como um espaço privilegiado para produção de conhecimento, a produção e criação de instrumentos específicos para atuação nesse contexto permitiu não só a aproximação da realidade do sujeito e assim na viabilização de direitos. Como também, possibilitou um rico acervo de dados importantes para a



reafirmação do próprio Serviço Social, tanto institucionalmente, quanto profissionalmente mediante as produções de trabalhos como pesquisas, Trabalhos de Conclusão de Residência (TCR), realização de perfil do usuário, que estão em andamento.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Governo do Estado do Rio de Janeiro. Nota Técnica – SVS/SES-RJ Nº 01/2020 de 28 de janeiro de 2020. Apresenta o novo coronavírus. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/01/1048858/sei_erj-2894093-nota-tecnica.pdf> Acesso em 26 Jul. 2020.

BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, Disponível em :<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em: 29 Jul. 2020.

BRASIL. Lei 8142/90 de 28 de dezembro de 1990. Disponível: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm> acesso em: 29 Jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ª ed. 5. reimp. Brasília, 2010. Disponível em : <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf> Acesso em: 29 Jul. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Código de Ética do Assistente Social. Brasília: CFESS, 1993.

_____. CFESS divulga nota sobre o exercício profissional diante da pandemia do coronavírus. CFESS, 18 de mar. de 2020. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1679>>. Acesso em 26 Jul. 2020.

_____. Resolução CFESS nº 493/2006 de 21 de agosto de 2006. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao_493-06.pdf>. Acessado 29 Jul. 2020.

_____. Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde. Brasília: CFESS, 2010. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf>. Acesso em: 29 Jul. 2020.

Coronavírus: o mapa que mostra o alcance mundial da doença. BBC, 10 de Jul de 2020. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/internacional-51718755>> Acesso em: 27 Jul. 2020.

Coronavírus: OMS declara pandemia. BBC, 11 de mar. de 2020. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/geral-51842518>> Acesso em: 27 Jul. 2020.

FIOCRUZ. BIO-MANGUINHOS. O que é uma pandemia, 23 de Mar. de 2020. Disponível: <<https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/1763-o-que-e-uma-pandemia>>. Acesso em 26 Jul. 2020.

FIOCRUZ. RBLH BRASIL, Rede Global de Bancos de Leite Materno. Disponível em: <https://rblh.fiocruz.br/sites/rblh.fiocruz.br/files/usuario/80/23._plano_de_resposta_de_emergencia_ao_coronavirus_no_estado_do_rio_de_janeiro.pdf> Acesso 29 Jul. 2020.

FIOCRUZ. RBLH BRASIL. Plano de Resposta de Emergência ao Coronavírus no Estado do Rio de Janeiro. Disponível em :<https://rblh.fiocruz.br/sites/rblh.fiocruz.br/files/usuario/80/23._plano_de_resposta_de_emergencia_ao_coronavirus_no_estado_do_rio_de_janeiro.pdf>. Acesso 29 Jul. 2020.

GUERRA, Yolanda. Instrumentalidade do processo de trabalho e Serviço Social. In: Revista Serviço Social e Sociedade n. 62. São Paulo: Cortez, 2000. Disponível em: <<http://unesav.com.br/ckfinder/userfiles/files/Yolanda%20Guerra%20instrumentalid.pdf>> Acesso em 29 Jul. 2020

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO. HUPE. *Institucional*. 2020. Disponível em: < http://www.hupe.uerj.br/hupe/Especialidades/especialidades_principal.php >. Acesso em: 29 Jul. 2020.

_____. INSTAGRAM. Dados divulgados nas redes sociais do HUPE. Disponível em : <<https://www.instagram.com/explore/locations/250637674/brazil/rio-de-janeiro-rio-de-janeiro/hupe-hospital-pedro-ernesto/>>. Acesso em: 29 de jul. 2020.



IAMAMOTO, Marilda Villela. O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. In: O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 2015.

LIMA, T. C. S.; MIOTO, R. C. T. Ações socioeducativas e serviço social: características e tendências na produção bibliográfica. *Temporalis*, Brasília (df), ano 11, n.21, p. 211-237, jan./jun. 2011.

MATOS, M. C. O neofacismo da política de saúde de Bolsonaro em tempos perigosos da pandemia da Covid-19. *Para Além da Quarentena*, Org. GOMES, R. L. R.; LOLE, A., STAMPA, I. Mórula Editorial, 2020.

TELESSAÚDERS. TelesasaúdeRS no combate à COVID-19, 2020. Qual a diferença de distanciamento social, isolamento e quarentena?. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/posts_coronavirus/qual-a-diferenca-de-distanciamento-social-isolamento-e-quarentena/>. Acesso em 29 Jul. 2020.

ANÁLISE DOS IMPACTOS DA PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS NAS DEMANDAS RECEBIDAS NA OUVIDORIA DO SUS DO NATAL/RN

Maria Luiza Rodrigues Da Cruz (Ufrn); Thaysi Cruz Da Costa (Ouvidoria Do Sus De Natal); Thalita Kelly Cabral Do Nascimento (Ufrn); Sarah Rebeca Sales Marques (Ufrn).

RESUMO: A dinâmica das relações sociais e de trabalho têm sido alteradas pela pandemia do coronavírus, isso permeia em todas as instâncias, inclusive a área da saúde, diante dessa assertiva o objetivo deste artigo é analisar os impactos da pandemia do novo coronavírus nas demandas recebidas na Ouvidoria do SUS de Natal/RN, discorrendo sobre alguns determinantes histórico-sociais inseridos no contexto da saúde pública e o papel da Ouvidoria enquanto espaço de controle social, visando estabelecer um diálogo sobre a importância do trabalho da Ouvidoria e as problemáticas enfrentadas no serviço público de saúde.

Palavras-chaves: Covid-19; Ouvidoria do SUS; Saúde Pública.

ABSTRACT: The dynamics of social and work relations have been altered by the coronavirus pandemic, this permeates in all instances, including the health area. Given this assertion, the objective of this article is to analyze the impacts of the new coronavirus pandemic on the demands received at the Ombudsman of SUS in Natal/RN, discussing some historical and social determinants inserted in the context of public health and the role of the Ombudsman as a space for social control, aiming to establish a dialogue on the importance of the ombudsman's work and the problems faced in the Public Health Service.

Keywords: Covid-19; Ombudsman of SUS; Public Health.

1 INTRODUÇÃO

A pandemia do novo coronavírus trouxe novas demandas para convívio social, que exigiram respostas imediatas do Governo, em instância federal, estadual e municipal, através das Políticas Públicas e Sociais no Brasil. Contudo, a pandemia também proporcionou mais evidência às problemáticas do sistema público em atender as necessidades da população na sua forma mais básica. Pois, se por um lado o Sistema Único de Saúde (SUS) demonstrou sua necessidade e eficiência para atender os pacientes com COVID-19 nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA's), Hospitais públicos e ainda fornecer medicamentos e orientações essenciais à população, por outro lado também mostrou a sobrecarga de um sistema que há muito tempo precisa de mais investimento.

Diante disso, o trabalho desenvolvido na Ouvidoria do SUS de Natal/RN tem sido centralizado, assim como a grande maioria dos órgãos de serviços públicos do Brasil, na perspectiva de enfrentamento ao novo coronavírus, prestando esclarecimentos, encaminhamentos de demandas, informações e orientações à população.

Outrossim, assim como boa parte dos órgãos públicos, apesar dos atendimentos presenciais terem sido suspensos, a Ouvidoria tem prestado seu serviço por meio de telefone e e-mail, nos seus canais de atendimento. Percebe-se que ainda que haja modificações nas relações sociais, as demandas que têm chegado na Ouvidoria carregam fortes indícios de problemas enraizados no SUS, que trataram de serem evidenciados com a pandemia, além de novos tipos de demandas terem sido somadas às manifestações.

Desse modo, este artigo objetiva tecer uma breve análise da inserção da Ouvidoria do SUS nesse contexto de pandemia, analisando seus impactos nas demandas recebidas e na efetivação da política de saúde. Para tanto, foi utilizado pesquisa bibliográfica e documental na metodologia do artigo.

2 A ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA

Inicialmente a saúde no Brasil era de caráter religioso, pautado na caridade, a população recebia atendimento por instituições e médicos filantropos. O dever do Estado consistia em agir diante a epidemias, vacinação e saneamento básico, além disso, ele também era responsável por cuidar de doenças mentais, hanseníase, tuberculose etc.

A partir de 1923, com a lei Elói Chaves, a saúde dos trabalhadores atrelada à previdência passa a ser componente de um sistema para os trabalhadores. De

início, as caixas de pensão, depois, os institutos e, finalmente, o grande instituto congregador de todos: INPS (CARVALHO, 2013, p.7).

Com a extração da borracha e do manganês, foi desenvolvido um sistema de saúde denominado, Serviços Especiais de Saúde Pública (Sesp), responsável por atender a população envolvida nesse trabalho. Esse programa recebeu financiamento dos Estados Unidos, como uma forma de ajuda, posteriormente, foi transformado em fundação Sesp. Era o único programa de saúde existente nas regiões Norte e Nordeste, onde eram realizados atendimentos de saúde básica, primeiro atendimento, urgência- emergência e internações hospitalares. Dessa forma, foi considerado o programa de saúde mais completo do Brasil.

Ademais, no fim de 1963 houve a terceira conferência nacional de saúde que visava a criação de um sistema de saúde, sendo esse para todos e organizado de forma descentralizada. Com a ditadura militar, em 1964, todas as propostas da terceira conferência foram extintas, visto que vivia-se em um período autoritário, entretanto a perspectiva de superação desse sistema, a fim de um sistema de saúde integral e universal continuou, onde os principais protagonistas dessa luta foram os movimentos populares, universidades e prefeitura com bandeiras progressistas.

Posteriormente, com a crise da previdência, em 1980, é criado o AIS (Ações Integradas de Saúde) a fim de substituir o INAMPS. O AIS objetivava uma parceria entre a previdência e a saúde pública municipal e estadual, prestação de cuidados, transferência de recursos da previdência para que esses serviços fossem realizados. Em 1987, com o aperfeiçoamento do AIS foi criado os Sistemas de Saúde Unificados (Suds).

Portanto, a reforma sanitária pode ser considerada precursora da terceira conferência de saúde, sendo um projeto inovador, visto que recebeu apoio da comunidade e dos técnicos da área. Esse movimento cresceu e resultou na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, um fato marcante dessa conferência foi a reunião de vários representantes da sociedade, já que seria um projeto para a população, nada mais justo do que a contribuição dessas pessoas. “O sistema único de saúde nasce num grande acordo entre conservadores e progressistas” (CARVALHO, 2013, p.10).

A concepção de saúde como direito social e dever do Estado, garantido constitucionalmente, é fruto de um longo processo histórico das lutas sociais, embasadas na defesa do projeto de Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como princípios basilares o acesso universal e a integralidade do atendimento. Esse marco legal trouxe avanços na forma de pensar a saúde, trazendo para o campo de discussões sua dimensão política, proporcionando assim visibilidade para a causa e aprofundando o nível de consciência sanitária (BRAVO, 2009).

Nesse sentido,

A principal proposta da Reforma Sanitária é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nesta direção, destaca-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho; a importância dos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde através da construção do SUS, em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do Estado (CFESS, 2010).

Contudo, a trajetória da saúde pública brasileira é marcada por avanços e retrocessos, se numa linha progressista tínhamos a disputa pelo acesso democrático e a responsabilização do Estado na efetivação desses serviços, em contrapartida esbarramos nos interesses dos grupos empresariais, que consolida o modelo médico assistencial privatista. Essa última vertente vem ganhando cada vez mais espaço, principalmente com a alavancada das políticas neoliberais, que rompe com a ideia de universalidade em favor da focalização, setorialização e formatação de um Estado mínimo para o social.

Essa conjuntura descaracteriza a perspectiva de saúde adotada na construção do SUS, uma vez que esta passa por um processo de mercantilização e refilantropização, na qual o SUS vem se tornando cada vez mais reduzido e subjugado aos mais pobres, acentuando, assim, a ideia de seletividade; por outro lado a iniciativa privada absorve as demandas inseridas no campo das políticas sociais, enfatizando o viés assistencialista, distorcendo, dessa forma o que era para ser concebido como direito, tornando-o um favor.

Os desdobramentos do projeto privatista na saúde pública brasileira se evidenciam diante da lógica estruturada e as medidas adotadas no funcionamento da rede de serviços, criando um hiato entre as ações curativas e preventivas.

[...] rompendo com a concepção de integralidade através da criação de dois subsistemas. O subsistema de entrada e controle, ou seja, de atendimento básico, de responsabilidade do Estado, uma vez que esse atendimento não é de interesse do setor privado. O subsistema de referência ambulatorial e especializada, formado por unidades de maior complexidade que seriam transformadas em Organizações Sociais. Nessa lógica, há ênfase em programas focais: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF); além da utilização de cuidadores com a finalidade de baratear os custos das ações básicas (CFESS, 2010, p. 09).

Essa ruptura intensifica ainda mais as desigualdades sociais existentes, pois promove um sistema de saúde segmentado, o qual não é capaz de atender o indivíduo de forma integral, limitando o acesso a determinado serviço em face da condição financeira, e ao Estado cabe apenas a tarefa de garantir o mínimo aqueles que não têm acesso ao subsistema privado.

É considerando essa realidade que nos deparamos com o desencadeamento da pandemia do novo coronavírus, a qual trouxe a tona, novamente, o debate sobre a formatação do modelo de saúde implementado em nosso país.

O vírus da SARS-CoV-2, classificado como COVID-19, teve sua eclosão em Wuhan, na China, em dezembro de 2019, porém só foi caracterizado como pandemia em 11 de março de 2020, diante da rápida disseminação global e do potencial de letalidade, foi assinalado para comunidade internacional estado de alerta e emergência da saúde pública. De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde, até 28 de julho de 2020, foram confirmados 16.341.920 (dezesseis milhões trezentos e quarenta mil novecentos e vinte) casos de COVID-19 e 650.805 (seiscentos e cinquenta mil oitocentos e cinco) mortes no mundo. A doença provoca síndromes respiratórias agudas e pode ser facilmente confundida com o vírus da influenza. O Guia de Vigilância Epidemiológica publicado pelo Ministério da saúde aponta que:

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a maioria (cerca de 80%) dos pacientes com COVID-19 podem ser assintomáticos ou oligossintomáticos e, aproximadamente, 20% dos casos detectados requer atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória, dos quais aproximadamente 5% podem necessitar de suporte ventilatório.

No Brasil, o vírus produziu um efeito avassalador no campo da saúde pública, uma vez que esta foi a responsável por absorver grande parte das demandas provenientes da pandemia. A falta de estrutura da rede de saúde pública, em consequência da ausência de investimento e fortalecimento do Sistema Único de Saúde, tornou a situação ainda mais caótica: superlotação dos leitos, profissionais sobrecarregados, falta de EPIs, ambientes de trabalho em condições insalubres, entre outras problemáticas.

Nesse sentido, os órgãos competentes iniciaram um estudo, objetivando avaliar quais medidas seriam necessárias para enfrentar essa situação, uma vez que as informações sobre o vírus ainda eram incipientes, e até o momento não se conseguiu produzir uma vacina eficaz. Assim, tomando como referência a experiência de alguns países, principalmente aqueles que passaram pelo pico da pandemia, foi possível verificar que:

[...] três grandes estratégias para a contenção desta curva e a ampliação da capacidade assistencial dos casos positivos. São eles: 1. ampliação da testagem dos casos suspeitos com entrega rápida dos resultados; 2. identificação dos comunicantes da doença com ulterior e imediato isolamento domiciliar; 3. investimentos voltados a proteção dos profissionais de saúde; além do deslocamento de profissionais voltados à assistência, ao monitoramento e à implementação de estratégias de controle comunitário (RAFAEL et al., 2020, p. 3).

O Ministério da Saúde elaborou protocolo, no qual recomendava as medidas a serem adotadas pelos estados e municípios, visando barrar a proliferação do vírus. Os documentos publicados apresentavam orientações referentes ao fluxo de manejo clínico; guia de vigilância

epidemiológica; fluxograma de atendimento rápidos, compreendendo os níveis de atenção básica e especializada; além de outros documentos.

No entanto, as incertezas causadas pelo desencontro de informações entre governo, Ministério da Saúde e a mídia brasileira afetou diretamente no comportamento da população, a qual não conseguiu absorver de imediato a gravidade da pandemia. A ausência de um planejamento claro e adoção de estratégias diretas fez com que os estados agissem de forma independente, e em muitos casos sem observar as orientações da OMS.

O Atual panorama dos casos de COVID-19 no Brasil demonstra uma curva que ainda se encontra em ascendência. Isso porque, muitas das medidas foram adotadas de forma tardia, principalmente no que se refere aquelas de consideradas de proteção, como é o caso do uso obrigatório de máscaras, isolamento social, restrição de alguns serviços, mantendo apenas aqueles de caráter essencial. Podemos verificar esse aumento de casos através do gráfico apresentado pelo Ministério da Saúde.



Fonte: Ministério da Saúde

Todos esses fatores propiciaram um cenário conflituoso, não só no âmbito da saúde, como também no âmbito político-econômico e social. O quadro de desigualdade social se tornou ainda mais evidente, diante da dificuldade de acesso a um direito fundamental que é a saúde. É nesse contexto que fica claro a importância dos espaços de controle social, enquanto instrumento de luta pela efetivação dos direitos, aqui destacamos o papel das Ouvidorias, a qual promove o intermédio entre a população e a Gestão, como iremos discorrer a seguir.

3 O QUE É OUVIDORIA DO SUS?

A Ouvidoria-Geral do SUS foi criada em 9 de junho de 2003 pelo Decreto Presidencial nº 4.726 e atualmente é regida pelas diretrizes contidas na Portaria nº 2.416, de

7 de novembro de 2014. Ela corresponde ao setor responsável por receber reclamações, denúncias, solicitações, elogios e demais manifestações dos cidadãos quanto aos serviços e atendimentos do SUS, tendo como objetivo principal “[...] garantir e ampliar o acesso do cidadão na busca efetiva de seus direitos, atuando enquanto ferramenta de gestão e instrumento de fortalecimento do controle social” (BRASIL, 2020).

Além disso, a ouvidoria também funciona como canal de disseminação de informação, orientação e esclarecimento ao cidadão, considerando sua interlocução entre as demais redes de ações e atendimentos em saúde, como unidades básicas de saúde, hospitais, policlínicas, distritos sanitários, etc. Ademais, ocupando um espaço de participação social, a entidade realiza a função de intermediadora entre o financiador da política de saúde e os prestadores do serviço, gestores, visando o atendimento das demandas e uma relação saudável entre as partes.

Assim sendo, os cidadãos podem entrar em contato com a Ouvidoria por meio do Disque Saúde (136); internet (formulário web); carta (carta sus) e presencialmente (SIC - Serviço de Informação ao Cidadão), além da Ouvidoria Itinerante (OI).

As ligações para o 136 são gratuitas e nelas podem ser feitas manifestações de segunda à sexta-feira, das 8h até 20h e aos sábados das 8h às 18h, sendo que ao final da ligação o cidadão receberá um número de protocolo para acompanhar sua demanda posteriormente, ao o informar para o Disque Saúde.

O formulário web pode ser acessado no site do Ministério da Saúde <www.saude.gov.br> e nele o usuário receberá um login e senha de acesso para poder acompanhar sua manifestação, sendo que nessa opção as demandas podem ser aceitas ou não aceitas, enviada justificativa, pela Ouvidoria.

Sobre as cartas, elas “começaram a ser enviadas em janeiro de 2012, sendo destinadas a cidadãos usuários do SUS que passaram por internação hospitalar (BRASIL, 2014, p. 19)”. Elas também passaram a ser enviadas a usuários que passaram por procedimentos de alta complexidade, sem necessariamente terem passado por internação, para serem respondidas avaliando o serviço prestado.

Por fim, o atendimento pelo SIC é feito em uma unidade física do poder público em horário de expediente, de segunda à sexta-feira. Por fim, a OI é constituída por iniciativas que podem se deslocar até comunidades remotas, de difícil acesso, para promover a participação social (BRASIL, 2014). Logo, é preciso dizer que o cidadão pode optar pelo anonimato ou sigilo no atendimento, caso queira preservar sua identidade e seus dados.

Nesse sentido, tendo em vista a importância da participação democrática e a promoção da estruturação de canais abertos de comunicação com a população, os gestores

do SUS tem como compromisso a implementação e articulação de ouvidorias entre si nas três esferas governamentais, federal, estadual e municipal, sendo essa última um objetivo a ser alcançado com maior esforço no Brasil. Esse processo de organização sistêmica das ouvidorias deu início em 2007, com a utilização do Sistema Informatizado OuvidorSUS, que tem por finalidade o cadastramento das manifestações, além de possibilitar o encaminhamento das demandas e comunicação entre as ouvidorias (BRASIL, 2020).

Essa divisão das ouvidorias tem como objetivo descentralizar os serviços a fim de evitar a sobrecarga, uma vez divididas nas esferas municipais, estaduais e federais cada uma responde de acordo com a sua jurisdição, tornando assim o sistema mais hábil e eficaz.

A ouvidoria também colabora para a gestão do SUS na criação de relatórios sazonais, anuais e trimestrais, apontando os seguintes itens de acordo com o Art. 15. da Lei 13.460 de 26 de junho de 2017:

I - o número de manifestações recebidas no ano anterior; II - os motivos das manifestações; III - a análise dos pontos recorrentes; e IV - as providências adotadas pela administração pública nas soluções apresentadas. Parágrafo único. O relatório de gestão será: I - encaminhado à autoridade máxima do órgão a que pertence a unidade de ouvidoria; e II - disponibilizado integralmente na internet.

Portanto, seu trabalho gera dados importantes para análise da execução do SUS que, se avaliados criticamente, tem a capacidade de apontar aspectos positivos e com necessidade de melhora no serviço público. Dito isto, mais adiante será discutido como se deu o funcionamento da Ouvidoria do SUS no município de Natal no Rio Grande do Norte no recebimento das demandas e elaboração de relatório diante da pandemia do novo coronavírus.

4 ATUAÇÃO DA OUVIDORIA DO SUS EM NATAL/RN EM TEMPOS DE PANDEMIA

A criação da Ouvidoria do SUS em Natal ocorreu através da Lei municipal nº 6.019, de 28 de dezembro de 2009, porém conforme diz Neto et al. (2019) a sua efetiva implantação só aconteceu em 2014, com a eleição do primeiro ouvidor, realizada pelo Conselho Municipal de Saúde, tendo este profissional conduzido um mandato de dois anos. A instituição atende as demandas oriundas das unidades de saúde provenientes da rede municipal, dentre elas hospitais, maternidades, unidades de pronto atendimento, policlínicas, unidades básicas de saúde (UBS) e de estratégia de saúde da família (ESF). Ademais a ouvidoria também exerce seu papel pedagógico através da realização de palestras, capacitações e oficinas.

É válido salientar que o primeiro ouvidor, assim como a atual ouvidora, que segue conduzindo os dois últimos mandatos, são assistentes sociais. Desse modo, a Ouvidoria se

reafirma como espaço sócio-ocupacional do assistente social e desde 2015 como campo de estágio para estudantes de graduação em Serviço Social. O papel destes profissionais é essencial para tornar a Ouvidoria um espaço de efetiva discussão democrática entre os que compõem a política de saúde, a consolidando como Ouvidoria Ativa. Ademais é de competência do profissional as seguintes atividades de acordo com o Conselho Federal de Serviço Social (2010. p. 58):

Considera-se que o assistente social, ao assumir a ouvidoria, deve consolidar os dados obtidos nos atendimentos por meio de relatórios e coletivizá-los no conselho diretor da unidade e/ou direção da unidade, bem como estabelecer articulação com os conselhos de saúde (da unidade e local) para que as demandas sejam analisadas coletivamente e as respostas tenham impacto no funcionamento da unidade e na política de saúde, por meio das mudanças necessárias.

Dessa forma, o quadro profissional da Ouvidoria conta com a Ouvidora do SUS; uma assistente social; uma técnica administrativa; um guarda patrimonial e três estagiárias de Serviço Social, na modalidade de estágio não-obrigatório. Porém, devido atestado médico a técnica administrativa teve que ser afastada do ambiente de trabalho e a ouvidoria se encontra em trabalho remoto devido pertencer ao grupo de risco para o COVID-19.

De acordo com o relatório gerencial anual da Ouvidoria do SUS de Natal, em 2019, segundo Neto (2020), foram realizados cerca de 1114 atendimentos variando entre solicitações, reclamações, denúncias, sugestões e elogios. Já o relatório gerencial do primeiro quadrimestre de 2020 apontou cerca de 571 atendimentos realizados de janeiro à abril, número superior se comparado ao mesmo período de 2019, cerca de 307 atendimentos (SANTOS, 2020). Estes dados espelham um aumento na procura dos cidadãos pela ouvidoria, que chega a representar mais da metade do número de atendimentos realizados em 2019 apenas no primeiro quadrimestre do ano de 2020 e que tende a crescer. Realidade esta que pode significar tanto o êxito da Ouvidoria na divulgação de seus serviços quanto a crescente necessidade dos cidadãos em apresentar suas demandas em relação ao serviço público de saúde.



Tabela/gráfico 1: Atendimentos realizados 1º Quadrimestre 2019x2020

Atendimentos Realizados	Jan	Fev	Mar	Abr	Total
2019	83	75	55	94	307
2020	166	123	200	82	571



Fonte: Relatório Ouvidoria SUS Natal

Diante disso, no cotidiano de trabalho durante a pandemia, se destacam algumas demandas recorrentes, nas quais profissionais de saúde relatam as más condições de trabalho e a falta de Equipamentos de Proteção Individuais (EPI's), enquanto os usuários do SUS reclamam da suspensão de alguns serviços em virtude da pandemia e denunciam também as tentativas de algumas unidades básicas de saúde suspenderem serviços básicos, essenciais, como realização de pré-natal, preventivo e consulta com o médico da ESF, além de dúvidas e reclamações sobre o agendamento do teste rápido e SWAB para coronavírus. Ademais, muitos usuários relataram a falta de retorno dos médicos sobre o boletim diário que deve informar a situação de saúde dos parentes que estão internados nos hospitais e UPAS, em razão do coronavírus, considerando que os pacientes não podem ter acompanhantes ou receber visitas. É importante falar que muitos cidadãos informaram que conseguiram falar com a equipe de Serviço Social do estabelecimento de saúde, contudo reconheciam que o profissional não saberia relatar o boletim diário, visto não ser de sua atribuição profissional ou competência.

Ainda se destacaram demandas relativas ao descumprimento do distanciamento social em alguns bares e supermercados, além de algumas dúvidas a respeito de como se daria o trabalho em clínicas privadas, se elas suspenderiam os serviços ou não e se seus profissionais de grupo de risco poderiam aderir ao isolamento social e trabalho remoto, pois temiam perder o emprego caso pedissem ao empregador, demonstrando assim a fragilidade do trabalho assalariado e o ataque aos direitos do cidadão.

Outra demanda que emergiu foi durante a campanha de vacinação contra a influenza, pois se deu a partir da contradição que se baseava na Organização Mundial da Saúde (OMS) indicar que a população ficassem em casa, principalmente os idosos, doentes crônicos e demais participantes do grupo de risco para o COVID-19, e ao mesmo tempo iniciar a campanha, na qual a primeira etapa era vacinar toda a população idosa do município, gerando multidão nas unidades de saúde e conseqüentemente aglomeração.

O desafio da Ouvidoria, nessa perspectiva, foi e está sendo o de encaminhar e responder às demandas de forma clara e correta, visando o atendimento das necessidades colocadas ou, no mínimo, a orientação adequada para cada situação apresentada. Ainda, houve dificuldade para identificar se as demandas eram de competência da instituição ou de outra entidade, visto que pela complexidade de algumas delas a dúvida era se determinado setor era realmente responsável por ela. Também é importante se atentar que o trabalho na Ouvidoria não deve se esgotar na reprodução descritiva das respostas dos órgãos públicos e profissionais, mas deve fortalecer a participação democrática dos cidadãos, sendo eles usuários, servidores, profissionais de saúde ou quem dela necessitar, na organização e gestão do SUS.

5 CONCLUSÃO

Portanto, é possível perceber a importância que a Ouvidoria possui no município do Natal, visto que ela é um instrumento do controle social, o qual visa uma maior participação popular na melhoria do serviço público de saúde e aponta as mazelas existentes que, de fato, foram evidenciadas neste período de pandemia.

Essa sobrecarga observada no sistema é consequência da migração de muitos usuários do sistema privado de saúde para o sistema público, tendo em vista que a taxa de desemprego também aumentou.

Nesse sentido, percebe-se que as demandas para informações foram mais frequentes nesses períodos, tanto para orientações referentes aos testes como até mesmo sobre o funcionamento do Sistema Único de Saúde, que por incrível que pareça ainda é bastante desconhecido por uma parcela da população. Além disso, demandas para denúncia de aglomeração também se destacaram, devido à confusão de informações e cabe a Ouvidoria encaminhar essas pessoas para o setor responsável.

Diante disso, pode-se concluir que considerando o histórico de ataques estruturais ao SUS a pandemia, além de exigir novas estratégias ao seu combate e apresentar novas demandas ao serviço, também escancarou a necessidade de fortalecimento do sistema e de

investimentos nas instituições que compõem a política de saúde, sobretudo na atenção básica.

Por fim, a importância do assistente social nesse campo sócio-ocupacional se dá na perspectiva de defesa dos direitos dos cidadãos e na análise crítica das determinações sociais que levam os indivíduos a buscarem a Ouvidoria, fazendo com que esse espaço seja acolhedor e livre de preconceitos. E como campo de estágio permite o conhecimento da prática profissional, através da supervisão, contribuindo para a formação acadêmica e profissional do estudante.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Lei nº 13460, de 26 de junho de 2017**. Brasília, Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13460.htm>. Acesso em: 28 jul. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Disponível em: <<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/07/GuiaDeVigiEpidemC19-v2.pdf>>. Acesso em 29 jul. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. **Ouvidoria-geral do SUS : um espaço de cidadania / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 28 p.**
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Ouvidoria do SUS**. Disponível em: <<https://saude.gov.br/saude-de-a-z/ouvidoria-do-sus>>. Acesso em: 28 jul. 2020.
- BRASIL. Organização Pan-Americana/ OPAS/OMS. **Folha informativa COVID-19**. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875#datas-notificacoes>. Acesso em 29 jul. 2020.
- BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2009, p. 88-110.
- CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, p. 7-26, 1 jan. 2013.
- CFESS. **Parâmetros para atuação dos assistentes sociais na política pública de saúde**. Grupo de trabalho Serviço Social na Saúde. Brasília, CFESS, novembro de 2010.
- NETO, J. N. C.; DANTAS, A. B. S. C.. Ouvidoria do SUS Natal espaço de atuação da(o) assistente social espaço de participação e controle social, um relato de experiência profissional e de estágio. **IN: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, 16º**. Anais. Brasília, 2019.
- NETO, J. N. C.; SANTOS, A. K. P. **Relatório Gerencial: anual de 2019**. Natal, 2020.
- RAFAEL, Ricardo de Mattos Russo et al. Epidemiologia, políticas públicas e pandemia de Covid-19: o que esperar no Brasil?. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, V. 28, 2020.
- SANTOS, A. K. P.; COSTA, T. C. **RELATÓRIO GERENCIAL DA OUVIDORIA DO SUS - NATAL: QUADRIMESTRAL DE JANEIRO A ABRIL DE 2020**. Natal, 2020.

CONTEXTO DE PANDEMIA E O TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFJF - UNIDADE SANTA CATARINA

Mariana Magalhães Ribeiro (HU-UFJF); FLÁVIA LIMPI FORTES (HU-UFJF); Ingrid Adame Moreira (HU-UFJF); Lara Lisboa Farias (HU-UFJF); Sabrina Alves Ribeiro Barra (HU-UFJF).

RESUMO: O presente artigo trata de um relato de experiência de assistentes sociais e residentes de Serviço Social do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF), diante do contexto de pandemia da COVID-19 e consequente necessidade de reestruturação do processo de trabalho. Está dividido em três partes: contextualização da pandemia; o trabalho do assistente social no hospital em questão e considerações finais.

Palavras-Chave: Pandemia; Serviço Social; Coronavírus

ABSTRACT: This article deals with an experience report of social workers and Social Service resident at the University Hospital of the Federal University of Juiz de Fora (HU-UFJF), in the context of the COVID-19 pandemic and the resulting need to restructure the working process. It is divided into three parts: contextualizing the pandemic; work of the social worker at the hospital in focus and final considerations.

Keywords: Pandemic, Social work; Coronavirus.

1 INTRODUÇÃO

Desde meados de março de 2020, o Brasil passou a sofrer impactos relativos à pandemia do novo coronavírus, que assola o mundo. Tratando-se de Brasil, já havia indícios de que as consequências seriam ainda mais drásticas, levando-se em consideração o índice de desigualdade social, a forte onda negacionista por parte da população e do próprio governo federal e, ainda, o desmonte do Sistema Único de Saúde (SUS), que é operado em nossa sociedade desde sua implementação na Constituição Federal de 1988 (CF88).

O serviço social apresenta-se como profissão importante no enfrentamento da crise presente, tendo por base a perspectiva da determinação social do processo saúde-doença (GARBOIS et.al, 2017), de modo que as questões relativas ao trabalho, à fome, à pobreza e à moradia saltam aos olhos como condicionantes, tanto no que concerne à disseminação do vírus, tendo em vista a impossibilidade de manter o isolamento social, quanto no que tange ao fator morte, revelando a necropolítica¹⁷⁶ implementada pelo Estado.

Diante do contexto de calamidade pública, os serviços públicos, como apontado por Matos (2020), sofreram reformulações em seus respectivos processos de trabalho. Para o assistente social, trabalhador da saúde, não foi diferente, surgindo desafios e inovações na sua forma de trabalho frente às novas expressões da questão social que são manifestadas, diante da “força tarefa”, devendo analisar as situações em que é necessário intervir, como também apresentar proposições (MATOS, 2020). Além disso, é dever do assistente social, pautado no código de ética da profissão, atuar junto à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesa de seus interesses e necessidades (CFESS, 2012).

Dessa forma, o presente artigo apresenta o trabalho das assistentes sociais e residentes¹⁷⁷ de Serviço Social no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF) - unidade Santa Catarina, explicitando o contexto de pandemia e o atendimento dessas profissionais aos usuários internados na enfermaria Covid-19 e a seus familiares. Nesse sentido, o artigo foi dividido em três partes. Em primeiro lugar, foi realizada uma contextualização da pandemia da COVID-19 em território nacional, enfatizando dados e as consequências que se têm observado até o momento. Posteriormente, adentra-se no cotidiano de trabalho das assistentes sociais trabalhadoras do Hospital Universitário, já explicitado, diante das reformulações sofridas, trazendo, além da descrição, reflexões sobre o processo de trabalho. Por fim, tem-se a conclusão do trabalho, a partir das análises efetuadas no decorrer do texto, apontando os principais elementos.

¹⁷⁶ Conceito de MBEMBE (2019). Trata-se da “política de morte”, onde o Estado decide quem deve morrer.

¹⁷⁷ Residente é o profissional de saúde, normalmente recém-formado, que ingressa em Programa de Residência (BRASIL, 2018).

2 O CONTEXTO DE PANDEMIA PROVOCADO PELA COVID-19 NO BRASIL

Neste tópico do artigo, abordaremos o contexto que o Brasil vivencia, de forma particular e muito específica, a pandemia provocada pelo vírus denominado Sars-Cov-2, causador da doença comumente chamada de Covid-19.

Importa elucidar que os coronavírus são uma família de vírus de conhecimento científico muito antigo e são responsáveis, em linhas gerais, por desencadear desde gripes até síndromes respiratórias agudas muito graves (Sars) e a síndrome respiratória do Oriente Médio (Mers).

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou o estado de Pandemia causado pela Covid-19. Por ser uma doença nova, ainda há poucas informações quanto a sua história e também quanto ao tratamento mais indicado. Entretanto, sabe-se que o vírus tem alta transmissibilidade e que pode ser leve ou grave, a depender da faixa etária e também das doenças pré-existentes nas pessoas que o contraem.

Em 22 de janeiro de 2020, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil divulgou a primeira notícia sobre o coronavírus, quando comunicou que, até aquela data, não houve casos registrados da doença no país. Inicialmente, eram considerados casos suspeitos para a Covid-19 os cidadãos com viagens internacionais recentes, que manifestassem sintomas gripais, como: febre, dor de garganta, tosse, dificuldade para respirar, coriza e espirro. Já no dia 29 de janeiro de 2020, foram relatados nove casos suspeitos no Brasil. No dia 29 de fevereiro, o site do MS noticiou a confirmação do segundo caso importado do coronavírus.

Ainda no mês de março, foi anunciado o repasse de recursos aos estados para que fossem implementadas estratégias de combate ao coronavírus, que poderiam ser aplicados tanto na assistência como na abertura de novos leitos e previa investimento nos leitos já existentes. Além dessa estratégia, foram constituídos hospitais de referência nos estados para atendimento a pacientes com coronavírus. No dia 20 de março de 2020, o Ministério declarou a transmissão comunitária nacional do coronavírus, quando o Brasil contabilizou 904 casos confirmados e 11 mortes. Tal declaração impulsionou que os gestores locais expedissem decretos promovendo o isolamento domiciliar, o fechamento de shoppings, comércios, bares, restaurantes, mantendo apenas os serviços essenciais, como farmácias, mercados e postos de gasolina, em funcionamento. Fica claro que o governo brasileiro iniciou as medidas de combate à Covid-19 tardiamente. A esta altura, levando em consideração que a pandemia foi considerada em março e que o governo tem ciência sobre o vírus desde o final de 2019, já deveríamos estar preparados para as iniciativas necessárias ao combate à pandemia, como:

hospitais de campanha já deveriam estar prontos, já deveríamos ter efetuado a compra dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) para os profissionais de saúde, dos respiradores e entre outras medidas. E essa negligência do governo trouxe consequências desastrosas para o sistema de saúde pública, suscetível a entrar em colapso a qualquer momento.

Em meio ao contexto de pandemia, algumas questões precisam de elucidação. A primeira questão está relacionada aos profissionais que estão na linha de frente do enfrentamento à Covid-19. São eles: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e os outros profissionais que são pouco lembrados: assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, auxiliares de cozinha, profissionais do necrotério, do setor do óbito, auxiliares de serviços gerais e outros. Desde que a doença foi diagnosticada, há uma crise na distribuição dos EPI'S, o que expõe esses profissionais ao risco iminente de contrair o coronavírus. Vários profissionais de saúde têm contraído a doença e falecido¹⁷⁸ devido a ela, muito em virtude da não disponibilização dos equipamentos nas instituições nas quais trabalham e também devido à utilização indevida desses mesmos equipamentos.

No Brasil, os testes para Covid-19 só estão sendo realizados em casos considerados graves. Ou seja, há subnotificação, o que mascara o número de casos confirmados da doença, que, por sua vez, impacta nas estratégias de combate. Conforme divulgado no site da FIOCRUZ (2020), com a subnotificação da incidência da Covid-19, os números “oficiais” divulgados pelo MS deveriam ser multiplicados por quinze para chegarmos aos números reais de infectados. Tendo em vista que estamos no mês de junho e que, segundo a última informação disponibilizada pelo site covid.saúde, o Brasil tem 27.075 casos novos confirmados e que este número, multiplicado por quinze, alcança 406.125 casos confirmados da doença, somado ao fato de que temos 904 óbitos nas últimas 24h, cujas causas foram atestadas como Covid-19. Há indícios de que, ainda este mês, o Brasil se tornará o novo epicentro da pandemia¹⁷⁹.

Cabe, ainda, sinalizar a crise política no Brasil. Desde que a mídia iniciou a divulgação das notícias sobre o vírus, o então presidente do país, Jair Bolsonaro, tem tomado ações contrárias às recomendações da OMS e do MS. Bolsonaro tem disseminado a ideia de que a Covid-19 é uma “gripezinha”, negando e subestimando o perigo da pandemia (LOWY, 2020)

¹⁷⁸ No dia 01/05/2020, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) publicou nas redes sociais e também em seu site uma homenagem às quatro assistentes sociais que até o início deste mês faleceram em virtude da Covid-19 (CFESS,2020). Também tem sido divulgada notícias sobre diversos óbitos em outras categorias profissionais, como: funcionários dos setores de óbitos, técnicos de enfermagem, médicos, entre outros.

¹⁷⁹ Atualmente, os EUA são considerados o epicentro da pandemia. Percebemos que ao longo da pandemia instaurada o epicentro da mesma tem modificado. Essa modificação tem a ver com o número de infectados em franca expansão em cada país.

e de que o isolamento vertical¹⁸⁰ é necessário e eficaz. Além disso, o presidente não concorda com a medida de isolamento social adotada pela maior parte dos estados e tem participado de manifestações em apoio ao seu governo.

A postura do Presidente aproxima o governo, cada vez mais, das ideias do Fascismo, em que o líder se coloca acima de tudo, inclusive acima da saúde da população brasileira. A utilização de imagens que aproximam o Governo do Nazismo também já foi utilizada em outros episódios, como em uma *live*, em que os quatro participantes, incluindo o Presidente, bebem um copo de leite¹⁸¹. Bolsonaro e sua equipe demonstram, a todo momento, que estão em profundo alinhamento com essas ideias e, de forma implícita e explícita, vão se aproximando cada vez mais com a ruptura completa com a Democracia.

Em virtude da defesa do MS de manter o isolamento social, Luís Henrique Mandetta, em desacordo com o que defende Bolsonaro, que possui a preocupação em garantir e proteger a economia em detrimento da saúde, no dia 16 de abril de 2020, foi demitido e, já no dia 17 de abril de 2020, assumiu a pasta Nelson Teich. Este, supostamente, pediu sua demissão no dia 15 de maio de 2020, antes de completar 30 dias à frente do Ministério da Saúde. Este foi assumido, interinamente, pelo general Eduardo Pazzuelo. O ministro interino, logo que foi indicado pelo Presidente da República, já manifestou publicamente que é leigo em questões técnicas da área de saúde. O MS, desde que foi assumido por Nelson Teich, tem mantido uma posição omissa no sentido da necessidade de conter a pandemia que segue se alastrando na maior parte dos estados.

Conforme tem sido amplamente divulgado, muitos estados brasileiros têm promovido sua abertura gradual. Minas Gerais, por exemplo, divulgou o “Plano Minas Consciente: retomando a economia do jeito certo”. Dos 853 municípios do Estado, 118 aderiram ao plano. Tal plano, segundo informações do *site* mg.gov, setoriza as atividades em quatro ondas: verde, branca, amarela e vermelha e prevê a abertura progressiva dos setores econômicos. Juiz de Fora foi um dos municípios que aderiu ao Minas Consciente e encontra-se, neste momento, vivenciando a onda verde que prevê abertura dos serviços, que são considerados pelos gestores locais como sendo essenciais: shoppings, restaurantes, bares, comércios varejistas de balas, laticínios, entre outros. O município possui uma população estimada em

¹⁸⁰ Isolamento vertical prevê que apenas idosos e casos suspeitos ou confirmados pela COVID-19 cumpram o isolamento. Este tipo de isolamento foi defendido por Bolsonaro em seu pronunciamento nacional pela TV em março, quando Bolsonaro defendeu esta estratégia genocida de abertura súbita no nosso país para que todos que não estivesse no grupo indicado acima retornassem às suas atividades, trabalhos, representando desta forma uma ameaça a saúde, conforme sinalizado por Lowy (2020).

¹⁸¹ Para Adriana Dias (2020), que é doutora em antropologia social pela Unicamp (Universidade Estadual de Campinas) e que há anos pesquisa o fenômeno do nazismo, há uma referência clara entre o episódio e o neonazismo. “O leite é o tempo todo referência neonazi. Tomar branco, se tornar branco. Ele vai dizer que não é, que é pelo desafio, mas é um jogo de cena, como eles sempre fazem”.

568.873 pessoas pelo IBGE. Destas, segundo informações do *site* pjf.mg, 5.070 são considerados casos suspeitos para a Covid-19, 729 foram confirmadas para contaminação pelo vírus e foram registrados 38 óbitos, cuja causa morte foi o vírus, conforme consulta realizada no dia 07 de junho de 2020.

Juiz de Fora é o terceiro município do estado de Minas Gerais em número de casos confirmados de Covid-19. Importa elucidar que os números aqui mencionados não retratam a real situação epidemiológica de Juiz de Fora, tendo em vista um estudo realizado pela Universidade Federal de Pelotas, divulgado em matéria no portal *O tempo* (2020), que aponta para a alta subnotificação em Minas Gerais e relata que o pico de contaminação será alcançado até o fim de julho. Sendo assim, não seria impróprio supor que o Minas Consciente é, na verdade, inconsciente, visto que sequer estamos vivenciando a queda da curva que expressa o número de contaminados e mortos pela Covid-19. Em Minas Gerais, foram registradas 1.250 mortes por síndrome respiratória a mais que em 2019, conforme matéria divulgada no *site* *g1*, o que nos leva a deduzir que há uma subnotificação que mascara a atual situação do estado. Desta forma, podemos inferir que a Prefeitura de Juiz de Fora está assumindo uma postura negligente frente à pandemia.

A pandemia ocasionada pela Covid-19 tem gerado um acirramento nas múltiplas expressões da questão social em todo o mundo. Elas se expressam nas necessidades e demandas dos usuários dos serviços: na busca ao acesso à saúde, habitação, educação, previdência, na violência doméstica, na população em situação de rua, na violação dos direitos dos idosos, das crianças e adolescentes, das mulheres, na pobreza, na fome. Essas expressões se exponenciam no contexto de pandemia. Devido ao isolamento social, medida adotada em diversos países, a economia corre sérios riscos de entrar em um período de depressão. Além disso, muitas empresas estão decretando falência, o que gera um adensamento no número de desempregados. Ainda é necessário ponderar sobre a situação dos vários trabalhadores informais, “o vasto exército de trabalhadores na economia de *freelancers* e autônomos ou em outras formas de trabalho precário estão sendo demitidos sem meios visíveis de apoio” (HARVEY, 2020). Os governos têm adotado medidas econômicas para a margem mais vulnerável diante da pandemia. O Brasil, por exemplo, está concedendo o auxílio emergencial aos beneficiários do Programa Bolsa Família, aos microempreendedores individuais e aos trabalhadores informais.

Conforme Harvey (2020), as economias capitalistas contemporâneas são 70% ou até 80% motivadas pelo consumismo que, no contexto de pandemia, não tem como ser

incentivado, visto que restaurantes, shoppings, bares, casas de shows estão todos fechados. Ou seja, é inoperável, nas condições atuais, o estímulo ao consumismo capitalista.

3 O TRABALHO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA – UNIDADE SANTA CATARINA

O Serviço Social compõe o rol das profissões da saúde e sua atuação visa contribuir na garantia do direito à saúde, compreendendo-a de forma ampliada na perspectiva da integralidade da atenção. A política de saúde brasileira, materializada no Sistema Único de Saúde (SUS), é fruto de intensa mobilização social do processo da Reforma Sanitária e enfrenta grandes desafios, em virtude dos desdobramentos dos processos de contrarreforma do Estado impostos pela lógica mercadológica vigente. O projeto ético político do Serviço Social, em consonância com o projeto da Reforma Sanitária, fundamenta a intervenção dos assistentes sociais, posicionando-se em prol das demandas democráticas e populares em contraposição ao projeto privatista da saúde (CFESS, 2010).

O Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF) é um Hospital Geral, cuja missão é “Formar recursos humanos, gerar conhecimentos e prestar assistência de qualidade na área da saúde à comunidade da região”¹⁸², conforme informação disponibilizada no site da instituição. Vinculado à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) desde 2014, o HU-UFJF é referência para atendimento de usuários da Rede SUS em uma área de abrangência que engloba mais de 90 municípios da Zona da Mata Mineira (HU-UFJF, 2019).

Antes da emergência em saúde pública provocada pela Covid-19, a unidade do HU em que as autoras estão inseridas (Unidade Santa Catarina)¹⁸³, direcionada a internações e procedimentos de alta complexidade, trabalhava com 137 leitos, divididos entre as enfermarias de Pediatria, Clínica Médica masculina e feminina, Ginecologia, Nefrologia, Clínica Cirúrgica masculina e feminina, Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e Transplante de Medula Óssea (TMO), de acordo com o Plano de Contingência para enfrentamento da Covid-19 do HU-UFJF.

¹⁸²Disponível no link: <http://www2.ebserh.gov.br/web/hu-ufjf/missao-valores> .

¹⁸³ O HUUFJF possui outras duas unidades, a saber: Unidade Dom Bosco, onde concentra-se a maior parte dos ambulatórios do hospital, além dos ambulatórios e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS Liberdade), responsável pelo atendimento de usuários adultos com transtornos mentais severos e persistentes provenientes da região oeste do município.

O serviço social, em seu percurso histórico no interior do hospital, acompanhou o amadurecimento das atividades de ensino, com implantação de programas de residência, desenvolvimento de projetos de extensão e estágio curriculares, bem como, avançou paulatinamente na estruturação e organização das suas atividades assistenciais configurando, assim, a estruturação de um Serviço. Ampliou sua atuação intervindo em espaços diversificados e passou a pautá-la na perspectiva do usuário e na garantia dos direitos sociais (CASTRO, 2006).

Atualmente, o Serviço Social é vinculado à Unidade Psicossocial/Divisão de Gestão do Cuidado e tem sua intervenção pautada na compreensão da determinação social do processo saúde/doença, buscando intervir nos fatores sociais, econômicos, culturais e familiares associados ao quadro de saúde apresentado. Tem como objetivos prestar orientações aos usuários, familiares e equipe quanto aos direitos, serviços e benefícios sociais; desenvolver ações de educação em saúde na perspectiva da prevenção e da promoção da saúde; desenvolver ações de articulação, tanto da equipe interna quanto intra e intersetorial, que garantam a construção do cuidado integral e da clínica ampliada; fomentar a construção de processos de autonomia e exercício do controle social, individual e coletivamente, junto aos usuários atendidos; colaborar nas atividades de ensino e pesquisa desenvolvidas na instituição.

Outra frente de trabalho da equipe de Serviço Social é a preceptoria¹⁸⁴ de residentes de Serviço Social dos seguintes Programas: Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto com ênfase em doenças crônico-degenerativas, Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Integrada Hospitalar e Residência Multiprofissional em Saúde Mental, supervisão de estágios curriculares, projetos de treinamento profissional e extensão em parceria com a Faculdade de Serviço Social da UFJF.

O Serviço Social, na Unidade Santa Catarina, está organizado em duas frentes de intervenção: plantão e acompanhamento nas enfermarias. Todos os profissionais atuam nas duas frentes, assumindo escalas de plantão e responsabilizando-se pelo acompanhamento de usuários da sua enfermaria de referência. Esta organização tem por objetivo propiciar ampliação e qualificação da intervenção do Serviço Social, integrando a equipe, corresponsabilizando-a e permitindo que cada profissional se aproprie da dinâmica, das demandas, das intervenções e articulações com a equipe multiprofissional em cada setor e, ao mesmo tempo, participe do planejamento global do Serviço.

¹⁸⁴ O preceptor é o profissional experiente e com formação mínima de especialista em sua área, que pertence ao serviço de saúde e que supervisiona, orienta, acompanha e avalia as atividades práticas realizadas pelos residentes (BRASIL, 2018).

Nas atividades do plantão, a equipe se organiza através de escalas em que o assistente social plantonista realiza atendimentos por demanda espontânea de familiares e acompanhantes de usuários internados ou pacientes que já tiveram alta, e usuários dos ambulatórios de neurologia e cardiologia, que também funcionam na mesma Unidade. O assistente social plantonista também é responsável por realizar a entrevista de internação, isto é, todo usuário no processo de admissão para internação, passa pelo Núcleo Interno de Regulação, pela avaliação da Enfermagem e pelo atendimento do Serviço Social. Neste atendimento é realizada uma breve entrevista social com o próprio usuário ou seu familiar/acompanhante, que tem por objetivo identificar possíveis demandas ao Serviço Social que gerem a necessidade de um acompanhamento, buscando dar maior agilidade às intervenções e garantir a integralidade da assistência. O Serviço também é apresentado, disponibilizado e são avaliadas questões relacionadas a suporte familiar, trabalho, renda, previdência social e acesso a recursos. Para tanto, a equipe utiliza uma ficha de atendimento padrão entre todos os plantonistas e nesta ficha são registradas as informações do atendimento, orientações realizadas e se há necessidade de acompanhamento pelo Serviço Social. Também é feito o registro no prontuário eletrônico e em uma planilha para controle e comunicação interna. Ainda, são realizadas orientações sobre o hospital e apresentados alguns documentos administrativos para assinatura pelo responsável. Essa frente permite que parte significativa dos usuários passem pelo Serviço Social e sejam identificadas situações que demandam acompanhamento sistematizado.

Nos atendimentos das enfermarias, são realizados os acompanhamentos sistemáticos dos usuários identificados nas entrevistas de internação ou por solicitação de parecer da equipe ou, ainda, por demanda espontânea. Os atendimentos são realizados nos leitos com utilização da ficha padrão de acompanhamento e registro no prontuário eletrônico. Os assistentes sociais participam das reuniões e discussões de caso conforme dinâmica de cada enfermaria. O processo de trabalho de forma geral segue a mesma estrutura, havendo algumas especificidades que procuram levar em consideração as demandas e perfil da população atendida em cada enfermaria. Nesta frente de atuação, são realizadas diversas articulações com a equipe multiprofissional, com a rede de saúde e com a rede intersetorial, viabilizando o acesso a recursos e serviços para continuidade do tratamento, para organização e mobilização da rede apoio, propiciando a socialização de informações, acesso a direitos e o exercício da cidadania.

Diante da situação de emergência em saúde pública ocasionada pelo novo coronavírus e pelo fato do hospital ser referência no atendimento aos usuários com Covid-19,

houve a necessidade de adequação do espaço físico e de reorganização de algumas frentes de trabalho, visando garantir maior segurança à equipe e aos usuários e, ao mesmo tempo, a manutenção da assistência tanto nas enfermarias comuns, quanto na, recém-criada, enfermaria de Covid-19. A antiga enfermaria de Clínica Médica feminina foi transformada em enfermaria exclusiva para atendimento de Covid-19. O novo espaço possui 24 leitos, sendo 8 de UTI e 16 de enfermaria, além de área de descanso para os profissionais que compõem a equipe privativa e especializada do setor, formada por enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e fisioterapeutas.

O cenário atual e as adequações do hospital apontaram para o serviço a necessidade de reorganização do processo de trabalho, para atendimento das demandas oriundas de todas as enfermarias do hospital, incluindo a de Covid-19. Diante disso, a equipe de Serviço Social passou a contar com cinco assistentes sociais preceptoras e cinco residentes, e organizou sua rotina de trabalho em escalas de plantão de 8 horas diárias, em turnos que acontecem das 10h às 19h, de segunda-feira a sábado. Cada plantão é realizado por uma preceptora e uma residente, que atendem às demandas espontâneas de todas as enfermarias do hospital, fazem o acompanhamento dos casos mais complexos e realizam intervenções nos casos de usuários internados com suspeita ou confirmação de Covid-19. No que tange a esses últimos, a equipe decidiu, coletivamente, que seria priorizado o atendimento remoto às referências familiares, com base na nota emitida pelo CFESS, em 18 de março de 2020, com orientações sobre o exercício profissional diante da pandemia do novo coronavírus (CFESS, 2020). Também ficou acordado que o atendimento presencial, no leito, só será realizado dentro do estritamente necessário, após esgotarem-se todas as possibilidades de atendimento remoto, e o profissional é quem avaliará a necessidade desse atendimento.

A Ficha de Atendimento do Serviço Social, instrumento utilizado antes da pandemia para a realização das entrevistas sociais com os usuários internados e seus acompanhantes, foi reformulada. Além das informações obtidas acerca de identificação dos usuários, composição familiar, situação de renda, condição de moradia e aspectos relativos à saúde, como o acesso a serviços e medicamentos, foram incluídos itens para identificação das referências familiares e dos membros do núcleo familiar que são do grupo de risco para Covid-19, e para avaliarmos a possibilidade de isolamento domiciliar no pós alta.

Cabe destacar que a entrevista social é utilizada pela equipe por entender-se que, frente às condições objetivas de trabalho, ao projeto profissional, aos valores éticos defendidos, é o instrumento que possibilita ao profissional compreender melhor o usuário, seu contexto familiar e social, suas manifestações, seus questionamentos, se há acesso aos

direitos e serviços, para que possa intervir de forma mais qualificada. A entrevista social busca alcançar determinadas finalidades, com dada direção, e, muitas vezes, desdobra-se em outras ações profissionais e procedimentos (SANTOS *et al*, 2012).

As entrevistas sociais são semiestruturadas, realizadas pelas preceptoras e pelas residentes com as referências familiares dos usuários internados na enfermaria Covid-19. A cada plantão, antes de iniciarem os atendimentos remotos, as plantonistas do dia imprimem o Censo Diário dos Pacientes da Clínica Médica 2º andar (atual enfermaria Covid-19), disponível no Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU), e comparam com o censo do dia anterior, para verificarem as famílias que ainda não foram atendidas e realizarem os atendimentos, que acontecem em horário definido entre a preceptora e a residente.

Ao finalizar as entrevistas e seu registro na ficha, as plantonistas evoluem os atendimentos no prontuário eletrônico de cada usuário no AGHU. As fichas são armazenadas na pasta Casos Covid-19, na sala do Serviço Social, e são utilizadas para acompanhamento dos casos pela equipe durante toda a internação dos usuários. Os dados referentes a esses atendimentos são lançados pelas residentes na planilha Covid-Plan, que tem por finalidade precípua a realização de pesquisas futuras relacionadas ao perfil dos usuários internados na referida enfermaria.

Com vistas à efetivação do direito à informação, um dos princípios preconizados pela Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990), a equipe construiu dois panfletos informativos: um sobre estratégias gerais de combate à Covid-19 e outro sobre o isolamento domiciliar, para serem divulgados entre os usuários atendidos no hospital.

O serviço também recebeu a solicitação da gestão do hospital para participar das reuniões multiprofissionais diárias de discussão dos casos internados na enfermaria Covid-19. Diante disso, a equipe acordou que três das cinco preceptoras revezariam a participação nessas reuniões, de segunda a sábado. Também ficou acordado que duas preceptoras serão as referências para atendimento presencial na enfermaria Covid-19, caso haja essa necessidade.

Para otimizar a comunicação entre as plantonistas, a equipe estabeleceu consenso de que, ao final de cada expediente, a preceptora do dia deverá divulgar para as demais um Boletim diário, via grupo de whatsapp, com as intervenções referentes à enfermaria Covid-19 contendo informações sobre a reunião multiprofissional e os atendimentos realizados, bem como as pendências para o dia seguinte.

Com tantas alterações no processo de trabalho, a equipe considerou pertinente a construção de um Procedimento Operacional Padrão (POP), com o objetivo de orientar as



preceptoras e residentes do Serviço Social sobre todo o fluxo de atendimento dos casos da enfermaria de Covid-19. O POP detalha, de forma minuciosa, os procedimentos necessários à realização das entrevistas remotas, ao registro das informações na Ficha de Atendimento do Serviço Social e no prontuário eletrônico dos usuários, e também estabelece a forma como a equipe socializa as informações de um plantão para outro. A construção desse documento constituiu importante estratégia para delimitar o papel do Serviço Social para as demais categorias profissionais e as intervenções junto aos usuários e familiares, além de facilitar a comunicação entre a própria equipe.

Há que se destacar que, embora o exercício profissional seja materializado através da dimensão técnico-operativa, com a escolha de instrumentais e técnicas de trabalho, também é determinado pelas dimensões teórico-metodológica e ético-política, tendo em vista que aquela coloca em movimento as duas últimas. Dessa forma, pensar o exercício profissional a partir dessas três dimensões, de forma orgânica e articulada, mesmo em tempos de pandemia, coloca a possibilidade de entender o significado social da profissão - formativa, interventiva e investigativa (SANTOS *et al*, 2012).

4 CONCLUSÃO

Ao chegarmos ao final deste artigo, consideramos que ele apresenta elementos para a compreensão do processo de trabalho desenvolvido pela equipe de Serviço Social do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora.

A conjuntura atual revela as consequências do capitalismo desenfreado, produzindo, ele mesmo, demandas sociais. A partir disso, é conhecido o papel das políticas sociais na intervenção dessas consequências, não isento de contradições. Assim, importa sinalizar a criação do Auxílio Emergencial, por parte do governo federal, no âmbito da assistência social, após embates políticos por parte da oposição, constituindo importante conquista referente à renda básica e à garantia da subsistência em tempos de crise. Nota-se que o assistente social está na linha de frente dessa intervenção, ressignificando, dialeticamente, o seu processo de trabalho, de modo que a orientação sobre o acesso ao auxílio também passou a compor as demandas cotidianas.

A partir do exposto neste artigo, é necessário enfatizar a relevância do assistente social nos serviços de saúde, especialmente em tempos de pandemia, com um risco em saúde iminente, com o acirramento da questão social em suas diversas expressões, impactando nos diferentes âmbitos da vida dos indivíduos, aos trabalhadores atribuindo a

responsabilidade pela própria reprodução, sendo que permanecer em casa não é uma opção para todos e, principalmente, devido ao fato de que, assim como afirma Harvey (2020, p.21), “o progresso da COVID-19 exhibe todas as características de uma pandemia de classe, de gênero e de raça”.

Nesse sentido, vários desafios foram explicitados, desde o nível local, da natureza do trabalho, até o nível global. Junto ao contexto de pandemia, agravado pelo cenário político de negação e desmonte das políticas sociais, em especial do SUS, a necessidade de reestruturação do trabalho também revelou desafios a serem enfrentados. A partir da experiência vivenciada, foram observadas dificuldades no alcance da interdisciplinaridade, no campo da saúde, a partir da atuação junto a outras categorias, em especial a médica, demonstrando desconhecimento quanto ao papel do assistente social e necessidade de reafirmação da categoria, à qual apresentam-se demandas de cunho, essencialmente, administrativo. De forma mais global, a reabertura prematura das atividades no município coloca em xeque a capacidade de acolhimento da demanda, acelerando, nitidamente, o número de casos e, conseqüentemente, o medo do colapso do sistema. Não obstante, a reestruturação de outros serviços - como de Unidades Básicas de Saúde, do Instituto Nacional de Seguro Social, dos CRAS e CREAS e da Defensoria Pública -, com redução da jornada ou interrupção do atendimento físico, também tem dificultado as intervenções, ao passo que as demandas por estes serviços só aumentam.

Por outro lado, levando-se em consideração o movimento contraditório da sociedade, o momento de crise, política, econômica, social e de saúde pública, é oportuno para reafirmar, não só ao serviço social, mas também à sociedade de modo geral, a necessidade de valorização do SUS, bem como de outras políticas sociais, a partir de um viés público e universal, como preconizado pela Reforma Sanitária, além de valorização da ciência e das universidades públicas, fundamentais no enfrentamento ao coronavírus. Ao serviço social, especificamente, demonstra-se a natureza interventiva da categoria, fundamental diante da conjuntura atual, em consonância com o projeto ético-político da profissão, e que os processos de trabalho estão em constante movimento de acordo com o movimento da sociedade.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Lei nº 8.080, 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>. Acesso em: 14/06/2020.
- _____, Ministério da Saúde. Últimas Notícias. Disponível em <<https://www.saude.gov.br/noticias>>. Acesso em: 27/04/2020.
- _____. **Painel Covid-19.** Disponível em <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 01/05/2020.
- _____, Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora. **Carta de Serviços ao Cidadão**, 2019.
- _____, Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora. **Plano de Contingência para enfrentamento da Covid-19.** Maio, 2020.
- _____, Ministério da Educação. Universidade Federal de Juiz de Fora. **Comissão de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde (COREMU).** Regimento Interno. Fevereiro, 2018.
- CASTRO, Marina Monteiro Castro e. **O Serviço Social e o cuidado em saúde: uma reflexão sobre as práticas desenvolvidas pelos assistentes sociais do Hospital Universitário/UFJF.** Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Faculdade de Serviço Social. Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora/MG, 2006.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação dos assistentes sociais na política de saúde.** Brasília, CFESS, 2010.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão.** - 10ª. ed. Revista e atualizada. Brasília, CFESS, 2012. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf>. Acesso em: 04/06/2020.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Nota Orientações sobre o exercício profissional diante da pandemia do Coronavírus (Covid-19).** Brasília, 2020. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1679>>. Acesso em: 07/06/2020.
- DIAS, Adriana. **Copo de leite: Bolsonaro usa símbolo nazista de supremacia racial em live.** Disponível em: <<https://www.brasil247.com/brasil/copo-de-leite-bolsonaro-usa-simbolo-nazista-de-supremacia-racial-em-live>>. Acesso em: 07/06/2020.
- ENTENDA O PLANO. MG.gov,2020. Disponível em: <<https://www.mg.gov.br/minasconsciente/entenda-o-programa>>. Acesso em: 06/06/2020.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2020. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/>>. Acesso em: 20/05/2020.
- FIÚZA, Patrícia. **Minas gerais registrou, em 2020, 1250 mortes por síndrome respiratória a mais que em 2019.** Disponível em: <<https://g1.globo.com/mg/minas-gerais/noticia/2020/05/26/minas-gerais-registrou-em-2020-mais-de-mil-mortes-por-sindrome-respiratoria-a-mais-que-em-2019.ghtml>>. Acesso em: 07/06/2020.
- GARBOIS, Júlia Arêas; SODRÉ, Francis; ARAUJO, Maristela Dalbello. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde Debate.** Rio de Janeiro, v.41, n. 112, p.63-76. Jan-mar 2017.
- GLOBO, 2020. Disponível: <<https://g1.globo.com/>>. Acesso em: 06/06/2020.
- HARVEY, David. **Política Anticapitalista em tempos de Corona Vírus.** Disponível em: <<https://blogdaboitempo.com.br/2020/03/24/david-harvey-politica-anticapitalista-em-tempos-de-coronavirus/>>. Acesso em: 30/04/2020
- IBGE. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/juiz-de-fora/panorama>>. Acesso em: 06/06/2020.



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE DE JUIZ DE FORA. Institucional. **Missão e Valores**. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/web/hu-ufjf/missao-valores>>. Acesso em: 13/06/2020.

LOWY, Michael. **O neofascista Bolsonaro diante da Pandemia**. Disponível em: <<https://blogdaboitempo.com.br/2020/04/28/michael-lowy-o-neofascista-bolsonaro-diante-da-pandemia/>>. Acesso em: 28/04/2020.

MATOS, Maurílio Castro de. **A pandemia do coronavírus (COVID-19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde**. Rio de Janeiro, CFESS, 2020. Disponível em: <<http://www.cress-es.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Artigo-A-pandemia-do-coronav%C3%ADrus-COVID-19-e-o-trabalho-de-assistentes-sociais-na-sa%C3%BAde-2.pdf>>. Acesso em: 04/06/2020.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**. N-1 edições - São Paulo, 2019.

O TEMPO, 2020. Disponível em: <<https://www.otempo.com.br/cidades/subnotificacao-estudo-estima-que-existam-ate-21-mil-pessoas-com-covid-19-em-mg-1.2342856>>. Acesso em: 04/06/2020.

SANTOS, C. M.; BACKX, S.; GUERRA, Y. (orgs.) **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos**. Juiz de Fora, Editora UFJF, 2012.

ANÁLISE SOCIODEMOGRÁFICA DOS USUÁRIOS ACOLHIDOS PELO SERVIÇO SOCIAL NA ONCOLOGIA DO HUB – A IMPORTÂNCIA DO OLHAR INTERSECCIONAL EM TEMPOS DE PANDEMIA.

Natany Rodrigues De Carvalho (Hospital Universitário De Brasília – HUB); Liana Zaynette Torres Junqueira ((Hospital Universitário De Brasília – HUB)

RESUMO: O serviço social tem papel fundamental na execução da PNH – Política nacional de saúde e da busca por um olhar interseccional na Unidade de Oncologia do Hospital Universitário de Brasília aos outros profissionais que pertencem à equipe multiprofissional, principalmente no resgate e manutenção da humanização em tempos de pandemia. O objetivo deste trabalho é ressaltar a importância do método interseccional de análise sob a luz da análise sociodemográfica dos usuários acolhidos pela Unidade de Alta Complexidade em Oncologia do Hospital Universitário de Brasília.

Palavras-chave: Serviço Social; Oncologia; Pandemia.

ABSTRACT: Social work has a fundamental role in the execution of the PNH - National health policy and the search for an intersectional look at the Oncology Unit of the Hospital Universitário de Brasília to other professionals who belong to the multiprofessional team, mainly in the rescue and maintenance of humanization in times pandemic. The objective of this work is to emphasize the importance of the intersectional method of analysis in the light of the sociodemographic analysis of the users welcomed by the Unit of High Complexity in Oncology of the Hospital Universitário de Brasília.

Keywords: Social Work; Oncology; Pandemic.

1. INTRODUÇÃO

O mundo em 2019/2020 se deparou com um novo vírus que vem modificando o cotidiano e a forma de viver de todas as pessoas. Diante disso, é importante observarmos como o mundo se comporta frente à COVID-19.

A maioria dos países têm adotado políticas de isolamento social como única forma de conter a disseminação do vírus, deixando evidente a fraqueza e a incapacidade atual dos Estados de atender à população.

Como desfecho dessa política temos a acentuação ainda maior do recorte de classe, uma vez que boa parte da população mundial não possui as condições necessárias para realizar o isolamento devido às condições precárias de trabalho, de saúde e de moradia. Ou seja, enquanto a menor parte da população mundial pode ficar em casa em condições adequadas e com capacidade de desenvolver suas atividades de trabalho, a maior parte da população fica vulnerável ao vírus e sem acesso ao sistema de saúde, aprofundando ainda mais as desigualdades e potencializando o número de vítimas da COVID-19 em todo o mundo (PINTO; CERQUEIRA, 2020).

Diante deste agravamento é importante discutirmos os conceitos e necessidades de acolhimento aos usuários do SUS neste contexto, levando em consideração os determinantes sociais e seus impactos na saúde.

No dicionário de língua portuguesa do Brasil, a palavra acolher significa “oferecer ou obter refúgio, proteção ou conforto físico; abrigar (-se), amparar (-se)”. Dentro da perspectiva da política nacional de humanização (PNH), com a intenção de romper com o modelo hegemônico biomédico e de individualismo extremo dos usuários da saúde, a estrutura de acolhida deve ser baseada na ética e solidariedade, tendo a pessoa enquanto sujeito de direitos e não apenas passivo em relação às informações e tomadas de decisão (SCHIMIGUEL *et al.*, 2015).

Há, portanto, a imprescindível necessidade de qualificação da escuta à criação de vínculo com os usuários (BRASIL, 2006), principalmente para a criação de relações de confiança e de compromisso entre as equipes e o serviço. Acolher alguém, nesse caso um usuário, vai muito além de apenas escutar a demanda apresentada, e sim tentar compreender além do que é demandado de forma imediata

– É uma tecnologia leve, em que se deve considerar o sujeito como um todo (PELISOLI *et al.*, 2014); na perspectiva dos determinantes sociais da saúde (BRASIL, 2007).

Pelisoli *et al.* (2014), traz a importância do significado multidimensional da experiência

vivenciada - Não seria possível a tentativa de acolher sujeito como um todo sem o trabalho de uma equipe multiprofissional ou interprofissional, com postura de comprometimento com o usuário.

Dentro da perspectiva do acolhimento multiprofissional, a comunicação entre as partes envolvidas é fundamental, tanto para evitar retrabalho como práticas fragmentadas, o que também é disposto na Política Nacional de Humanização. Tratar pessoas como pessoas, dentro de toda a complexidade envolvida em ser humano e dos fatores não-biológicos que influenciam de forma substancial sua experiência a ser vivenciada.

O Serviço Social da Unidade de Oncologia do Hospital Universitário de Brasília participa do acolhimento multiprofissional: Dia em que os usuários são chamados na fila de regulação para darem início ao tratamento após diagnóstico de câncer - Patologia caracteriza pela proliferação desordenada de células, causadas de forma multifatorial, por meios internos e externos (SCHIMIGUEL *et al.*, 2015).

No momento do acolhimento, várias profissões, além do Serviço Social, estão envolvidas: Terapia Ocupacional, Nutrição, Psicologia, Farmácia, Fisioterapia, Medicina e, eventualmente, Odontologia quando há demanda específicas sobre usuários com diagnóstico de câncer em regiões da cabeça e; ou pescoço. Dentro dos estudos da antropologia da saúde, o trabalho multidisciplinar nos aproxima, enquanto profissionais, do maior conhecimento da realidade vivida pelo usuário, proporcionando uma proposta de tratamento que seja condizente não apenas com sua situação fisiológica, mas com as condições que propiciam adesão dentro dos determinantes sociais da saúde.

O Serviço Social dentro da atividade do acolhimento é a profissão que mais tenta se aproximar da realidade dos sujeitos por meio do instrumento de avaliação inicial, que traz dados imprescindíveis, mas tenta observar o “dito e o não dito” nas possibilidades apresentadas.

Avaliar os dados sociodemográficos dos usuários que foram acolhidos é de suma importância para pensar na resolução de questões a nível micro e macro em complexidade, principalmente em saber “para quem, por que, de onde, quem são, por quem?” São ofertados os serviços de saúde em seus mais diversos modelos.

Na Política Nacional de Humanização, se o sujeito deve participar ativamente de seu tratamento e ser visto como parte de um todo, conhecer *in loco* a população atendida é a forma mais eficaz e efetiva dentro da gestão de políticas públicas; ter um serviço onde os profissionais tratam a realidade de forma homogênea e descolada do real pode ser fator determinante na adesão ao tratamento: De nada adianta ter o serviço disponível se os

profissionais não lutam pelo melhor à saúde dos usuários (BRASIL, 2007).

2. Desenvolvimento

Este trabalho tem como objetivo explicitar, a partir de dados colhidos em 2019 no acolhimento feito pelo instrumental do Serviço Social, quem são os usuários acolhidos pela Oncologia do HUB para pensar em uma melhor forma de acolhê-los: Afinal, vivenciam a realidade de um diagnóstico de doença crônica, muitos com meses na fila de espera para darem início ao tratamento, trazem consigo medos e angústias com relação ao tratamento ainda mais evidentes neste momento de pandemia.

O instrumento de coleta de dados utilizado na pesquisa foi baseado no questionário de avaliação utilizado pelo Serviço Social do Hospital Universitário de Brasília que, por meio do compromisso com o Projeto ético-político da profissão e da humanização da saúde, tenta se aproximar da realidade dos usuários atendidos para entender melhor o processo saúde-doença e viabilizar seu pleno acesso à seguridade social.

Pensando no contexto de desigualdade em que a população brasileira sem insere, a PNH é congruente com a perspectiva do tratamento equânime ao alcance da universalidade dentro do Sistema Único de Saúde Brasileiro – Pensando que a realidade é heterogênea e que questões como gênero, raça, idade e sexualidade são fundamentais para determinar a práxis em serviço (BRASIL, 2007).

O instrumental utilizado utiliza a concepção gramsciana de totalidade, onde do aspecto individual para o total, em um movimento de mediação com a realidade; as situações têm sua individualidade, mas não são singulares e descoladas da estrutura econômica e de sociabilidade em que estão inseridas (SOUSA, 2008).

Em relação à tabulação de dados, a contagem total se deu a partir do valor bruto apresentado na pesquisa e diminuição de casas decimais para melhor leitura textual; bem como houve mudança em nomenclaturas de análise para limpeza das tabelas.

3. Resultados

Gênero e perspectiva geracional

Portanto, com na intencionalidade de conhecer os usuários a quem o serviço executado é destinado, sob o olhar da totalidade nos determinantes sociais e ter a intersecção

com método de análise, foram analisadas 568 avaliações do Serviço Social realizadas entre janeiro de 2019 a dezembro de 2019:

I. Tabela 1:

Variáveis	Homem (%)	Mulher (%)	% Total
Idade			
ENTRE 20 E 30 ANOS	0,17	2,8	2,9
ENTRE 31 A 40 ANOS	0,7	5,4	6,1
ENTRE 41 A 50 ANOS	3,5	11,4	14,9
ENTRE 51 E 60 ANOS	6,8	14,4	21,2
ENTRE 61 A 70 ANOS	13,7	15	28,7
ENTRE 71 E 80 ANOS	11,6	7,7	19,3
ENTRE 81 E 95 ANOS	3,5	2,6	6,1

*Porcentagem bruta, considerando o valor das amostras.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM traz, em seu histórico, que mulheres procuram mais os serviços de saúde e que são as maiores usuárias onde 60% das usuárias são mulheres e 40%* homens, por isso, a importância da atenção às questões de gênero que envolvem as mulheres; a própria PNAISM foi pensada com base na realidade onde há desigualdade entre homens e mulheres em grandes níveis e multifacetada. O acolhimento realizado na oncologia corrobora pesquisas onde as mulheres estão mais nos serviços de saúde (BRASIL, 2004).

Em relação à idade, houve maior prevalência de atendimento às mulheres entre 20 – 60 anos de idade, diferente do sexo masculino, onde houve maior prevalência de acolhimento entre 60 – 80 anos de idade. Pela maior busca de cuidados em saúde, como relatado anteriormente, é fator imprescindível às faixas etárias e de desenvolvimento que a atenção básica em saúde faça uma busca ativa maior do sexo masculino.

Outro fator a ser avaliado é a maioria de usuários idosos acolhidos na Oncologia; onde o olhar precisa ser cuidadoso em relação ao desenvolvimento e ciclo vital da pessoa idosa.

4. Gênero e raça/cor

É importante salientar que a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra “tem o objetivo de garantir a equidade na atenção à saúde para esse segmento populacional” (BRASIL, 2007), a partir da desigualdade histórica causada pelo período escravagista no

Brasil.

II. Tabela 2:

Variáveis	Homem (%)	Mulher (%)
BRANCOS	12,5	17,4
AMARELO	2,5	1,2
INDÍGENA	0,1	0,3
Sem avaliação	0	0,1
Mulata	0	0,1
PRETA	9,3	5,7
PARDO	30,7	19,7

*Porcentagem bruta, considerando o valor das amostras.

A PNSIPN traz que o racismo institucional dentro dos serviços de saúde é muito forte no Brasil e que uma forma de combate é ter em instrumentos de acolhimento/anamnese a pergunta sobre a autodeclaração de cor/etnia: Dar visibilidade é dizer que a população existe, bem como traçar as grandes potencialidades e dificuldades de acesso dentro dos serviços.

Considera-se o uso do termo “mulata” como problemático, apreendido como racismo e é derivado da palavra mula (SILVA, 2018), apesar de ter sido utilizado a partir de autodeclaração; bem como há a diferença de classificação entre negros – pardos, como se negro fosse apenas a população que se autodeclara preta. Portanto, todos os declarados “negros”, serão analisados como pretos na pesquisa por este viés. A classificação utilizada pela PNSIPN e IBGE é BRANCO, AMARELO, PARDO, PRETO e INDÍGENA.

Os dados mostram que a maior parte da população usuária acolhida se declara como negro, que está na classificação de pretos e pardos pela PNSINP. Outro fato interessante é que, em observação de instrumental utilizado por outros profissionais da saúde, o Serviço Social foi o único que utilizou a cor/etnia em seu questionário. A PNSINP fala da importância de dar visibilidade para que se pensem políticas à população negra que foi historicamente silenciada e excluída dos espaços de representatividade (BRASIL, 2007).

Portanto, é imprescindível que haja capacitação dos profissionais de saúde para acolher a população atendida, tendo em vista que representam 65,4% dos usuários no serviço de oncologia do Hospital Universitário de Brasil.

III. Tabela 3: Outros dados sociodemográficos à discussão escolaridade

ESCOLARIDADE	Mulher (%)*	Homem (%)*
Alfabetizado	4,8	4,8
Tecnólogo	0	0,18
Fundamental Completo	4,1	3,9
Fundamental Incompleto	16,4	11,7
Ensino Médio Completo	15	5,9
Ensino Médio Incompleto	2,7	1,8
Não alfabetizado	7,7	9,2
Superior Completo	5,2	2,3
Superior incompleto	3,2	0,3

*Porcentagem bruta, considerando o valor das amostras.

A escolaridade é determinante ao atendimento humanizado em saúde, principalmente por haver diversas formas de comunicação entre profissional de saúde

- usuário. Afinal, de que adianta fazer uma orientação por escrito ou falar linguagem muito técnica para quem está sendo atendido? A quem seu trabalho está sendo prestado?

“A Organização Mundial da Saúde salienta que a efetividade de políticas voltadas para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis envolve questões de legislação, regulamentação e educação em massa, uma vez que mudanças individuais de comportamentos são difíceis de acontecer na ausência de mudanças ambientais” (LIMA-COSTA, 2004, p. 27).

Quando há, ainda que na alta complexidade em saúde, a possibilidade da prevenção de agravos, a comunicação efetiva deve ser trabalhada em todos os aspectos – A não infantilização, mas em termos acessíveis e tangíveis a quem é atendido. Fazer um atendimento coerente ao processo cognitivo faz parte do atendimento humanizado.

De acordo com o INCA (2020), o câncer “é o principal problema de saúde pública no mundo e já está entre as quatro principais causas de morte prematura (antes dos 70 anos de idade) na maioria dos países. A incidência e a mortalidade por câncer vêm aumentando no mundo”, onde a estimativa de novos casos no Brasil, é de 626.030* no ano de 2020.

A literatura também traz como fator de risco questões socioeconômicas que, mais uma vez, são consequência da disparidade e desigualdade entre classes sociais no Brasil.

Em relação ao acolhimento, houve maior incidência de câncer de mama (25,1%*), próstata (17,6%*) e colo de útero (12,6%).

IV. Tabela 4: Prevalência de câncer

TIPO DE CÂNCER	TOTAL(%)*
ESÔFAGO	2.6
CÓLON	3.5
MAMA	25.1
PRÓSTATA	17.6
RETO	5.1
ÂNUS	0.1
PELE	0.7
INTESTINO	3.1
OROFARINGE	0.7
NASOFARINGE	0.3
PULMÃO	6.5
COLO DE ÚTERO	12.6
ENDOMÉTRIO	1.2
PELE	0.7
BUCAL	0.1
BEXIGA	1.5
CABEÇA E PESCOÇO	2.4
PÂNCREAS	1.2
APÊNDICE	1.4
ENCÉFALO	0.1
OVÁRIO	2.8
ESTÔMAGO	5.4
FÍGADO	1.2
LARINGE	0.7
LÍNGUA	0.3
PÊNIS	0.3
VESÍCULA	0.3
DUODENO	0.1
SARCOMA DE KAPOSÍ	0.3

*Porcentagem bruta, considerando o valor das amostras.

5. Manifestação religiosa

O atendimento humanizado tem, dentro de sua gama de propostas, a religião como fator atenuante em relação ao respeito às diferenças e práticas individuais – Ao serviço social, é bastante utilizado como forma de mapear a rede secundária de suporte que os usuários têm disponíveis. A maioria afirma ser de religiões cristãs, como demonstra a tabela abaixo:

V. Tabela 5:

M.R*	TOTAL (%)*
ADVENTISTA	1.2
AGNÓSTICO	1.2
ATEU	1
CATÓLICA	57
CRISTÃO	8
ESPÍRITA	2.9
ESPIRITUALISTA	1.4
EVANGÉLICO	26.4
NÃO POSSUI	0.5
RELIGIÕES AFRO	0.1
TESTEMUNHA DE JEOVÁ	0.7

6. Regiões mais atendidas

A mobilidade urbana e condições de moradia são fatores determinantes da saúde e, portanto, saber onde vivem a maior quantidade de usuários atendidos pela oncologia é imprescindível, principalmente dentro da proposta de referência, contrarreferência e matriciamento dentro da saúde pública.

VI. Tabela 6: Regiões do Distrito Federal

REGIÃO ADMINISTRATIVA	TOTAL (%)*
ÁGUAS CLARAS	2
ARNIQUEIRA	0,25
AREAL	0,25
ASA NORTE	3



ASA SUL	2,25
BRAZLÂNDIA	3,75
BURITIS	0,25
CANDANGOLÂNDIA	0,75
CEILÂNDIA	12
CIDADE ESTRUTURAL	1
CRUZEIRO	0,5
GAMA	4,75
GUARÁ	4,75
ITAPÓIA	2
JARDIM BOTÂNICO	0,5
JARDINS MANGUEIRAL	0,75
LAGO NORTE	0,25
LAGO OESTE	0,5
LAGO SUL	0,25
TAGUATINGA	7,5
NÚCLEO BANDEIRANTE	0,5
OCTOGONAL	0,5
PARANOÁ	6,25
PARK WAY	0,25
PLANALTINA	12
RECANTO DAS EMAS	3,75
RIACHO FUNDO I	1
RIACHO FUNDO II	1,25
SAMAMBAIA	5,25
SANTA MARIA	4,5
SÃO SEBASTIÃO	5,25
SOBRADINHO	9
SUDOESTE	0,5
VICENTE PIRES	2,25
VILA PLANALTO	0,5

*Porcentagem bruta, considerando o valor das amostras.

Nessa análise de dados, o gênero não foi viés determinante, tendo em vista o foco na

estrutura de política e mobilidade urbana das regiões administrativas do Distrito Federal.

Ao serviço social, tendo em vista a prática política, ética, investigativa e interventiva, a atuação em redes precisa ultrapassar sempre a reprodução mecânica, burocratizando e fazendo reafirmando práticas de “gestão de miséria”, de políticas pobres, com alto índice de critério de elegibilidade. Portanto, o acesso aos serviços públicos de saúde não acontece se a população não tiver o mínimo de condições à mobilidade urbana (SOUSA, 2008).

Em relação a outros estados atendimentos, o de maior prevalência foi o Goiás (15,1%*), Maranhão (1,06%*), Bahia (4,5%*), Minas Gerais (1,5%) e Tocantins (0,5%*). A maior prevalência do Goiás se tem como a hipótese a facilidade de acesso dos moradores ao Distrito Federal – Na maior parte das vezes, maior do que na capital.

7. Análise dos dados de suporte de rede primária

A responsabilização das famílias no cuidado ao paciente crônico e desresponsabilização do Estado é um movimento discutido dentro da seguridade social – Discutido como familismo, onde há uma perversidade reproduzida socialmente de obrigações que não estão em termos de lei, enquanto dever, mas em panorama do que seria adequado moralmente (MIOTO, 2015).

Enquanto categoria, o Serviço Social muitas vezes analisa o contexto familiar que os usuários estão inseridos para discutir melhores formas de tratamento de acordo com a realidade apresentada: Como o Estado se faz ausente em termos de políticas públicas à proteção, ou tem como centralidade a família dentro das políticas sociais, é de grande complexidade romper com modelos de produção e (re)produção cultural hegemônico (MIOTO, 2015).

Por conta disso, há uma configuração familiar em constante movimento de mudança na divisão de cuidados do paciente crônico, principalmente na figura da mulher (FRAZÃO; SKABA, 2013).

Poucos usuários estavam desacompanhados durante o acolhimento, totalizando 11,4% dos usuários:

VII. Tabela 7:

ACOLHIMENTO	MULHER (%)	HOMEM (%)	TOTAL (%)
SEM ACOMPANHANTE	8,6	2,8	11,4

COM ACOMPANHANTE	57,8	42,2	88,5
------------------	------	------	------

*Porcentagem bruta, considerando o valor das amostras.

Em relação ao suporte da família de acordo a quantidade de pessoas que habita no mesmo domicílio que o usuário, há uma grande parte onde há mais de uma pessoa no auxílio e divisão de cuidados:

VIII. Tabela 8:

SUPOORTE	TOTAL (%)*
EXCELENTE (VÁRIOS CUIDADORES).	15,4
NÃO POSSUI (SEM CUIDADORES E NEM SUPOORTE).	1,4
PRECÁRIO (SEM CUIDADOR DIRETO, MAS HÁ UM PEQUENO SUPOORTE).	8,8
RESTRITO (APENAS 1 CUIDADOR)	27,1
SATISFATÓRIO (2 CUIDADORES)	47

*Porcentagem bruta, considerando o valor das amostras.

Apesar da quantidade muito significativa, onde a maioria tem suporte familiar satisfatório, não se deixa de fazer a crítica da centralidade da família no exercício de cuidado onde o Estado muitas vezes se ausenta (MIOTO, 2015).

6. Análise de dados da renda familiar total e situação trabalhista

Dentro do serviço social, muitas vezes o critério de renda é utilizado para quase “descartar” demanda, como se o assistente social reafirmasse estruturas de direitos sociais restritos e a não-viabilização do acesso ao direito. No entanto, se utilizado de forma crítica, é avaliação importante para um panorama do concreto, do que é material, vivenciado pelos usuários, tendo em vista as relações sociais da classe trabalhadora sendo baseadas em relações econômicas de (sub)existência (SILVA, 2010).

A literatura aponta que, além das doenças crônicas serem muitas vezes consequência de questões sociais relacionadas às más condições de trabalho no período industrial (SILVA, 2010), a classe trabalhadora tem impacto direto no diagnóstico: A política de previdência e assistência social são muitas vezes sucateadas para dificultar o acesso, numa produção em massa de miséria dos “não- produtivos” ao capital.

Na análise, a renda individual não foi viés utilizado – A escolha da renda familiar foi pensada a partir da concepção das políticas sociais que consideram a renda total da família e a divisão per capita à inserção.

IX. Tabela 9:

RENDA	TOTAL* (%)
1 SALÁRIO	45
1,2,3 SALÁRIOS MÍNIMOS	21,8
ACIMA DE 3 SALÁRIOS	11,6
SEM RENDA	21,4
APOSENTADO POR IDADE/TEMPO/PENSIONISTAS	33,4
AUXÍLIO DOENÇA	26,4
PBF	0,5
BPC	6,8
NÃO SEGURADOS	21,1
LICENÇA SAÚDE	0,3

X. Tabela 10:

SITUAÇÃO PREVIDENCIÁRIA	TOTAL (%)
APOSENTADOS POR INVALIDEZ	6,3

*Porcentagem bruta, considerando o valor das amostras.

Como demonstra a porcentagem do valor bruto dos dados, mais da metade dos pacientes acolhidos na oncologia do HUB (66,4%) tem como renda familiar 1 salário mínimo ou nenhuma renda fixa. As famílias de baixa renda estão mais suscetíveis ao adoecimento em vista de falta de acesso ao que o Estado dificulta enquanto direito.

O mesmo se relaciona à quantidade de pessoas sem direitos trabalhistas assegurados por conta da forma que a legislação entende – São regulados e constitucionalmente contributivos. 21,1% não estavam contribuindo à previdência social à época do acolhimento, demonstrando, muitas vezes, situações de trabalho informal e desprotegido.

7. DISCUSSÃO

A categoria gênero é imprescindível à todas as categorias de análise, mas por conta de

desdobramentos que se cruzam com a opressão do machismo, em próxima pesquisa haverá tempo hábil à maior aprofundamento.

A interseccionalidade, no presente trabalho, a concebe enquanto método de relação dos feminismos epistêmicos: Opressões que se cruzam e potencializam dificuldades no cotidiano das mulheres (ARUZZA, 2017).

Dentro do serviço social, utilizar este método como base de construção de mecanismo de acesso ao direito é retratar a realidade como ela se apresenta, a partir do trazido pelos usuários – Enxergar o usuário dentro da estrutura micro e macro de reprodução das relações sociais, onde em cada realidade há de se pensar melhores formas de acesso e cuidado adequado principalmente no contexto de pandemia vivenciados na atualidade.

Fica como sugestão à ferramenta de coleta de dados, o instrumental utilizado, que seja realizada revisão de termos utilizados e mais treinamento sobre uso de instrumental unificado em serviço, como forma de qualificar a tecnologia mais ainda; bem como maior análise prévia da rede de serviços, região e plano de cuidado tangível.

8. CONCLUSÃO

O debate desprezível entre salvar a economia ou salvar a vida teve repercussões em todo mundo, expressão da racionalidade econômica capitalista personificada por pessoas. Porém, destaque é que a pandemia da Covid-19 acelerou a crise do capital que já estava em andamento, como também evidenciou que existe luta de classes na história contemporânea e que as classes subalternas são as mais castigadas nesses processos.

Assim, entender a realidade social ao qual esses pacientes com câncer estão inseridos é a melhor maneira de enfrentar as barreiras sociais, ambientais e culturais que estes usuários enfrentarão de forma mais evidente durante o ano de 2020 e provavelmente os reflexos destrutivos desta pandemia se estenderá por muito tempo aprofundando ainda mais as desigualdades sociais. E ao Serviço Social fica o desafio ainda maior de cumprir com o seu compromisso ético-político em defesa das garantias essenciais aos vulneráveis.

REFERÊNCIAS

- ARRUZZA, Cinzia. Funcionalista, determinista e reducionista: o feminismo da reprodução social e seus críticos. **Cadernos Cermex**, Campinas, n. 10, 17 jan. 2017. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/cemarx/article/view/10920>. Acesso em: 6 ago. 2020.
- BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2004. (Série C – Projetos, Programas e Relatórios).
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Saúde. **Documento Base**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde (MS), 2007.
- FRAZÃO, Amanda; SKABA, Márcia Marília Fróes Vargas. Mulheres com câncer de mama: as expressões da questão social durante o tratamento de quimioterapia neoadjuvante escola nacional de saúde pública. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 427-435, 30 set. 2013. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/511>. Acesso em: 6 ago. 2020.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Introdução**. Ministério da Saúde, Brasília, 12 maio 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/estimativa/introducao>. Acesso em: 6 ago. 2020.
- LIMA-COSTA, Maria Fernanda. A escolaridade afeta, igualmente, comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens?: inquérito de saúde da região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 13, n. 4, dez. 2004. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?lng=pt&pid=S1679-49742004000400002&script=sci_abstract. Acesso em: 6 ago. 2020.
- MIOTO, Regina Célia; CAMPOS, Marta Silva; CARLOTO, Cássia Maria (Orgs.). **Familismo, direitos e cidadania**: contradições da política social. São Paulo: Cortez, 2015.
- PINTO, Marina Barbosa; CERQUEIRA, Augusto Santiago. **Reflexões sobre a pandemia da COVID-19 e o capitalismo**. *Libertas*, Juiz de Fora, v. 20, n. 1, p. 38–52, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufff.br/index.php/libertas/article/view/30485/20708>. Acesso em: 6 ago. 2020.
- PELISOLI, Cátula *et al.* Acolhimento em saúde: uma revisão sistemática em periódicos brasileiros. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 31, n. 2, p. 225- 235, abr./jun.2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-166X2014000200008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 6 ago. 2020.
- SCHIMIGUEL, Juliano *et al.* O acolhimento em pacientes oncológicos: uma revisão bibliográfica. **Saúde em Revista**, Piracicaba, v. 15, n. 39, p. 47-57, jan./abr. 2015. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/sr/article/view/2375/1461>. Acesso em: 6 ago. 2020.
- SILVA, Leticia Batista. Condições de vida e adoecimento por câncer. **Libertas**, Juiz de Fora, v. 10, n. 2, ago./dez. 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufff.br/index.php/libertas/article/view/18212>. Acesso em: 6 ago. 2020.
- SILVA, Liliam Ramos da. Não me chame de mulata: uma reflexão sobre a tradução em literatura afrodescendente no Brasil no par de línguas espanhol- português. **Trabalhos em Linguística Aplicada**, Campinas, v. 57, n. 1, jan./abr. 2018. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/tla/article/view/8651618>. Acesso em: 6 ago. 2020.
- SOUSA, Charles Toniolo. A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. **Emancipação**, Ponta Grossa, v. 8, n.1,p. 119-132, 2008. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4025382.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2020.

A RELEVÂNCIA DO (A) ASSISTENTE SOCIAL EM EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS NO CONTEXTO DA PANDEMIA POR COVID-19: UMA ANÁLISE SOB A PERSPECTIVA DE CLASSE, GÊNERO E RAÇA/ETNIA

Ana Maria Santana De Alcântara (UNIFESP - Universidade Federal De São Paulo); Bruna Cristina Faustino De Souza (UNIFESP - Universidade Federal De São Paulo); Cristhiene Montone Nunes Ramires (UNIFESP - Universidade Federal De São Paulo); **Stella Aparecida Geraldo Lima** (UNIFESP - Universidade Federal De São Paulo)

RESUMO: A COVID-19 alterou de maneira brutal o funcionamento da sociedade e dos serviços de saúde, acirrando as desigualdades sociais e evidenciando a relevância de um sistema de saúde universal, integral e equânime. Este artigo, a partir do olhar de residentes multiprofissionais em saúde, busca realizar uma reflexão sobre o novo coronavírus e as relações sociais de classe, gênero e raça/etnia, como subsídio para a análise do trabalho do (a) assistente social no atual contexto, especialmente no que concerne o diálogo com a equipe multiprofissional em uma unidade de urgência e emergência.

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19. Serviço Social. Equipe Multiprofissional. Saúde e Desigualdade.

RESUMEN: La COVID-19 alteró brutalmente el funcionamiento de la sociedad y de los servicios de salud, exacerbando las desigualdades sociales y evidenciando la relevancia de un sistema de salud universal, integral y equánime. Este artículo, desde la mirada de residentes multiprofesionales en salud, busca realizar una reflexión sobre el nuevo coronavirus y las relaciones sociales de clase, género y raza/etnia, como subsídio para el análisis del papel del trabajador social en el actual contexto, especialmente en lo que concierne el diálogo con el equipo multiprofesional en una unidad de urgencia y emergencia.

PALABRAS-LLAVE: COVID-19, Trabajo Social, Equipo Multiprofesional, Salud y Desigualdad.

1. INTRODUÇÃO

Desde a primeira quinzena do mês de março do ano de 2020, com a declaração do estado de pandemia global por parte da Organização Mundial de Saúde (OMS) por COVID-19, vivemos um contexto sanitário que transformou de maneira significativa as formas de organização e sociabilidade em nossa sociedade, assim como o funcionamento dos serviços de saúde em todo mundo (ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, 2020).

Observamos uma relevante heterogeneidade no que diz respeito aos mecanismos governamentais adotados no enfrentamento da pandemia nos mais diversos países do mundo. No Brasil, país marcado por altos índices de desigualdade social e altas taxas de pobreza extrema (IBGE, 2019), presenciamos um plano governamental, especialmente na esfera federal, pautado em atitudes que banalizam os efeitos brutais do novo coronavírus, priorizando a preservação da economia do país, em detrimento a determinadas medidas de saúde, que possuem uma potência significativa neste atual contexto (AQUINO et al, 2020).

As principais estratégias adotadas em nosso país centram-se em medidas compulsórias por parte de governadores e prefeitos para o impedimento de aglomerações e a circulação de pessoas em espaços públicos, com a restrição do funcionamento dos serviços ditos não essenciais. Com isso, práticas como o *home office*¹⁸⁵ ganham importante espaço e o slogan “fique em casa” prolifera-se rapidamente entre parte da população, assim como as medidas de higiene e do uso de máscaras. A adesão a tais precauções por parte da população brasileira, entretanto, obteve obstáculos importantes.

No que se refere às formas de acesso às medidas sugeridas, tendo em conta a realidade social de nosso país, Sposati (2020, p. 102) nos alerta:

A aplicação dessas medidas não tardou revelar que não existiam condições para que ela fosse de aplicação universal para a população das cidades brasileiras. Nem todos habitantes dispunham de teto, nem todos tinham casa, nem todos tinham cômodos suficientes para que seus moradores pudessem manter distanciamento social, nem todos tinham provisão de água ou de esgotamento sanitário. Não havia a possibilidade de *home office* para quem não dispõe de acesso à rede comercial de internet ou de equipamentos de digitação. Mais ainda, a versão do *home office* colide com a grande massa, não proprietária, sem emprego formal e prestadora de serviços em domicílios, nas ruas, nas aglomerações. Ficar sob isolamento passou a significar o risco de não ter o que comer, não ter como obter a sobrevivência cotidiana, não poder pagar aluguel, conta de luz, comprar o botijão de gás, e ainda, ter filhos apinhados no espaço com ausência de cuidados.

¹⁸⁵ Modelo em que funcionários cumprem tarefas em casa, longe do ambiente profissional. Disponível em: <https://cutt.ly/LyMImYz>. Acesso em: 08 de junho de 2020.

Neste sentido, não podemos deixar de mencionar o acirramento da luta de classes e das relações sociais de gênero e raça/etnia que o estado de pandemia proporciona, alertando a todos e todas como a COVID-19 e suas formas de controle, prevenção e acometimento impactam os sujeitos de forma distinta, quando pensamos nessas dimensões estruturais.

O (a) assistente social, nesta conjuntura, tendo nas expressões da questão social o objeto de sua atuação e no conceito ampliado de saúde seu horizonte de intervenção, passa a ser um profissional fundamental no cotidiano dos equipamentos de saúde, não só na prestação direta de serviços à população usuária, como no diálogo com as equipes multiprofissionais. Outro fator essencial diz respeito a como a situação de pandemia requisita globalmente a urgência da efetivação do acesso à saúde, disponibilizada de forma universal, gratuita e equânime.

A partir desta discussão, dos referenciais bibliográficos incipientes e do relato de experiência vivenciado por residentes multiprofissionais de Serviço Social, do programa de urgência e emergência da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), propomos a realização de um ensaio teórico acerca da associação entre o novo coronavírus e as relações sociais de classe, gênero e raça/etnia, como subsídio para a análise da relevância do trabalho do (a) assistente social no contexto de pandemia, especialmente no que concerne o diálogo com a equipe multiprofissional em uma unidade de urgência e emergência.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. COVID-19: Uma pandemia de classe, de gênero e de raça/etnia

A história da humanidade não nos permite deixar de pontuar a existência de acentuadas desigualdades provocadas pelas relações sociais de classe, gênero e raça/etnia. Vivemos em uma sociedade pautada nos sistemas de dominação capitalista, patriarcal e racista em todo mundo (SAFFIOTI, 2004) e tal conjuntura, construída a fio ao longo dos séculos, se materializa diariamente no cotidiano de toda coletividade, as vezes de forma mais subjetiva e em outros casos, de maneira brutal¹⁸⁶.

¹⁸⁶ No Brasil, um exemplo recente - e infelizmente, recorrente - da forma perversa da atuação destes sistemas de dominação, é a morte de João Pedro Mattos Pinto, jovem negro de 14 anos, baleado e morto durante uma operação da Polícia Federal em São Gonçalo, região metropolitana do Rio de Janeiro, enquanto estava no interior da casa de seu tio. O corpo do jovem foi levado da casa de helicóptero, sem que qualquer pessoa pudesse acompanhá-lo, tampouco saber para onde estava sendo levado. Agentes da polícia federal informam a apreensão de granadas e uma pistola na casa em questão, todavia, em redes sociais, familiares do jovem referem que tais apreensões foram "plantadas" para incriminar as vítimas. Um retrato fiel de um estado fascista, racista e classista que utiliza de sua força policial de forma desordenada em bairros periféricos das cidades, causando vítimas fatais. Disponível em: <https://cutt.ly/1yMULKe>. Acesso em: 07 de junho de 2020.

A hegemonia do sistema capitalista, modo de produção que tem na acumulação o seu motor por meio da produção de mais-valia, ocupou de forma determinante as esferas da vida social, fazendo com que todas as relações estivessem imersas em sua lógica de dominação. Como expressão deste fato, visualizamos como as relações de dominação/exploração em decorrência do gênero e de raça/etnia - que possuem um surgimento histórico anterior ao capitalismo - são reeditadas obedecendo às necessidades de maior controle e exploração do capital (CISNE, 2014).

A tríade capitalismo-racismo-patriarcado configura a sociabilidade atual e determina o *modus operandi* das relações entre os sujeitos. É fundamental demarcar, contudo, que tais relações não são superpostas, ou seja, somáveis como propõe a segmentação positivista, ao compreendê-las de forma separada e não enovelada, como sugere Saffioti (2004, p. 125): “O importante é analisar estas contradições na condição de fundidas e enoveladas ou enlaçadas em um nó. [...] não que cada uma destas condições atue livre e isoladamente. No nó, elas passam a apresentar uma dinâmica especial, própria do nó”.

Nesta perspectiva, se compreende que o patriarcado, o capitalismo e o racismo, apesar de possuírem relações dinâmicas, são sistemas de dominação dependentes, que se estabelecem de forma imbricada. Portanto, defende-se que tais relações são “consustanciais” e “coextensivas” (KERGOAT, 2010), tendo em vista que “a força de trabalho que se vende é indissociável do corpo que a porta, e as suas formas de apropriação e exploração estão definidas não só pelas relações de classe, como também de ‘raça’ e de gênero” (CISNE, ÁVILA, 2011, p. 65 apud CISNE, 2014, p.142).

O capitalismo atualmente em sua fase neoliberal constitui-se em um modo de produção que pauta-se na flexibilização da produção, na centralidade do capital fictício e no aprofundamento da expropriação e mercantilização de todos os âmbitos da reprodução da vida (MOREIRA *et al.*, 2020, p. 21). Esta fase, que hoje encontra-se em aprofundamento, nos faz assistir a exacerbação do desmonte das políticas sociais e a legitimação de um Estado mínimo, o que gera um atroz agravamento das expressões da questão social e dos seus determinantes de classe, gênero e raça/etnia.

Quando observamos o cenário brasileiro, tais determinações estruturais também se materializam. Contempla-se neste processo o assolamento das verbas orçamentárias destinadas às políticas sociais, com destaque para a emenda constitucional 95, e o acirramento das violências perpetuadas pelas desigualdades de gênero e raça/etnia, com destaque dos dados que expõem a faceta mais cruel desta realidade: Em 2019 os índices de feminicídio aumentaram em 7,3%, o que representa 1.314 mulheres mortas pelo fato de serem

mulheres – uma a cada 7 horas, em média¹⁸⁷; a cada 100 pessoas assassinadas no Brasil, 71 são negras, sendo que esta população corresponde a maioria (78,9%) dos 10% de indivíduos com mais chances de serem vítimas de homicídios no país¹⁸⁸.

Essa reflexão se faz fundamental quando pensamos na atual conjuntura de pandemia mundial por COVID-19, servindo de fundamentação para evidenciar que talvez não estejamos juntos no mesmo barco no enfrentamento deste colapso sanitário, como amplamente difundido por governantes, sujeitos e mídias. David Harvey na publicação intitulada “Coronavírus e a luta de classes” (HARVEY, et al, 2020, p. 21-22) reitera essa reflexão quando expõe pontos norteadores da situação norte-americana:

Embora os esforços de mitigação estejam convenientemente camuflados na retórica de que “estamos todos juntos nisto”, as práticas, particularmente por parte dos governos nacionais, sugerem motivações mais sinistras. A classe trabalhadora contemporânea nos Estados Unidos (composta predominantemente por afro-americanos, latinos e mulheres assalariadas) enfrenta a desagradável escolha da contaminação em nome do cuidado e da manutenção de elementos-chave de provisão (como supermercados) abertos ou do desemprego sem benefícios (como cuidados de saúde adequados). Assalariados (como eu) trabalham em casa e recebem seu pagamento como antes, enquanto os CEOs voam em jatos e helicópteros particulares.

O conceito ampliado de saúde difundido pela OMS nos convida, inclusive, a compreender que saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não, simplesmente, a ausência de doenças. Este conceito, portanto, ressalta as expressões da questão social e nos auxilia a perceber como o progresso da COVID-19 exhibe todas as características de uma pandemia de classe, de gênero e de raça (HARVEY et al, 2020), uma vez que a saúde dialoga diretamente com o acesso material a bens e serviços, que encontra-se em nossa sociedade associado a tais relações estruturais.

Exemplos claros disto materializam-se nos dados evidenciados no percurso da COVID-19 em nosso país, que demarcam que as consequências deste cenário são agravadas de acordo com a renda, a localização, o gênero e a raça/etnia dos sujeitos. Em São Paulo, por exemplo, um levantamento demonstra que os 20 bairros com mais mortes por COVID-19 localizam-se nas regiões periféricas da cidade¹⁸⁹; Os casos de feminicídio, nesta mesma cidade, aumentaram 41,4% nos meses de março e abril de 2020, comparados com o mesmo

¹⁸⁷ Como denuncia o levantamento realizado pela Agência Patrícia Galvão. Disponível em: <https://cutt.ly/eyMv95u>. Acesso em: 08 de junho de 2020.

¹⁸⁸ Como denuncia o levantamento elaborado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Fórum Brasileiro de Segurança Pública em 2017. Disponível em: <https://cutt.ly/GyMv463>. Acesso em: 08 de junho de 2020.

¹⁸⁹ Disponível em: <https://cutt.ly/SyMUSda>. Acesso em: 08 de junho de 2020.

período do ano anterior¹⁹⁰; No país como um todo, dados mostram que COVID-19 mata 55% dos negros e 38% dos brancos¹⁹¹.

Estas são apenas algumas evidências do impacto diferenciado que o novo coronavírus possui para determinados sujeitos, que vivenciam em seu cotidiano condições materiais com significativas limitações. Se pensarmos que as principais providências de prevenção da doença, exigem medidas de higienização contínua das mãos e que cerca de 48% das casas brasileiras não possuem acesso a saneamento básico, sendo 44,5% destes sujeitos negros e pardos (IBGE, 2019), veremos que certamente estamos na mesma tempestade, entretanto, não no mesmo barco.

A conjuntura do COVID-19 revela diversas situações, que merecem um olhar mais cauteloso: as escassas condições objetivas que inviabilizam o acesso ao isolamento social; o aumento dos índices de feminicídio, associados ao crescimento da sobrecarga de trabalho não remunerado, realizado por mulheres nos lares; a ampliação do uso da força coercitiva do Estado; a existência da terceira maior população carcerária do mundo¹⁹² e outros inúmeros fatos, revelam a urgência na elaboração e efetivação de políticas públicas, que assegurem uma proteção social estatal, sobretudo neste momento. Tal requisição, todavia, encontra-se seriamente tolhida pelos ditames do neoliberalismo, sistema este que já demonstra seu desgaste e até mesmo, seu colapso:

Todo o desmonte realizado por mais de três décadas forja um sistema de proteção frágil e pronto a colapsar [...] nos ameaça a todos, sendo os negros periféricos os mais afetados. Rogoff, pesquisador da Universidade de Harvard [...] afirmou que não há saída para o cenário de recessão, sem a intervenção do tão retratado Estado, da combatida saúde pública, nem da destruída proteção social estatal (SALGADO e ANDRADE, 2020). Fraser (2020) faz coro ao afirmar que o neoliberalismo não se legitima mais (MOREIRA et al, 2020, p. 34).

O momento atual nos apresenta diversos desafios que nos requisitam a reflexão sobre novas formas de sociabilidade, uma vez que vivemos não só um colapso sanitário, mas, um verdadeiro alerta sobre a exigência de um reordenamento das relações sociais contemporâneas.

2.2. COVID-19 e a Assistência em saúde em um Serviço de Urgência e Emergência no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS)

¹⁹⁰ Disponível em: <https://cutt.ly/AyMUPHT>. Acesso em: 08 de junho de 2020.

¹⁹¹ Disponível em: <https://cutt.ly/1yMUULO>. Acesso em: 08 de junho de 2020.

¹⁹² Disponível em: <https://cutt.ly/vuY0CyV>. Acesso em: 18 de junho de 2020.

Como parte integrante da globalização mundial capitalista, o Brasil acompanha as metamorfoses deste sistema, participando - mesmo que de maneira tardia - das transformações macro societárias contemporâneas desta lógica. O sistema neoliberal opera a alguns anos, evidenciando a incompatibilidade do bem estar social da classe trabalhadora com o acúmulo de riquezas, que apesar de ser socialmente produzido, é apropriado de forma cada vez mais privada (IAMAMOTO, 2015).

Neste bojo, observamos que a crise sanitária em decorrência do COVID-19, pode ser compreendida como resultado de alguns anos do domínio perverso da lógica neoliberal sob os fundos públicos. Desta maneira pontuamos que vivenciamos uma crise sanitária, que é resultante da crise estrutural do capitalismo.

Se eu quisesse ser antropomórfico e metafórico sobre isso, concluiria que a COVID-19 é a vingança da natureza por mais de quarenta anos de maus-tratos grosseiros e abusivos da natureza sob a tutela de um extrativismo neoliberal violento e desregulado (HARVEY et al, 2020, p. 18).

Apesar de não ter experimentado o “Estado de Bem Estar Social”, o Brasil, na década de 1980 trava uma luta popular em prol da democracia, luta essa, que culmina na Constituição Federal de 1988. Entre as principais conquistas deste documento, podemos citar a instituição do sistema de seguridade social. No entanto, tais ganhos não foram suficientes para lidar com os desmontes previstos pela ideologia neoliberal executada no Brasil à partir da década de 1990, inviabilizando o direcionamento progressista da Carta Magna e processando o que denominamos como contra-reforma do Estado (BEHRING E BOSCHETTI, 2011).

Desde então, o desmonte de tais políticas, vêm sendo realizado sob o argumento da crise fiscal que o Estado enfrenta, sendo os gastos sociais ditados pela lógica econômica (IAMAMOTO, 2015). Assim, a seguridade social, pode ser apontada como uma das principais afetadas por tal ofensiva, tendo destaque a política de saúde, foco de nossas reflexões no atual cenário.

Historicamente, a saúde no Brasil se configurou como excludente e médico centrada. É somente na década de 1970, com o Projeto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que tal perspectiva se altera. Este movimento emerge colocando como central a discussão dos processos que determinam o binômio saúde/doença, compreendendo que a mesma depende de diversos determinantes e condicionantes sociais que envolvem questões de classe, gênero e raça/etnia. Além disso, a preocupação de tal movimento abarcava também a concepção de um Estado democrático de direito que assegurasse a universalidade do acesso às políticas públicas (MOTA et al, 2009). Desde então, o conceito de saúde adotado pela RSB, vem

disputando hegemonia com o projeto privatista - articulado ao mercado - esse que sempre obteve grandes conquistas diante do fundo público.

A reforma sanitária não foi contemplada em sua magnitude, enquanto projeto societário, todavia, obteve ganhos quando participou da constituinte e conquistou cinco artigos que contemplam a saúde como direito de todos e dever do Estado - apesar de um destes, deixar livre a saúde para iniciativa privada. Os artigos apresentam centralidade nas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, diferente do foco curativista, como anteriormente. Entretanto, antes mesmo que pudessem ser efetivados, os preceitos constitucionais foram arrebatados pela hegemonia neoliberal (VASCONCELOS, 2012).

Dentre as medidas implementadas, podemos citar alguns fatos recentes que impactam decisivamente a capacidade do Estado brasileiro em lidar com COVID-19. Em 2016, por exemplo, após o golpe de Estado, Michel Temer assumiu a presidência interina do Brasil, aumentando a Desvinculação dos Recursos da União (DRU) de 20 para 30%. O procurador Paulo Penteado Teixeira Junior, inclusive, afirma que as desonerações, a má gestão e a desvinculação de receitas da união já provocaram redução de R\$ 428 bilhões anuais no orçamento da seguridade social¹⁹³. Ressaltamos que os recursos da DRU deixam de financiar diretamente a seguridade social brasileira, sendo realocados para pagamento do superávit primário e dos juros da dívida pública.

Neste cenário, também não podemos deixar de citar a Emenda Constitucional 95, conhecida como “*PEC do fim do mundo*” que estabelece um teto para os gastos da união com políticas sociais, responsável pela retirada de R\$ 22,48 bilhões do SUS entre 2018 e 2020¹⁹⁴. Ressaltamos que tais medidas impactam diretamente o enfrentamento do Brasil diante da luta contra o coronavírus, país que hoje é considerado o epicentro da doença na América.

Mesmo em meio a todo sucateamento, o SUS vem realizando atendimento aos sujeitos afetados pelo coronavírus de maneira universal, em todos os níveis, desde a atenção básica até os hospitais de alta complexidade. Além dos diversos outros atendimentos que são realizados cotidianamente, abarcando a promoção, proteção e recuperação da saúde. Ressaltamos que atualmente cerca de 80% dos brasileiros são SUS-dependentes, fora os demais, que acessam este sistema em suas diversas instâncias, tendo destaque às vigilâncias em saúde¹⁹⁵.

¹⁹³Disponível em: <https://cutt.ly/DuywGHv>. Acesso em: 12 de junho de 2020.

¹⁹⁴Disponível em: <https://cutt.ly/PuywMOM>. Acesso em: 08 de junho de 2020.

¹⁹⁵ A Pesquisa Nacional de Saúde (2013) revela que a maioria da população (estima-se que 80%) é SUS-dependente para as ações relacionadas à assistência à saúde [...]. Contudo, seu caráter universal é mais evidente nas ações de vigilância em saúde, que alcançam a totalidade da população brasileira. Disponível em: <https://cutt.ly/OuyqkcJ>. Acesso em: 12 de junho de 2020.

Neste cenário, não é demais citar a importância da incorporação do conceito ampliado de saúde para compreender os impactos de tal vírus num país de proporções continentais, que é classificado, segundo o relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) de 2019 como 7º país mais desigual do mundo¹⁹⁶.

Apesar de muitas narrativas e documentos impulsionarem a adesão do conceito ampliado de saúde e sua importância em todos os níveis de assistência, paradoxalmente, existem dificuldades de tal incorporação pelos profissionais de saúde e governantes, que ainda realizam ações compreendidas como fragmentadas, reproduzindo a lógica de uma atenção curativista, individualista e médico centrada.

Realidade esta que também acomete os serviços de urgência e emergência, os quais encontram-se com um verdadeiro acirramento de suas problemáticas, especialmente neste contexto, que requisita uma reorganização desses espaços. O sucateamento da saúde, a superlotação, a escassez de recursos humanos e materiais, e a inadequação entre a oferta e a demanda de cuidados se agravam, colocando desafios significativos para estes equipamentos de saúde e seus profissionais¹⁹⁷.

Os serviços de urgência e emergência caracterizam-se como unidades plurifatoriais, marcadas, principalmente, por atendimentos onde o risco iminente de vida existe. Todavia, é fundamental pontuar que o conceito de “urgência e emergência” é impreciso e pode dar margem a diversas interpretações, tanto para os profissionais de saúde, como para os (as) próprios (as) usuários (as). Questões não necessariamente vinculadas às demandas biomédicas podem ganhar espaço e o acolhimento de tais situações é primordial, quando compreendemos a integralidade do cuidado, prevista na legislação que regulamenta nosso sistema de saúde:

A noção de urgência, assim como sua percepção e seus sinais são plurais, e seu entendimento não pode ser isolado dos diversos contextos e atores que lhes conferem seu sentido. Profundamente polissêmica e ancorada na complexidade do social, a urgência dificilmente se deixa encerrar dentro dos limites biológicos nos quais as ciências médicas tentam legitimamente circunscrevê-la, diante de sua perspectiva e de seus objetivos (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005, p. 131).

Como já mencionamos, as demandas de saúde no contexto da pandemia acirram as relações de classe, gênero e raça/etnia, o que exige, de maneira ainda mais perceptível, um olhar cauteloso por parte da equipe multiprofissional, que compreenda os sujeitos em sua totalidade, incorporando o conceito ampliado de saúde e os princípios que regem o SUS. Este cenário, também nos provoca analisar como a figura do (a) assistente social, que tem como

¹⁹⁶ Disponível em: <https://cutt.ly/7uyqQst>. Acesso em: 12 de junho de 2020

¹⁹⁷ Disponível em: <https://cutt.ly/KuY1HJZ>. Acesso em: 18 de junho de 2020.

objeto de sua intervenção as expressões da questão social, é primordial, uma vez que este (a) profissional possui uma potência em alertar a equipe multiprofissional acerca dos determinantes sociais de saúde e a capacidade de realizar ações sócio-educativas que transformem o olhar das equipes.

2.3. O Serviço Social em equipes multiprofissionais no contexto do COVID-19: um relato de experiência de residentes multiprofissionais em saúde

A atuação no Pronto-Socorro do Hospital São Paulo (PS/HSP), principal campo de prática do Programa de residência multiprofissional em urgência e emergência da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), exige que os atendimentos prestados contemplem os aspectos sociais, econômicos e culturais dos sujeitos, pois estes interferem e determinam o processo saúde-doença.

Neste contexto, a existência de uma equipe multiprofissional que compreenda a totalidade dos (as) usuários (as) merece destaque. O PS/HSP conta com enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, psicólogos e médicos de diversas especialidades, aspecto extremamente importante para o cumprimento do princípio da integralidade, previsto nas legislações que fundamentam o SUS. O programa de urgência e emergência da UNIFESP abarca as seis primeiras categorias citadas e se coloca como ponto relevante para a tríade ensino-pesquisa-extensão.

O Hospital São Paulo é caracterizado pela Política Nacional de Atenção às Urgências como Unidade de Referência Tipo III (BRASIL, 2011). Neste cenário, a assistência em saúde prestada no PS/HSP é marcada pela complexidade de casos, o que evidencia no cotidiano dos atendimentos, a necessidade de uma equipe multiprofissional que atue de maneira a compreender a integralidade dos sujeitos, tendo como base a interdisciplinaridade e a intersetorialidade (MOTA et al, 2009). Uma equipe multiprofissional que atua de maneira multidisciplinar ainda é a realidade majoritária da assistência em saúde prestada no PS/HSP, ou seja, o atendimento ocorre de maneira a agrupar agentes de forma fragmentada e não articulada como propõe o modo de trabalho interdisciplinar.

Outro ponto que merece destaque nessa discussão é a incorporação do conceito ampliado de saúde por parte da equipe multiprofissional. O olhar que supera a lógica biologicista é imprescindível nas unidades de urgência e emergência, já que o profissional de saúde desse setor é aquele que poderá desvelar um hábito que compromete a qualidade de vida de um (a) usuário (a), a existência de uma situação de violência, a ausência de um

acompanhamento regular de saúde e tantos outros episódios que, inclusive, por serem às vezes negligenciados, são fatores para o retorno dos (as) usuários (as) a estes serviços, o que impacta não só os atendidos, mas a gerência do sistema de saúde como um todo.

O contexto da pandemia por COVID-19 impactou a organização do Hospital São Paulo como um todo de forma significativa, tanto no que diz respeito aos recursos humanos e materiais, quanto na organização do ambiente em si. Unidades foram instaladas e reorganizadas para que os atendimentos aos acometidos fossem resolutivos, assim como para garantir a segurança dos demais pacientes. O Pronto Socorro sofreu importantes impactos diante de tal reorganização, assim, diversos desafios que já estavam presentes, foram evidenciados com maior nitidez, descortinando a escassez de recursos materiais e humanos decorrentes das diversas manobras do desmonte da saúde, como já citamos.

Um dos pontos mais notórios nessa situação, foi a ausência e/ou insuficiência de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e as dificuldades de seu manuseio, fator que contribuiu para a contaminação de diversos profissionais no início da pandemia e que ainda representa um grande desafio¹⁹⁸. Diante de tal cenário, campanhas institucionais direcionadas a sociedade civil foram levantadas no HSP com o objetivo de arrecadar doações de EPI, para que os profissionais atuassem de maneira segura, mais uma demonstração da desresponsabilização do Estado na condução das políticas públicas de saúde¹⁹⁹.

Este reordenamento exigiu transformações nos modos de atender usuários (as) e seus familiares por parte de toda equipe multiprofissional. Boletins médicos via vídeo chamadas e contatos telefônicos com familiares passaram a ser uma realidade no serviço, assim como o desconhecimento das diversas nuances do novo coronavírus, não só pela população usuária, mas também pela própria equipe de assistência em saúde, tendo em vista o fator inédito deste tipo de acometimento em nosso país e no mundo.

O manejo das situações clínicas derivadas do COVID-19 ganharam, então, grande notoriedade, exigindo readaptações e estudos contínuos. O foco na resolução da condição clínica se estabeleceu em muitas situações, todavia, não podemos deixar de compreender que os sujeitos acometidos pela COVID-19 possuem contextos sociais, econômicos, psíquicos e culturais que são extremamente relevantes, para além do manuseio clínico de seus corpos.

Refletimos, assim, que o acometimento pela COVID-19 não interfere apenas o (a) usuário (a) infectado (a), mas, também sua teia de relações, o que exige dos profissionais de

¹⁹⁸Disponível em: <https://cutt.ly/huXAhMK>. Acesso em: 21 de junho de 2020.

¹⁹⁹ Disponível em: <https://cutt.ly/oiulZtL>. Acesso em: 24 de junho de 2020.

saúde um olhar cauteloso sobre medidas socioeducativas, que visem a redução da propagação da doença, abarcando a promoção e a prevenção em saúde. A garantia do acesso universal a recuperação, assim como aos bens e serviços, do mesmo modo, deve nortear as intervenções profissionais neste momento, o que nos evidencia, mais uma vez, a relevância da incorporação dos princípios que regem o SUS.

Ressaltamos, neste contexto, o (a) assistente social, profissional que possui um olhar qualificado, a partir do conceito de totalidade, acerca das determinações sociais, econômicas e culturais que cercam a realidade dos (as) usuários (as). Na área da saúde, este profissional ainda tem como premissa, segundo publicação de seu Conselho Federal (CFESS, 2010), o compromisso com a viabilização do projeto de reforma sanitária e, deste modo, com os princípios que constituem o SUS.

Podemos salientar, assim, que o (a) assistente social possui uma capacidade significativa em traçar determinadas discussões com a equipe multiprofissional, que viabilizam um olhar ampliado dos processos de saúde-doença, que devem nortear o trabalho profissional das categorias como um todo, ainda que isto seja um desafio e tanto, derivado de questões estruturais. Cabe mencionar, neste sentido, que o (a) assistente social isoladamente não será o ator responsável por este giro na saúde pública, mas, que este profissional pode fomentar ações importantes no que diz respeito a esta discussão, que devem ser acompanhadas de medidas no interior das políticas públicas de saúde.

A atuação dos (as) assistentes sociais nas equipes multiprofissionais no contexto da pandemia por COVID-19 apresentou possibilidades muito interessantes, que demonstraram a potência que este profissional possui no desvelamento das relações sociais de classe, gênero e raça/etnia que circundam o atual momento. A natureza do trabalho do (a) assistente social e sua análise de conjuntura foram fatores fundantes para a superação de conceitos biologizantes, contribuindo, a partir de discussões com a equipe multiprofissional, para a superação de visões, que em consonância com ideais neoliberais, reforçam as desigualdades sociais e inviabilizam o atendimento em saúde universal, integral e equânime.

A realidade social da população usuária do PS/HSP durante a pandemia por COVID-19 nos alertou sobre desigualdades substanciais, dentre as quais destacam-se: famílias sem acesso à canais para comunicação para realização de videochamadas, assim como sem conhecimento para utilizar tal meio; sujeitos que tiveram contato direto com infectados pelo COVID-19 permanecendo em sua jornada laborativa, por receio da perda de vínculo trabalhista; famílias sem acesso a recursos materiais básicos para o cumprimento do isolamento social; mulheres sobrecarregadas com o trabalho doméstico e com o cuidado dos

filhos, desigualmente atribuídos a elas; usuários (as) em situação de rua com dificuldades importantes de acesso a serviços de acolhimento; famílias com suas rendas comprometidas pela inviabilização do acesso a benefícios da seguridade social; entre tantas outras situações.

Essa realidade, que se já se materializava anteriormente em nossa sociedade, se acirra no contexto da pandemia e, apesar de sua complexidade, em muitos casos, passa despercebida pela equipe de assistência em saúde ou com um título de secundariedade. É importante frisar que todos profissionais de saúde vivem um momento extremamente desgastante, que os requisita uma reinvenção diária, até mesmo no que diz respeito a sua prática profissional em um cenário onde lidamos com uma doença muito nova e ainda pouco estudada. Ainda sim, não podemos deixar de mencionar que o foco na resolução apenas clínica dos casos - que têm tido prioridade nas discussões no contexto da pandemia e que já possuíam espaço privilegiado anteriormente - não deve nortear as intervenções profissionais neste momento de forma isolada.

A integralidade do cuidado se faz fundamental e o (a) assistente social, em muitas situações, tem sido o (a) profissional que “alerta” a equipe multiprofissional acerca de tal relevância, demarcando que conhecer a realidade social, econômica e cultural dos (as) usuários (as) é atribuição de todos profissionais da saúde, quando nos comprometemos com a efetivação do SUS de forma integral, universal e de qualidade.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ano de 2020 é demarcado pela crise sanitária decorrente do coronavírus, doença declarada pela OMS como uma pandemia de proporções globais, que alterou de forma substancial a organização da sociedade e dos serviços de saúde. É fundamental demarcar que tal crise emerge e é combinada com a crise estrutural do capitalismo em sua fase neoliberal. Esse cenário torna evidente que tal pandemia acirra a luta de classes e aprofunda o abismo das desigualdades sociais de gênero e de raça/etnia, presentes no Brasil e no mundo, inerentes e estruturantes desse sistema de dominação.

Desde sua instituição enquanto política pública de saúde, o SUS vem sendo desmontado e subfinanciado, disputando espaço com o setor privado, que vem conquistando a idéia da saúde como mercadoria. Reafirmamos que mesmo com todos os percalços, esse sistema vem travando uma batalha contra as desigualdades sociais historicamente construídas no Brasil e ainda mais evidentes diante do novo coronavírus. Tal fato demonstra a importância da defesa de uma saúde pública universal, integral e equânime.

Nesta conjuntura, se acirram ainda, as ações autoritárias assumidas por parte do Estado brasileiro, que a partir de uma perspectiva ultraneoliberal com nítidos traços fascistas, reafirma os preceitos históricos da burguesia e assola os direitos da classe trabalhadora. Ao mesmo tempo, vivenciamos o desafio da superação de práticas focalizadas, fragmentadas e biologicistas no interior dos serviços de saúde, reforçadas de forma macrosocietária, que minam os ganhos preconizados à partir da Reforma Sanitária Brasileira.

O (a) assistente social se faz ainda mais importante neste cenário, visto também o acirramento das expressões da questão social e dos determinantes de gênero e raça/etnia, que não devem ser secundarizados neste debate. Esse profissional, diante das dimensões técnico-operativa, ético-política e teórico-metodológica tem a possibilidade de atuar junto a equipe multiprofissional, à partir de uma perspectiva da saúde coletiva, que auxilia na disseminação e incorporação do conceito ampliado de saúde, possibilitando uma atenção integral, tão valiosa frente o período histórico que vivemos. Por fim, não podemos deixar de citar a urgência do reordenamento das relações sociais, visto que o capitalismo em sua fase neoliberal mostra-se cada vez mais incompatível com a sociabilidade humana.

REFERÊNCIAS

- AQUINO, Estela M. L. et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, p. 2423-2446, 2020.
- BEHRING, Elaine R.; BOSCHETTI, Ivanete. Política social: fundamentos e história. São Paulo: Cortez editora, 2011.
- BRASIL. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 2011.
- CFESS. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde. Brasília: CFESS, p. 82, 2010.
- CISNE, Mirla. Relações sociais de sexo, “raça”/etnia e classe: uma análise feminista-materialista. Brasília: Temporalis, ano 14, n. 28, p. 133-149, julho-dezembro, 2014.
- ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde. A gestão de riscos e governança na pandemia por covid-19 no Brasil: análise dos decretos estaduais no primeiro mês - relatório técnico e sumário executivo. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.
- GIGLIO-JACQUEMOT, A. Urgências e Emergências em Saúde: perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- HARVEY, David et al. Coronavírus e a luta de classes. Brasil: Terra sem Amos, 2020.
- IAMAMOTO, Marilda Villela. O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. In: O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 2015.
- IBGE. Desigualdade Social por cor ou raça no Brasil. IBGE, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf. Acesso em: 13/04/2020.
- KERGOAT, Danièle. Dinâmica e consubstancialidade das relações sociais. São Paulo: Novos Estudos (Cebrap), São Paulo, n. 86, mar. 2010.
- MOREIRA, Elaine et al. Em tempos de pandemia: Propostas para a defesa da vida e de direitos sociais. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro - Centro de Filosofia e Ciências Humanas - Escola de Serviço Social, 2020.
- MOTA, Ana Elizabete da et al. Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2009.
- SAFFIOTI, Heleieth. Gênero, patriarcado, violência. São Paulo: Perseu Abramo, 2004.
- SPOSATI, Aldaíza de Oliveira. COVID-19 Revela a Desigualdade de Condições da Vida dos Brasileiros. Revista NAU Social - v.11, n.20, p. 101 – 103 Mai/Out 2020.
- VASCONCELOS, Ana Maria de. A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. In: A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 2012.



EIXO: POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE



DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL

Andreia Pereira De Assis (INCA)

RESUMO: O artigo tem como objetivo refletir sobre o desenvolvimento histórico dos cuidados paliativos (CP) no Brasil. Realizada pesquisa qualitativa de análise bibliográfica e documental. O referencial teórico adotado foi o neoinstitucionalismo histórico. Os resultados revelam uma expansão incremental dos CP a partir da abordagem transversal do tema nas normativas e serviços criados pelo SUS a partir dos anos 2000.

Palavras-chave: cuidados paliativos, SUS, política social, neoinstitucionalismo histórico

ABSTRACT: The article aims to reflect on the historical development of palliative care (PC) in Brazil. Qualitative research of bibliographic and documentary analysis was carried out. The theoretical framework adopted was historical neoinstitucionalismo. The results reveal an incremental expansion of PC based on the transversal approach of the theme | the norms and services created by SUS from the 2000s.

Key-words: palliative care, SUS, social policy, historical neoinstitucionalism

1. INTRODUÇÃO

Considerado como importante prática de saúde para o alívio da dor e do sofrimento do indivíduo sem possibilidade terapêutica ou portador de doenças crônico-degenerativas, o cuidado paliativo como prática no Brasil vem alcançando espaço e status nos últimos anos. Contudo, tal processo não se tornou objeto de análise para os estudiosos sobre o assunto.

Neste sentido, o presente artigo pretende apresentar o desenvolvimento histórico dos cuidados paliativos no Brasil, explorando as particularidades da sua expansão enquanto uma ação em saúde no âmbito do SUS.

Para realizar esse debate, utilizou-se como referencial teórico o neoinstitucionalismo histórico para elucidação do papel das instituições e análise das trajetórias percorridas para a construção de uma política pública. Foram explorados os conceitos de “path dependence” desenvolvido por Pierson (PIERSON, 2000) – que compreende a trajetória de uma política como resultado de uma causalidade social que tende a promover um retorno positivo para o seu autodesenvolvimento.

O caminho metodológico escolhido foi o de pesquisa qualitativa de análise documental de normativas sobre o tema, associada à pesquisa bibliográfica de artigos nas principais bases científicas do país, utilizado como descritores para seleção dos artigos “cuidados paliativos”, “SUS”, “política de saúde”, associando-os na busca.

Para a realização deste trabalho, o artigo será dividido em três partes. A primeira parte será apresentado o desenho histórico dos Cuidados Paliativos. Na segunda parte serão abordados a formação do SUS e os elementos normativos que contribuíram para a formação de práticas em cuidados paliativos.

Por fim, serão realizadas considerações onde serão abordadas os debates e desafios a serem enfrentados para a consolidação de uma política de cuidados paliativos.

2. CAMINHOS POLÍTICOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO PAÍS.

No Brasil, embora não tenha um registro formal e seguro sobre a origem da construção de locais que se possam chamar de hospícios ou algo semelhante, é comum que os autores que se debruçaram sobre a história dessa temática considerem o Asilo da Penha - instituição filantrópica privada criada em 1944 no bairro da Penha do Rio de Janeiro - seja o primeiro local destinado para cuidar de pacientes com câncer avançado e sem possibilidade de cura. Fundado pelo então diretor do Serviço Nacional de Cancerologia (SNC) – atual Instituto

Nacional de Câncer -, Mario Kroeff, o Asilo da Penha atendia pacientes pobres que não tivessem conseguido ser atendidos pelos hospitais da cidade e nem pelo SNC. Sua função representou a forma de como a questão dos pacientes sem possibilidade terapêutica de cura era tratado, uma vez que eram ignorados pelos principais hospitais e pelo próprio SNC, cujas atividades estavam voltadas para assistência curativa e de realização de pesquisas no campo da cancerologia. Tal diretriz fica clara em partes do discurso proferido pelo Mario Kroeff no momento da inauguração do SNC.

“Assim, pretendemos reservar a internação nas enfermarias, tão somente aos casos curáveis, a estes que nos pareçam ainda suscetíveis de uma terapêutica proveitosa. Ao contrário, vencendo as nossas sensibilidades em face do sofrimento alheio, seremos obrigados a rejeitar os incuráveis para não prejudicar a utilidade deste serviço, sob o ponto de vista curativo (...)O canceroso pobre constitui em nosso capital elemento indesejável às portas dos hospitais, porque as clínicas não dispõem de meios apropriados para seu tratamento. Nós mesmos rejeitamos vários doentes diariamente na Santa Casa, por falta de local onde os internar. E que esforço penoso temos despendido até aqui para conseguir operar, em serviço alheio, algumas centenas desses miseráveis”. (Brasil, 2007)

A construção do Asilo da Penha foi algo considerado isolado, uma vez que novos serviços voltados para atendimento em cuidados paliativos no Brasil foram criados a partir da década de 1980, quando a temática começa a ganhar espaço internacionalmente.

A organização do primeiro serviço de Cuidados Paliativos Oncológicos público se deu no âmbito do então atual Instituto Nacional de Câncer (INCA) (GOMES & OTHERO, 2016), (SANTOS F. S., 2011), (ANDRADE, 2015). O Programa de Atendimento ao Paciente Fora de Possibilidade Terapêutica inicia sua atividade em 1986 na estrutura do Hospital do Câncer II e se caracterizava por oferecer os serviços de assistência domiciliar e ambulatorial aos pacientes. A partir da evolução deste serviço e do aumento das demandas por cuidados paliativos, observou-se seu crescimento, passando para o Suporte Terapêutico Oncológico, em 1989, envolvendo o atendimento domiciliar. Posteriormente esse serviço foi novamente ampliado e em 1991 o INCA inaugura do Hospital do Câncer I o seu serviço de cuidados paliativos. A consolidação dessa prática na unidade possibilitou a construção de uma unidade Hospitalar inaugurada em 1998, denominada de Centro de Suporte Terapêutico Oncológico (CSTO), que em 2004 teve o nome modificado para o Hospital de Câncer IV para unificação da nomenclatura. Desde o seu início até os dias atuais, o Hospital de Câncer IV possui 56 leitos de internação, além da continuidade da oferta dos serviços ambulatorial e da assistência domiciliar.

Por seu protagonismo na criação de um serviço público voltado para os cuidados paliativos, o Instituto Nacional do Câncer José Gomes de Alencar também é considerado um

ator estratégico na expansão dessas ações pelo papel de direcionamento de práticas, ações e controle de dados epidemiológicos sobre o câncer no Brasil, que exerce na estruturação e implantação da Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) em conjunto com o Ministério de Saúde.

Conforme apontado anteriormente, os primeiros serviços de cuidados paliativos foram criados na década de 80. Contudo, somente a partir dos anos 2000 que se observou um importante crescimento de serviços em CP no país. Destaca-se neste sentido o serviço da enfermagem de CP do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo inaugurado em 2002 e o serviço de CP do Hospital do Servidor Público Municipal em SP, de 2001.

O principal elemento que impulsiona essa expansão é o aparecimento da temática em importantes legislações e normativas que organizam serviços e ações em saúde no âmbito do SUS. Nestas legislações e normativas é possível verificar a obrigatoriedade da oferta desse serviço. Sua expansão se caracteriza por sua abordagem dada de forma transversal nas normativas e políticas que desenham diferentes ações em saúde no âmbito do SUS.

A primeira abordagem transversal dos CP é observada na assistência oncológica na Portaria nº 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005 (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005), que institui a Política Nacional de Atenção Oncológica, na qual regula e orienta a criação de serviços de atenção oncológica nas três esferas da federação. Ela também oferece regulamentação sobre a criação de serviços de CP a partir da articulação da organização da linha de cuidado que perpassa os diferentes níveis de atenção básica e média complexidade, ao mesmo tempo que insere os CP como uma das linhas de atendimento no tratamento oncológico.

A organização da atenção oncológica no país se dá com a Portaria nº 741, de 19 de dezembro de 2005, que regulamenta o credenciamento das Unidades de Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia. Os cuidados paliativos são abordados aqui como um dos serviços obrigatórios a serem implementados nas diferentes unidades que visassem o credenciamento no SUS como instituição que fornece atendimento a pessoas com câncer. Essa legislação avança ao fornecer um conceito de cuidados paliativos a ser adotado, além de fornecer os diferentes escopos de serviços que fazem parte deste conceito

“CUIDADOS PALIATIVOS - conjunto de ações interdisciplinares, associado ao tratamento oncológico, promovido por uma equipe de profissionais da saúde voltado para o alívio do sofrimento físico, emocional, espiritual e psicossocial de doentes com prognóstico reservado, acometidos por neoplasias malignas em estágio irreversível, que se dão em forma de: a) assistência ambulatorial (incluindo o fornecimento de opiáceos); b) internações por intercorrências

(incluindo procedimentos de controle da dor); c) internações de longa permanência; e d) assistência domiciliar.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)

Ao instituir a obrigatoriedade na oferta de cuidados paliativos como serviço para reconhecimento de serviços de atenção oncológica, essa legislação promoveu importante impacto na configuração da discussão dos CP no país, uma vez que diferentes serviços oncológicos públicos tiveram que adequar o seu escopo de profissionais para discutir essa nova temática e oferecer ações voltadas para o cuidados paliativos, com o objetivo de obter o seu reconhecimento como uma UNACON ou CACON pelo SUS.

É a partir da organização da Rede de atenção Oncológica que se entende que se abriu uma conjuntura crítica no âmbito da temática dos cuidados paliativos. A nova organização da rede na qual a temática dos cuidados paliativos se torna obrigatória acarretou uma crise na qual vias alternativas que abordam a compreensão conceitual e estratégias de organização da política ganharam escopo e estão concorrendo para busca de legitimidade.

Novos atores políticos surgem na arena política. Dentre esses novos atores destaca-se o papel da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). Criada em 2005, ela se constitui como uma associação interdisciplinar cujo objetivo é a disseminação da prática paliativa no âmbito nacional. Desde sua criação, ela contribuiu para regularizar a profissão de paliativista, estabeleceu critérios de qualidade para o serviço a partir de emissão de manuais e cursos, além de disseminar as informações nos diferentes órgãos governamentais, exercendo papel de órgão consultivo no campo normativo-legal.

Dentre as suas contribuições para a temática tem-se a elaboração do Manual de Cuidados Paliativos, publicado em 2009, produto de pesquisas e reflexões de mais de quarenta profissionais atuantes na política. Ele fornece orientações e informações sobre a organização das práticas paliativas para os profissionais de saúde. Composto por 56 artigos, ele é considerado pelo setor como o marco para a constituição do serviço paliativo no âmbito nacional. Dentre os assuntos abordados estão as reflexões éticas, controle de sintomas e atuação interdisciplinar, em cuidados paliativos. A ANCP também vem promovendo congressos nacionais bianuais e encontros estaduais entre os profissionais e pesquisadores sobre o tema.

Ainda no campo dos atores destaca-se o papel do CFM na produção de resoluções profissionais específicas para os CP a partir dos anos 2000, contribuindo para expansão da temática. Dentre as resoluções emitidas, GOMES & OTHERO (2016) destacam quatro que possuem interface com a medicina: a legitimidade da ortotanásia (RESOLUÇÃO CFM 1.805, 2006); o novo Código de Ética Médica que menciona dos cuidados paliativos (Resolução CFM

1.931, 2009); a definição da à Medicina Paliativa como área de atuação (Resolução CFM 1.973 , 2012) e a Resolução sobre as Diretivas antecipadas de Vontade (Resolução CFM 1.995, 2012). (GOMES & OTHERO, 2016)

Outro importante ator no processo de desenvolvimento dos cuidados paliativos é o Instituto Nacional de Câncer. Sua importância se justifica por ser o órgão de controle dos Registros de Controle de Câncer no país, por ser um instituto de formulação de políticas e estratégias de prevenção e controle do câncer e por ser o pioneiro na oferta de CP no âmbito da saúde pública no país, através do Hospital de Câncer IV.

No avanço da legislação no campo Oncológico, em 2014 foi criada a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), considerado pelo SUS como um serviço de atenção especializado integrante das Redes de Atenção em Saúde²⁰⁰ nas três esferas de atenção. Instituída pela Portaria Ministerial nº 140/2014 (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014), a PNPCC se insere na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com doenças crônicas (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011) não transmissíveis e se caracteriza pela coordenação centralizada no Ministério da Saúde, acompanhada de uma gestão descentralizada das ações entre os Estados e Municípios²⁰¹. A PNPCC é um marco para os CP por ser a primeira normativa que regula seu funcionamento em âmbito nacional. Embora os CP não estejam apenas restritos ao campo oncológico, tal marco se fez importante para instrumentalizar ações nacionais em CP. Os cuidados paliativos oncológicos são abordados dentro da estratégia de prevenção e controle do câncer, envolvendo os diferentes níveis de atenção à saúde.

Foi no campo da Oncologia que os CP encontram campo fértil para se instituir como uma importante ação em saúde. Contudo, elas limitam as ações em CP apenas para os pacientes oncológicos, enquanto que outros quadros de saúde também demandam tais ações, mas não possuem incentivos e garantias legais para seu atendimento. Outro limitador encontrado está no fato de nenhuma destas portarias mencionadas descreve e/ou estabelece critérios para o funcionamento e regulamentação dos Cuidados Paliativos no Brasil.

Uma das diretrizes dos CP é a desospitalização, priorizando o cuidado ao indivíduo no seu ambiente domiciliar (FROSSARD, 2016). No SUS, o debate da desospitalização envolve diretamente a organização da Política de Nacional de Atenção Básica - Portaria nº 2488/2011-

²⁰⁰ As Rede de Atenção em Saúde (Portaria GM nº 4.279 de dezembro de 2010) é definida como mecanismos e arranjos organizativos em saúde que buscam a integralidade do cuidado, envolvendo ações e serviços diferentes que se integram por meio de sistema de apoio técnico, logístico e de gestão.

²⁰¹ A coordenação centralizada no Ministério da Saúde, de acordo com a PNPCC permite uma melhor operacionalização dos programas de prevenção e organização do atendimento ao paciente com câncer, ao mesmo tempo que estimula a integralidade assistencial do paciente. Ele também organiza dos serviços oncológicos quanto a sua complexidade, classificando-os em Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON)

(BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)²⁰² e demais ações que com ela mantém interface, como a assistência domiciliar e as estratégias em Saúde da Família. Ela é considerada estratégica no cuidado paliativo para promoção do acesso aos serviços e atendimento domiciliar dos pacientes, funcionando como coordenadores do cuidado nas diferentes esferas de atenção (SOUZA & et, 2015). Outra legislação da atenção básica que merece destaque na forma que aborda os CP é a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Nesta legislação, os CP são entendidos como atributos da Atenção Básica a sua execução, numa perspectiva de garantia da integralidade do atendimento aos indivíduos (BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2010).

A assistência domiciliar no SUS é redefinida o pela Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013 (BRASIL, 2013a) e o Programa Melhor em Casa - instituído pela Portaria nº 1.208/13 (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b) que prevê um conjunto de ações e tratamentos para a promoção, tratamento e prevenção, além de oferta de reabilitação dos indivíduos em domicílio. Os CP são previstos nestas portarias sendo classificados como passível de atendimento para modalidade AD2, que se destina a usuários que possuem dificuldade de locomoção e necessitam de acompanhamento contínuo e maior frequência de cuidados²⁰³.

As ações em saúde acima descritas, criadas a partir do ano 2000, estão inseridas no contexto governamental de organização da rede de atenção em saúde envolvendo os diferentes entes federativos e esferas de coordenação do cuidado. Neste contexto normativo-legal e institucional que os CP encontram espaço para desenho de ações e serviços que já a consolidaram como uma ação importante em saúde, acarretando no fomento de discussões sobre a agenda política de construção de uma política pública sobre exclusiva sobre o tema no país.

3. ATUAL CONFIGURAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL.

A atual configuração normativa para os Cuidados Paliativos no Brasil é dada pela Resolução nº 41 de 31 de outubro de 2018, aprovada no âmbito da Comissão Intergestora Tripartite (CIT), que dispõe sobre as diretrizes para organização dos Cuidados Paliativos no âmbito do SUS. Esta resolução apresenta um conceito de CP, descrevendo-o como uma ação

²⁰² De acordo com essa portaria, a atenção básica “*caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades*”

²⁰³ Ver art. 22 e art. 23 da Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013.

em saúde multidisciplinar voltada para a promoção da qualidade de vida de pacientes e familiares, se aproximando do conceito apresentado pela OMS.

“Art. 2º Cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.” (COMISSÃO INTERGESTORA TRIPARTITE, 2018)

Tal legislação designa 8 objetivos para a organização dos cuidados paliativos, dentre os quais se destaca a integração destes na rede de atenção à saúde, seu caráter multidisciplinar, a garantia da oferta de medicamentos, fomentar uma política de educação permanente em CP e pugnar pelo desenvolvimento de uma atenção à saúde humanizada, com garantia de acesso equitativo e custo efetivo em toda a linha de cuidado, ou seja que qualquer ponto da rede de atenção poderá ofertar os CP, desenhando sua oferta a partir do papel de cada serviço no âmbito das redes de atenção (atenção básica, atenção domiciliar, atenção ambulatorial, urgência e emergência, atenção hospitalar).

Art. 3º A organização dos cuidados paliativos deverá ter como objetivos:
I - Integrar os cuidados paliativos na rede de atenção à saúde;
II - Promover a melhoria da qualidade de vida dos pacientes;
III - incentivar o trabalho em equipe multidisciplinar;
IV - Fomentar a instituição de disciplinas e conteúdos programáticos de cuidados paliativos no ensino de graduação e especialização dos profissionais de saúde;
V - Ofertar educação permanente em cuidados paliativos para os trabalhadores da saúde no SUS;
VI - Promover a disseminação de informação sobre os cuidados paliativos na sociedade;
VII - ofertar medicamentos que promovam o controle dos sintomas dos pacientes em cuidados paliativos; e
VIII - pugnar pelo desenvolvimento de uma atenção à saúde humanizada, baseada em evidências, com acesso equitativo e custo efetivo, abrangendo toda a linha de cuidado e todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, domiciliar e integração com os serviços especializados.

Na legislação em si não há a previsão de estratégias que visem combater as iniquidades de serviços distribuídos no país, que se concentram nas regiões Sudeste e Sul do país, conforme cadastro de serviços de cuidados paliativos mantidos pela ANCP.

Tabela 1 - Distribuição de Serviços de Cuidados Paliativos por região – Brasil/2018

BRASIL/REGIÃO	SERVIÇOS CP
centro-oeste	8
Norte	5
Nordeste	36
Sudeste	103

Sul	25
Total	177

Fonte: elaboração própria a partir dos dados obtidos no site da ANCP (www.paliativo.org.br)

O problema da iniquidade da distribuição dos serviços e do acesso ao mesmo também é apontado pela ANCP, que mostra que mais de 50% dos serviços concentrados na região sudeste, contra menos de 10% do total de equipes que atendem as regiões norte e nordeste. O levantamento realizado pela ANCP apontou que dos 177 serviços em CP existentes no país, 117 atendem pacientes do SUS, 131 estão inseridos em unidades hospitalares, 17 fazem atenção domiciliar, 38 atendem crianças e adolescentes e 9 seguem o modelo hospice. (ANCP2018).

Segundo dados obtidos no site do DATASUS, utilizando o código de procedimento 03.01.14.001-4 (ATENDIMENTO DE PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS), no âmbito do atendimento ambulatorial do SUS foram registrados 16.588 atendimentos entre os anos de 2014 a junho de 2019, conforme tabela abaixo.

Tabela 2- Atendimento ambulatorial de pacientes em cuidados paliativos oncológicos Jan/2014 - jun./2019

Ano	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-Oeste	Total
2014	20	-	15	-	4	39
2015	8	151	27	21	268	475
2016	-	12	165	2	195	374
2017	10	36	91	23	3215	3375
2018	151	2	3769	31	2987	6940
2019	293	-	4119	822	151	5385
Total	482	201	8186	899	6820	16588

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Em relação aos princípios, a resolução CIT nº 41 incorporou avanços em relação ao tratamento dado aos CP, como a oferta precoce deste, juntamente com o tratamento modificador da doença, visando controlar os sintomas, a oferta do alívio da dor a partir da visão holística dada pelo conceito de Dor Total desenvolvido por Cicely Saunders, o

posicionamento em favor da ortotanásia e a defesa pela livre manifestação das preferências do paciente em relação ao seu tratamento médico por meio das diretivas antecipadas de vontade. Na legislação, no seu artigo 4, incisos VII e VIII fala sobre o oferecimento sistemas de suporte para garantia da autonomia do paciente e de apoio à família para lidar com a doença, sem, no entanto, aprofundar sobre tal temática.

Art. 4º Serão princípios norteadores para a organização dos cuidados paliativos:

I - Início dos cuidados paliativos o mais precocemente possível, juntamente com o tratamento modificador da doença, e início das investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes;

II - Promoção do alívio da dor e de outros sintomas físicos, do sofrimento psicossocial, espiritual e existencial, incluindo o cuidado apropriado para familiares e cuidadores;

III - Afirmação da vida e aceitação da morte como um processo natural;

IV - Aceitação da evolução natural da doença, não acelerando nem retardando a morte e repudiando as futilidades diagnósticas e terapêuticas;

V - Promoção da qualidade de vida por meio da melhoria do curso da doença;

VI - Integração dos aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente;

VII - oferecimento de um sistema de suporte que permita ao paciente viver o mais autônomo e ativo possível até o momento de sua morte;

VIII - Oferecimento de um sistema de apoio para auxiliar a família a lidar com a doença do paciente e o luto;

IX - Trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar para abordar as necessidades do paciente e de seus familiares, incluindo aconselhamento de luto, se indicado;

X - Comunicação sensível e empática, com respeito à verdade e à honestidade em todas as questões que envolvem pacientes, familiares e profissionais;

XI - respeito à autodeterminação do indivíduo;

XII - promoção da livre manifestação de preferências para tratamento médico através de diretiva antecipada de vontade (DAV); e

XIII - esforço coletivo em assegurar o cumprimento de vontade manifesta por DAV.

Embora seja uma resolução que regulamente o papel governamental, ela representa um importante marco para a temática, uma vez que oferece para os gestores do SUS, orientações e diretrizes nacionais de organização das ações de cuidados paliativos nas redes de atenção de forma coordenada e associada aos serviços do SUS, além de reforçar o debate transversal dos CP, proporcionando assim, um novo caminho para a consolidação desta ação no âmbito nacional. Seus limites estão no fato de não estarem presentes os demais princípios e diretrizes existentes no SUS, como o controle social e a forma de organização administrativa e orçamentária, questões que não estão previstas na resolução em si.

Os cuidados paliativos enquanto ação no Brasil tem seu marco inicial na década de 80, mas a ampliação de serviços ocorre a partir dos anos 2000, atrelada ao debate e ampliação das normativas e serviços de saúde que dão organicidade ao SUS. Tal interface se amplia e se torna um mecanismo importante para a ampliação de ações desta natureza.

Também é possível verificar sua influência no campo de formação e regulação profissional, especialmente no ato médico, com o reconhecimento desta área como campo de trabalho.

4. CONSIDERAÇÕES PARA O DEBATE HISTÓRICO SOBRE OS CUIDADOS PALIATIVOS NO PAÍS.

Os cuidados paliativos na atualidade é um campo que se mostra bem complexo com a presença de atores, gestores e diferentes serviços públicos e privados que avançam a partir dos anos 2000, motivados tanto pela mudança do perfil populacional e epidemiológico do país, quanto pelas normativas e serviços criados no âmbito do SUS, que proporcionaram um arcabouço legal para o desenvolvimento do conceito, dos protocolos e do desenho mínimo sobre a compreensão de como se configura um serviço em CP.

Contudo, essas ações mapeadas e descritas anteriormente embora sejam considerados como avanços importantes na configuração de ações promotoras de cuidados para indivíduos dependentes, sua cobertura e acesso são limitados face aos indivíduos dependentes de cuidados que precisam ter garantidos o acompanhamento de suas demandas por parte de seus familiares.

A partir das considerações de como se vem constituindo a agenda política de cuidados paliativos no país, é possível analisar que o arcabouço legal, técnico e de serviços existentes no SUS, oferece para os cuidados paliativos um contexto histórico e político para o seu desenvolvimento incremental enquanto política no âmbito do sistema de saúde. Nesta trajetória, é possível verificar uma dependência de trajetória (path dependence) nos moldes teóricos descritos por Pierson como possibilidade de surgimento de uma política. (PIERSON, 2000). Neste sentido, o cuidado paliativo enquanto componente da política de saúde, possui um elemento protetivo inerente ao campo da política social, de caráter coletivo, não só do cuidado individual.

Esse desenvolvimento incremental dos cuidados paliativos no âmbito do SUS observado entre a década de 80 - com o surgimento dos primeiros serviços isolados - até a regulamentação da Resolução nº 41 de 31 de outubro de 2018, que regulamenta o funcionamento deste como integrante da Rede de Atenção à Saúde, proporciona para o estudo de análise de política um exercício para compreensão das particularidades históricas de desenvolvimento de uma política social.

Esse crescimento incremental no âmbito do SUS experimentado pelos cuidados paliativos, vem fomentando o debate sobre a necessidade de elaboração de uma política de



cuidados paliativos no país, a partir do momento que novos atores e novas arenas são formadas para discutir uma agenda de constituição de política.

Neste sentido, a defesa dos princípios e diretrizes do SUS se faz necessário para pensar na consolidação de uma Política de cuidados Paliativos no Brasil, haja vista que somente a partir da consolidação deste sistema de saúde foi possível tal política encontrar subsídios para o seu desenvolvimento incremental e proporcionar um novo debate sobre um serviço que promova qualidade de vida dos sujeitos que estão vivenciando o seu processo de finitude.

REFERÊNCIAS

- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2014). Portaria Ministerial nº 140. BRASÍLIA.
- ANDRADE, L. (2015). CUIDADOS PALIATIVOS E SERVIÇO SOCIAL - UM EXERCÍCIO DE CORAGEM. HOLAMBRA: SETEMBRO.
- BRASIL. (2007). Resenha da luta contra o câncer no Brasil: documentário do serviço nacional de câncer (2ª edição ed.). Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. (30 de 10 de 2010). PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema. BRASÍLIA, DISTRITO FEDERAL.
- BRASIL, M. D. (27 de 05 de 2013a). Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). BRASÍLIA, DISTRITO FEDERAL: SENADO FEDERAL.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE . (8 de DEZEMBRO de 2005). Portaria nº 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005. BRASÍLIA.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2011). Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. BRASÍLIA, DISTRITO FEDERAL, BRASÍLIA.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. (21 de 10 de 2011). Portaria nº 2488/2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). BRASÍLIA, DISTRITO FEDERAL, BRASIL.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. (27 de 05 de 2013b). Portaria Nº 1.208/2013. Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências. BRASÍLIA, DISTRITO FEDERAL: SENADO FEDERAL.
- COMISSÃO INTERGESTORA TRIPARTITE. (31 de 10 de 2018). Resolução nº 41 de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para organização dos Cuidados Paliativos no âmbito do SUS. BRASÍLIA, DISTRITO FEDERAL, BRASIL.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. (2006). RESOLUÇÃO CFM 1.805. BRASÍLIA.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. (2009). Resolução CFM 1.931. BRASÍLIA.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. (2012). Resolução CFM 1.973 . BRASÍLIA.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. (2012). Resolução CFM 1.995. BRASÍLIA.
- FROSSARD, A. (JULHO de 2016). Os cuidados paliativos como política pública: notas introdutórias. CADERNOS EBAPE.BR.
- GOMES, A., & OTHERO, M. (2016). Cuidados Paliativos. . Revista Estudos Avançados.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2005). PORTARIA Nº 741, DE 19 DE DEZEMBRO DE 2005.
- PIERSON, P. (JUN de 2000). Increasing Returns, Path Dependence and Study of Politics. The American Political Science Review., pp. 251-267.
- SANTOS, F. S. (2011). O DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO DOS CUIDADOS PALIATIVOS E A FILOSOFIA HOSPICE. Em F. S. SANTOS, CUIDADOS PALIATIVOS: DIRETRIZES, HUMANIZAÇÃO E ALÍVIO DE SINTOMAS (p. 654). SÃO PAULO: ATHENEU.
- SOUZA, H. L., & et, a. (vol. 23 nº 2 de agosto de 2015). Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: considerações éticas. Revista Bioética, pp. 349-359.

O ESTÁGIO EM SERVIÇO SOCIAL NA ONCOLOGIA: UMA ANÁLISE DA APROXIMAÇÃO COM O CONCEITO DE CUIDADOS PALIATIVOS E O IMPACTO DO DESMONTE DAS POLÍTICAS SOCIAIS

Antônio De Albuquerque Gonçalves Júnior (UFPE - Universidade Federal De Pernambuco).

RESUMO: O texto tem por objetivo apresentar e analisar a dinâmica do estágio curricular obrigatório em Serviço Social no Hospital das Clínicas/UFPE no ano de 2019, o contato com o conceito de Cuidados Paliativos e discutir o desmonte das Políticas Sociais. Para a construção desse texto utilizou-se do método crítico dialético e ancorou-se no debate elaborado por especialistas na área, e na sistematização dos dados elaborados durante o estágio. Conclui-se que o estágio proporciona uma aproximação com a prática e com novos debates, tal como uma reflexão sobre as transformações que passa a Política Social e seu impacto no fazer profissional.

Palavras-chave: Estágio Curricular. Cuidados Paliativos. Saúde. Serviço Social. Políticas Sociais.

ABSTRACT: The text aims to present and analyze the dynamics of the mandatory curricular internship in Social Work at the Hospital das Clínicas/UFPE in 2019, contact with the concept of Palliative Care and discuss the dismantling of Social Policies. For the construction of this text, this text used the dialectical critical method and was anchored in the debate prepared by specialists in the area, and in the systematization of the data elaborated during the internship. It is concluded that the internship provides an approximation with practice and with new debates, as well as a reflection on the transformations that the Social Policy passes and its impact on professional doing.

KEY WORDS: Curricular Internship. Palliative Care. Health. Social Work. Social Policies.

1. INTRODUÇÃO

A política social na sociedade capitalista se caracteriza enquanto uma dupla face de disputa dentro do conflito dialético entre capital e trabalho, atendendo contraditoriamente a ambos interesses. Mediante essa luta e ampliação das expressões da Questão Social, principalmente na passagem do capitalismo concorrencial para o monopolista, há o processo de construção da profissão do Serviço Social, a qual é inicialmente forjada para o controle da massa trabalhadora, e que após os movimentos de reconceituação na América Latina e no Brasil assume uma nova postura, essa, de defesa da classe que vive do trabalho.

A inserção da profissão na área de Saúde no Brasil se dá ainda nos anos 1940 dentro de uma perspectiva biopsicossocial tal como duma lógica hospitalocêntrica e curativa, o que por sua vez vai sendo desconstruído no seio da categoria por intermédio da reconstrução teórico-metodológica da profissão e da aproximação com a concepção ampliada de Saúde trabalhada no país após a Reforma Sanitária.

Sendo assim, ciente do avanço e dos tensionamentos que permeiam a categoria no que concerne a sua atuação na política de saúde, o seguinte texto tem por objetivo registrar e analisar a experiência de estágio curricular obrigatório no Hospital das Clínicas/UFPE na enfermaria de Oncologia no ano de 2019, o contato com o conceito de Cuidados Paliativos e com a dimensão técnico-operativa da profissão.

2. DESENVOLVIMENTO

I. O estágio em Serviço Social no Hospital das Clínicas/UFPE

O estágio supervisionado em Serviço Social tem como uma de suas finalidades estabelecer aos/as estudantes

[...]relações mediatas entre os conhecimentos teórico-metodológicos e o trabalho profissional, a capacitação técnico-operativa e o desenvolvimento de competências necessárias ao exercício da profissão, bem como o reconhecimento do compromisso da ação profissional com as classes trabalhadoras, neste contexto político-econômico-cultural sob hegemonia do capital. (POLÍTICA NACIONAL DE ESTÁGIO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL- ABEPSS, 2010, P.14).

O Hospital das Clínicas da UFPE, espaço no qual se deu a dinâmica do estágio, é considerado uma instituição de alta complexidade no SUS, o qual busca garantir atendimento integral a todos os cidadãos. Por isso, dispõe de diversos serviços de referência, o que eleva

o número de busca pelos serviços prestados. Esta instituição, atende a todo o estado de Pernambuco e estados vizinhos como Rio Grande do Norte, Paraíba, Alagoas, dentre outros.

O estágio curricular obrigatório em Serviço Social teve início no dia 12 de março de 2019, com término em 6 de novembro do mesmo ano e foi realizado na enfermaria de oncologia, que teve sua inauguração em maio de 2015, estando lotada no 11º andar/Norte. Tal enfermaria tem como público-alvo pacientes que estão em tratamento de câncer, que é entendido como uma patologia resultado do crescimento desordenado e divisão rápida das células, isso que tende a formação de tumores. No campo de estágio supracitado, o Serviço social atua dentro de uma equipe multidisciplinar, que conta com a presença dos seguintes profissionais: Fonoaudióloga, Nutricionista, Médicos/as, Psicóloga e Terapeuta Ocupacional, além de seus respectivos estagiários e residentes. Dentro desse contexto essa equipe multidisciplinar atua também na perspectiva de cuidados paliativos.

Entendendo o cuidado paliativo dentro da definição da OMS, sendo esta

uma abordagem que aprimora a qualidade de vida, dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor, e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual. (HERMES; LAMARCA, P.2578,2013).

A noção de cuidados paliativos foi introduzida no Brasil em meados de 1980, ou seja, é relativamente recente e por esse fator insere-se ainda como área de principal e quase exclusiva na atenção do setor de oncologia. Os cuidados paliativos demandam a utilização de uma equipe multiprofissional, uma vez que os pacientes e sua família necessitam do cuidado nos diversos aspectos da sua vida: físico, mental, espiritual e social (HERMES; LAMARCA, 2013).

Nesse contexto dos Cuidados Paliativos o Serviço Social atua em duas vertentes: saber quem é o paciente do ponto de vista social e econômico, assim como fazer o elo entre os demais profissionais da equipe e o paciente/família (HERMES; LAMARCA, 2013). O Serviço Social, portanto, reflete criticamente sobre o processo de vida do paciente oncológico, visualiza a completude da sua saúde e vida, compreendendo que o câncer também pode ser uma expressão da questão social e entendendo os diversos determinantes que incidem sobre o processo de Saúde.

Dentro da Enfermaria de Oncologia do Hospital das Clínicas/ UFPE as atividades realizadas pelo Serviço Social funcionam de terças às sextas-feiras, das 07 às 13 horas. Na dinâmica de trabalho observa-se que o principal instrumental utilizado por nós estagiários e pela assistente social da enfermaria de oncologia é a entrevista social, que como nos mostra Lewgoy “é um dos instrumentos que possibilita a tomada de consciência pelos assistentes

sociais das relações e interações que estabelecem entre a realidade e os sujeitos, sendo eles individuais ou coletivos” (P.235,2007). Dessa maneira é possível determinar, por meio da sistematização dos dados dessa realidade, estratégias e possibilidades de um melhor atendimento e atividade para essas/es usuários/as.

No âmbito do cuidado paliativo, mostra-se como de suma importância, como anteriormente citado, que o Serviço Social atue em conjunto com outras áreas profissionais, o trabalho multiprofissional. Neste quesito, no setor há uma ótima convivência das/os profissionais, existindo interação nas atividades, especialmente na realização de grupos envolvendo-os juntamente com os pacientes/acompanhantes, permitindo, deste modo, a interação dos diversos saberes.

De acordo com o documento do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) – Parâmetros para Atuação da/o Assistente Social na Saúde – a intervenção profissional tem quatro grandes eixos: a) Atendimento direto aos usuários; b) Mobilização, Participação e Controle Social; c) Investigação, Planejamento e Gestão; d) Assessoria, Qualificação e Formação Profissional. Dentre esses o nosso foco foi dado aos atendimentos direto aos usuários, que tem como objetivo “as ações de articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas. Essas ações não ocorrem de forma isolada, mas integram o processo coletivo do trabalho em saúde, sendo complementares e indissociáveis” (CFESS, 2010, p. 42) e as ações socioeducativas que têm como propósito,

sensibilizar os usuários acerca dos direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS, rotinas institucionais, promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de grupos socioeducativos; democratizar as informações da rede de atendimento e direitos sociais por meio de ações de mobilização na comunidade; [...] elaborar e/ou divulgar materiais socioeducativos como folhetos, cartilhas, vídeos, cartazes e outros que facilitem o conhecimento e o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pelas unidades de saúde e aos direitos sociais em geral; [...] realizar atividades em grupos com os usuários e suas famílias, abordando temas de seu interesse. (CFESS, 2010, p.56)

Como previsto no Código de Ética Profissional do (a) Assistente Social, buscamos realizar os grupos sempre numa perspectiva pedagógica para contribuir com a socialização das informações sobre os direitos da pessoa com câncer por meio de uma atividade em grupo, visto que dessa forma compreendemos que os determinantes sociais que englobam a vida da classe trabalhadora e no que tange aos seus direitos, são comuns a todos os usuários e trabalhadores da Saúde envolvidos e são parte de um processo de luta permanente.

O Projeto Ético-Político da profissão tem como principal determinante a luta cotidiana em defesa dos direitos da classe trabalhadora. Mais ainda, de acordo com o artigo 4º, inciso V, da lei que regulamenta a profissão, é de competência do/a Assistente Social “orientar

indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos”.

No desempenho de nossas atribuições na instituição podemos notar a transversalidade que perpassa a política de Saúde, uma vez que nos atendimentos junto aos usuários nas atividades em grupo ou nos atendimentos individuais percebemos como é recorrente o pedido de informações sobre os programas socioassistenciais, como o BPC (Benefício de Prestação Continuada), o PBF (Programa Bolsa Família) e benefícios previdenciários tais quais a Aposentadoria por Invalidez e Pensão por Morte. Porém, com os sucessivos avanços do capital em direção ao Fundo Público nesse contexto de ajuste fiscal e desmonte do financiamento da seguridade social (SALVADOR, 2017), o acesso a esses programas ficam cada vez mais burocratizados e com difíceis possibilidades de acesso.

Dito isso se faz necessário elaborar uma breve análise sobre a construção da Política Social dentro da sua dinâmica histórica e social no Brasil.

II. Contexto das Políticas Sociais no Brasil: uma breve análise

Arelada ao desenvolvimento da sociedade capitalista, ao acirramento da luta de classes e ao surgimento e expansão das expressões da Questão Social, a Política Social passou por inúmeras transformações no decorrer de suas experiências ao redor do mundo, desde as práticas iniciais com o *laissez faire* e suas ações repressivas e pouco interventivas no que se refere à política pública, à regulação das relações capitalistas pelo o Estado Social nos países centrais após a quebra da bolsa em 1929, tendo seu apogeu no período de 1945 a meados de 1960, as iniciativas socialistas, sobretudo no leste europeu, e a sua atual fase, dentro de um regime de desconstrução dos direitos e conquistas dos trabalhadores alinhado ao ditame da ideologia neoliberal.

O Brasil dentro da divisão internacional do trabalho sempre teve uma posição de subalternidade e um histórico heteronômico em relação ao processo de amadurecimento do capitalismo e do desenvolvimento das políticas sociais. Sendo assim, o país não constituiu ao longo de seu desenvolver enquanto nação, um projeto de Políticas Sociais que ampliassem o sistema de proteção destinados as/aos trabalhadoras/es brasileiras/os.

É no século XX, especificamente a partir de 1930, em decorrência do desenvolvimento da industrialização, ebulição da luta de classes - com a expansão do movimento operário- e a redefinição do papel do Estado, que há uma maior intervenção deste no desenvolvimento de políticas sociais, dentre elas a Saúde, dando fim ao que Santos (1978) chama de *laissez*

faire repressivo e dando início ao nosso processo - nos termos do mesmo autor- de cidadania regulada. Ideia essa que tem certo tom de continuidade nas décadas seguintes, dando prosseguimento à política de desenvolvimentismo empregada pelo Estado.

A década de 1960 marca um momento muito particular na história do Brasil, é o momento da consolidação do modo de produção capitalista em nosso território, instaura-se a era do capitalismo monopolista, e instante no qual se rompe com o estágio chamado de populista, com a deflagração do golpe civil-militar de 1964, estabelecendo uma política de modernização conservadora por meio de um Estado autoritário, como nos demonstra Mota (2000). Durante o período ditatorial (1964- 1985) utilizando-se do processo de repressão-assistência, se tem vazão ao processo chamado de expansão seletiva da Seguridade Social, há a criação de programas sociais que visam atender setores da população que ficam à margem do atendimento dado ao trabalhador industrial-urbano. Todavia, “[...] a solução encontrada foi a ampliação da cobertura de alguns programas sociais, que tiveram como características a diferenciação dos serviços em função da clientela atendida” tendo como ações “a privatização da assistência médico-social, a criação da previdência complementar privada, afora a supressão e o desmantelamento dos mecanismos de controle e de participação dos trabalhadores do sistema de proteção vigente até 1964.” (MOTA, 2000, P.137).

Somente num momento ímpar da história do Brasil, no final da década de 1970 e durante a década de 1980, com a retomada dos movimentos da classe trabalhadora – como as greves em Minas Gerais e no ABC paulista – e a atuação dos movimentos sociais, é o momento em que novos sujeitos sociais debatem a questão do retorno da democracia nacional, assim como uma nova racionalidade para as políticas públicas, essas deixando de serem apenas de interesse e objeto de técnicos, assumindo um caráter político e vinculado à sociedade civil. É nesse momento que se dá o processo de redemocratização e de elaboração de uma nova Constituição, a Carta Magna de 1988, na qual se coloca a primazia do Estado no âmbito das políticas sociais, e elaborou-se um sistema de Seguridade Social, que engloba a Assistência Social, a Saúde e a Previdência Social.

Porém, ao adentrar aos anos 1990 o Brasil entra numa contradição factual, expande as obrigatoriedades do Estado com a sua nova constituição, mas ao mesmo tempo aderiu formalmente aos ditames do neoliberalismo, com as eleições consecutivas de Fernando Collor de Melo e Fernando Henrique Cardoso. Este novo discurso ganhou pujança ao redor do globo, sobretudo após a queda do muro de Berlim espalhando-se para o leste europeu e para a América do Sul, quando o discurso de reforma do Estado de acordo do ideário neoliberal

tornou-se a única saída possível num mundo agora dominado, quase exclusivamente, pelo modelo capitalista. Nota-se então que política e ideologicamente “[...] o neoliberalismo alcançou êxito num grau com o qual seus fundadores provavelmente jamais sonharam, disseminando a simples ideia de que não há alternativas para os seus princípios” (ANDERSON, P.6,1995).

O ano de 2002 no Brasil traz consigo um novo momento, a eleição do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, junto com a esperança de um novo rumo para o país. Todavia, o trabalhismo só chega ao poder e constitui o governo após conseguir o aval do *status quo*, do mercado financeiro e do grande capital. Para Antunes (2018) a desertificação neoliberal foi tanta, que só após publicar um dos documentos mais alegóricos do que estaria por vir nos anos que se seguiam, o PT pode pavimentar um caminho mais tranquilo a rampa do Palácio do Planalto a famosa “carta ao povo brasileiro”, essa nivelava o partido aos ditames dos organismos multilaterais, e contraditoriamente, o projeto petista se anunciava como uma união do capital produtivo industrial e dos trabalhadores, aquilo que formaria a base do que ficou conhecido como novo desenvolvimentismo. Nesse cenário Krüger (2014) acredita que os maiores desafios do PT seriam:

Responder as reivindicações imediatas do mundo do trabalho para enfrentar a degradação salarial e o desemprego; realizar reforma agrária; impulsionar o patamar tecnológico para responder as carências dos trabalhadores; limitar a expansão da especulação do capital-dinheiro; incentivar a produção de bens socialmente úteis e recuperar o sentido público, coletivo e social das atividades estatais. (p. 221).

Esse cenário se recrudescer após o golpe de 2016, temos movimentos ainda mais contra reformistas no governo do presidente Michel Temer, que ao assumir a cadeira presidencial lança seu projeto de governo “Uma Ponte para o Futuro” que se viria a se tornar uma regressão de direitos para a classe trabalhadora deste país, concretizando neste ano a contrarreforma trabalhista, e um “baque em cheio” para as Políticas Sociais, o congelamento por 20 anos das receitas primárias, aprovada na Emenda Constitucional nº 95, que amplificará ano a ano o sub financiamento da Saúde, Educação e demais áreas sociais em nosso país.

Diante dessa configuração política e socioeconômica, põem-se frente a frente no âmbito da Saúde projetos antagônicos de disputa para o SUS como expressão das lutas sociais, um relacionado a Reforma sanitária e a toda sua luta por um novo modelo de saúde e pela institucionalização/efetivação do Sistema de Saúde. Em oposição ao modelo privatista de saúde, que ganha grande força com a configuração neoliberal do Estado, tornando-se assim “o limite para a materialização da reforma sanitária e do SUS, conforme seu marco legal constitucional e suas leis orgânicas”. (SOARES, P.86,2013).

Segundo a mesma autora “as estratégias da contrarreforma na saúde colocam-se da seguinte maneira: precarização do SUS, ampliação restrita, fragmentada e desigual do sistema, sem anunciar sua contrarreforma ou qualquer tipo de alteração substancial” (SOARES, P.89, 2013). Temos durante essas décadas a título de exemplo a aprovação da lei que regulamenta as OSCIP’s (Organização da Sociedade Civil de Interesse Público), a instituição da Norma Operacional Básica de 1996(NOB 96), no mesmo ano aprovação do Funda Social de Emergência (FSE) que se tornaria mais tarde a DRU (Desvinculação de Receitas da União), criação da EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares), cortes dos recursos destinados à política de saúde mental , crescimento do setor de planos de saúde privados.

Tal disputa não aconteceu apenas com relação à Saúde pública, também o processo ocorre com as demais políticas sociais. Há uma disputa pelo Fundo Público nesse contexto de ajuste fiscal e desmonte do financiamento da seguridade social (SALVADOR, 2017). Sustenta-se nos dias de hoje, a partir de uma hegemonia de ideias claramente neoliberais ou ultra neoliberais, de acordo com alguns autores, um discurso de que o Estado deve se desresponsabilizar de suas funções sociais, dando lugar e tomando como ponto primordial a transferência de recursos para o mercado. Nas palavras de Salvador (2017) o Estado brasileiro

prioriza a realização de superávits primários para o pagamento de juros, encargos e amortização da dívida pública, o governo federal vem se apropriando das contribuições sociais destinadas à seguridade social. O corolário é o esvaziamento permanente do financiamento da seguridade social, deixando os recursos públicos liberados para os condutores das políticas econômicas atenderem os interesses do capital (p.426).

O atual cenário não apresenta uma perspectiva de “virada de mesa” no processo de contrarreformas, pelo contrário, no ano de 2019 a Previdência Social teve a sua legislação mais uma vez alterada, endurecendo o acesso aos benefícios e retirando direitos da classe trabalhadora, inflamam-se os discursos conservadores e moralistas, de defesa do avanço do mercado financeiro e retirada da intervenção do Estado.

3. CONCLUSÃO

O estágio supervisionado em Serviço Social mostra-se de grande importância para o aprofundamento dos conhecimentos adquiridos durante o processo de formação na graduação, de fortalecimento da visão de unicidade entre teoria e prática, e da indissociabilidade dos fundamentos teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo



que compõem o fazer profissional, assim como a aproximação de novos debates e novos campos de aprendizagem.

A experiência de estágio no setor de oncologia do Hospital das Clínicas/UFPE nos proporcionou observar alguns dos limites, desafios e possibilidades colocados no fazer diário do/a Assistente Social na enfermagem oncológica. Encontramos nesse processo a possibilidade de trabalhar o caráter pedagógico da profissão por meio das atividades socioeducativas em saúde, debatendo assuntos relacionados ao processo de tratamento, aos direitos dos pacientes/acompanhantes, assim como discutindo as expressões da questão social, não só com os usuários do serviço, mas também com os trabalhadores que compõem a equipe multiprofissional.

Como nos situa Iamamoto (2009) nos diferentes espaços socio-ocupacionais o/a Assistente Social tem o desafio de ser um profissional criativo e propositivo, tem em vista demandas emergentes do cotidiano e atentos para as demandas que se colocam historicamente à profissão. Nessa linha um desafio singular no âmbito da oncologia, sobretudo nas questões que envolvem trabalhos com os usuários em grupo, é o fator da saúde biológica, que é severamente afetada com o decorrer do tratamento e da doença e isso demanda estratégias, mediante a leitura da realidade, para o trabalho com a coletividade.

Alguns limites também são postos a nossa prática no âmbito da Saúde e das Políticas Sociais como um todo. Visto que há muito se pode encontrar no âmbito política social, e particularmente da saúde pública brasileira, um confronto de interesses, que atualmente coloca frente a frente modelos antagônicos de sociedade. Na Saúde expressa-se num conflito entre o modelo relacionado a Reforma Sanitária e a toda sua luta por um novo modelo de saúde, no qual se encare a saúde como um conjunto de fatores sociais e não apenas pela ausência de doença e pela institucionalização/efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS) como todo seu caráter democrático-popular, que está assegurado nos termos da lei no Art. 196 onde “ a saúde é 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”(BRASIL,1988), e de um outro lado o modelo privatista/contrarreformista da saúde, que ganha grande força com a configuração neoliberal do Estado, e com as tendências conservadoras atuais.

REFERÊNCIAS

- ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. **Política Nacional de Estágio**. Ano 2010. Disponível em <http://www.cfess.org.br/arquivos/pneabepss_maio2010_corrigida.pdf>. Acesso em 25 nov. 2019.
- ABREU, Marina Maciel. **Serviço Social e a organização da cultura**: perfis pedagógicos da prática profissional. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo In: SADER, Emir; Gentili, Pablo. (orgs.) **Pós-neoliberalismo**: as políticas sociais e o Estado Democrático. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1995, p.9-23.
- ANTUNES, Ricardo. **O privilégio da servidão**: o novo proletariado de serviço na era digital. São Paulo, Boi Tempo, 2018. [Mundo do Trabalho]
- BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social**: fundamentos e história. 6 ed, São Paulo, Cortez Editora, 2009.
- BOSCHETTI, IVANETE. Assistência Social e Trabalho no Capitalismo. Cortez Editora, São Paulo, 2016.
- BRAVO, Maria Inês de Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et al (orgs.), **Serviço Social e Saúde**, 4 ed, São Paulo, Cortez Editora, 2009, p. 88-110.
- CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS; Henrique Afonseca (orgs.). **Manual De Cuidados Paliativos- ANCP**: ampliado e atualizado. 2. ed, 2012.
- CFESS. **Código de Ética do/a Assistente Social**. (10ª edição revista e atualizada). Brasília: CFESS, 2011. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf>. Acesso em: 27 de set. 2019.
- CFESS. RESOLUÇÃO CFESS Nº 533, de 29 de setembro de 2008 que regulamenta a supervisão direta de estágio no Serviço Social. Disponível em <<http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao533.pdf>> Acesso em: 25 nov. 2019.
- GARCIA, J. E.; Silva, NMS. **LIMITES E POSSIBILIDADES DO TRABALHO COM GRUPO A Prática Coletiva na Enfermaria de Adolescentes**: Um Olhar a Partir da Residência em Serviço Social. II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro. CRESS/RJ. 2016. Disponível em <<http://www.cressrj.org.br/site/wp-content/uploads/2016/05/019.pdf>> Acesso em :30 jun. 2019.
- GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 3 ed. São Paulo, Atlas, 2008.
- HERMES, Héliida Ribeiro. LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. **Cuidados paliativos**: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde, 2013.
- IAMAMOTO, Marilda V. O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 2009.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **O que é câncer?** 2019. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>>. Acesso em: 09 jul. 2019.
- KRÜGUER, Tânia Regina. SUS: da perda da radicalidade democrática ao novo desenvolvimentismo. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 218-226, jul.- dez. 2014.
- LEWGOY, A. M. B; SILVEIRA, E. M. C. A entrevista nos processos de trabalho do assistente social. **Revista Textos e Contextos**, Porto Alegre, v. 6, n.2, p. 233-251, jul.- dez. 2007.
- MARTINI, Débora. **A inserção do Assistente Social na área de Saúde**: uma reflexão sobre o município de Florianópolis. Florianópolis, Congresso Catarinense de Assistentes Sociais, 2013.
- MCCOUGHLAN, Marie. A necessidade de cuidados paliativos. 4. Ed. São Paulo: Loyola, 2004. p.168-169.
- MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da Crise e Seguridade Social**: um estudo sobre as tendências da previdência e assistência social brasileira nos anos 80 e 90. 2 Ed. São Paulo, Cortez Editora, 2000.



- NETTO, José Paulo. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. 8 Ed. São Paulo, Cortez 2011.
- PEREIRA; Potyara Amazoneida P. Estado, regulação social e controle democrático. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA; Potyara Amazoneida P. (orgs.) **Política Social e Democracia**. Cortez, São Paulo, p. 31.
- ROCHA, Patrícia Rodrigues da. DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. **Revista da escola de enfermagem da usp**. p. 129-135, 2014.
- SALVADOR; Evilasio da Silva. O desmonte do financiamento da seguridade social em contexto de ajuste fiscal In: **SERVIÇO SOCIAL & SOCIEDADE**. Crise, Seguridade Social e Regressão de Direitos, São Paulo, n.8, set-dez, p. 426- 446, 2017.
- SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira**. Rio de Janeiro, Editora Campos, 1978.
- SARRETA, Fernanda de Oliveira. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. 2009. 232 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Estadual Paulista Campus de Franca, Franca, 2009. Disponível em: <https://www.cairu.br/portal/arquivos/biblioteca/EBOOKS/SS/Ed_permanente_em_saude_trab_SUS.pdf> Acesso em: 09 de junho 2019.
- SOARES, Raquel Cavalcante. A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. (orgs.). **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos**. 2 Ed. Cortez Editora, 2013.
- VELLEDA, Luciano. **Corte de verba ameaça Reforma Psiquiátrica e sinaliza preferência por internações**. 2018. Disponível em: <<https://www.redebrasilatual.com.br/saude/2018/11/corte-de-verba-ameaca-a-reforma-psiquiatrica-e-sinaliza-a-volta-das-internacoes>>. Acesso em: 11 nov. 2019.

POLÍTICAS SOCIAIS E SERVIÇO SOCIAL: REFLEXÕES EM TORNO DA CONSOLIDAÇÃO DO DIREITO A SAÚDE NA ATUAL CONJUNTURA

Camila Fernanda Pinheiro Do Nascimento (UFAM - Universidade Federal Do Amazonas);
Debora Cristina Bandeira Rodrigues (UFAM - Universidade Federal Do Amazonas);
Thamirys Souza E Silva (UFAM - Universidade Federal Do Amazonas); Evelyn Barroso
Pedrosa (UFAM - Universidade Federal Do Amazonas)

RESUMO: O artigo apresenta reflexões sobre as bases teóricas metodológicas do serviço social e a relação com o pensamento social contemporânea enfatizando a prática profissional na busca pela consolidação dos direitos, articulando o debate sociohistórica da luta pelos direitos sociais, bem como a trajetória profissional na consolidação ético política, com ênfase na luta por acesso a saúde das populações do campo. A metodologia utilizada foi a revisão de literatura para apreensão das categorias chave do debate. Como principal resultado destaca-se à contribuição na revisão teórico-metodológica, promovendo articulação das temáticas: Políticas Sociais, Serviço Social e Saúde voltada para populações do campo.

Palavras-chave: política social, serviço social, política de saúde e população do campo.

ABSTRAC: The article presents reflections on the theoretical methodological bases of social service and the relationship with contemporary social thought, emphasizing professional practice in the search for the consolidation of rights, articulating the socio-historical debate of the struggle for social rights, as well as the professional trajectory in the political ethical consolidation , with emphasis on the struggle for access to health for rural populations. The methodology used was the literature review to apprehend the key categories of the debate. As a main result, the contribution to the theoretical-methodological review stands out, promoting the articulation of the themes: Social Policies, Social Work and Health aimed at rural populations.

Key words: social policy, social service, health policy and rural population

1. INTRODUÇÃO

O artigo apresenta reflexões teóricas acerca das Políticas Sociais articulada as bases conceituais do serviço social, evidenciando a política de saúde, abordando de forma mais específica a luta da população do campo por acesso a saúde, na ótica da consolidação de direitos. A discussão pauta-se em uma breve contextualização sociohistórica da formação da sociedade burguesa através do desenvolvimento do sistema capitalista e da luta de classe, enfatizando a criação das políticas sociais como resultado dessa luta e estratégia de controle social.

No que concerne ao trabalho do Serviço Social o ensaio faz uma abordagem sobre os fundamentos teórico-metodológico, técnico-operativa e ético-político, evidenciando as expressões da questão social, visibilizando as dimensões investigativas e interventivas da profissão. Os fundamentos do serviço social têm como base a relação com o pensamento social contemporânea ressaltando o trabalho profissional na busca pela consolidação dos direitos.

No âmbito do Serviço Social a questão social é objeto de investigação e intervenção do Assistente Social. Na perspectiva posta por Iamamoto (2008), a questão social tem uma relação intrínseca com a ordem econômica, e assim a questão social é alvo das políticas sociais que são criadas para mediar os conflitos entre capital e trabalho (IAMAMOTO, 2008, p.170).

Partindo desse pressuposto o artigo busca contribuir na discussão e na revisão de literatura das categorias supracitadas, buscando qualificar e fomentar estudos já desenvolvidos sobre a referida as temáticas.

2. POLÍTICAS SOCIAIS NO CONTEXTO NEOLIBERAL BRASILEIRO: breve caracterização sociohistórica e suas repercussões para a conquista de direitos.

No Brasil, assim como no resto do mundo, as políticas sociais, sofreram influências sociohistórica que caracterizaram a Questão Social, a intervenção do Estado e a concepção de cidadania. Tendo como principal expoente o surgimento do sistema capitalista e a relação Capital X Trabalho como fundante das demandas sociais.

As Políticas Sociais, como forma de resposta do Estado às expressões da questão social, configuram-se de acordo com a luta da classe trabalhadora e dos movimentos sociais, mas também sofrem influência do ideário neoliberal.

O Brasil, que teve a inserção do sistema capitalista de produção de forma diferenciada das grandes capitais industriais da Europa, tem sua relação com o capital articulado a fatores políticos e culturais históricos estruturando o trabalho e a classe operaria brasileira a partir de suas especificidades. (SANTOS, 2012)

Santos (2012) aponta que as particularidades brasileiras, principalmente ligadas a formação econômica e social do Brasil, está intrínseca nas mediações do processo do desenvolvimento do capitalismo no Brasil, que não deixa de está relacionado ao capitalismo mundial, visto que no Brasil esse capitalismo, assim como em toda América Latina aconteceu de forma tardia.

As políticas sociais em vigência no Brasil contemporâneo têm grandes contribuições desse contexto histórico e dos desdobramentos das relações da classe burguesa brasileira e da luta da classe operaria por direitos.

Behring e Boschetti (2011) ao abordar as políticas sociais no contexto do liberalismo no Brasil afirmam que os “capitalistas desenvolveram-se de forma bem diferente dos países de capitalismo central, ainda que mantendo suas características essenciais” (BEHRING E BOSCHETTI, 2011, p.71). Essas características aliadas à conjuntura geral do país fizeram com que as questões sociais fossem moldadas a essas particularidades sociohistórica.

As autoras relatam que o sentido de colonização, a tradição escravista o desenvolvimento desigual culminou na criação de um sistema capitalista²⁰⁴ demarcado por elementos estruturais preponderantes para a sua consolidação. (BEHRING E BOSCHETTI, 2011)

Nesse contexto o Brasil, com a expansão do ideário liberal no mundo, tem suas relações econômicas configuradas a partir das relações com o capitalismo mundial, nesse sentido as autoras abordam que no País, assim como acontece em outros países ditos como periféricos ao mundo capitalista, tem demarcado em sua dinâmica econômica um sentido de subordinação e dependência ao mercado mundial. (BEHRING E BOSCHETTI, 2011)

Com relação à concretização da luta da classe operária, outro fator particular da história brasileira, há uma dificuldade na construção dessa classe assim como na criação de pautas de reivindicação, visto o histórico escravista do país. Desta forma, para a consolidação do capitalismo como sistema produtivo é necessário à relação contraditória entre Capital X Trabalho. (BEHRING E BOSCHETTI, 2011)

²⁰⁴ Que de acordo com BEHRING E BOSCHETTI (2011) só ganha força após a criação do Estado nacional a partir da Independência em 1822

Nesse sentido, só a relação contraditória entre capital e trabalho é capaz de oferecer subsídios para o desenvolvimento do próprio capital, assim como a possibilitam discussões para a criação do Estado e consecutivamente a consolidação da cidadania. Assim as autoras afirmam que:

Se a política social tem relação com a luta de classe, e considerando que o trabalho no Brasil, apesar de importantes momentos de radicalização, esteve atravessado pelas marcas escravismo, pela informalidade e pela fragmentação/ cooptação, e que as classes dominantes nunca tiveram compromissos democráticos e redistribuição, tem-se um cenário complexo para as lutas em defesa dos direitos de cidadania, que envolvem a constituição da política social. (BEHRING E BOSCHETTI, 2011, p. 79)

Partindo do exposto, e das configurações históricas aqui delineadas, que as políticas sociais a partir da relação Capital e Trabalho, e das lutas da classe trabalhadora, passam a ser consideradas como forma de intervir a fim de exercer um controle social.

Em 1930, marco histórico indicado pelas autoras como um ponto fundamental, a questão social deixa de ser caso de polícia para ser caso de política. Imprescindível destacar, para compor a complexidade brasileira, que mesmo com esse entendimento vigente da necessidade da intervenção na questão social o caráter repressor ainda era posto, mecanismos de repressão eram utilizados como forma de regulamentar as ações sociais, como o que aconteceu com o sindicalismo oficial. (BEHRING E BOSCHETTI, 2011)

Nessa conjuntura, alguns mecanismos foram utilizados para com eles dar suporte em 1937 à mobilização à ditadura em curso. As formas de intervenção foram pautadas as necessidades oriundas da conjuntura política, nesse sentido as primeiras ações de intervenção a questão social foram: a aprovação da Lei Eloy Chaves em 1923 e as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's) que caracterizaram ações focalizadas e estratégicas. (BEHRING E BOSCHETTI, 2011)

Assim as autoras abordam a cidadania até então uma cidadania regulada, por não possuir características universais privilegiando apenas alguns trabalhadores que exerciam atividades específicas de interesse do capital, sobretudo, do capital mundial, aparecia como a cidadania exercida nesse período. Nesse sentido, Behring e Boschetti (2011) afirmam que:

[...] o regime de trabalho Brasil foi sendo por medidas de alcance restrito, ou seja, não universalizáveis para o conjunto das classes trabalhadoras. A cidadania regulada deixa de fora do regime de trabalho até a primeira fase da industrialização pesada, uma parte significativa de trabalhadores que não estão inseridos nas normas para o seu acesso. (BEHRING E BOSCHETTI, 2011, p.147)

Assim, partindo da configuração do Estado que nessa conjuntura, que estava pautado na política liberal e nas intervenções advindas do regime militar, as intervenções estatais

estão delineadas a manutenção do *status quo* tendo como resposta as questões sociais, acentuando o caráter repressivo e assim uma cidadania em recesso.

Só apenas com no fim da ditadura militar em 1985 e a promulgação da Constituição Federal de 88 que se pode falar em uma cidadania nos moldes que Marshal propôs. Nessa perspectiva, os direitos foram reconhecidos, assim como a construção de uma proteção social que garantisse a população brasileira condições de reproduzir-se social, política, cultural e, sobretudo material.

A proteção social brasileira é configurada, a partir de um triple de política sociais sendo: a previdência, como contributiva; a assistência, como não contributiva e a saúde, como não contributiva. Todas políticas são frutos das manifestações dos movimentos sociais e caracterizam-se como importantes demandas da questão social do povo brasileiro.

Com relação à política de saúde, foco de discussão deste artigo, é importante salientar que foi através do movimento de reforma sanitária que o sistema único de saúde foi pensando com as suas características delineadas desde 1870, quando se começou o movimento mediante a articulação dos profissionais de saúde junto aos movimentos populares.

Nessa conjuntura, os fundamentos defendidos por esses movimentos primavam pela democratização do acesso, de acordo com Bravo (2011), a proposta tinha como principais fundamentos:

[...] universalização das ações, descentralização, melhorias da qualidade dos serviços com adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade equidade das ações e a participação popular através de mecanismos como os conselhos e conferências de saúde. (BRAVO, 2011, p. 14)

E nessa perspectiva que a política de saúde delimita-se no contexto da redemocratização brasileira. Apesar de que as características neoliberais estivessem impostas no projeto política onde as políticas sociais passavam por um enquadramento a perspectiva contra hegemônica.

Mesmo com todos os limites que perpassam pela consolidação da política de saúde o Sistema Único de Saúde e promulgado com as perspectivas delineadas na Reforma Sanitária, onde pauta-se que é direito de todos os brasileiros e dever do estado à promoção, manutenção e recuperação da saúde.

Partindo desse pressuposto, a saúde como direito deve ser pensada de forma ampla garantindo a todos os cidadãos acesso de forma universal, respeitando as particularidades locais e as formas socioculturais.

Nesse sentido, os debates apontam que ainda na contemporaneidade as populações rurais, extrativistas, pescadores, ribeirinhos, quilombolas, indígenas, dentre outras tem sofrido com a invisibilidade no acesso as políticas sociais.

Destarte, faz-se necessário para garantia de direitos e resguardando a cidadania dessas populações visibilizarem suas demandas. Partindo desse contexto e mediante a luta das classes trabalhadoras rurais pelo acesso à saúde de qualidade foi publicada a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas.

3. ACESSO A SAÚDE NO CAMPO: Lutas e conquistas

A carta Magna de 1988, que instituiu o sistema de seguridade social no Brasil, caracterizando um sistema amplo de proteção social, tendo como triple a assistência, previdência e a saúde. A partir da lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, que estabelece o Sistema Único de Saúde (SUS) regula-se o acesso a saúde no Brasil, que tem como principais premissas a universalidade, integralidade e equidade.

Com o estabelecimento dessa normativa, que dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, que os serviços de saúde foram organizados para atender as demandas das populações. Mesmo depois de anos da promulgação da constituição, assim como a regulamentação dos SUS, muitos desafios foram postos para a efetivação dessa política.

Mesmo com muitos desafios o SUS vem se consolidando, através das lutas sociais que viabilizam as especificidades de cada público em cada região caracterizando as dinâmicas sociais e as realidades epidemiológicas. Com relação às populações rurais, ainda na contemporaneidade a diversidades dessas populações vem caracterizando formas distintas de cuidados e serviços a serem prestados para a garantia de saúde e diminuição de agravos.

Desta forma, visando o acesso aos serviços de saúde e as necessidades dessas populações, a publicação da política veio com o objetivo de atender essas demandas com foco na redução de riscos e agravos à saúde que essas populações possuem, principalmente voltado ao processo de trabalho e as formas de vida que têm na agricultura sua principal fonte de reprodução social, assim contribuindo na melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida dessas populações. (Brasil, 2014).

As políticas públicas têm como objetivo pressuposto o atendimento de demandas sociais. De acordo com Pereira (2011) as políticas sociais são instrumentos de tradução direta

das questões sociais. Segundo a autora as questões sociais são administradas pelas políticas sociais, que apesar do seu viés contraditório, são resposta às lutas dos trabalhadores por seus direitos sociais, assim como foi discutido no tópico anterior.

Nesse sentido, as políticas sociais são um retrato da realidade social, e apesar da sua contrariedade, devem atender demandas oriundas das questões sociais. Segundo Pereira:

[...] a política social não teria outra grande função se não a de colocar a serviço dessa condenação; ou como dizem outros especialistas em política social, como Ian Gough: esta política só terá sentido se for controlada pelas classes dominantes e funcionar como meio de satisfação de necessidades sociais, e não das necessidades do capital, como, mais do que nunca, hoje é utilizada. (PEREIRA, 2011, p.17)

Assim, a política social, pode ser entendida como um reflexo da realidade a partir das lutas por direitos e acesso a serviços sociais pela classe trabalhadora, contendo também a necessidade da classe dominante de manter os conflitos sociais controlados.

Nessa perspectiva, se insere para a discussão nesse artigo o debate sobre os direitos sociais e a criação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e das Águas, não diferente das demais políticas da atual conjuntura, a PNSIPCFA, também tem no bojo da sua criação a luta da classe trabalhadora rural por acesso a saúde.

A política em questão teve em sua gênese a luta de diversos movimentos sociais dentre eles: Movimento de Mulheres Camponesas (MMC); Movimento Nacional dos Pescadores (MONAPE); Movimento dos Pequenos Agricultores (MPA); Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST); Mulheres Trabalhadoras Rurais – Movimento das Margaridas (MTRMM); Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB); Comissão Pastoral da Terra (CPT); Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ) entre outros que protagonizaram a luta por acesso a saúde de qualidade. (SANTOS, 2011)

A partir das reivindicações dos movimentos sociais citados a fim de garantir o que rege a Carta magna de 88 e como uma forma de fortalecimento do Sistema Único de saúde que tem como princípios doutrinários a universalidade, integralidade e equidade foi publicada em 2011 a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), sendo de caráter transversal à política necessita articula-se com diversos setores da administração pública para sua efetivação, sendo eles: meio ambiente, educação, desenvolvimento agrário, dentre outros. (CARNEIRO, 2007)

Partindo desse pressuposto a PNSIPCF, mais tarde alterada para Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), veio através de demanda popular responder há uma questão social, quanto à saúde da população rural do Brasil, que mesmo sendo atendida pelo Sistema Único de Saúde não respondiam aos agravos

de saúde oriundos das suas relações de reprodução social, cotidiano e desenvolvimento do trabalho no campo. (LIMA, 2016)

A criação da política que origina a partir das discussões da classe trabalhadora rural e o poder público, contribuem significativamente para o debate da saúde como política social e dos seus princípios doutrinários de universalidade, integralidade e equidade, visto que a partir das discussões dos movimentos sociais essa assistência não tem sido prestada de forma satisfatória obedecendo tais princípios.

Nesse sentido a PNSIPCFA, apresenta-se como uma resposta do Estado a demanda da população rural brasileira tendo imbricada a sua criação e efetivação a luta da classe trabalhadora rural pelo acesso a direitos.

Diante do que foi exposto importa ressaltar o trabalho do assistente frente no processo de consolidação da cidadania, uma pergunta pertinente neste contexto é: como a intervenção do assistente social caracteriza-se na atual conjuntura?

As políticas sociais são fruto de lutas da classe trabalhadora e resposta do Estado as expressões das questões sociais, partindo desse pressuposto e levando em consideração as ofensivas neoconservadoras e os desmontes das políticas sociais pelo neoliberalismo e importante problematizar a intervenção do assistente social.

4. SERVIÇO SOCIAL NO SÉCULO XXI: desafios postos a prática profissional

As expressões da questão social aparecem como demandas que devem ser solucionadas pelas políticas sociais. O Serviço Social como especialização do trabalho e o assistente social como uma manifestação do trabalho apresentam-se como indicados para atuarem diretamente com a questão social. Desta maneira lamamoto (2007) afirma que:

[...] o Serviço Social tem na *questão social* a base de sua fundação como especialização do trabalho. Questão Social apreendida como o *conjunto* das expressões das desigualdades. (IAMAMOTO, 2007, p.27)

Partindo desse pressuposto a questão social como conjunto das expressões das desigualdades caracteriza-se como objeto de trabalho cotidiano do Assistente Social, assim como as políticas sociais são a forma de acesso a direitos pelos cidadãos.

Dar conta da questão social na contemporaneidade requer, nas palavras de lamamoto (2007) “decifrar os determinantes das múltiplas expressões da questão social” (p.114). Desta forma, o assistente social deve decifrar essas expressões nas diversas formas que são apresentadas nas sociedades seja pela fome, pobreza, recortes de gênero, raça, etnia,

religião, nacionalidades, meio ambiente, saúde dentre outras expressões decorrente das desigualdades presentes na sociedade contemporânea.

Na concepção de Sant'ana e Silva (2013) foi a partir da utilização da teoria social de Marx na formação de profissionais e na consolidação de seus fundamentos que o acúmulo crítico coletivo do Serviço Social foi criado para dar suporte a investigação e a intervenção profissional. Os autores ressaltam que:

Esse processo inspirou a revisão e o amadurecimento do Código de Ética do Assistente Social, a definição de diretrizes nacionais para a formação profissional [...] a criação de um Projeto Ético-Político Profissional [...] inúmeras lutas sociais dentro e fora dos espaços de atuação profissional. (SANT'ANA E SILVA, 2013, p. 182)

Partindo desse pressuposta, entendendo todo o contexto sociohistórica para consolidação das políticas sociais como direitos, ressaltando a luta da classe trabalhadora como exposto nos tópicos acima, assim também para a consolidação profissional do Serviço Social. A caracterização do trabalho do assistente social veio mediante a lutas da categoria e o fortalecimento de uma identidade profissional a partir do movimento de reconceituação.

Com relação as políticas sociais, o que se nota na atual conjuntura e um retrocesso, surgindo de forma mais evidentes nas ofensivas neoconservadora e que promulga os ideários neoliberais. Nesse sentido, Barroco (2015) afirma que “a ofensiva neoliberal do grande capital diversificou e ampliou a degradação do trabalho e da vida social, atingindo duramente as condições de existência da classe trabalhadora e dos setores marginalizados”(p.626), o que problematiza tanto as expressões da questão social como a forma de intervenção, visto que as políticas sofrem ataques constantes das bases neoconservadores e legitimação pelos ideários neoliberais.

Partindo desse pressuposto Barroco (2015) evidencia os ataques as políticas sociais baseadas em ideários neoconservadores, segundo a autora:

[...]além de reforçar a moralidade punitiva, revela também uma estratégia presente na ofensiva direitista atual: o combate ideológico a um bloco no qual foram inseridos os direitos sociais e suas legislações, como o ECA; os direitos humanos; o comunismo, remetido ao bolivarianismo; os partidos de esquerda; os movimentos sociais, especialmente o MST; as reivindicações dos movimentos de feministas, negros, LGBT e estudantes; o marxismo; o PT, o governo, nas figuras de Lula, Dilma e suas políticas compensatórias, como o Bolsa Família, e outras iniciativas, como os programas de cotas para negros e o Mais Médicos, referido apenas aos médicos cubanos.(BARROCO, 2015, p.630)

Consecutivamente, o trabalho do assistente social sofre repercussões, os desafios para atuar de forma coerente com o código de ética da profissão em oposição as demandas institucionais são diversos. Barroco (2015) reforça que no cotidiano do assistente social ele e

chamado para desempenhar papéis que não correspondem a uma prática pautada na concepção de cidadania defendida pela categoria e que foi resultado de anos de luta da classe trabalhadora. Nesse sentido a autora afirma que:

No exercício profissional, o Serviço Social é chamado a desempenhar tarefas policiais, nas desocupações truculentas de áreas de moradia, no deslocamento de moradores de rua e usuários de droga para lugar nenhum, na censura e no controle dos usuários, em especial nas instituições tradicionalmente conservadoras que envolvem de forma direta a moral e a família. (BARROCO, 2015, p.633)

Diante disso, se faz necessário pensar o trabalho do Serviço Social como especialização do trabalho, inserido na divisão sociotécnica, compreendendo a conexão entre o exercício do Serviço Social com a prática da sociedade, exigindo do profissional capacitação constante e novas respostas no âmbito do trabalho para atender as novas expressões da questão social.

Historicamente o serviço social esteve ligado ao desenvolvimento do sistema capitalista, assim como no Brasil sempre esteve articulado com os movimentos sociais e da classe trabalhadora enfrentando as expressões da questão social mediante as políticas sociais. (BOSCHETTI, 2017, p.55)

Segundo a autora os “novos”²⁰⁵ desafios caracterizam-se na perspectiva de uma luta contínua pela materialização dos direitos sociais, ainda de acordo com Boschetti (2017) a intervenção profissional está direcionada as políticas sociais na consolidação da cidadania, mesmo que na atual conjuntura essa intervenção tenha sofrido, o trabalho do serviço social, a partir da promulgação do código de ética e da consolidação de um novo perfil profissional.

Nesse sentido, Boschetti (2017) afirma que “designada por Netto (1991 e 2011) de “intenção de ruptura” firmou o Serviço Social como fundamental campo de reflexão, formulação e teorização crítica sobre a política social na sociabilidade capitalista” (p.63). Assim o grande desafio pauta-se nas estratégias da profissão frente a conjuntura das políticas sociais, assim como o neoconservadorismo e o ideário neoliberal tem afetado as políticas sociais, eles também tem trazidos um processo de retorno ao conservadorismo no serviço social e é nesse processo que os desafios ao trabalho do Serviço Social são postos. De acordo com Sant’ana e Silva (2013):

O aporte teórico-metodológico e ético-político e elemento que constitui o fazer profissional e institui possibilidades de um exercício crítico e questionador, um campo de lutas e de construção de alternativas, ainda que nunca abstratas, mas possíveis, ontologicamente dadas e carentes de potência humana que as ponha e movimento sem recaídas idealistas (SANT’ANA E SILVA, 2013, p.191)

²⁰⁵ A partir dos estudos de Boschetti (2017) foi possível compreender que os novos desafios impostos a profissão nada, mas é do que os velhos desafios repaginados, entendendo a conjuntura de retrocessos e desmontes de direitos. Direitos esses conquistados pela classe trabalhadora no século passado para responder as demandas da sociedade que até hoje estão presentes.

Nesse sentido, Boschetti (2017) afirma que “São incidências conservadoras que remodelam a atuação do Serviço Social nas políticas sociais e podem fazer retroceder as históricas conquistas alcançadas nos últimos três decênios e que marcaram a ruptura com o Serviço Social acrítico” (p.68)

Partindo desse pressuposto o trabalho do assistente social na atual conjuntura da sociedade brasileira requer, além da sua capacidade investigativa e interventiva pautada na teoria social de Marx, a reafirmação do compromisso ético e político assumido pela categoria.

No que concerne a inserção do assistente social na política de saúde, o mesmo tem enfrentados muitos desafios, assim como todas as políticas sociais nesse contexto. O profissional de serviço social é chamado a atuar na promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis de atenção, bem como na luta dos movimentos sociais para a garantia de um sistema de saúde universal, integral e equitativo. (CAVALCANTI E ZUCCO, 2006)

De acordo com Cavalcanti e Zucco (2006) o assistente social atua de várias formas na política de saúde, sendo na gestão da política, ações socioeducativas de educação em saúde ou na prestação de serviço tendo a consolidação da cidadania como objetivo maior, assim os autores ressaltam que:

O assistente social, em sua prática profissional, facilita o acesso da população as informações e ações educativas para que a saúde possa ser percebida como produto das condições gerais de vida e da dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas do País. (CAVALCANTI E ZUCCO, 2006, p.76)

Assim como destaca Boschetti (2017) ao evidenciar a presença do Serviço Social junto aos movimentos sociais na luta por direito, Cavalcanti e Zucco (2006) destacam que o assistente social tem exercido um papel importante junto a população, incentivando a participação popular na democratização do acesso a saúde por meio dos conselhos. Esse papel exercido pelo assistente social torna-se fundamental, como estratégia na luta pelas políticas sociais e a garantia dos direitos já conquistados.

As políticas de sociais, em destaque nesse artigo a política de saúde voltada a população do campo, têm sofrido com o contexto atual. A PNSIPCFA é um política recente que caracteriza uma demanda específica evidenciada pela luta dos trabalhadores rurais que sentem a necessidade de um atendimento pautada nas diretrizes do SUS.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As questões sobre as políticas sociais e a atuação do serviço social frente a conjuntura atual têm sido tema de muitos debates. Nesse sentido, as discussões apontam que a relação

entre a frente neoliberal e o neoconservadorismo tem afetado não somente as políticas sociais e a população como um todo, mas o trabalho do serviço social tem sofrido modificações e vários desafios na sua concretização.

Este trabalho buscou entender especificidades da materialização da cidadania nesse contexto, assim como explicitar os desafios impostos a categoria diante desse contexto através do levantamento bibliográfico e da revisão de literatura das categorias supracitadas.

Nesse sentido, a partir de uma breve abordagem teórica foi explicitada a questão social a partir do desenvolvimento do sistema capitalista, evidencia a relação capital e trabalho e a luta de classe que está no bojo dessa relação.

A partir desse entendimento foi possível tecer uma breve discussão em relação à criação de políticas sociais, que aparecem como respostas do Estado as demandas sociais, no contexto brasileiro apresentando o desenvolvimento do sistema capitalista no Brasil e suas particularidades históricas para a caracterização desse capitalismo.

A partir do surgimento das políticas sociais, sobre a percepção de cidadania advinda da concepção exposta na Constituição brasileira de 88 foi possível articular as demandas sociais com o direito, assim qualificando a discussão sobre viabilização e acesso da população.

É nessa conjuntura que a discussão sobre acesso a saúde da população rural no Brasil se pauta, apresentando como forma de efetivação de direitos a Política Nacional de Saúde Integral a População do Campo, Floresta e das Águas que tem como objetivo a atendimento das demandas de saúde dessa população em específico.

Ainda que breve se propôs nesse ensaio fazer uma reflexão sobre a atuação profissional frente ao contexto de retrocessos vividos na atualidade. Nesse sentido, o serviço social como divisão socio técnica do trabalho tem em sua história recente a tentativa de ruptura com o conservadorismo, mais precisamente a criação de uma postura profissional pautada em princípios que deslumbram uma sociedade mais justa e equitativa.

Nessa perspectiva e baseada nos preceitos teórico e metodológicos da concepção marxista o serviço social tem no bojo da sua atuação a criação de estratégias que possibilite, entendendo a realidade social e os desafios impostos pela neoconservadorismo, a garantia dos direitos e a luta por condições dignas de vida e trabalho.

REFERENCIAS

- BARROCO, Maria Lúcia S. Não passarão! Ofensiva neoconservadora e Serviço Social. *Serv. Soc. Soc.* São Paulo, n. 124, p. 623-636, dezembro de 2015.
- BEHRING, Elaine; BOSCHETTI, Ivanete. Capitalismo, liberalismo e origens da política social. In: BEHRING, Elaine; BOSCHETTI, Ivanete. *Política Social: fundamentos e história*. São Paulo: Cortez, 2011. (Capítulo 2).
- BOSCHETTI, Ivanete. Agudização da barbárie e desafios ao Serviço Social. *Serv. Soc. Soc.* [online]. 2017, n.128, pp.54-71.
- BRASIL. Portaria nº 2. 311, de 23 de outubro de 2014. Altera a Portaria nº 2.866/GM/MS, de 2 de dezembro de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). *Diário Oficial da União*. Brasília, DF. 23 dezembro 2014.
- BRAVO. Maria Inês Souza. *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. 4ª Edição/ 2011. Editora Cortez.
- CARNEIRO, F.F *et al.* A saúde das Populações do campo: das políticas oficiais as contribuições do Movimento dos Trabalhadores rurais sem terra (MST). *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 49, p.564-71.
- CAVALCANTI, Ludmila F.; ZUCCO, Luciana P. Política de Saúde e Serviço Social. In: CAVALCANTI, Ludmila F.; REZENDE, Ilma (orgs). *Serviço Social e Políticas Sociais*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006. p. 67-82
- IAMAMOTO, Marilda e CARVALHO, Raul. *Relações Sociais e serviço Social no Brasil*. -25 ed. São Paulo: Cortez – CELATS, 2008.
- _____. *Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social*. São Paulo: Cortez, 2007
- LIMA. M.C. *Saúde rural: a organização, práticas assistenciais e participação popular na saúde das comunidades rurais, remanescentes de quilombos e comunidades caiçaras do Vale do Ribeira – SP*. Tese (doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2016. Programa de Medicina Preventiva.
- PEREIRA, Potyara. **Política Social: temas e questões**. São Paulo: Cortez, 2011.
- SANT'ANA, R. S.; SILVA, J. F. S. O método na teoria social de Marx: e o Serviço Social? 2013. *Temporalis*, Brasília, DF, ano 13, n. 25, p. 181-203, jan./jun. 2013.
- SANTOS, Júlio César Borges dos. **O movimento dos trabalhadores rurais sem-terra e as relações entre saúde, trabalho e meio ambiente em um assentamento rural no estado do Rio de Janeiro**. Dissertação de Mestrado – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011)
- SANTOS, Josiane Soares. *Questão Social: particularidades no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2012.

A IMPORTÂNCIA DO AUTOCUIDADO DOS ASSISTENTES SOCIAIS QUE ATUAM NA ÁREA DA SAÚDE

Claudia Elayne De Figueiredo Melo (CREAS)

RESUMO: O processo de trabalho do assistente social numa equipe de saúde, caracteriza-se pela atuação coletiva em diversos ambientes. Este artigo, tem a intenção de apresentar discussões sobre o tema processo de trabalho x autocuidado, identificando elementos que influem na vida cotidiana especificamente do profissional de Serviço Social que trabalha na área de saúde. Para tanto, foi utilizado pesquisa e estudos relevantes que potencializam os desafios que as novas práticas assistenciais em saúde exigem.

Palavras-chave: Saúde. Processo de Trabalho. Serviço Social.

Abstract: The work process of the social worker in a health team is characterized by collective action in various environments. This article intends to present discussions on the theme work process x self-care, identifying elements that influence the daily life specifically of the social service professional working in the health area. Therefore, relevant research and studies were used that enhance the challenges that the new health care practices require.

KEY WORDS: Health. Work Process Social Work.

1 INTRODUÇÃO

O processo de trabalho em saúde se realiza preponderantemente em níveis institucionais, este, envolve vários profissionais que prestam serviços assistenciais tais como: médicos, enfermeiros, assistentes sociais entre outros. O profissional de Serviço Social está qualificado para executar as atividades inerentes a sua profissão sendo de grande importância o seu olhar nas questões de saúde que por muitas vezes estão envolvidas questões sociais.

Dentre tantas atribuições, está a escuta especializada que necessita de um processo de neutralidade entre sua vida pessoal. Sabe-se que a saúde é formada por elementos bio-psico-sócio-espirituais, e este amparo pode oportunizar a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos. A efetividade do cuidado prestado está diretamente vinculada à qualidade de vida no trabalho, e são atributos da organização que presta serviço ao outro, o cuidado com o profissional cuidador (BAGGIO; FORMAGGIO, 2007).

Nesse sentido, com base em Costa (2009), o/a assistente social atua na perspectiva da garantia de direitos, na viabilização de condições que fomentem a promoção da saúde e o acesso aos serviços de saúde, o que se torna matéria – prima do exercício da profissional na saúde e implica no fortalecimento da saúde pública universal.

O profissional se insere, objetivando sua atuação na mediação no que diz respeito ao processo de desvelamento das questões que permeiam a relação saúde/doença. É importante salientar que a prática do assistente social, com base no código de ética profissional, tem como objetivo fundamental o enfrentamento às expressões da questão social, no sentido de promover a emancipação dos sujeitos e a viabilização dos direitos da população de modo que este se reconheça enquanto sujeito da sua própria história.

Entra em questão a abordagem teórica acerca da atuação do profissional de Serviço Social na saúde pública, a partir da consideração da sua singularidade profissional em lidar diretamente com as múltiplas determinações que permeiam o contexto do SUS. Na rotina agitada que as pessoas adotam, para atingir suas metas e padrão de vida, em diversos momentos esquecem de cuidar da sua saúde, que quando acometida por alguma enfermidade, precisa cuidar da doença.

Entretanto, diante do exposto, acreditamos que a realização desta pesquisa e a proposta construída para discussão se dará de forma positiva, refletindo sobre o processo de adoecimento do cuidador, no caso, dos assistentes sociais, promovendo reflexões no sentido de colaborar para a mudança dos processos adoecedores que ocorrem atualmente.

2 OBJETIVO GERAL

Promover reflexões a cerca das consequências da falta de autocuidado e disseminar informações como forma de precaução para alertar profissionais de Serviço Social que trabalham demasiadamente buscando obter mais recursos financeiros e não estão cuidando da própria saúde.

3 MÉTODO

O presente estudo, teve como parâmetro a coleta de dados o qual foi elaborado a partir de fontes secundárias, por meio de levantamento bibliográfico e teve como norte a pergunta principal: A falta do autocuidado dos assistentes sociais além de interferir na execução do trabalho, prejudica a vida social cotidiana de que forma?

Segundo Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM (2008), este método permite a análise de pesquisas relevantes, possibilitando a síntese do conhecimento de um determinado assunto e sumarizar as pesquisas já publicadas para obter conclusões a partir do tema de interesse, em busca de obter um profundo entendimento de um determinado fenômeno, baseando-se em estudos anteriores, sendo necessário apresentar com clareza os resultados dos artigos encontrados, para que o leitor consiga identificar as características reais dos estudos.

Os métodos utilizados transformado em pesquisa, servirão como base para profissionais da área de Serviço Social entender as variações que tendem a sofrer caso não seja incorporado o autocuidado.

4 CONTEXTUALIZANDO A SAÚDE DO ASSISTENTE SOCIAL COMO TRABALHADOR DA ÁREA DE SAÚDE

Quando se aborda a respeito do que define o processo de trabalho em saúde de um modo abstrato e amplo, as pessoas tendem a não entender que o profissional de Serviço Social faz parte deste processo. Por muitas vezes, por ser um profissional da área de Humanas, não é considerado como fazendo parte de uma equipe de saúde, como médicos, enfermeiros e outros cujo a formação já a define como tal. No entanto, as mesmas dificuldades que estão expostas aos profissionais que têm a formação já definida na saúde, também são vivenciadas pelos profissionais de Serviço Social, inclusive o processo adoecedor.



O adoecimento entre os profissionais da área de Serviço Social está intimamente ligado a falta do autocuidado, em seguida por inúmeras situações no âmbito do trabalho e o desinteresse das empresas, instituições em cuidar do cuidador. Vale ressaltar que a própria literatura científica explana este processo de trabalho na intenção de entender o que promove ou desencadeia o sofrer e adoecer no trabalho e com isso, os profissionais questionam as condições de trabalho a que são impostas, a partir daí tem-se um redirecionamento de foco do caráter relacional trabalhador – usuário, para identificação de faltas e excessos tais como: o excesso de burocratização nos serviços, a verticalização das relações interpessoais, falta de infraestrutura, a falta de proteção contra riscos de acidentes entre outros, a falta de estimulação do autocuidado.

Entretanto, o fato é que os profissionais de Serviço Social na área de saúde estão muito propensos a serem acometidos por problemas tanto físicos, quanto psicológicos afetivos, vindo a adoecer por inúmeros fatores relacionados ao trabalho. Destacam-se: a demanda por aumento de produção; o grande número de famílias acompanhadas por uma única equipe; a divisão do trabalho e as relações de poder estabelecidas entre os profissionais [...] (REIS, 2005, p. 174). Assim, outro fator se mostra como produtor de adoecimento: são as interações construídas no ambiente de trabalho de modo hierarquizado e verticalizado. Essas questões acontecem apesar pelo fato de termos influencia de modelos produtivos provenientes das características da indústria. O taylorismo e o fordismo, por exemplo, são modelos de gestão hegemônicos cujas consequências no trabalho em saúde têm sido ligadas à intensificação da divisão trabalho manual-trabalho intelectual a partir do recrudescimento da especialização (MERHY, 2002). Vale ressaltar que um processo de trabalho gerido por modelos autoritários prejudica a saúde dos trabalhadores e empobrece o próprio trabalho (ROSENFELD, 2004), o que, por sua vez, reflete-se na assistência diária aos usuários (MERHY, 2002; CAMPOS, 2003; FARIA, 2010).

Além disso, quanto à burocracia, o processo de trabalho em saúde se dá frequentemente impregnado por ela, mas alguns estudos imputam-na aos trabalhadores, responsabilizando-os se a condução das tarefas forem mais burocráticas e menos relacionais e espontâneas. Esta compreensão não é consensual, a burocracia também é postulada no processo de trabalho em saúde como intrínseca a certos modelos de gestão do trabalho (FRIEDRICH, 2005; LUZ, 2007). É evidente, assim, que tais questões podem instigar tensionamentos entre objeto profissional e interesse institucional sobretudo quando a atuação encontra-se inscrita em equipes multiprofissionais e interdisciplinares.

Existem ainda, uma gama de modalidades de vinculações empregatícias no setor da saúde na área de Serviço Social que concorrem para a crescente precarização do trabalho, pois expõe diversos trabalhadores a vínculos instáveis e fragilizados em termos de direitos, e propicia situações nas quais se encontram em conflito “as regras de funcionamento das instituições e as regras vigentes sobre o exercício profissional” (FRIEDRICH, 2005, p. 44).

É importante salientar que o por muitas vezes nos serviços de saúde, é condicionado aos profissionais terem um contato mais prolongado e diário com o sofrimento e adoecimento humano (REZENDE et al., 2005; RIOS, 2008), na mesma proporção em que oferecem condições ergonômicas e infraestruturais inadequadas ao trabalho que se desenvolvido, bem como à saúde do trabalhador (BRASIL, 2004).

Diante do exposto, torna-se indispensável buscar entender a correlação de forças em que se encontra circunscrito o Serviço Social, as demais categorias profissionais e os seus gestores, dentro de uma unidade de saúde, nos dias atuais. Por vezes este adoecimento está ligado a algumas características que estão intrínsecas aos modelos de gestão adotados. Mas será que o adoecimento dos trabalhadores da área de Serviço Social no setor de saúde pode ser entendido como trivial?

Segundo Pena e Gomes (2011), já relacionava os riscos e as doenças desenvolvidos por trabalhadores como intrínsecos ao próprio trabalho. Quando analisamos o trabalho do assistente social, é notável o quanto a profissão é desgastante no sentido emocional, sem falar nas precariedades de trabalho e burocratizações que trava o desenvolvimento das ações. No entanto, muitos problemas ficam subnotificados, tendo em vista o problema ser tão comum que nem mais é registrado como negativo nesse âmbito. É importante ressaltar que o contato direto com os pacientes/usuários muitas vezes se torna invasivo e com isso muitos levam os problemas do trabalho para casa. Sem remuneração adequada, se torna cada vez mais difícil pagar profissionais que possam ajudar nesse sentido. Por outro lado, os trabalhadores vinculam o adoecimento ao trabalho (SOUZA, 2010), e os órgãos internacionais apontam o surgimento de sintomas difíceis de serem identificados por serem inespecíficos (ASSUNÇÃO; BELISÁRIO, 2007).

Cabe-nos uma reavaliação: o que o trabalho em saúde produz? Para Campos (2000; 2003), o trabalho em saúde produz sujeitos. Assim, vários são os autores que defendem, que no meio desse processo, outra coisa está em jogo, devendo ser considerada como tal: os desejos dos trabalhadores (CAMPOS, 2000; SILVA-FILHO, 2001; CAMPOS, 2003; FRIEDRICH, 2005; BARROS; BARROS, 2007). O trabalho em saúde deve, para tanto, ordenar-se de modo não apenas a assegurar sobrevivência, mas também a felicidade

(CAMPOS, 2003). Tendo em vista que neste mundo contemporâneo os profissionais de Serviços Social estruturam suas vidas de acordo com o trabalho, devido passar a maior parte do dia nele. O adoecer é constantemente percebido, contudo, como um sinal de fraqueza e motivo de vergonha, pois na maioria das vezes tem a necessidade de ser interrompido, e devido a isso muitos profissionais não assumem que estão doentes.

No pensamento marxista, o trabalho tem grande importância para o homem, visto que influirá nesta sua constituição ontológica. De fato, o trabalho (re)cria o homem constantemente, pois, "é através do trabalho humano que o homem se constitui social e culturalmente como ser criativo e reflexivo" (FARIA, 2010, p. 19). Na realidade, o que se explana aqui é que "os indivíduos não querem ser observadores passivos, mas atores ativos na realidade em que trabalham" (FRIEDRICH, 2005, p. 50). Então novamente nos deparamos com a realidade relacional do trabalho que, no caso do trabalho em saúde, oferece situações que se configuram como oportunidades ontológicas. É preciso lembrar, portanto, então que o caráter relacional do trabalho em saúde pressupõe e/ou está intimamente ligado a um grau significativo de liberdade do trabalhador. É apenas pelo exercício desta liberdade que pode focar seu trabalho mais nos processos e menos nos procedimentos (MERHY, 2002). Neste sentido, as características que são apontadas como adoecedoras nos trabalhadores de saúde podem ser analisadas enquanto obstáculos para a efetivação da dimensão relacional do trabalho, impedindo que este trabalhador foque sua atividade na aplicação de tecnologias relacionais em prol do estabelecimento de um vínculo que se reverta em benefícios a quem é atendido, bem como a quem atende.

As mudanças na saúde exigiram que as profissões se adaptassem ao contexto do SUS, desencadeando um processo de revisão das instituições formadoras dos trabalhadores em saúde (BETTIOL, 2010). No caso do Serviço Social, esta revisão se inclui num quadro mais amplo de discussões profissionais que vinham ocorrendo desde meados da década de 1960 com o Movimento de Reconceituação na América Latina. Neste ínterim, houve uma aproximação do Serviço Social às Ciências Sociais que deu base para as discussões sobre os processos técnico-profissionais, teóricos metodológicos e ético-políticos, e abriu espaço para uma reavaliação da própria face social e ideológica da profissão. No Brasil, a luta profissional juntou-se à luta da sociedade por democracia e incitou a discussão do novo projeto profissional, que culminou com o projeto ético-político. Em 1988, a Constituição Federal contemplou boa parte das reivindicações sociais, principalmente na área da saúde. A partir de então, esta passa a ser reconhecida como um direito universal e resultado das

condições de alimentação, transporte, lazer, acesso e posse de terra, educação, meio ambiente, trabalho, habitação, renda e acesso a serviços de saúde.

O assistente social, em especial, devido a sua formação generalista, necessita ter esse conhecimento histórico da política de saúde, da epidemiologia, dos mecanismos de gestão entre tantas outras ferramentas. Assim, poderá identificar os determinantes do processo saúde – doença e propor intervenções específicas e intersetoriais na busca pela saúde integral, articulando organicamente os saberes teóricos apropriados pela categoria, e expressos nas próprias diretrizes curriculares para os cursos de Serviço Social, com a realidade cotidiana dos serviços e das políticas sociais nos quais os profissionais atuam. Para isso, o projeto profissional já assinala a ênfase numa formação acadêmica qualificada e permanente, para que haja uma nova relação com os usuários, tornando – os sujeitos das ações profissionais.

Contudo, não se deve esquecer que o trabalho em saúde para o profissional do Serviço Social conjuga saberes ligados às Ciências Sociais se afastando do campo das Ciências da Saúde. Portanto, o profissional precisa aprofundar-se na ligação entre o biológico e as condições sociais. É um esforço que a profissão exige, sobretudo, em relação aos conteúdos oferecidos durante o curso de graduação. Nesse sentido, vale a pena retomar a reflexão de Mourão et al. (2006, p. 374), É na perspectiva da atenção integral que o profissional de Serviço Social estrutura seu processo de trabalho no interior das equipes de saúde. Com uma abordagem individual e coletiva constrói sua prática na perspectiva do direito e da ampliação da cidadania contribuindo, com um aporte teórico metodológico sobre o processo saúde – doença, para o avanço das reflexões e possibilidades de atuação interdisciplinar no cuidado à saúde.

Desta medida, parece menos casual que características distintas sejam usadas para definir o trabalho em saúde dependendo do tema em questão. Apesar de não serem inerentes (ainda que esperadas) ao trabalho em saúde, as características elencadas para explicar o processo de adoecimento dos trabalhadores parecem configurar um impedimento à aplicação deste caráter relacional inerente ao trabalho em seu potencial total, empobrecendo-o. Assim, se considerarmos que o trabalhador de saúde tende a escolher esta área de atuação por uma vontade de cuidar, sentida às vezes enquanto vocação ou missão (RIOS, 2008), uma dimensão de cuidador que todos os profissionais de saúde têm (MERHY, 2002), é possível supor que, quando o trabalho em saúde toma configurações que o distanciam desta realidade, torna-se frustrante e insatisfatório, estressante, até adoecedor. Quanto a isso, Assunção e Lima (2010) acrescentam que muitas vezes o trabalhador pode estar adoecendo porque se,

por um lado, é requisitado a se importar com o usuário, pondo em uso suas habilidades e capacidades relacionais, por outro, muitas vezes, é sistematicamente impedido de levá-las a cabo, explorando em sua inteireza as possibilidades destas relações, a fim de cumprir uma série de demandas institucionais e burocráticas do trabalho.

Sendo assim: se o caráter relacional é inerente ao trabalho em saúde, mas estas relações são custosas ao trabalhador por demandarem deste energia, atenção e compreensão voltadas ao usuário, podendo ser danosas ou prejudiciais; se propriedades que atrapalham e/ou dificultam o desenvolvimento deste caráter, tornando o trabalho cada vez mais desprovido de sua dimensão cuidadora, são frequentes na realidade dos serviços de saúde no cenário nacional, principalmente no que diz respeito a área de Serviço Social, não será o próprio adoecimento deste trabalhador naturalizado? Neste contexto, resta-nos questionar ainda se o trabalho, que ocupa um lugar central na constituição do indivíduo moderno, é mesmo prejudicial ou se são as formas como este trabalho se organiza, se estrutura e é gerido que guardam um caráter disruptivo à saúde deste trabalhador.

5 O AUTOCUIDADO COMO PREVENÇÃO DE DOENÇAS AOS PROFISSIONAIS DE SERVIÇO SOCIAL

O primordial do trabalho em saúde é ir além do cuidado estrito à doença, percebendo a noção ampliada do conceito proposta na reforma sanitária e na Lei no 8.080, de 1990 (BRASIL, 1990), que consolida o SUS que vale também para os profissionais de Serviço Social.

A troca de conhecimentos com a equipe multiprofissional é importante para o aprofundamento e a discussão de possibilidades de ampliação do atendimento, do fortalecimento dos vínculos, da maior facilidade desse usuário no acesso à rede e da ampliação do atendimento, com isso, diminuindo a pressão de ser o único “que resolve tudo”. Devem-se considerar também, as questões éticas que passam muitas vezes por interpretações morais frente a garantia de direitos de escolha dos usuários, e que por muitas vezes causam desconfortos entre usuários e profissionais ou até mesmo entre coordenações e profissionais.

O autocuidado do profissional deve se adequar as mudanças nos processos de trabalho vêm ampliando o espaço ocupacional para a intervenção do assistente social e, ao mesmo tempo, exigindo qualificação e domínio de conhecimentos para o desempenho de diferenciadas atividades, que não são por ele reconhecidas como atribuições privativas da

profissão, tais como estabelecidas tradicionalmente. Segundo Bravo et al. (2004), os objetivos profissionais da categoria passam pela compreensão dos aspectos sociais, culturais e econômicos que interferem no processo de saúde doença e no enfrentamento dessas questões. O assistente social tem um papel determinante para a concretização dessa ética do cuidado, na medida em que atua no campo das relações humanas e sociais, pois esse cuidado também possui uma dimensão ontológica que entra na constituição do ser social e estrutura sua intervenção na realidade (LUKÁCS, 1978).

Os assistentes sociais da área de saúde estão adoecendo, por vários motivos, mas existem os mais gritantes como: sofrerem violência por usuários, o grau de aborrecimento, desvalorização, assédio moral entre outros. Tem situações em que o profissional é maltratado e não pode revidar por mais que tenha sido estressante, pois o gestor não vai defendê-lo, porque precisa defender o usuário para o mesmo não reclamar da gestão ao ministério público. Contudo, os processos de trabalho ficam mais difíceis e cada vez mais o assistente social precisa se reafirmar no âmbito de trabalho para que não fique desmoralizado. Sabemos que existem questões éticas envolvidas, mas para isso, precisamos falar a verdade aos usuários de uma forma que não pareça afrontoso, mas sem deixar com que o usuário se ache certo em todas as situações.

Contudo, conforme a rotina dos profissionais vão adquirindo mais responsabilidades e as situações naturais dos processos de trabalho vão parecendo, os assistentes sociais adquirem também, conflitos interpessoais que devem ser discutidos para não piorarem, mas nem todos querem fazê-lo. O trabalho tem as suas dificuldades porque lidamos com pessoas de mundos diferentes do nosso, e isso vai ter muito haver com a maturidade de cada profissional para superar esses problemas.

É evidente, assim, que tais questões podem instigar tensionamentos entre objeto profissional e interesse institucional, sobretudo quando a atuação encontra-se inscrita em equipes multiprofissionais e interdisciplinares. Nesse sentido, é importante ressaltar que o gestor de equipe de Serviço Social em uma unidade de saúde de alta complexidade faz parte da equipe de assistentes sociais e, desse modo, o projeto profissional não é um projeto apenas daquele que gerencia, mas deve ser discutido e construído e deve representar o conjunto de assistentes sociais naquele espaço de trabalho, o que garantirá inclusive realizações da própria categoria na instituição, dentro dos seus objetivos e princípios ético-políticos, nas dimensões interventiva, investigativa e ética, apesar das dificuldades cotidianas.

Diante do exposto, torna-se imprescindível buscar entender a correlação de forças em que se encontra circunscrito o Serviço Social, as demais categorias profissionais e os seus

gestores, dentro de uma unidade de saúde, nos dias atuais. Nessas instituições, as relações de poder estão e fazem-se presentes, e ocorrem, muitas vezes, ingerências de interesses privados sobre os públicos, não sendo assim tarefa fácil ao gestor em Serviço Social – mesmo que imprescindível para o exercício da função – a análise e a compreensão, por assim dizer, das forças em presença. Nesse sentido, conforme Gramsci (1999), pode-se destacar que as correlações de forças coexistem, em disputa ideológica, ocorrendo espaços de contradição e de disputa ideológica de luta de classes. Importante papel, então, o desse profissional na percepção e na atuação nesses espaços.

Sendo assim, os assistentes sociais devem fazer o que nunca é correio fazer pensando no trabalho, como o próprio nome diz, autocuidado é cuidar-se de si mesmo, é buscar todas as necessidades que o seu corpo e sua mente exigem de você. É aperfeiçoar cada dia mais o seu estilo de vida, é evitar hábitos maléficos a sua saúde física e mental, é adotar medidas de prevenção a doenças, e claro, evitar situações de risco. Essas são ações que visam à melhoria da qualidade de vida e conseqüentemente a do trabalho. O autocuidado significa abrigar-se dos confortos e desconfortos que a vida traz, é ver quais são as causas desses e escolher agir ou não, de forma positiva sobre elas.

Alguns outros hábitos podem ainda melhorar a qualidade de vida o interesse pelo trabalho e transformar profissionais cuidadores em profissionais cuidados e ativos para executarem suas tarefas diárias tais como: prezar pela vida social, aprender a dizer não, desenvolver autocuidado com o corpo fazendo exercícios físicos, e bons hábitos de higiene. Sendo assim, o processo adoecedor de profissionais da área será inibido e poderão ter qualidade nos serviços.

Desse modo, é possível dizer, nas palavras de Azevedo et al. (2010), que, entre os elementos que representam maiores desafios à organização, à gestão e à produção do cuidado no âmbito da saúde, destacam-se: as mudanças no perfil demográfico e epidemiológico, com impacto na demanda por serviços cada vez mais complexos; a intensificação do processo de introdução de novas tecnologias e medicamentos, trazendo o problema da incorporação acrítica de tecnologias; a manutenção de um modelo assistencial que ignora a integralidade do cuidado, com concentração dos gastos em saúde em hospitais; e as distorções relativas ao processo de planejamento urbano e ao financiamento do setor saúde, que apresentam importante impacto negativo sobre a oferta de leitos (AZEVEDO et al., 2010, p. 4-5). A reflexão sobre os impactos da questão social no decorrer do tratamento é um movimento necessário aos profissionais de saúde, embora haja pouca abertura no espaço institucional para o agir reflexivo. Sua contribuição no processo de atenção assume diferentes

contornos sobre os determinantes sociais que condicionam o acesso e a continuidade do tratamento, exigindo uma leitura qualificada das informações a serem transmitidas. Considerando esse aspecto, a dimensão do cuidado assume fundamental importância, principalmente quando se entende que a Política Nacional de Promoção da Saúde tem como um de seus valores fundantes a valorização e aperfeiçoamento de aptidões que promovam condições melhores e mais humanas, construindo práticas pautadas na integralidade do cuidado e da saúde de ambas as partes.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema saúde do trabalhador de saúde é relevante, pois o adoecimento massivo de trabalhadores de saúde tem consequências drásticas, primeiramente na vida do próprio trabalhador, depois na vida do usuário dos serviços de saúde, podendo chegar, em nível macro, a afetar a realidade social de uma nação. Isto porque:

[...] o processo de sindicalização, os patamares de organização dos TS [trabalhadores de saúde] e, sobretudo, a criação de espaços de negociação para o debate de suas reivindicações dependem também das margens para ação ampliadas ou restritas pelos modelos de gestão. (ASSUNÇÃO, 2012, p. 20)

Ou seja, as questões relativas ao processo de trabalho em saúde que podem afetar a saúde destes trabalhadores devem ser abordadas como meios de garantir, em primeiro lugar, o direito à saúde dos próprios trabalhadores (ROLLO, 2007) e, em segundo lugar, o direito dos usuários à saúde e aos serviços públicos de qualidade. São, assim, pontos estratégicos da atuação dos gestores de saúde (ASSUNÇÃO; BRITO, 2011; ASSUNÇÃO, 2012).

De fato, além de ser relevante, o tema está em voga. Contudo, pouco se conseguiu avançar em termos de melhorias concretas. Uma das possíveis explicações para isso é que órgãos de gestão locais e regionais de serviços de saúde, a exemplo de órgãos nacionais e internacionais, não inseriram este tema em sua pauta buscando centrar a discussão da saúde do trabalhador de saúde no processo de trabalho em saúde em vez de centrá-lo no trabalhador (ROLLO, 2007; GAZE; LEÃO; VASCONCELLOS, 2011).

O aprofundamento do debate sobre o trabalho do assistente social na atualidade, de modo a contemplar as particularidades da inserção do profissional na função de gestor de equipe de Serviço Social em uma unidade de saúde, impõe reconhecer a necessidade do amadurecimento da discussão, construindo um processo crítico, consonante ao contexto das instituições de saúde e da profissão na conjuntura atual. Para isso, faz-se necessário delimitar o âmbito de atuação, as possibilidades, os limites e os desafios postos para esse profissional,

instigando diálogos junto aos diferentes atores sociais, profissionais de saúde, gestores de equipes de saúde e diretorias de unidades de saúde, confirmando a legitimidade profissional. Conforme aponta Vidal (2013), é imprescindível que a *estratégia de gestão*, dentro dos serviços públicos de saúde, seja utilizada pelas(os) assistentes sociais de maneira a possibilitar a ampliação de acesso a bens e serviços, resultando em um processo democrático e participativo. É preciso competência para lidar com a gestão, conhecimentos e saberes, o que exige, dentre outros elementos, capacidade de antecipar, de projetar.

Desse modo, é possível afirmar que a gestão de equipes de Serviço Social constitui-se como uma das atividades que é atribuída e que compete aos assistentes sociais, havendo, assim, a urgência de se apropriar desse espaço profissional e desenvolver a função com competência, criatividade, crítica e compromisso diante do atual contexto em que se inserem as instituições de saúde, de modo a propiciar qualidade do trabalho da equipe de saúde que repercutirá diretamente nos usuários. Além disso, exercer a função de chefia de equipe de Serviço Social em consonância com o projeto ético-político da categoria profissional apresenta-se como mister na conjuntura atual e é o que dará sentido a essa atribuição, garantindo o fortalecimento da categoria e da própria profissão no interior da divisão sociotécnica do trabalho, enriquecendo o seu cabedal de conhecimentos. Conclui-se que as atribuições dos profissionais de Serviço Social são tão complexas quanto as de outros profissionais e que o processo adocedor deve ser levado em consideração e estimulado o autocuidado para que os mesmos desenvolvam o trabalho garantia a saúde dos usuários e a sua própria.

REFERÊNCIAS

- ASSUNÇÃO, A. A. **Gestão das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da Saúde**. Belo Horizonte: Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, 2012.
- ASSUNÇÃO, A. Á.; BELISÁRIO, S. A. **Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde**. Belo Horizonte: Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, 2007.
- ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- ASSUNÇÃO, A. A.; LIMA, F. P. A. **Aproximações da ergonomia ao estudo das exigências afetivas das tarefas**. In: GLINA, D. M. R.; ROCHA, L. E. *Saúde mental no trabalho: da teoria à prática*. São Paulo: Roca, 2010. p. 210-228.
- AZEVEDO, C. S. et al. **Caminhos da organização e gestão do cuidado em saúde no âmbito hospitalar brasileiro**. *Política, Planejamento e Gestão em Saúde*, v. 1, n. 1, p. 1-34, 2010.
- BARROS, R. B.; BARROS, M. E. B. **Da dor ao prazer no trabalho**. In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. *Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí, RS: UniJuí, 2007. p. 61-72.
- BRASIL. **Política nacional de humanização humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Ministério da Saúde: Brasília, DF, 2004.
- BRASIL. **Lei n. 8.080, 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. Brasília, 1990.
- BRAVO, M. I. S. et al. **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.
- BETTIOL, L. M. **Atualizando o debate: formação profissional, trabalho em saúde e Serviço Social**. 2010. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2010.
- CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000.
- _____. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.
- COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. In: MOTA, A.E. et. al (Org) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.
- FARIA, H. X. **No fio da navalha: o processo de trabalho de uma unidade de saúde da família de Vila Velha-ES**. 2010. 136 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional)– Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2010.
- FRIEDRICH, D. B. C. **O trabalho em saúde: focalizando pessoas e processos nas equipes de Saúde da Família em Juiz de Fora**. 2005. 151 f. Tese (Doutorado em Medicina Social)– Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.
- GAZE, R.; LEÃO, L. H. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. **A Organização Internacional do Trabalho: a saúde fora do lugar**. In: VASCONCELLOS, L. C. F.; BARROS, M. H. *Saúde, trabalho e direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória*. Rio de Janeiro: Educam, 2011. p. 201-256.
- GRAMSCI, A. **Cadernos do Cárcere**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999. v. 3.
- LUKÁCS, G. **As bases ontológicas do pensamento e da atividade do homem**. In: *Temas de Ciências Humanas*. São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas, 1978. v. 4. p. 1-18.
- LUZ, M. T. **Ordem social, instituições e política de saúde no Brasil: textos reunidos**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: Abrasco. 2007.
- MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

- MOURÃO, A. M. A. et al. **A formação dos trabalhadores sociais no contexto neoliberal: o projeto das residências em Saúde da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora.** In: MOTA, A. E. et al. (Org.). Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006, p. 352-380.
- PENA, P. G. L.; GOMES, A. R. **A exploração do corpo no trabalho ao longo da história.** In: VASCONCELLOS, L. C. F.; BARROS, M. H. Saúde, trabalho e direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: Educam, 2011. p. 85-124.
- REIS, L. B. **Uma análise da dimensão ético-política do trabalho de agentes comunitários de saúde do município de Vitória.** 2005. 224 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)– Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2005.
- REZENDE, V. L. et al. **Depressão e ansiedade nos cuidadores de mulheres em fase terminal de câncer de Rev. bras. Saúde ocupacional,** São Paulo, 37 (126): 290-305, 2012
- 305 mama e ginecológico. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 27, n. 12, p. 737-743, 2005.
- RIOS, I. C. **Humanização e ambiente de trabalho na visão de profissionais da saúde.** Revista Saúde e Sociedade. São Paulo, v. 17, n. 4, p. 151-160, 2008.
- OLLO, A. A. **É possível valorizar o trabalho na saúde num mundo globalizado?** In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: UniJuí, p. 19-60, 2007.
- ROSENFELD, C. L. **Autonomia outorgada e apropriação do trabalho.** Sociologias, Porto Alegre, ano 6, n. 12, p. 202-227, jul-dez. 2004.
- SILVA-FILHO, J. F. **A construção do pesquisador em saúde mental e trabalho.** In: BORGES, L. H.; MOULIN, G. B.; DALBELLO-ARAÚJO, M. *Organização do trabalho e saúde: múltiplas relações.* Vitória: Edufes, 2001. p. 17-38.
- SOUZA, M. T. **A saúde do trabalhador do SUS.** Revista Saúde Coletiva, v. 41, n. 7, p. 134, jun-jul. 2010.
- VIDAL, D. L. C. **Gestão de Equipes de Serviço Social da Saúde: iniciando um debate.** In: SILVA, L. B.; RAMOS, A. Serviço Social, Saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional. Campinas: Papel Social, 2013.
- BAGGIO MA, FORMAGGIO FM. **Profissional de enfermagem: compreendendo o autocuidado.** Rev Gaúch Enferm. 2007. Disponível em <http://seer.ufrgs.br/index.php/Revista_GauchadeEnfermagem/article/view/3168/1739> Acesso em 14/01/2020.
- MENDES KDS, SILVEIRA RCCP, GALVÃO CM. Revisão integrativa: **método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** Texto & Contexto Enfermagem 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01040707200800040008> Acesso em 14/01/2020.



O ASSÉDIO MORAL NO SERVIÇO PÚBLICO: DESAFIOS A SEREM ENFRENTADOS NA ÁREA DA SAÚDE

Cristiane Peres (FUNPREV - Fundação De Previdência Dos Servidores Públicos Municipais Efetivos De Bauru)

RESUMO: O objetivo do presente trabalho foi analisar estudos publicados no Brasil, no período de 2014 a 2019, sobre o assédio moral na área da saúde pública. Foi empregado uma revisão integrativa como metodologia, utilizando as bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latinoamericana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Dos 340 artigos encontrados, 05 foram selecionados após análises. Os resultados indicaram uma prevalência de estudos de profissionais da enfermagem e também a constatação que o assédio moral no trabalho acarreta diversos danos para a saúde do trabalhador, com destaque para sua dimensão biopsicossocial.

Palavras-chave: assédio moral no trabalho, trabalho, saúde pública, saúde do trabalhador

ABSTRACT: The aim of this study was to analyze studies published in Brazil, from 2014 to 2019, about moral harassment in the area of public health. It was employed an integrative review as the methodology using the Scientific Electronic Library Online (SciELO) and Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS) databases. Of the 340 articles found, 05 were selected after further evaluation. Results showed that there was a prevalence of studies with nursing professionals and also that it is clear that moral harassment at work causes several damages to the health of the worker, with emphasis on its biopsychosocial dimension.

Keyword: moral harassment at work, work, public health, worker health

1. INTRODUÇÃO

O assédio moral no trabalho pode ser entendido como atos repetitivos e duradouros com objetivo ou efeito de degradar as condições de trabalho prejudicando o direito à dignidade, à integridade física ou mental ou ameaçando o futuro profissional dos trabalhadores. Esses atos abrangem uma diversidade de situações e condutas como: abusos verbais e não-verbais, ameaças, assédio sexual, prepotência (bullying), perseguição coletiva (mobbing), desqualificação, discriminação, indução ao erro, isolamento social, retenção de informações, atribuição de tarefas, metas e prazos inexecutáveis, impor horários injustificados etc. (PRZELOMSKI, 2002; SOSSELA e NEVES, 2013).

Além disso, grande parte das vítimas acredita que os responsáveis pelo assédio têm consciência do mal que fazem e que o superior também tem conhecimento das situações hostis, mas poucos se envolveram e tentaram solucionar o problema (PRZELOMSKI, 2002; HIRIGOYEN, 2002; e VLEMAN, 2001).

A administração pública sofre influência permanente das organizações privadas já que a ideologia de feição neoliberal, onde impera a acumulação capitalista, permeia também a administração pública. Desta forma, os modelos de gestão das organizações privadas são geralmente adotados como inspiração para as reformas das organizações públicas, mesmo que com um certo atraso (GUIMARÃES, 2009).

Novas exigências como ampliação das competências e desempenho dos trabalhadores, aumento do escopo do trabalho, melhoria da eficiência, padronização do trabalho e uso de ferramentas tecnológicas, dentre outros, modificaram o perfil dos servidores públicos nos últimos anos (GUIMARÃES, 2009).

No entanto, a adoção destas práticas de foco produtivista geralmente é realizada sem uma análise mais crítica acerca das características e especificidades da organização pública (em geral burocrática e patrimonialista) e do serviço público. Além disso, estas novas exigências impostas são frequentemente implementadas sem a devida contrapartida em termos de condições de trabalho disponibilizado, treinamentos etc. Isto acaba gerando um ambiente propício para a violência no trabalho que se origina de uma combinação de causas relativas ao indivíduo, ao ambiente de trabalho, às condições de trabalho e às interações sociais entre os servidores, entre o usuário (cidadão) e o servidor e entre o servidor e o gestor (GUIMARÃES, 2009).

Para Barreto e Heloani (2015) o assédio laboral é resultado de uma jornada de

humilhações e se configura como forma de tortura psicológica, que ocorre tanto na exposição direta como indireta aos atos negativos, evidenciando um conflito entre o agente do poder e seus subordinados.

É necessário entender melhor esse fenômeno, principalmente como ele ocorre com os trabalhadores do SUS e como o próprio SUS responde a essa demanda, tanto interna, como externa, é necessário compreender os impactados na saúde mental dos servidores e assim sugerir alternativas para evitá-lo, ponderando as características e especificidades do setor público.

Avaliando a relevância do assunto este estudo tem como objetivo analisar pesquisas publicadas no Brasil, no período de 2014 a 2019, sobre o assédio moral na área de saúde pública, através de revisão integrativa, partindo da questão norteadora: “O que as pesquisas científicas nacionais apresentam sobre o assédio moral na saúde pública?” Utilizamos os descritores “assédio moral”, “mobbing” e “bullying” para pesquisa nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latinoamericana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

2. ASSÉDIO MORAL NO TRABALHO

O sistema capitalista passou por transformações significativas no campo do trabalho que alteraram a sua configuração, mesmo mantendo a sua essência principal, isto é um sistema cujas relações sociais se assentam sobre o trabalho assalariado, onde o capital se apropria do trabalho através da compra e venda da força de trabalho no mercado.

O modelo de desenvolvimento capitalista anterior, pautado na produção em massa e na regulação dos mercados, que teve seu ápice no Estado de Bem-Estar Social dos países desenvolvidos, se esgotou pela baixa produtividade e lucratividade das atividades econômicas. A ruptura deste modelo e a sua substituição pelo modelo da acumulação flexível (ou capitalismo flexível) criaram outro modo de trabalho e de vida caracterizado pela flexibilização e precarização do trabalho, como exigências do processo de financeirização da economia, que tornou possível a mundialização do capital. Neste novo modelo o setor financeiro subordina a esfera produtiva e é apoiada pela nova configuração do Estado que passa a funcionar como órgão viabilizador do processo, atuando ativamente na desregulamentação da economia (DRUCK, 2011).

De acordo com Nascimento (2016), a flexibilização se traduz objetivamente no cotidiano laboral através de contratos de trabalho precários, sem proteção social e trabalhista,

baixos salários, gestão organizacional que impõe metas de difícil atendimento, assédio moral, extensão da jornada de trabalho, polivalência como requisito para o desempenho das funções, terceirização e quarteirização de serviços, condições de trabalho inseguras, falta de investimentos em treinamento, dificuldade de organização sindical, dentre outros.

Segundo Antunes e Praun (2015), o assédio moral é parte importante de sofisticados mecanismos de controle e coerção dos trabalhadores em espaços de trabalho que buscam altos índices de desempenho e produtividade, estruturados em exigências que extrapolam a capacidade física e mental dos trabalhadores. Apesar das práticas associadas ao assédio moral serem anteriores aos processos de reorganização do trabalho e da produção vivenciados desde as últimas décadas do século XX, é no contexto da acumulação flexível que essas práticas assumem um novo significado, disseminando de forma rápida pelo mundo do trabalho. De acordo com os autores, o assédio moral é uma estratégia de gestão e suas práticas têm por finalidade:

[...] garantir, por meio da pressão institucionalizada, tanto o aumento constante da produtividade como o isolamento e a exclusão daqueles que se constituem como “barreiras” para sua plena realização (ANTUNES e PRAUN, 2015, pg.420).

O assédio moral pode ser definido como qualquer conduta abusiva, por meio de palavras, atos ou comportamentos, que possam danificar a integridade física ou psíquica do trabalhador (CAHÚ et al., 2011).

O termo “assédio moral” é uma das inúmeras expressões utilizadas para denominar esse tipo de violência no trabalho, sendo esta consagrada em língua portuguesa que ainda se utiliza. No entanto, são encontrados vários outros termos na literatura estrangeira como: *harassment* e *psychological terror* (terror psicológico) nos países de língua inglesa, *mobbing* termo originalmente sueco mas utilizado em vários países, *bullying* na Inglaterra, *harcèlement moral* na França e *acoso moral* nos países de língua espanhola (SOARES, 2012).

Para Barretos e Heloani (2015 p.557)

as diferentes manifestações de violência laboral têm raiz profunda na organização do trabalho, estamos reconhecendo que todos estão expostos aos atos que humilham e constroem, mesmo quando a manifestação prática revela-se individualizada. É nesse contexto de precariedade de relações afetivas, fraternas e ausência do espírito de coletividade que o assédio laboral ocorre, constituindo uma das faces de um fenômeno mais amplo, a ganância por maiores lucros, a coação por produzir cada vez mais e melhor, a forma de gerenciar e que favorece relações de isolamento, de violência, de cerco moral e intolerância.

Existem várias formas de se praticar o AM: vertical ascendente quando o subordinado age contra seu superior; vertical descendente, quando ocorre o contrário, ou seja, o superior



age contra o subordinado, , sendo este com consequências mais negativas; horizontal, quando o colega assedia seu próprio colega; e mista, quando o superior o assedia e os colegas também (JACOBY et al, 2009).

Cabe, também, distinguir assédio moral de assédio sexual. Este é caracterizado pela conduta da natureza sexual, sempre rejeitada pela vítima. No assédio sexual o objetivo do assediador é obter vantagens sexuais e no caso do assédio moral a intenção é deteriorar o ambiente de trabalho para que a vítima desista do emprego (CAHÚ et al. 2014).

Heloni (2004) chama a atenção sobre o acervo jurídico que permeia tanto o assédio sexual como o assédio moral (artigo 5º da Constituição Federal, parágrafos II e III, que abrangem respectivamente o assédio sexual e o moral, artigo 483 da CLT e os artigos 138, 139 e 140 do Código Penal, relativos a crimes contra a honra, ou seja, calúnia, difamação e injúria; podendo acrescentar o artigo 146 – constrangimento ilegal- do referido código, que também pode ser aplicado ao assédio sexual), contudo ele pontua como forma indireta, uma vez que existe dificuldade na penalização do assédio moral em decorrência de sua "invisibilidade", dado o alto grau de subjetividade envolvido na questão.

Para além das questões jurídicas, o assédio moral no trabalho pode provocar nas vítimas distúrbios psicológicos, digestivos e cardiovasculares, entre outros, que atestam para um problema de saúde pública. O AM pode trazer consequências para as empresas, tais como o absenteísmo, a queda da produtividade e da competitividade, a rotatividade de mão-de-obra, aumento de gastos com a qualificação do novo empregado, a diminuição da qualidade dos produtos e dos serviços, a deterioração da imagem da empresa e as despesas com o pagamento de indenizações decorrentes de processos judiciais por assédio moral (AGUIAR, 2002).

Para Cahú et al. (2011), não se pode negar que as consequências do assédio moral transcendem aos prejuízos causados às vítimas. Desta forma, os autores afirmam que:

O psicoterror ocasiona efeito negativo para o empregador, para a sociedade e para o Estado, em virtude da queda da lucratividade, da diminuição da qualidade de vida, assim como do elevado gasto com as enfermidades provenientes dessa prática (CAHÚ et al., 2011, pg.612).

No entanto, o trabalhador sofre as consequências mais deletérias, pois de acordo com Caixeta (2004), o terror psicológico provoca na vítima danos emocionais e doenças psicossomáticas, como alterações do sono, distúrbios alimentares, diminuição da libido, aumento da pressão arterial, desânimo, insegurança, entre outros, podendo acarretar quadros de pânico e de depressão. Em casos extremos, tais quadros mórbidos podem levar à morte ou ao suicídio.

2.1. O assédio moral no serviço público

É importante destacar que o servidor/empregado público também sofre as consequências do assédio moral. Para Alcantara (2018) ainda que as relações sociais no serviço público sejam improdutivas, ou seja, não há produção direta de valor para acumulação de capital, não significa que não haja precarização na relação de trabalho.

Nos achados do estudo de Guimarães (2009), foi demonstrado que os trabalhadores do setor público estão mais sujeitos a sofrerem violência psicológica que os trabalhadores do setor privado. A autora destaca que as mudanças e reestruturações que atingem as organizações privadas também vem atingindo o setor público, contudo as mudanças impostas não são acompanhadas de melhorias nas condições de trabalho e dos treinamentos ofertados, o que repercute no serviço de atendimento público prestado aos cidadãos.

A terceirização, a contratação de trabalhadores temporários, os planos individuais de carreira, a adoção de programas de demissão voluntárias, a intensificação do trabalho, as pressões por resultados, o sofrimento psíquico e o adoecimento dos trabalhadores são exemplos da precarização sofrida pelo setor público.

Segundo Silva e Souza (2004) apud Guimarães (2009) a prática de terceirização, aparece para as empresas privadas como forma de modernização, todavia no setor público, esta pratica passa a ser empregada como forma de postergar os concursos públicos, favorecendo o clientelismo (contratação de parentes e apadrinhamentos) e precarização de salários e benefícios sociais. Este, associado aos problemas de gestão, torna-se um ambiente favorável para a ocorrência de violência psicológica.

Em pesquisa realizada na Universidade de São Paulo (USP), grande parte dos trabalhadores associaram seu adoecimento às relações socioprofissionais, alegando assédio moral e que as chefias não possuem habilidade no relacionamento interpessoal. Já os gestores (chefes) assumem que possuem dificuldade de gerenciamento dos conflitos no ambiente de trabalho e alegam ausência de recursos tanto materiais quanto humanos. Também indicam a grande quantidade de trabalho que lhe são exigidos quando estão na posição de chefes e como essa questão os tem adoecido (ALCANTARA, 2018).

Segundo Barreto e Heloani (2015) para compreendermos a questão da saúde do trabalhador e os novos transtornos relacionados à saúde, faz-se necessário entendermos a relação do trabalhador com o meio ambiente, as condições de trabalho e as relações laborais.



3. MÉTODOS

A presente pesquisa caracteriza-se por ser uma revisão integrativa da literatura que busca analisar estudos publicados no período de 2014 a 2019 (últimos cinco anos) sobre o assédio moral na saúde pública.

Partindo da questão norteadora: “O que as pesquisas científicas nacionais apresentam sobre o assédio moral na saúde pública?”, elegemos os descritores “assédio moral”, “mobbing” e “bullying”, associados aos prefixos “trabalh”, “labor”, “corporat” e “profission”. Os descritores mobbing e bullying foram escolhidos uma vez que alguns autores trabalham com o conceito original de outros países, mencionados esclarecidos anteriormente. Já os prefixos foram utilizados para aumentar as chances de encontrar artigos relacionados ao tema. Por exemplo, o prefixo “trabalh” selecionou os termos tanto trabalho, como trabalhador, trabalhar e palavras derivadas. A pesquisa ocorreu em setembro de 2019, nas seguintes bases de dados: a) Scientific Electronic Library Online (SciELO), resultando em 132 ocorrências e b) Literatura Latinoamericana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), resultando em 208 ocorrências. Totalizando 340 ocorrências em ambas bases de dados.

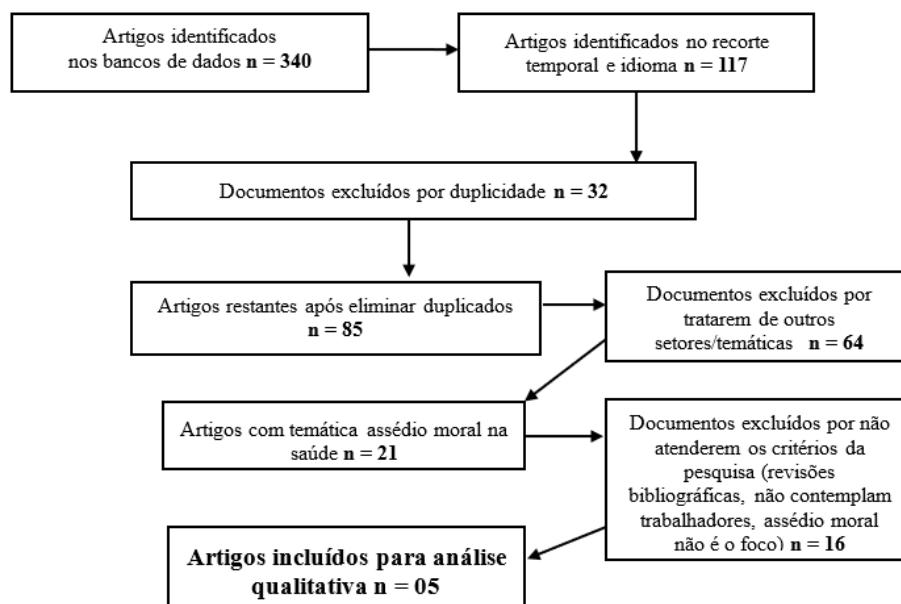
A próxima fase da pesquisa foi a aplicação de critérios de inclusão e exclusão. O primeiro filtro a ser aplicado foi o recorte temporal dos últimos cinco anos (2014 a 2019) e o idioma, no caso somente artigos em português. Assim foram eliminados 223 documentos que eram de outros anos e/ou em outro idioma, restando 117. A duplicidade também foi considerada, deste modo os artigos que constavam em ambas bases de dados foram considerados apenas uma vez, o que levou a eliminar 32 documentos, reduzindo o número de documentos para 85.

De acordo com os objetivos estabelecidos para o trabalho, somente integraria a presente revisão as pesquisas que foram desenvolvidas com trabalhadores da saúde pública, destarte, para identificar a área da pesquisa foi necessário analisar os resumos dos 85 artigos e categorizá-los. Identificados os artigos da área da saúde, passamos para o último filtro de exigência da pesquisa: somente pesquisas realizadas no país, a qual o assédio moral fosse o foco principal da pesquisa e que esta tenha sido realizada diretamente e considerada a fala do trabalhador, nesse sentido foram excluídas revisões de literatura, pesquisas que utilizaram *surveys* com perguntas fechadas, pesquisas fora do Brasil, pesquisas em que assédio moral não consta como objetivo do estudo e pesquisas realizadas em unidades privadas de saúde.

Na Figura 1 pode-se verificar o processo de seleção dos documentos avaliados,

conforme orientação PRISMA (2015). Dos 340 documentos inicialmente encontrados nas bases de dados, 05 foram selecionados.

Figura 1 Fluxograma elaborado a partir das recomendações PRISMA (2015)



Procedemos, então, a definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados com interpretação e apresentação dos resultados.

4. RESULTADOS

O assédio moral no serviço público é um tema cada vez mais relevante não só para a administração pública como também para o conjunto de servidores, desta forma é importante questionar como este fenômeno incide no serviço público e quais seus impactos na saúde do trabalhador.

Dos 05 estudos selecionados, 04 foram realizados com profissionais da enfermagem em unidades de saúde distintas, contudo todos no Estado da Paraíba, apenas 01 pesquisa estendeu-se a todos profissionais da saúde, realizada na Secretaria de Saúde da Bahia. Todas as pesquisas mencionaram que obedeceram às normas nacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos. O Quadro 1 contém os artigos selecionados, ano de publicação, objetivos da pesquisa, métodos e principais achados.

Quadro 1 Autores, ano de publicação, objetivos, métodos e principais achados

das pesquisas sobre assédio moral na área da saúde

Autores /Ano	Objetivos	Métodos e achados
Andrade et al. (2015)	Investigar como os profissionais de enfermagem compreendem o assédio moral, bem como identificar essas situações vivenciadas pelos profissionais dessa área, suas causas e consequências para a saúde desses trabalhadores.	Pesquisa exploratória, de natureza qualitativa com análise de conteúdo de entrevista realizada com 15 profissionais de enfermagem de unidades de saúde da família. O assédio moral é disseminado entre enfermeiros e técnicos de enfermagem, apesar de alguns profissionais discernirem o conceito dessa prática, sendo notória a prevalência do tipo descendente.
Cahu et al. (2014)	Investigar situações de assédio moral vivenciadas por enfermeiros em seu ambiente de trabalho.	Pesquisa transversal realizada com 259 enfermeiros que trabalham em unidades básicas de saúde e hospitais da rede pública (questionário foi disponibilizado em um site). Os resultados mostraram que a situação de assédio moral mais frequente diz respeito ao agressor manipular pessoas para assumir posicionamentos contrários aos interesses da vítima, seguida da constatação de que o assediador impede o crescimento profissional do assediado. O estudo relacionou situações de assédio moral com o desempenho laboral, saúde e estado emocional.



<p>Lucena et al. (2019)</p>	<p>Identificar elementos que caracterizam a ocorrência do assédio moral em relatos de profissionais de Enfermagem que já testemunharam essa prática; investigar sentimentos expressos por esses profissionais, ao presenciarem situações de assédio; e verificar estratégias de enfrentamento a esse fenômeno.</p>	<p>Pesquisa exploratória com abordagem quali-quantitativa, realizada no ambulatório de um hospital público com 25 profissionais identificados como testemunhas de assédio moral (formulário semiestruturado analisado à luz da técnica do discurso do sujeito). O assédio moral afeta também as testemunhas e sentimento de tristeza, raiva e impotência foram vivenciados por elas. As principais atitudes adotadas como estratégias de enfrentamento consistiram em orientar a vítima e comunicar os fatos aos superiores.</p>
<p>Silva et al. (2015)</p>	<p>Investigar a ocorrência da prática do assédio moral no ambiente de trabalho de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família; averiguar quem são os assediadores; identificar as características dos agressores; verificar as consequências da prática do assédio moral para a saúde do profissional.</p>	<p>Pesquisa exploratória, com abordagem quantitativa, com aplicação de um questionário analisado por meio de frequência e percentual com 30 enfermeiros de unidades de saúde da família. Dos trinta enfermeiros da pesquisa, dez (33,3%) sofreram assédio moral e, em 46,1% dos casos, os agressores eram apoiadores. O estresse apareceu como principal consequência do assédio.</p>

<p>Silva et al. (2017)</p>	<p>Avaliar as propriedades psicométricas do Negative Acts Questionnaire – Revised (NAQ-R), instrumento para detecção do assédio moral, e investigar a correlação entre as dimensões do assédio moral e as variáveis satisfação no trabalho e saúde autorreferida de acordo com o sexo.</p>	<p>Estudo transversal com análise fatorial de uma amostra de 677 servidores estaduais da saúde, entrevistados individualmente com o auxílio de um questionário e do NAQ-R. Duas dimensões foram identificadas: assédio moral pessoal e assédio moral relacionado ao trabalho. 50% dos trabalhadores que se disseram vítimas de assédio moral também estavam insatisfeitos no trabalho. As mulheres foram identificadas com uma única dimensão, mais relacionada com o assédio moral pessoal.</p>
----------------------------	--	--

Os entrevistados, no estudo de estudo de Andrade et al. (2015), demonstraram conhecimento acerca da prática de assédio moral, ainda que alguns profissionais tenham confundido o assédio moral com situações de estresse, conflitos, atritos habituais e incidentes isolados, grande parte compreende que o assédio acontece no ambiente de trabalho e evidenciaram tal prática do tipo descendente como mais frequente, ou seja, dos enfermeiros para os técnicos de enfermagem. Os entrevistados relacionaram os seguintes sintomas com o quadro de violência no trabalho: úlcera nervosa, febre emocional, tristeza, medo, choro, depressão, pressão alta, dor na coluna. Os autores apontam para a necessidade de identificação precoce de comportamentos violentos dentro do local de trabalho e propõe que novas políticas públicas sejam implementadas com o intuito de coibir esse fenômeno. Citam ainda que os profissionais precisam estarem atentos às estratégias para evitar o sofrimento psíquico sem, contudo, especificar quais são essas estratégias.

A pesquisa de Cahú et al. (2014) entrevistou 259 profissionais da área e contou com a parceria do Conselho Regional de Enfermagem da Paraíba para divulgação do questionário em seu site oficial. As condutas foram categorizadas em: deterioração proposital das condições de trabalho, atentado contra a dignidade, isolamento e recusa de comunicação e violência verbal, física e sexual. Na primeira categoria, a manipulação de pessoas para assumir posicionamentos contrários aos interesses da vítima e impedimento de crescimento



profissional, ocorreram com maior frequência. Na categoria atentado contra a dignidade, as principais respostas foram: crítica ao trabalho de forma injusta e exagerada e circulação de maldades e calúnias sobre a vítima. Ignorar a presença na frente dos outros e interrupção de fala foram as atitudes com maior frequência na categoria isolamento e recusa de comunicação. E, por fim, na categoria violência verbal, física e sexual, houve prevalência da violência verbal, externada através de gritos e agressão somente quando estão a sós (vítima e agressor).

O estudo de Lucena et al. (2019) inova ao direcionar o olhar para as testemunhas de assédio moral, utilizar como metodologia de análise a técnica do discurso do sujeito coletivo e dar luz para as estratégias de enfrentamento que as testemunhas empregaram para enfrentamento da violência laboral. Os resultados da pesquisa indicam que a maior incidência de assédio é do tipo vertical descendente (60%) e que a frequência parte de uma vez por semana, a depender da escala de plantão do trabalhador, e a duração variou de um até seis anos. As situações que mais se destacaram são: a humilhação, o constrangimento, privação de opinião da vítima e tratamento mais severo com relação aos demais colegas de trabalho. As testemunhas também indicaram que o assediador criticava a vítima em público ou individualmente, com o propósito de construir uma imagem negativa de suas atitudes. Tais testemunhas tiveram sentimentos semelhante aos da vítima, como raiva, decepção e impotência, contudo a maioria (56%) manifestaram conduta de auxílio, como orientar a vítima e relatar o ocorrido a um superior como estratégia de enfrentamento. O estudo demonstrou a necessidade de tratamento também para as testemunhas de assédio moral.

O estudo de Silva et al. (2015) procurou retratar os agressores, sendo identificados como principais agressores os apoiadores da Unidade Saúde da Família (46,1%), o médico da própria unidade (30,7%), pessoas da gestão municipal de saúde (30,7%) e os técnicos de enfermagem (23%). As principais características destes agressores, segundo os enfermeiros entrevistados são: pessoa excessivamente estressada, que tem sempre razão, inseguro, invejoso, preconceituoso e que humilha os subordinados por prazer. As ações mais praticadas, sob o ponto de vista dos enfermeiros participantes do estudo, foram: criticar o trabalho de forma injusta e exagerada, interromper a vítima quando fala, falar com a vítima aos gritos, dar instruções confusas e imprecisas, criticar a vítima em público e retirar o trabalho que, normalmente, compete à vítima. Os entrevistados acenaram como motivações para o assédio o estresse no local de trabalho, a escassez de recursos humanos e a não submissão

do assediado ao autoritarismo do assediador. As consequências mais frequentes na saúde dos enfermeiros da pesquisa, causadas pelo assédio moral, foram: o estresse (92,3%), irritabilidade (84,6%), ansiedade, fadiga (38,4%), baixa autoestima (30,7%) e insônia (23%).

No estudo de Silva et al. (2017), utilizou-se o O NAQ-R, que é composto por 22 questões objetivas referentes a atos negativos no trabalho, com a possibilidade de cinco níveis de respostas (nunca, de vez em quando, mensalmente, semanalmente e diariamente). Seus itens referem-se a determinados comportamentos negativos sem fazer referência ao termo assédio moral e ensaia para duas estruturas fatoriais, uma para ações hostis com respeito à pessoa – assédio pessoal –, e a outra engloba os atos de hostilidade que estão direcionados ao trabalho da pessoa – assédio moral relacionado ao trabalho.

A questão de gênero foi evidenciada na pesquisa de Silva et al. (2017), pois enquanto os homens foram identificados com ambas estruturas fatoriais citada acima, as mulheres foram identificadas com apenas uma dimensão, a que se refere ao assédio moral pessoal, dado este que demonstra o quanto a desqualificação pessoal é mais evidente em mulheres, seguindo o modelo machista e patriarcal da sociedade contemporânea. Sofrer assédio moral relacionado ao trabalho está associado a pior saúde autorreferida e sofrer assédio moral pessoal correlaciona-se à insatisfação no trabalho, o que demonstra a correlação direta entre assédio e qualidade do ambiente de trabalho.

5. DISCUSSÃO

As pesquisas ancoraram-se em autores clássicos para definir o assédio moral, como o sueco Heinz Leymann e a francesa Marie-France Hirigoyen, ambos pioneiros em estudos sobre assédio moral na década de 1980, contudo também trouxeram pesquisadoras contemporâneas que estudam a realidade brasileira, como Graziela Cahú, que possui um artigo entre os analisados, e Maira Thofehn, estudiosa do assédio moral na área da enfermagem.

Não houve divergência na conceituação, todos citaram a humilhação, degradação, as práticas abusivas, a intencionalidade e a frequência dos atos para caracterização do assédio moral. Silva et al. (2017), Silva et al. (2015) e Lucena et al. (2019) problematizaram a questão da frequência de no mínimo uma vez por semana e, pelo menos, seis meses de exposição para configurar-se como assédio moral. Os tipos de assédio também foram mencionados, a saber: assédio moral vertical, podendo ser ascendente (subordinados



para chefias) ou descendente (chefias para subordinados), assédio moral horizontal (entre os pares) e assédio moral misto (envolve tanto o assediador vertical como o horizontal).

Ter um aporte quantitativo, que demonstre através de instrumental psicométrico os atos negativos, é importante para subsidiar ações que visam coibir ou ainda denunciar o assédio moral e nesse caso podemos verificar que o NAQ-R é um instrumental com potência, contudo, inferimos que o questionário não deve ser utilizado como único instrumento, deve somar-se a outras formas de investigação. A pesquisa de Silva et al. (2015) utilizou-se de questionário pré-estipulado, assim as perguntas do NAQ-R foram norteadoras, não sendo possível identificar outras ações ou atos de assédio moral no trabalho além dos previstos no questionário.

Ao afetar o trabalho dos trabalhadores do SUS, há impactos diretamente no atendimento aos pacientes, assim como demonstra Andrade et al. (2015 p. 86).

o paciente que depende desses profissionais (que sofrem com o assédio moral) pode estar vulnerável a vários danos decorrentes do atendimento ineficaz, visto que as habilidades cognitivas e a capacidade de se relacionar dos enfermeiros são comprometidas quando ocorre esse tipo de violência. Portanto, os indivíduos acometidos por tal prática veem prejudicado todo o contexto de sua vida pessoal. Isso se reflete como um problema social, em que os conflitos se estendem ao ambiente familiar e às relações com amigos. Indivíduos assediados podem afastar-se do seu ambiente de trabalho e, nos casos mais graves, aposentar-se precocemente, sobrecarregando o sistema previdenciário.

Silva et al. (2015) suscitam o importante debate sobre a alocação dos trabalhadores pós vivencia de assédio moral no trabalho, nesse sentido os autores referenciaram outros estudos que identificaram que indivíduos que haviam sofrido assédio moral no trabalho e que continuaram trabalhando no mesmo local apresentaram níveis mais elevados de disfunção social e menor nível de satisfação no trabalho do que aqueles que tomaram a iniciativa de mudar de emprego.

A iniciativa de mudança de emprego é um dilema complexo no funcionalismo público uma vez que servidores públicos possuem estabilidade relativa e diante da ausência e precariedade de emprego na sociedade, torna-se uma decisão difícil optar pela exoneração. Ressaltando que nem sempre há possibilidade de mudança de local de trabalho em decorrência da escassez de recursos humanos que o funcionalismo público atravessa. É preciso investir em estudos mais aprofundados e trazer a tona tais investigações para que, assim, o assediador deixe o local e não o assediado.

É intrigante que os trabalhadores do SUS não recorrem ao próprio SUS, através da Rede de Saúde do Trabalhador, ou especificamente do CEREST para auxílio em



ações de promoção, prevenção em saúde do trabalhador. A PNSTT passou por diversos obstáculos para ser promulgada, como vimos no início, e em nenhum estudo ela foi sequer citada, avaliamos que tanto os trabalhadores, como os próprios pesquisadores precisam apropriar-se melhor da PNSTT e, também, debater os percalços do capitalismo contemporâneo e seus impactos na precarização do trabalho.

6. CONCLUSÕES

Diante do exposto constatamos diversas repercussões negativas na saúde do trabalhador quando este vivencia, tanto como vítima ou como testemunha, o fenômeno do assédio moral, portanto, torna-se cada vez mais imprescindível debater o tema e tornar pública estas discussões. Para além dos efeitos deletérios para o trabalhador temos outras questões que merecem destaques, tais como: baixa produtividade da organização, aumento das taxas de absenteísmo, saturação do sistema de saúde e previdência social e o mais grave de todos: geração de enfermidades físicas e psicológicas dos trabalhadores afetando de maneira temporária ou definitiva as suas atividades laborais.

Dessa maneira é imperativo problematizar e socializar as formas de evitar o assédio no serviço público, algo que foi pouco debatido nos documentos analisados. A maioria dos artigos da revisão integrativa focou em demonstrar o assédio, mas não focaram em formas de evitá-lo. Podemos inferir que há necessidade de mais estudos que evidenciem tantos as causas, bem como as estratégias de enfrentamento .

Apesar de um considerável número de artigos acerca do tema assédio moral no ambiente corporativo, o mesmo não pode ser afirmado para o setor público. As etapas de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos artigos a serem analisados na presente pesquisa demonstrou a ausência de artigos com trabalhadores da área da saúde pública e que a grande maioria (80%) focaram apenas em profissionais da área da enfermagem. Ainda que a revisão tenha indicado a alta prevalência desse fenômeno contra os enfermeiros, seria interessante incluir outros sujeitos nas pesquisas. Identificamos ainda que as pesquisas se concentram em áreas que possuem Universidades com programas de pós-graduação na área da saúde.

No único estudo que apresentou estratégias de enfrentamento, estas foram consideradas insatisfatórias para solucionar o problema, pois ficaram no âmbito do diálogo, não sendo suficiente para alcançar meios jurídicos capazes de punir os assediadores. É



preciso disseminar formas de enfrentamentos em que os agressores sejam de fato punidos, ou que minimamente respondam por seus atos. Assim ponderamos que ao elencar neste estudo as atitudes que possam ser configuradas como assédio moral podemos sensibilizar trabalhadores que vivenciam essas situações, mas já a naturalizaram ou encontram-se em tal estado de vulnerabilidade que não conseguem identificar essas ações como assédio moral.

Na área da saúde ora os trabalhadores são vítimas, ora são autores de atos de violência ocupacional. O contato direto com o público também ocasiona tensões, mas essa dualidade foi pouca abordada nas pesquisas analisadas. A conscientização institucional e dos próprios trabalhadores pode ser uma possibilidade de melhorias nas relações interpessoais tanto dos trabalhadores entre si como dos trabalhadores com os usuários do SUS. Deixar claro a diferenciação de assédio moral para situações de estresse, conflitos, atritos e incidentes isolado colabora para a não banalização do termo.

Em síntese, ficou evidenciado que o assédio moral no trabalho acarreta diversos danos para a saúde do trabalhador, com destaque para sua dimensão biopsicossocial, contudo há uma carência de estudos que abarquem profissionais da saúde pública para além da enfermagem.

Finalizando, entendemos que são de suma importância as pesquisas que se apropriam das causas e, especialmente, das estratégias de enfrentamento ao assédio moral, tornando-se necessário aumentar sua visibilidade. Devemos fomentar amplamente o debate para novos estudos que abordem o AM com a devida análise de conjuntura da sociedade contemporânea, do modo de produção no sistema capitalista, da contradição capital x trabalho e da saúde do trabalhador no contexto do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, W. Assédio moral: violência sutil nas relações de trabalho. *Conexão*, v. 3, n. 22, p. 22-4, 2002.
- ALCANTARA, Ariana Celis. Trabalho, adoecimento e saúde mental na Universidade de São Paulo. Dissertação (Mestrado Profissional) -- Programa de Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2018. 113 p.
- ANDRADE, Cristiani Garrido de et al. Assédio moral na atenção básica segundo os profissionais de enfermagem. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 1, p. 77-90, 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000400077 &lng=pt&nrm=iso>. acessos em dez. 2019.
- ANTUNES, Ricardo; PRAUN, Luci. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, v. 123, p. 407-27, 2015.
- BARRETO, Margarida e HELOANI, Roberto. Violência, saúde e trabalho: a intolerância e o assédio moral nas relações laborais. *Serviço Social e Sociedade*. n.123, 2015. p.544-561.
- CAHÚ, Graziela Pontes Ribeiro et al. Produção científica em periódicos online acerca da prática do assédio moral: uma revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 32, n. 3, p. 611, 2011.
- CAHU, Graziela Ribeiro Pontes et al. Situações de assédio moral vivenciadas por enfermeiros no ambiente de trabalho. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 151-156, abr. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000200011&lng=pt&nrm=iso>. acessos em dez. 2019.
- CAIXETA, Sebastião Vieira. O assédio moral nas relações de trabalho. B. Cient. ESMPU, 2004.
- DIAS, E. C. et al. Saúde do trabalhador na Atenção Primária: percepções e práticas de equipes de Saúde da Família. *Interface*, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 273-288, jun. 2012.
- DRUCK, Graça. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios?. *Caderno CRH*, v. 24, n. 1, p. 37-57, 2011.
- GUIMARÃES, Magali Costa. Transformações do trabalho e violência psicológica no serviço público brasileiro. *Revista brasileira de Saúde ocupacional*, v. 34, n. 120, p. 163-171, 2009.
- HELOANI, Roberto. Assédio moral: um ensaio sobre a expropriação da dignidade no trabalho. *RAE Eletrônica*, São Paulo, v. 3, n. 1, jun. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-56482004000100013&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 fev. 2020.
- HIRIGOYEN, Marie-France. Mal-estar no trabalho: redefinindo o assédio moral. Bertrand Brasil, 2002.
- JACOBY, Alessandra Rodrigues et al. Assédio moral: uma guerra invisível no contexto empresarial. *Revista Subjetividades*, v. 9, n. 2, p. 619-645, 2009.
- LUCENA, Pablo Leonid Carneiro; COSTA Solange Fátima Geraldo da; BATISTA, Jaqueline Brito Vidal, ARAÚJO Elidianne Layanne Medeiros de; SOARES, Camila Carla Dantas; ROLIM, Renata Maria Guedes Chaves. Testemunhas de assédio moral na Enfermagem: identificando características desse fenômeno, sentimentos e estratégias de enfrentamento. *REME – Rev Min Enferm.* 23:e-1164. 2019.
- MENDES, Jussara Maria Rosa et al. Saúde do trabalhador: desafios na efetivação do direito à saúde. *Argumentum*, v. 7, n. 2, p. 194-207, 2015.
- NASCIMENTO, Tereza Cecília Costa do. Trabalho, emprego e precarização: algumas contribuições. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Universidade Federal de Sergipe, Centro de Ciências de Educação e Ciências Humanas, Programa de Pós Graduação em Psicologia Social, São Cristóvão, 2016.

PRISMA - MOHER D, LIBERATI A, TETZLAFF J, ALTMAN DG. Principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises: a recomendação PRISMA. *Epidemiol e Serviços Saúde*. Traduzido por Taís Freire Galvão, Thais de Souza Andrade Pansani, David Harrad. Brasília, v. 24, n. 2, p. 335-342, jun. 2015.

PRZELOMSKI, Mariana Lima Bandeira de. Investigando o assédio moral na organização pública. VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lisboa, Portugal, 8-11 Oct., 2002.

SILVA, Alana Franco; DA COSTA, Solange Fátima Geraldo; SERPA, Patrícia de Souza Batista; LACET ZACCARA, Ana Aline; PINTO COSTA, Isabelle Cristinne; COSTA, Marcella Souto Duarte. Assédio moral: estudo com enfermeiros da estratégia saúde da família. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental*. UFRJ, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p. 1820-1831, 2015.

SILVA, Iracema Viterbo; AQUINO, Estela M. L. de; PINTO, Isabela Cardoso de Matos. Características psicométricas do Negative Acts Questionnaire para detecção do assédio moral no trabalho: estudo avaliativo do instrumento com uma amostra de servidores estaduais da saúde. *Rev. bras. saúde ocup.*, São Paulo, v. 42, e2, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572017000100201&lng=pt&nrm=iso>. acessos em dez. 2019.

SOARES, Angelo. As origens do conceito de assédio moral no trabalho. *Revista brasileira de saúde ocupacional*, v. 37, n. 126, p. 284-286, 2012.

SOSSELA, Michelle Leitão; NEVES, Eduardo Borba. As consequências do assédio moral para trabalhadores, organização e governo. *Revista Uniandrade*, v. 12, n. 1, p. 17-30, 2013.

O DESAFIO INTERDISCIPLINAR DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA SEXUAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Daniella Amaral Aguiar (Unesp Franca); Gabriela De Andrade Resende (Unesp Franca); Graziela Eliana Costa E Silva (Unesp Franca); Maria Cristina Piana (Unesp Franca).

RESUMO: A violência sexual contra crianças e adolescentes é fenômeno complexo, multifacetado que exige a organização de respostas, por meio de serviços públicos multisetoriais a fim de compreender as várias faces desse fenômeno social. O presente artigo reflete a interdisciplinaridade entre as políticas públicas, com destaque à saúde e assistência social, como possibilidade de enfrentamento do fenômeno da violência sexual, considerando a relevância do trabalho interdisciplinar no que concerne ao atendimento e acompanhamento das vítimas. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, que visa possibilitar a continuidade e ampliar o debate frente a uma temática não recente, entretanto bastante real e desafiadora na sociedade brasileira.

Palavras-chave: Políticas públicas. Violência sexual. Interdisciplinaridade.

ABSTRACT: Sexual violence against children and adolescents is a complex, multifaceted phenomenon that requires the organization of responses through multisectorial public services in order to understand the various facets of this social phenomenon. This article brings the interdisciplinarity between public politics, with emphasis on health and social assistance, as a possibility of coping with the phenomenon of sexual violence, as well as attributing the importance of interdisciplinary work regarding the care and monitoring of victims. This is a reflection, in order to allow the continuation of the debate of this theme, quite real in Brazilian society.

Keywords: Public politics. Sexual violence. Interdisciplinarity.

1. INTRODUÇÃO

O Brasil passou por grandes mudanças ao longo dos anos, neste contexto, citamos os parâmetros constitucionais que deram origem a atual Constituição Federal de 1988 que apontam para uma perspectiva de cidadania, democracia e compromisso do Estado na provisão dos direitos. Porém, hoje a seguridade social, instituída a partir desses parâmetros está ameaçada frente aos vários golpes que vem sofrendo fruto do sistema de produção capitalista no qual a sociedade está inserida.

O sistema capitalista interfere diretamente nas políticas públicas e faz com que a seguridade social seja sustentada pela lógica do seguro, não concretizando os princípios de universalidade, uniformidade, equivalência, democratização e outros, conseqüentemente não desenvolvendo uma política articulada que provesse as necessidades básicas da população.

As políticas sociais de todas as áreas estão sofrendo as contrarreformas do Estado neoliberal e com isso, diante do enfrentamento das expressões da questão social, o trabalho dessas políticas, tem sido afetado diretamente. Neste sentido, a desresponsabilização do Estado diante das demandas sociais torna as políticas cada vez mais focalizadas, emergenciais e com fundos reduzidos.

Outra ação de desmonte que Boschetti (2009) salienta, é o enfraquecimento dos espaços de participação social de suma importância para os avanços das políticas sociais.

A política de saúde sofre com a lógica do capital e com as pressões do mercado, mesmo com a modificação ao longo dos anos do conceito de saúde, que se percebe arraigado à ausência de doenças. Podendo inferir sobre a estruturação da política de saúde, em sua gênese centrada sob uma lógica curativista, do adoecimento, refletida por um sistema que supervaloriza o consumo de medicamentos e a dominação da indústria farmacêutica. (CAVALCANTE; ZUCCO, 2009).

A autora Maria Inês Bravo (2006) afirma que o sistema de saúde está diretamente vinculado com as leis do mercado e a refilantropização é cada vez mais recorrente dentre os serviços prestados pela política e pela responsabilização da sociedade civil nos atendimentos as demandas da população.

O Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido pela Lei 8.080 de 1990, que traz a implantação de um novo modelo de saúde pública para o Brasil, considerando, sobretudo a universalidade como princípio, está diante desse desmonte por meio de um sistema neoliberal

que vem aumentando a pressão para privatização dos serviços de saúde no país e a focalização da saúde pública apenas no atendimento da população que vive em condições miseráveis reduzindo direitos e desresponsabilizando o Estado.

No que tange a política de assistência social, esta, anteriormente era remetida como prática de ajuda aos “necessitados” em forma de caridade. Com a nova carta constitucional, a assistência social passou a ser dever do Estado, e seu acesso não requer contribuição, sendo direito de quem dela necessitar. Essa política propõe a integração das outras políticas públicas, garantindo o acesso aos direitos e fortalecendo a cidadania. (SOUZA, 2009).

Contudo, Sposati (2007) considera que a política de assistência social em seu processo de regulamentação, adquiriu uma linha conservadora, passando de responsabilidade do Estado para atitude do governante com viés caritativo, tendência que sugere a política como seletiva, para atingir apenas aqueles tidos como miseráveis, como se a pobreza gerasse direito, desconsiderando a cidadania. Essa inversão do sentido da política inviabiliza ações duradouras a desenvolver resultados efetivos na proteção social da população, colocando-a no campo do imediatismo, ou seja, atua de forma emergente nas situações aparentes, sem realizar uma leitura crítica e profunda da realidade.

Esses fatores são fundamentais para complementar o debate acerca das políticas sociais, sobretudo às políticas de proteção social que contemplam a garantia de direitos de segmentos específicos da população, como as crianças e os adolescentes, sendo o foco do presente artigo.

Este estudo inicialmente apresenta a interdisciplinaridade e a importância do trabalho interdisciplinar nas políticas públicas, ressaltando a Lei nº 13.431/2017 que estabelece o Sistema de Garantia de Direitos de Crianças e Adolescentes vítimas de violência. Aponta para os desafios e possibilidades da atuação interdisciplinar nas políticas de saúde e assistência social, visando os atendimentos às vítimas da violência sexual.

São discutidas possíveis estratégias de enfrentamento as demandas da sociedade a fim de possibilitar a melhoria da qualidade dos serviços prestados a crianças e adolescentes entendendo o trabalho interdisciplinar nas políticas públicas e a interdisciplinaridade como dimensão plural, para o reconhecimento das estruturas sociais, instituições sociais e políticas.

Posteriormente há a discussão do contexto da violência sexual infanto-adolescente, a sua realidade e invisibilidade no Brasil. Apresentando breve recorte de normativas específicas para esse tipo de violência contra crianças e adolescentes, com destaque do fluxo de atendimento para vítimas na cidade de Uberaba-MG, como estratégia de atendimento e

enfrentamento, que envolve diversos atores de diversos segmentos setoriais, no sentido de promover a atenção a esse fenômeno complexo.

E por fim, a conclusão, pretensiosamente visou apontar possibilidades de enfrentamento deste tipo de violência, não obstante, sem esgotar tais reflexões.

2. POLÍTICAS PÚBLICAS E INTERDISCIPLINARIDADE

As políticas públicas são fruto de um incessante movimento da população que ao longo da década de 1970 iniciaram diversos movimentos nacionais com busca de mudanças na área política e social do país. Necessário compreender que o debate sobre as políticas públicas e seu enfoque na legislação brasileira, vai além da concepção política, pois

Debater Políticas Públicas é tratar, quase que obrigatoriamente, de interdisciplinaridade. A área de conhecimento em questão é produto da integração de várias outras áreas do conhecimento. A compreensão, formulação e análise do tema das Políticas Públicas é formulada a partir da contribuição de inúmeras disciplinas, tais como história, direito, economia, administração pública e das ciências sociais [...]. (RISCADO; RIBEIRO, 2018, p. 77)

Dessa forma, devido à complexidade da realidade social, suas expressões de desigualdades diversas, não bastam existirem normativas e legislações específicas, como as políticas setoriais (saúde, habitação, assistência social, educação, transporte, etc.) se estas não se articularem entre si. Nesse sentido a interdisciplinaridade se apresenta enquanto possibilidade de articulação de saberes, para uma construção de conhecimento abrangente por meio de trocas e intercâmbios. Conforme expõe Severino (2019, p. 20-21):

Esta condição de complexidade do ser e do conhecer exige, portanto, que as múltiplas disciplinas que atuam como mediações do saber complexo sobre o real trabalhem interdisciplinarmente. A complexidade do real bem como aquela da própria existência dos sujeitos exige, para além de uma multiplicidade de abordagens, uma imprescindível interdisciplinaridade do conhecimento, ou seja, uma necessária integração dessas abordagens.

Pensar o sujeito, o indivíduo social, é pensar não somente em sua singularidade ou particularidade, visto que o ser humano é um ser que se constitui em sociedade, suas necessidades emergem e se inter-relacionam entre si. Dessa forma podem-se pensar quanto às políticas públicas, as quais surgem com finalidade de atender as necessidades da população, devendo sua organização ser integral e articulada pelo Estado.

O olhar reflexivo para as Políticas Públicas não apenas constrói o problema com fontes de entendimento social, mas também forjam suas explicações e

soluções tendo princípios semelhantes, logo, dificilmente uma interpretação unilateral poderá conter uma dimensão plural. Uma gama de variáveis deve ser considerada, tais como a dimensão normativa da análise da Política Pública, reconhecendo as estruturas sociais, bem como as instituições sociais e políticas. O entendimento das limitações institucionais, fruto de uma fricção da própria estrutura social aos posicionamentos de poder e tomada de decisão. (RISCADO; RIBEIRO, 2018, p. 80).

Infere-se que ao mesmo tempo em que o trabalho interdisciplinar possibilita novas construções de conhecimento, é necessário realizar a crítica de que modo este é desenvolvido, considerando que a interdisciplinaridade não se faz pela simples junção de conteúdos e disciplinas, mas por meio do respeito da heterogeneidade das várias áreas e profissões de forma a uma articulação abrangente e integral, que busca a essência dos fenômenos.

Considerando a violência sexual como exemplo de expressão da questão social, posta cotidianamente nos diversos espaços sócio-ocupacionais, como nas áreas de saúde, assistência social, segurança pública, educação e justiça. Esse fenômeno, complexo, para que possa ser compreendido é necessário a aproximação e conhecimento de suas possíveis causas e consequências, considerando não somente vítima e agressor, mas também o contexto histórico, político, social e cultural.

Nesse sentido, tomando a violência sexual contra crianças e adolescentes e suas formas de atendimento na atualidade brasileira, tem-se um fenômeno que requisita os serviços da política de saúde, contudo não somente desta. Cabe então a reflexão de como a interdisciplinaridade entre as políticas se configuram como estratégia para atendimento, superação e enfrentamento.

No campo da saúde, o atendimento a esse fenômeno pode ocorrer de diversas formas, seja pelo contato inicial em hospitais, para profilaxias, ou também posterior para atenção às sequelas/traumas que não necessitem ser atendidos em ambulatórios, como, por exemplo, os atendimentos em saúde mental ofertados pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). No entanto, seja qual procedimento inicial for adotado, fato é que a criança ou adolescente passará por diversas áreas e profissionais para que seja atendida conforme dispõe o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), com prioridade e atendimento integral.

Dentre alguns profissionais que irão oferecer os atendimentos podem ser citados: a/o assistente social, a/o psicóloga (o), a/o enfermeira (o) e a/o médica (o). Necessário destacar que estes representam alguns exemplos, mas não significa que nos serviços de saúde sejam sempre estes ou apenas estes, diferenciando-se de acordo com o serviço, localidade, dentre outros fatores.



No que tange à política de assistência social também é inserida no contexto de proteção a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. O atendimento realizado por essa pasta ocorre no sentido do acompanhamento, orientação e encaminhamentos para demais serviços, de acordo com as demandas apresentadas pela família.

No Brasil institui-se o Sistema de Garantia de Direitos de Crianças e Adolescentes, através da Lei nº 13.431 de 04 de abril de 2017. Essa normativa trata sobre a garantia dos direitos desse público quando em decorrência de violência, podendo ter sido vítima ou testemunha. Estão dispostos os cuidados que devem ser ofertados pela rede de atendimento, sobretudo em primazia a fim de atender e/ou reparar as violações de direitos ocorridas.

Nessa legislação também está apresentado o procedimento de escuta especializada e do depoimento especial, também conhecido como depoimento sem dano. Essa modalidade é realizada por profissional capacitado, por meio de oitiva da criança ou do adolescente, visando uma entrevista com relatos mínimos relacionados estritamente ao necessário para que não haja a revitimização da pessoa entrevistada. Entende-se que:

Escuta especializada é o procedimento de entrevista sobre situação de violência com criança ou adolescente perante órgão da rede de proteção, limitado o relato estritamente ao necessário para o cumprimento de sua finalidade. Depoimento especial é o procedimento de oitiva de criança ou adolescente vítima ou testemunha de violência perante autoridade policial ou judiciária (BRASIL, 2017, Art.7 e 8).

O depoimento sem dano ou depoimento especial, uma das medidas criadas pela mesma lei, recebe por parte de Matos (2017), críticas em especial a falta de debate com a sociedade antes da sua aprovação, visto que a lei não distingue formas de violência, tampouco há reflexão sobre o fenômeno indicando que não há consenso quanto às situações de violência.

O artigo 14 da referida lei aponta para a necessidade de articulação entre as políticas setoriais, compreendendo o atendimento integral ao público assistido e suas demandas. Mais à frente considera a importância em se estabelecer pelo Poder Público, fluxos, programas, serviços e equipamentos para atendimento de situações de violência contra crianças e adolescentes.

Desse modo compreende-se o quanto é necessário o movimento da interdisciplinaridade, pois esta não se traduz na composição de diferentes profissionais na equipe, mas sim pelo modo que estes se articulam, a fim de produzir um atendimento de qualidade, integrado e que contemple o indivíduo em seu todo complexo e multifacetado.

Nesse viés infere-se que a interlocução entre a política de saúde e a política de assistência social é imprescindível, pois os rebatimentos da violência sexual contra crianças e adolescentes afeta direta e indiretamente o grupo familiar da vítima. Resguardar os direitos e garantir sua efetividade é papel de todo e qualquer profissional que lide com a referida demanda.

3. VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES E O TRABALHO INTERDISCIPLINAR

A violência sexual contra crianças e adolescentes pode ser conceituada como:

[...] por um ato ou jogo sexual, em uma relação heterossexual ou homossexual, entre um ou mais adultos e uma criança ou adolescente, tendo por finalidade estimular sexualmente esta criança ou adolescente, ou utilizá-la para obter uma estimulação sexual sobre sua pessoa ou de outra pessoa (GUERRA, 2008, p.33).

Os atos de violência sexual contra crianças e adolescentes, segundo ainda os mesmos autores, muitas vezes baseiam-se na relação de poder que o adulto mantém com a vítima, através da confiança, podendo ser incluídos nessa classificação desde carícias, pornografia, manipulação do corpo ou genitália, voyeurismo, penetração entre outros.

A violência sexual pode ser dividida ainda de acordo com a relação do agressor com a criança ou adolescente, sendo elas: abuso ou violência sexual extrafamiliar com agressor desconhecido ou conhecido e, violência sexual intrafamiliar.

Tida por alguns autores dentre eles Azevedo e Guerra (1989 *apud* GUERRA, 2008, p.33), como um tipo de violência doméstica quando ocorre no âmbito intrafamiliar:

A violência sexual se configura como todo ato ou jogo sexual, relação hetero ou homossexual entre um ou mais adultos e uma criança ou adolescente, tendo por finalidade estimular sexualmente esta criança ou adolescente ou utilizá-lo para obter uma estimulação sexual sobre seu pessoal ou de outras.

Condenando a prática de violência sexual contra crianças e adolescentes, Faleiros e Faleiros (2008 *apud* SILVA, 2016, p.38) também destaca que “a violência sexual é uma das piores formas de vitimizar a criança, por ser uma agressão perversa e desumana, inaceitável, além de ilegal. Ela fere a ética e transgride as regras sociais e familiares de convivência mútua e de responsabilidade dos adultos para com as crianças”.

Para ilustrar a realidade da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, uma reportagem recente do Jornal Folha de São Paulo (30/09/2019), foi divulgada, apontando que segundo um levantamento inédito com dados do Ministério da Saúde do ano de 2018, 72% das pessoas estupradas atendidas nos serviços de saúde, são crianças ou adolescentes.

Destas, 18% têm até 5 anos. Dentre as vítimas atendidas, 42% das crianças e adolescentes que sofrem abuso sexual são recorrentes. De acordo ainda com os dados divulgados, um percentual de 87% das vítimas recorrentes são meninas (AMÂNCIO; CUBAS, 2019).

Em geral, segundo dados da reportagem acima citada, a violência sexual ocorre associada a outro tipo de violência, em especial a violência ocorrida dentro da família:

O mesmo levantamento obtido segundo os autores via Lei de Acesso à Informação e tabulados pela Folha de São Paulo, aponta que, a cada dez crianças e adolescentes que são atendidos no serviço de saúde após sofrerem algum tipo de violência sexual, quatro já tinham sofrido esse tipo de agressão antes, sendo dados coletados referentes ao ano de 2018. Segundo a reportagem, essa proporção pouco se altera quando comparada a anos anteriores, o que, segundo estudiosos, revela o caráter permanente do abuso infantil [...]. Essas agressões ocorrem mais em casa (68%), e têm o pai (12%), o padrasto (12%) ou outra pessoa conhecida (26%) da criança como abusador (AMÂNCIO, 2019, s.p).

De acordo com o Código Penal Brasileiro (art. 224), a violência é sempre presumida em menores de 14 anos, deficientes mentais ou quando a pessoa não pode, por qualquer outra causa, oferecer resistência.

Ainda na legislação brasileira, o Código Penal (CP), possui nos artigos 217 e 218 dispositivos que tratam das violações de natureza sexual, os crimes de estupro de vulnerável, corrupção de menores, satisfação de lascívia mediante presença de criança ou adolescente, se praticados contra menores de quatorze anos de idade, gozando da presunção de violência nestes atos. Por outro lado, tratando-se de caráter intrafamiliar, tal violação constitui causa de aumento de pena (BRASIL, 1940).

Dentro da estrutura punitiva/penal, assim como em outras estruturas (saúde, direitos humanos, segurança pública), não existem até o momento, ferramentas eficazes que possibilitem a quantificação desse fenômeno, o que dificulta a visualização da magnitude do problema e a proposição de medidas efetivas no combate a estas violências.

Outro ponto que merece destaque sobre a situação da violência sexual contra crianças e adolescentes é a questão da invisibilidade da violência sexual no Brasil. De acordo com o mesmo material, as crianças e mulheres, principais vítimas de violência sexual, enfrentam situações, que interferem nas denúncias da violência sofrida:

As crianças e mulheres que constituem as principais vítimas da violência sexual enfrentam, além de medo, vergonha ou incapacidade para denunciar sozinhas, o silêncio das instituições públicas. Se a produção de dados referentes aos registros não é contínua e profícua, a formulação de políticas de prevenção, proteção e repressão resta muito prejudicada. Os estupros e as demais violências sexuais precisam passar a constituir efetivamente um tema central nas agendas estaduais e nacional de políticas de segurança pública (BUENO; PEREIRA; NEME, 2019, p.121).



Segundo dados do Disque Direitos Humanos (Disque 100), hoje vinculado ao Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH), no ano de 2017, foram registradas no Órgão, 142.665 denúncias de violações de direitos humanos. No que diz respeito às denúncias, cerca de 84.049, são relacionadas a crianças e adolescentes (aproximadamente 58,91%). Dentre os tipos de violação: negligência, violência psicológica, violência física, violência sexual e outras violações, a violência sexual foi registrada em 20.330 denúncias (aproximadamente 24,19%). Já no ano de 2018, os dados divulgados pelo mesmo serviço (Disque 100), apontam que, dentre as denúncias recebidas no citado ano, mais de 17 mil foram de violência sexual envolvendo crianças e adolescentes. Segundo o levantamento, destas denúncias recebidas, 13,4 mil foram de abuso sexual e 3,6 mil de exploração sexual. O levantamento realizou um corte por gênero nas denúncias de abuso sexual, em 73,4% dos casos a vítima era menina e em 18,6%, menino. Os dados do Disque 100, apontam que nas ligações comunicando exploração sexual, o mesmo levantamento aponta que a proporção foi de 75% de vítimas do gênero feminino e 12% do gênero masculino (VALENTE, 2019).

Diante dessa realidade percebe-se a urgência de um trabalho que envolva diversas áreas do conhecimento com intenção de apreender, compreender, atender, combater e refletir sobre o fenômeno da violência sexual perpetrada contra o público infanto-adolescente. E para que isso aconteça de forma a garantir os direitos das crianças e adolescentes vítimas desta e outros tipos de violências é necessário que seja realizado um trabalho interdisciplinar entre as políticas públicas.

No município de Uberaba-MG, em 2017, foi instituído um fluxo para atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, no qual envolve áreas de saúde, saúde mental, assistência social, segurança pública e justiça, com a finalidade de estabelecer um modelo para a prestação dos serviços, acompanhamentos e encaminhamentos, de modo a evitar a sobreposição de ações e serviços para a não revitimização.

São três modelos do fluxograma, para atender de acordo com período da ocorrência do fato, ou seja, até setenta e duas (72) horas, após setenta e duas (72) horas, pela rede pública, e forma de atendimento na rede particular. Serão discutidos sobre os atendimentos públicos, a fim de compreender suas possibilidades e desafios no que tange à articulação entre as políticas públicas.

No fluxo de atendimento até 72 horas, compreende inicialmente o atendimento em saúde com entrada em hospital geral, onde serão realizados os procedimentos necessários para a profilaxia de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e risco de gravidez. Neste

espaço há equipe de profissionais que irão atender a vítima e sua família e/ou responsável, ou seja, assistentes sociais, psicólogos (as), médicos (as) e enfermeiros (as), irão iniciar o atendimento em saúde, bem como acionar o órgão de defesa dos direitos de crianças e adolescentes, o Conselho Tutelar.

O Conselho Tutelar é órgão permanente e autônomo, e possui finalidade de zelar e promover os direitos das crianças e adolescentes, estabelecidas suas competências e atribuições no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069 de 1990. Desse modo, os demais encaminhamentos a serem realizados ocorrem por intermédio do Conselho Tutelar, portanto encaminharão para o sistema de justiça como notícia de fato à Vara da Infância e Juventude e Ministério Público, à Delegacia especializada para formalização da denúncia, e à assistência social especializada, para atendimento no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS).

Já em situações ocorridas com intervalo superior a 72 horas, os encaminhamentos ocorrerão de forma diferente, assim, iniciam o acolhimento pelo Conselho Tutelar que irá promover os encaminhamentos acima elencados (Vara da Infância e Juventude e Ministério Público, à Delegacia especializada e CREAS), porém o atendimento em saúde ocorrerá pela saúde mental, por meio do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Infantil, que conta com especialidades diversas em seu quadro de recursos humanos.

Frente à metodologia apresentada pode-se destacar que a definição de um modelo para conhecimento da rede e da própria população se trata de estratégia que possibilita o reconhecimento do fenômeno da violência e a necessidade de um atendimento integral de suas vítimas, principalmente se tratando de crianças e adolescentes, que são considerados segundo o ECA, como pessoas em desenvolvimento que são detentores de direitos com primazia nos atendimentos.

Dessa forma o acompanhamento nas diversas áreas possibilita que os profissionais envolvidos se articulem, de modo a apreender as demandas presentes dos usuários atendidos, visando à integração das políticas para que ocorra a superação e da violência sofrida. Contudo, alguns desafios podem ser retratados, visto que os vários espaços de atendimento podem se tornar desgastantes às crianças, adolescentes e suas famílias e ou responsáveis.

Martins de Sá (2017, p. 113 *apud* MARTINS DE SÁ, 2019, p. 59) ressalta que a interdisciplinaridade está imbricada com o conceito de rede:

Ao falar de interdisciplinaridade, ocorre-nos usar a ideia de rede, uma metáfora que tem sido muito usada hoje para representar complexidade e a pluralidade dos caminhos mediadores na construção dos saberes e do conhecimento. Na verdade, o conhecimento é processo. Por isso, a metáfora da rede, uma teia que vai se tecendo, na qual tudo está interligado. Portanto, não há hierarquias, não há tema mais importante do que o outro, não há o de cima e o de baixo, não há o conhecimento de primeira categoria e o de segunda. Há, sim, uma intercomplementaridade dos saberes que, por certo, irá fixar uma solidariedade de ações.

Assim, o entendimento de um trabalho interdisciplinar, entre políticas públicas para atendimento do fenômeno da violência sexual constitui-se alternativa para sua compreensão e desenvolver estratégias de combate e enfrentamento. Bem como analisar o modo, a ocorrência, perfil das vítimas, perfil dos agressores, para articular dados para representação que possibilitem a (re) formulação da própria política e planos de atendimento, visto a natureza cultural e social da violência que sempre esteve presente na sociedade, mas se apresenta de acordo com cada período histórico podendo ser socialmente aceita ou não.

O atendimento por meio da interlocução e partilhamento de conhecimentos das equipes que atuam com a demanda da violência sexual, na saúde e na assistência social, podem contribuir significativamente a fim de construir um plano de atendimento integral ao usuário e seus responsáveis. Para tanto, é preciso escutar, para acolher e identificar as demandas, os sentimentos e as expressões da questão social e seus rebatimentos no seio do sujeito atendido e sua família, possibilitando elencar estratégias de enfrentamento para superação ou mesmo diminuição do sofrimento. Sendo estas medidas possíveis pela construção conjunta e comprometida dos profissionais das áreas de atendimento.

5. CONCLUSÃO

O reconhecimento da infância e da adolescência como portadora de direitos é tardio na realidade brasileira o que reflete, por vezes, em dificuldades de estabelecer atenções mais específicas para esse público. O trabalho interdisciplinar nas políticas públicas de saúde e assistência social pode ser considerado como estratégia de enfrentamento e superação dessa realidade, visando a compreensão do fenômeno em suas particularidades, singularidades e universalidade.

O atendimento integral desse público requer nos serviços de um acompanhamento diferenciado, que trabalhe não somente as sequelas físicas, mas também a psique das vítimas. Nesses processos vários profissionais estão inseridos, de várias áreas do conhecimento, possibilitando a construção de alternativas visando mais que um atendimento



individualizado, mas a construção e reflexão do fenômeno da violência sexual na sociedade, podendo gerar conhecimentos por meio de pesquisas, relatórios, dados estatísticos, que devem ser divulgados de forma a contribuir para a (re) formulação de políticas públicas de qualidade.

A assistência social constitui possibilidade no acompanhamento de núcleos familiares que tiveram algum membro em situação de ameaça e/ou violação de direitos, por meio de um atendimento especializado, garantido pela Política Nacional de Assistência Social (PNAS) que articula assistência social de média complexidade.

No sentido da interdisciplinaridade, que fundamenta conhecimentos de forma plural, percebe-se como alternativa atual no enfrentamento dessa questão, para além trabalho multidisciplinar, onde participam várias profissões, contudo sem diálogo entre si. O trabalho interdisciplinar permite uma construção de novos saberes, de reconhecer as especificidades de cada área em prol da elaboração mais crítica, ampla e integral dos fenômenos sociais.

Portanto, articular, não somente profissões, mas políticas setoriais, torna-se estratégia de resistência aos retrocessos, pois direciona no sentido de ampliação e não de fragmentação e segregação de serviços públicos.

REFERÊNCIAS

- AMÂNCIO, Thiago; CUBAS, Marina Gama. 42% das crianças e adolescentes que sofrem abuso sexual são vítimas recorrentes. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 30 de setembro de 2019. Caderno Cotidiano. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/09/42-das-criancas-e-adolescentes-que-sofrem-abuso-sexual-sao-vitimas-recorrentes.shtml>. Acesso em: 30 set. 2019.
- BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- BOSCHETTI, Ivanete (org.) *et al.* **Política social no capitalismo: tendências contemporâneas**. 2. ed. São Paulo (SP): Cortez, 2009.
- BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. *In*: CFESS. **Serviço social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABESS, 2009.
- BRASIL. Lei nº 2848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.html. Acesso em: 28 abr. 2019.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 07 de jan. 2020.
- BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 07 de jan. 2020.
- BRASIL. **Lei nº 13.431, de 04 de abril de 2017**. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Brasília, DF: Presidência da República, [2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13431.htm. Acesso: 24 de mar. 2020.
- BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil. *In*: MOTA, A. Elizabete. *et al.* **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2006.
- BUENO, Samira; PEREIRA, Carolina; NEME, Cristina. A invisibilidade da violência sexual no Brasil. *In*: **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2019**. p.114-119. Disponível em: <http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/09/Anuario-2019-FINAL-v3.pdf>. Acesso em: 10 set. 2019.
- CAVALCANTI, Ludimila Fontenele; ZUCCO, Luciana Patrícia. Política de Saúde e Serviço Social. *In*: CAVALCANTI, Ludmilla Fontenele (org.). **Serviço social e políticas sociais**. 3. ed. Rio de Janeiro (RJ): ed. da Ufrj, 2009. p. 67-82.
- GOMES, Nilvania Alves. **Serviço Social e interdisciplinaridade: confluências e desafios**. 4º Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais. Disponível em: <https://cress-mg.org.br/hotsites/Upload/Pics/b0/b05174b2-f299-4679-8d9a-70cdd43580ed.pdf>. Acesso em: 06 de jan. 2020.
- GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo. **Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada**. São Paulo: Cortez, 2008.
- MATOS, Maurílio Castro de. Nota **técnica sobre a “escuta especializada” proposta pela Lei 13.431/2017**: questões para o serviço social. 2017. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Nota-tecnica-escuta-especial-2019.pdf>. Acesso em: 13 out. 2019.

- MARTINS DE SÁ, Jeanete Liasch. Da interdisciplinaridade constitutiva do serviço social à ação interdisciplinar no ensino e na extensão. *In*: MARTINS DE SÁ, Jeanete Liasch (org.). **Serviço Social e interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2019.
- MENDES, Jusara Maria Rosa; LEWGOY, Alzira Maria Baptista; SILVEIRA, Esalva Carvalho. **Saúde e interdisciplinaridade**: mundo vasto mundo. Revista Ciência & Saúde, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 24-32, jan./jun. 2008. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/25530864.pdf>. Acesso em: 06 de jan. 2020.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA – PMU. **Sistema de Garantias de Direitos da Criança e do Adolescente**. Disponível em: <http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/conteudo,767>. Acesso em: 30 de jul. de 2019.
- RISCADO, Priscila Ermínia; RIBEIRO, Ricardo Agum. **A interdisciplinaridade das políticas públicas**: algumas considerações a partir das ciências sociais. Revista Política Hoje - Volume 27, n. 1.
- SEVERINO, Antônio Joaquim. A exigência da interdisciplinaridade na construção do conhecimento e na prática social. *In*: MARTINS DE SÁ, Jeanete Liasch (org.). **Serviço Social e interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2019.
- SILVA, Josiane Alves. O processo de revitimização de crianças que vivenciam a violência sexual. **Boletim Científico ESMPU**. Brasília: ano 15. n.47, p. 11-52, jan/jun.2016.
- SIMÕES, Carlos. **Curso de direito do serviço social**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010.
- SOUZA, Fátima Valéria Ferreira. A política de Assistência Social. *In*: CAVALCANTI, Ludmila Fontenele (org.). **Serviço social e políticas sociais**. 3. ed. Rio de Janeiro (RJ): Ufrj, 2009. p. 83-99.
- SPOSATI, Aldaíza. Assistência Social: de ação individual a direito social. **Revista Brasileira de Direito Constitucional**, São Paulo, n. 10, p.435-458, jul. 2007.
- VALENTE, Jonas. Disque 100: denúncias de violação de direitos de crianças caíram em 2018. **Agência Brasil**, Brasília, 14 mai.2019. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2019-05/disque-100-denuncias-de-violacao-direitos-de-criancas-caem-em-2018>. Acesso em: 06 nov. 2019.
- ZAREMBA, Júlia. Mercado Invisível – Turismo Sexual é controlado por máfias e fica à margem de estatísticas. **Folha de São Paulo**. Caderno Seminários Folha – Exploração Sexual Infantil 3. ed. 18 de maio de 2019.



SERVIÇO SOCIAL E TRANSPLANTE CARDÍACO: OS DESAFIOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Débora Silva De Freitas (Instituto De Cardiologia Do Df); Thayna Rani Oliveira Silva (Instituto De Cardiologia Do Df); Lilian De Oliveira Argôlo Vaz (Instituto De Cardiologia Do Df); Damares Cintia Santos (Instituto De Cardiologia Do Df); Solange Júlia Silva Steytler (Instituto De Cardiologia Do Df)

RESUMO: Esse relato de experiência tem como objetivo descrever a atuação do Serviço Social no programa de Transplante Cardíaco no Instituto de Cardiologia do Distrito Federal, baseado no protocolo de avaliação social do Serviço Social, a partir da perspectiva do conceito ampliado de saúde. Dessa forma, descreve o processo de avaliação social no transplante cardíaco, o referencial teórico adotado e a inserção do Serviço Social na equipe multiprofissional. Aponta ainda, os desafios evidenciados na atuação profissional e a necessidade de avanços quanto à compreensão de integralidade no atendimento em saúde.

Palavras Chave: Serviço Social; Transplante Cardíaco; Avaliação Social.

ABSTRACT: This experience report aims to describe the performance of Social Work in the Heart Transplant program at the Instituto de Cardiologia do Distrito Federal, based on the social assessment protocol, from the perspective of the expended concept of health. Thus, it describes the process of social assessment in heart transplantation, the theoretical framework adopted and insertion of Social Work in the multiprofessional team. It also points out the challenges evidenced in their professional performance and the need for advances in understanding comprehensiveness in health care.

Keywords: Social Work; Heart Transplant; Social Evaluation.

1. INTRODUÇÃO

O relato de experiência que apresentamos acontece no Instituto de Cardiologia do Distrito Federal - ICDF, que iniciou suas atividades no Distrito Federal – DF no ano de 2009. O ICDF é uma instituição filantrópica administrada pela Fundação Universitária de Cardiologia – FUC, com a missão de prestar assistência de excelência em saúde cardiovascular e transplantes, promovendo atendimento humanizado, segurança do paciente e colaboradores, produção e disseminação do conhecimento científico e inovação tecnológica. O hospital atende não só a população do DF, mas várias regiões do Brasil, principalmente Centro-Oeste, Norte e Nordeste.

O Serviço Social ICDF iniciou suas atividades desde a concepção do ICDF. Sua intervenção profissional está voltada na assistência em saúde, por meio da atuação direta ao usuário, sua rede familiar e no planejamento e desenvolvimento de ações nos programas cirúrgicos e transplantes, fortalecendo as dimensões técnico-operativa, ético-político e teórico metodológico do Serviço Social.

Pensar o processo saúde-doença-cuidado evidencia o conceito de saúde ampliado que segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (1947, p.01), que define a “saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas como ausência de doença ou enfermidade”, superando a lógica do modelo biomédico e ressaltando a perspectiva de totalidade do sujeito em que o olhar para o indivíduo é ampliado e o contexto que está inserido, sua visão da realidade é valorizada e se torna parte do processo de tratamento.

A Constituição Federal de 1988 – CF/88 considera a saúde a partir dos fatores determinantes e condicionantes sociais como a alimentação, moradia, acesso ao saneamento básico, renda, educação, transporte, ao lazer e acesso aos bens e serviços essenciais. Esse conceito enfatiza que a saúde está ligada a organização do serviço que atende o usuário com olhar multiprofissional e pressupõe integração da Política de Seguridade Social com as demais políticas que compõe a própria organização do Estado.

O Sistema Único de Saúde – SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e tem seus princípios estabelecidos pela Lei Orgânica de Saúde, em 1990, visando garantir acesso integral, universal e gratuito para toda a população conforme o artigo 198 da CF/88. Esse sistema abrange o atendimento na perspectiva da atenção primária (consultas, vacinas, ações de vigilância sanitária) ao atendimento na atenção terciária, como por exemplo, o transplante de órgãos.

O processo de tratamento de doenças crônicas, como as doenças cardíacas, altera a qualidade de vida do paciente e impõe limitação e sofrimentos que ultrapassam o indivíduo e envolve quem está presente em seu convívio, sendo esse familiar consanguíneo ou família extensa, expondo todos ao contexto de mudança e de adequações que o tratamento necessita.

O transplante cardíaco é indicado para pessoas com insuficiência cardíaca avançada e refratária ao tratamento clínico otimizado, de acordo com as diretrizes nacionais e internacionais. O desafio do trabalho com pacientes indicados a transplante cardíaco supera o próprio processo de trabalho uniprofissional e atribui essa atividade profissional a um olhar multiprofissional e preferencialmente interdisciplinar.

Compreendendo a complexidade das diversas realidades e as suas particularidades entende-se que apenas um trabalho uniprofissional não é capaz de realizar uma abordagem integral do sujeito. Para Minayo:

“Nenhuma disciplina por si só dá conta do objeto a que perseguimos, porque ele envolve ao mesmo tempo e concomitantemente as relações sociais e o social propriamente dito, as expressões emocionais e afetivas assim como o biológico que, em última instância, traduz, através da saúde e da doença, as condições e razões sociohistóricas e culturais de indivíduos e grupos.” (Minayo 1991, p. 71).

O desafio do trabalho interdisciplinar envolve além de uma equipe composta por profissionais capacitados, a dinâmica de construção do processo de trabalho da instituição, como o respeito às diversidades de conhecimento, em uma construção de diálogo horizontal e espaços que permitam a troca de saberes entre os profissionais e o próprio usuário. A interdisciplinaridade em saúde abrange o biológico e o social do sujeito, mas também o próprio sujeito, sua família, comunidade, política social e suas relações e inter-relações sob a ótica do conceito ampliado em saúde.

O transplante cardíaco no Brasil, segundo a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos – ABTO (2018, p.02), “aumentou 21,4% nesses seis anos, tendo passado de 1,4 pmp²⁰⁶ para 1,7 pmp, ainda muito distante da necessidade prevista (8 pmp). O DF (11,2 pmp) tem a maior taxa de transplante, seguido por Pernambuco - PE (4,4 pmp).” No ano de 2018, foram realizados 353 transplantes cardíacos no Brasil e o Distrito Federal, com apenas um centro transplantador em atividade, foi responsável por 34 destes transplantes cardíacos, apresentando um percentual de 2,1 pmp, atrás apenas da região sudeste com 2,2 pmp.

²⁰⁶ Partes por Milhão da População

Ao relatar a experiência do Serviço Social no tratamento de transplante cardíaco, temos o objetivo de contribuir para a construção de uma intervenção efetiva na garantia de direitos, objetivando a perspectiva da autonomia e protagonismo do paciente e seus familiares no tratamento em perspectiva de integralidade ampliada e intersectorialidade das Políticas Públicas.

2. SERVIÇO SOCIAL E TRANSPLANTE CARDÍACO

O Serviço Social é uma profissão reconhecida da área da saúde, tem seus principais marcos legais e normativos nas Resoluções do Conselho de Saúde n. 218 de março de 1997, e do Conselho Federal de Serviço Social n. 383, e 29 de março de 1999 e os Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde que referencia a atuação profissional pautada no Projeto Ético Político do Serviço Social.

Em seu princípio, o Serviço Social na área da saúde, segundo Matos (2017), estava inserido em um contexto de construção de serviço hierarquizado e baseado em pressupostos positivistas, tinha sua inserção na equipe pautada em relação de complementaridade com a atuação voltada para as atividades que o médico não queria fazer. Nesse sentido, a intervenção do Assistente Social trabalhava demandas de relação entre a empresa e o usuário em uma forma de mediação e com uma visão funcionalista (Bravo, 1996) de alteração comportamental do mesmo, na perspectiva de que uma mudança de hábitos afetaria sua realidade e problemas vivenciados.

Com o rompimento dessa antiga perspectiva e conseqüentemente com o conservadorismo histórico da profissão, a atuação do Serviço Social é pautada em seu Projeto Ético Político (Matos, 2003) que aponta para a construção do exercício profissional comprometido com justiça social e liberdade conforme os valores do Código de Ética Profissional de 1993.

O Assistente Social, em sua práxis profissional, atua nas relações sociais e nas expressões das desigualdades sociais da questão social, que “se expressa nas desigualdades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediadas por disparidades nas relações de gêneros, características étnico-raciais e formações regionais”. (Iamamoto, 2007, p. 160).

Sua atuação e competência são voltadas para a garantia de direitos sociais e na construção e fortalecimento de uma sociedade democrática. Na saúde, o cotidiano da sua



ação exige uma intervenção profissional que considera as condições e contradições sociohistóricas e político-econômica do país.

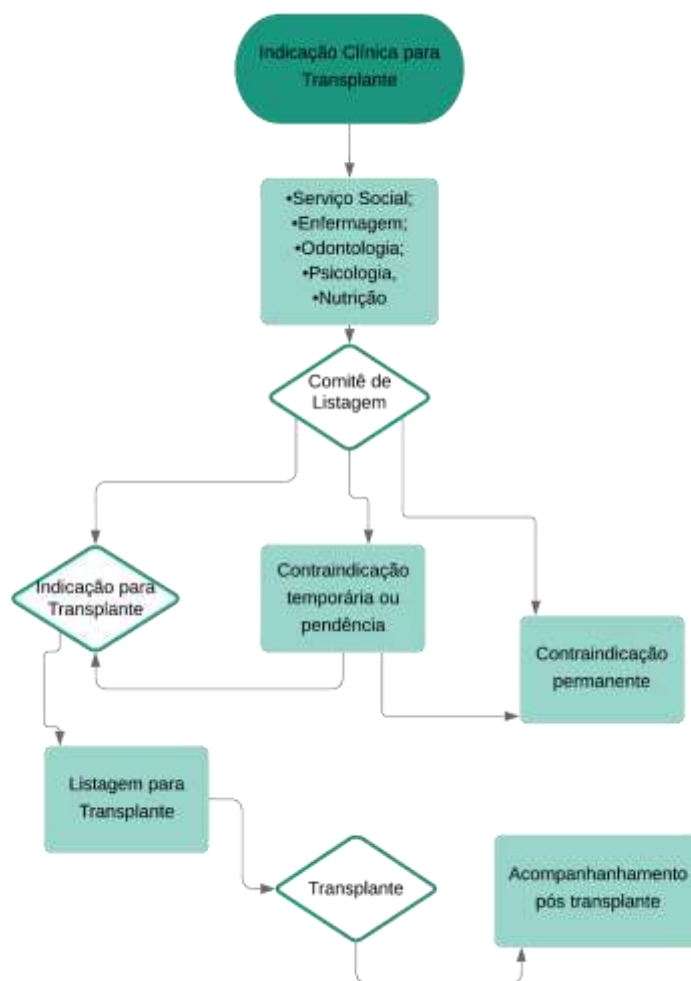
Processo de avaliação para transplante cardíaco

Quando iniciamos um tratamento de transplante cardíaco envolvemos mais que um momento cirúrgico, trata-se de um processo complexo e por etapas que provocam mudanças contínuas na vida do paciente e familiar. Nossa experiência na práxis profissional segue os parâmetros e legislações nacionais. A III Diretriz Brasileira de Transplante Cardíaco de 2018 aponta um panorama atual do tratamento transplantador, incorporados à rotina da prática da equipe de transplante, fortalecendo os avanços conquistados na área.

A equipe multiprofissional de transplante do ICDF é formada pela equipe médica, serviço social, enfermagem, nutrição, psicologia, odontologia, fisioterapia, que atuam na avaliação pré-transplante do potencial candidato receptor do transplante cardíaco.

Os pacientes com indicação de transplante cardíaco são encaminhados ao ICDF por meio do sistema de regulação do DF, gerenciado pelo SUS. Esses pacientes podem ser procedentes da região do DF ou de outros estados, encaminhados pelas Centrais de Transplante Estaduais.

Tabela 1: Fluxograma de processo de avaliação para transplante cardíaco



Ao iniciar o processo de Avaliação Social é necessário contextualizar o que entendemos sobre a ferramenta. Lemos (2002) desenvolveu um processo avaliativo dos indicadores sociais, que norteiam a ação profissional juntamente com Diretriz de Transplante Cardíaco, possibilitando a identificação de fatores sociais que podem representar e interferir no tratamento.

Dentre as atividades desenvolvidas pelo Serviço Social no ICDF, podemos destacar o atendimento ambulatorial em um ambiente de uso multiprofissional que possibilita o resguardo do sigilo profissional. A estrutura física permite otimizar o atendimento ao paciente, para que os usuários tenham acesso aos profissionais, de forma que, via de regra, os atendimentos são previamente agendados.

Todos os pacientes, com indicação para o transplante cardíaco passam pelo processo de avaliação pré-transplante, sendo encaminhados para atendimento com o Serviço Social, que é um processo técnico e científico com caráter avaliativo da realidade social e intervenções de análise conjuntural, postura crítica e propositiva para os pacientes receptores de transplante e seus familiares.

Através de entrevista social e uso dos demais instrumentos técnico-operacionais do Serviço Social é possível reconhecer os aspectos sociais relacionados ao processo de tratamento, identificar as “*questões sociais*” que interferem no processo saúde-doença do paciente, elaborar junto ao paciente e seus familiares, estratégias de enfrentamento das problemáticas sociais que possam interferir no tratamento, realizar orientações sobre direitos sociais, previdenciários e encaminhar para outras políticas públicas e/ou instituições quando necessário.

O foco da intervenção profissional se constrói nesse processo de articulação do poder dos usuários e sujeitos da ação profissional no enfrentamento das questões relacionais complexas do dia, pois envolvem a construção de estratégias para dispor de recursos, poder, agilidade, acesso, organização, informação, comunicação. Faleiros (1997, p.37).

O atendimento do Serviço Social é constituído através de intervenções individuais e coletivas, em rotina de atendimento na unidade de ambulatório especializado para o paciente e seus familiares. A metodologia utilizada pelo Serviço Social é baseada no trabalho de Lemos (2002) com instrumental de coleta de dados e avaliativo que é composto por duas partes: perfil sociodemográfico e critérios de elegibilidade.

É importante ressaltar que utilizamos duas formas de registros das informações coletadas. A primeira que é de acesso à equipe multiprofissional, disponível no prontuário eletrônico do paciente. Nesse sistema, são colocadas apenas informações necessárias, sem uma exposição do usuário seguindo as orientações do Código de Ética em seu artigo 16, parágrafo único, que ressalta: “Em trabalho multidisciplinar só poderão ser prestadas informações dentro dos limites do estritamente necessário”. (CFESS, 1993, p.35). Outra forma de registro é o prontuário social, em que as informações são registradas de forma completa e onde são mantidas as informações sigilosas do paciente, armazenado em arquivo próprio na sala administrativa do setor de Serviço Social.

Durante o processo de atendimento, investiga-se o impacto das variáveis sociais de forma isolada e conjuntamente, embasando o parecer social em favorável, favorável limitado e desfavorável para elegibilidade aos programas de transplante com classificação de riscos.

O tempo de atendimento e processo de avaliação pode variar dependendo da complexidade de avaliação (baixo, médio e alto), podendo ser necessários, vários atendimentos para concluir avaliação social e ainda a realização de atendimentos de acompanhamento.

A participação da família no processo de tratamento é fundamental. O paciente é orientado por toda a equipe multiprofissional a comparecer aos atendimentos acompanhado de um familiar, compreendendo a complexidade do tratamento e nesse caso, vale ressaltar que vivenciamos novas configurações familiares e debates sobre a representatividade legal da família extensa.

O processo inicial de avaliação conta com a entrevista social do receptor de transplante que coletará e analisará os seguintes dados: dados sociodemográficos; identificar valores, crenças, culturas e seus reflexos no tratamento; histórico de acompanhamento da doença, compreensão e adesão do processo de tratamento; composição familiar e mapeamento de rede de apoio sociofamiliar; identificação das condições habitacionais e de acessibilidade ao tratamento; avaliação Socioeconômica familiar.

A entrevista social realizada de forma direcionada aos familiares verifica: dados sociodemográficos; vínculo entre paciente e rede de suporte familiar; compreensão do processo de tratamento; participação no tratamento e cuidado e autocuidado e verifica fatores que possam facilitar ou dificultar o processo de tratamento do paciente e seus familiares. O atendimento com a família trabalha também o processo de organização familiar, voltado para o cuidado e adequações que viabilizem o tratamento proposto, auxiliando pacientes e familiares frente aos conflitos e outras demandas que possam surgir no tratamento.

Além do processo avaliativo, no atendimento com o Serviço Social também é prestado orientação sobre o processo de tratamento, informando e esclarecendo pacientes e seus familiares sobre as fases e fluxos dos programas e tratamentos e seu possível impacto na realidade e cotidiano deles, auxilia a interpretar as normas e rotinas hospitalares e informar recursos disponíveis. Assim como, prestar informações trabalhistas, previdenciárias e assistenciais visando à garantia de acesso aos direitos e a manutenção das necessidades básicas, e encaminhar quando necessário para a rede social disponível.

Caso identificada a necessidade o paciente segue em acompanhamento com o Serviço Social pelo período necessário para viabilizar o tratamento de forma minimizar o risco social do tratamento para o paciente e seus familiares.

Ao finalizar o processo de avaliação pré-transplante é indicado o parecer social para realização do tratamento de forma reduzida em documento de prontuários de uso multiprofissional e social classificado em baixo, médio e alto risco social, podendo apresentar contraindicação relativa (temporária). O acompanhamento ao paciente listado para

transplante acontece de acordo com a necessidade do paciente avaliada pelo serviço social ou identificada por equipe multiprofissional.

Vale ressaltar, que em casos emergenciais a equipe multiprofissional pode se deslocar para unidade de internação externa, a fim de realizar o atendimento com caráter interventivo/avaliativo.

Partindo da compreensão de que as condições sociais são resultantes de fenômenos multifatoriais, os indicadores sociais avaliam o risco social e compõe os critérios de elegibilidade, considerando os blocos temáticos (Lemos, 2002) de aceitabilidade, dinâmica familiar, acessibilidade e condições socioeconômicas, categoriza-se através do cruzamento das variáveis conforme escore de avaliação social em baixo, médio e alto risco social.

Tabela 2: Indicadores sociais

VARIÁVEIS		PONTUAÇÃO DAS VARIÁVEIS		
		1	2	3
ACEITAÇÃO		Nega	Condiciona	Aceita
DINÂMICA FAMILIAR	Composição	Unipessoal	Nuclear	Nuclear composta
	Cuidador	Inexistente	Terceiros	Familiar
	Aderência	Evasiva	Elaborativa	Resolutiva
	Instrução	Muito baixo/baixo	Intermediária	Alto/muito alto
ACESSO		Interditado	Dificultado	Facilitado
SOCIO ECONÔMICO	Renda per capita	< ½ S.M.	½ S.M. a 1 S.M.	> 2 S.M.
	Ocupacional	Muito ruim/ruim	Regular	Bom/muito bom
	Habitacional	Precário/não satisfatória	Satisfatória	+ satisfatória

Ao final do processo de Avaliação Pré-Transplante Cardíaco a equipe multiprofissional se reúne em comitê de listagem, com encontros preferencialmente semanais no qual se discute e constrói o processo de tratamento individualizado do paciente através da avaliação e parecer de toda a equipe, onde há necessidade de consenso sobre a indicação ou contraíndicação do paciente para transplante. A contraíndicação social é considerada relativa/temporária e quando associada a outras contraíndicações poderá ser absoluta conforme diretriz e protocolo institucional de transplante.

A contraíndicação relativa e ou pendência é acompanhada pelas equipes de referência, sendo assim, se há contraíndicação social, acompanhamos para minimizar os riscos e o paciente estar apto para uma listagem em transplante e conseqüentemente realizar o transplante.

Após a realização de transplante, o Serviço Social realiza acompanhamento dos pacientes no ambiente de hospitalização, avalia o impacto social do processo de tratamento e orienta quanto à organização familiar para o cuidado pós-transplante.

A visita domiciliar é realizada para os pacientes transplantados cardíacos e ao iniciar o período de internação na enfermaria é realizada a programação de visita. A visita domiciliar analisa as condições de habitação, identificação de possíveis focos de infecção, dinâmica de organização familiar, orientação sobre o processo de cuidado.

Entendemos que o modelo de visita domiciliar utilizado como instrumento de controle sobre a população e de caráter fiscalizatório é superado (Freitas et al, 2019):

“a partir do desenvolvimento de ações interventivas em articulação com as cinco categorias: Educação em Saúde, Apreensão da realidade, Singularidade no tratamento, Acessibilidade e Articulação das Políticas Públicas, que visam uma abordagem com centralidade no paciente e grupo familiar, articulado ao contexto social, materializando a perspectiva emancipatória e na construção de respostas para as refrações das questões sociais dentro do processo de cuidado no pós-transplante cardíaco.”

Em casos excepcionais, mediante avaliação da equipe de serviço social e/ou equipe multiprofissional, poderá ser realizada visita domiciliar prévia a realização de transplante, quando durante identificamos um risco importante de impacto ao tratamento em uma situação de risco e ou vulnerabilidade social.

O acompanhamento do paciente após a alta hospitalar é realizado conforme a necessidade do mesmo, avaliada pelo serviço social ou equipe multiprofissional. Como citado anteriormente há pacientes provenientes de outros estados, quando há demanda social, em sua maioria vinculadas a rede de suporte restrito e renda familiar limitada, seguem em

acompanhamento com média mensal para avaliação e acompanhamento das demandas decorrentes da permanência pós-transplante no Distrito Federal. Visto que, a o tempo de permanência próximo ao centro transplantador é de aproximadamente um ano no pós-transplante cardíaco e o paciente só retorna ao seu município de origem após a liberação médica.

Sobre os direitos sociais vinculados ao município de origem do paciente e sua família, vale ressaltar o programa de Tratamento Fora do Domicílio – TFD e a elaboração de relatórios de contra referência que está vinculado aos pacientes com demandas sociais, esse tema recebe uma atenção especial, já incluído nas normativas do serviço social através dos Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde.

O TFD regulamentado pela portaria n. 55 de fevereiro de 1999, do Ministério da Saúde, estabelece a contra referência para os profissionais da área da saúde. O desafio vinculado à permanência do paciente fora de seu domicílio tem levantado demandas decorrentes da falta de padronização entre os programas, burocratização das documentações, dificuldade de comunicação com o usuário e irregularidades dos prazos de pagamento da ajuda de custo, o que gera demandas principalmente vinculadas à parte financeira no contexto do tratamento.

3. CONCLUSÃO:

Os relatos e trabalhos desenvolvidos nas áreas de transplantes têm crescido, porém ainda é necessário ampliar a literatura disponível para avançarmos no processo técnico-operativo e teórico-metodológico visto que, o próprio contexto sociohistórico e político-econômico tem sofrido grandes alterações e permanece em constante mudança, alterando as políticas públicas e a forma com que vivenciamos o processo saúde-doença-cuidado.

Percebemos no processo de atuação profissional alguns desafios que enfrentamos enquanto equipe de transplante e pensamos que o processo de avaliação e reavaliação dos processos de trabalhos possibilitam crescimento e a construção de novos saberes no desenvolvimento da práxis profissional.

Ser parte reconhecida e atuante no processo de tratamento de transplante cardíaco parte do desenvolvimento de ações que tornam o serviço social único e ao mesmo tempo nos faz refletir sobre as limitações vinculadas a construção do serviço e ao contexto de financiamento e comunicação das políticas públicas no Brasil.

A indicação e realização de um transplante cardíaco não se resumem à mera troca do órgão adoecido por outro em boas condições. A doença interfere em diversas vertentes da vida do paciente; relações sociais, emocionais, biológicas e culturais dos indivíduos e de sua rede de apoio. A característica holística do ser humano confere a necessidade de uma equipe que seja capaz de oferecer suporte ampliado durante o tratamento, que ultrapassem o momento cirúrgico.

A atuação de uma equipe interdisciplinar é pautada por uma relação de troca de saberes mútuo, com o intuito de auxiliar paciente e familiares / cuidadores, nesse novo modo de vida, pré e pós -transplante. Serviço social, enfermagem, psicologia, nutrição, fisioterapeutas, médicos, técnicos de enfermagem, dentre tantos outros profissionais fazem parte da equipe, já que consideramos a hospitalização como um momento importante de compreensão do impacto e transformações que o processo de tratamento de transplante representa, oferecem suporte para que o paciente possa ressignificar sua nova condição de saúde física e os desdobramentos nas demais áreas da vida.

Um dos grandes desafios da atividade interdisciplinar é o rompimento com o modelo instituído no início da prática biomédica, que se pautava pela supremacia da atuação médica, tendo as demais profissões como coadjuvantes no tratamento. No ICDF avançamos no modelo de construção de saberes interdisciplinar, mas ainda temos um longo caminho a percorrer. A instituição hospitalar é hierarquizada, porém no desenvolver da prática os profissionais têm mostrado o impacto da sua atuação e a necessidade de um olhar ampliado sobre o sujeito.

Ressaltamos que o compartilhamento das responsabilidades da indicação e contraíndicação tem representado um dos avanços importantes nesse sentido de alcançar um ambiente construído de forma menos vertical. É comum que a responsabilidade de “más notícias”, seja uma contraíndicação ou “decisões difíceis sobre o tratamento” estarem vinculadas ao médico de referência ou cirurgião, quando a equipe passa compartilhar desses momentos, transformamos a configuração das organizações e nos tornamos parte de todo o processo.

O trabalho desenvolvido por Lemos em sua contribuição para os programas de transplante cardíaco é o que nos permite desenvolver esse trabalho com uma científica bem consolidada. Percebemos a necessidade de continuar esse trabalho e repensar o que temos desenvolvido enquanto serviço social em saúde e equipe transplantadora.



Primeiramente destacamos que para se realizar um transplante é o desejo e aceitação do paciente e para isso há de se compreender o processo e poder de decisão ser escutado e acolhido. O processo de cuidado e dinâmica familiar já abordado por essa equipe como citado anteriormente, permite a reflexão sobre os conceitos de família e as divergências de compreensão de seu papel de representatividade legal e vínculo afetivo, levantando questionamentos sobre o diálogo entre as políticas e o papel do Estado no tratamento do sujeito.

Quanto à situação socioeconômica e acessibilidade percebemos a fragilidade de comunicação e acesso as Políticas Públicas que compõe o processo saúde-doença-cuidado. Desenvolvemos formas de referência e contra referência para tornar o acesso dos pacientes e familiares mais acessíveis através de contatos telefônicos, visitas institucionais, envio e solicitação de relatórios, porém diante do contexto político-econômico vivenciado na atualidade percebemos uma demora significativa de acesso a bens essenciais.

Condição econômica é uma contraindicação para transplante? Qual o papel do Estado como provedor de saúde pública? Recorremos por diversas vezes as instituições filantrópicas e rede socioassistencial para viabilizar de forma emergencial demandas que podem inviabilizar um tratamento de alta complexidade. Precisamos conversar sobre saúde em conceito ampliado e rever como temos construído a articulação das nossas políticas.

A mobilização e controle social é um dos mecanismos que utilizamos na educação em saúde, dessa forma construímos um serviço que permite que o usuário compreenda seu tratamento e como o Estado desenvolve seu papel permitindo que a sociedade contribua de forma ativa no processo de construção das Políticas Públicas.

Iniciamos aqui um debate e construção coletiva sobre o fazer profissional na atuação do serviço social no trabalho com transplantes, mas também sobre a compreensão das atuais limitações que ultrapassam o âmbito institucional e abre uma necessidade de diálogo intersetorialidade e o que entendemos como saúde pública no Brasil. Que essa contribuição da nossa prática estimulem os programas a documentarem suas experiências e a fortalecer a mobilização por uma Política de Saúde ampliada para seu conceito.

REFERÊNCIAS

- BACAL, Fernando et al. II **Diretriz Brasileira de Transplante Cardíaco**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. V. 94, supl. 1, p.16-73. 2009;
- BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>.
- BRASIL. Associação Brasileira de Transplantes. **Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada Estado (2011-2018)**. Registro Brasileiro de Transplante, Ano XXIV, nº 4, ABTO. Disponível em:< http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2018/Lv_RBT-2018.pdf> Acesso em: 13.jan.2020
- BRASIL. Lei 8080 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 da União. Brasília, 1990, Sessão I;
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização**. – 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007;
- BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.
- CONSELHO Federal de Serviço Social. **Código de ética do assistente social**. Brasília: CFESS, 2011;
- CONSELHO Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília: CFESS, 2010;
- Organização Mundial da Saúde. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Documentos básicos, suplemento da 45ª edição, outubro de 2006. Disponível em espanhol em: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf. Acesso em 10.jan.2020
- MINAYO, MCS. **Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido**. Medicina, 24 (2), abr./jun. 1991
- FALEIROS, Vicente de Paula. **Estratégias em Serviço Social**. São Paulo, Cortez, 1997.
- FREITAS, D. S.; SILVA, T. R. O. ; SANTOS, D. C. ; VAZ, L. O. A. ; Steytler, S. J. S. . **Os Desafios do Serviço Social frente às novas configurações de família no transplante**. 2019. Disponível em:< <https://sistemaparaevento.com.br/evento/abto2019/trabalhosaprovados/naintegra/12652> > Acesso em: 5.jan.2020
- FREITAS, D. S.; SILVA, T. R. O. ; VAZ, L. O. A. ; SANTOS, D. C. ; Steytler, S. J. S. . **A Visita Domiciliar no Pós transplante Cardíaco: Um Instrumental do Serviço Social**. 2019. Disponível em: <<https://sistemaparaevento.com.br/evento/abto2019/trabalhosaprovados/naintegra/12907> > Acesso em: 5.jan.2020
- IAMAMOTO, Marilda. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social (77)**. São Paulo: Cortez, 2007.
- IAMAMOTO, Marilda. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo. Cortez. 1998.
- LEMOS, Claudia Regina Haponczuk de. Metodologia de avaliação social em programa de transplante cardíaco, França,1999;
- LEMOS, Claudia Regina Haponczuk de. Avaliação social em programa de transplante cardíaco, São Paulo, 2002.



- MATOS, M. C. **Serviço social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional.** São Paulo: Cortez, 2017.
- MATOS, M. C. **O Debate do Serviço Social na Saúde na Década de 90.** In: Revista Serviço Social e Sociedade (74). São Paulo: Cortez, 2003.
- MINAYO, M. C. S., 1991. **Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido.** Medicina, 24:70-77.
- MIOTO, Regina Célia Tamasso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **Serviço Social e Saúde – desafios intelectuais e operativos.** SER Social, Brasília, v. 11, n. 25, jul./dez. 2009;
- RODRIGUES, Maria Lucia. **Caminhos da transdisciplinaridade: fugindo às injunções lineares.** Revista Serviço Social e Sociedade, n 64. 2000.

TRANSFORMAÇÕES NA POLÍTICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SANTOS – SP

Douglas Alves Dos Santos (PUC SÃO PAULO - Pontifícia Universidade Católica De São Paulo)

RESUMO: O presente trabalho apresenta a reflexão histórica sobre o projeto neoliberal no Brasil na década de 1990 e seus efeitos para a Política Social. A partir da discussão das diretrizes da Reforma do Estado busca-se problematizar a alteração do padrão estatal-público para o padrão público-privado ou público não estatal. Apresenta um breve relato sobre pesquisa realizada na Região Metropolitana da Baixada Santista e mudanças no padrão na oferta das políticas sociais nas últimas décadas no município de Santos no Estado de São Paulo.

Palavras-chave: Reforma do Estado; Política Social; Público-Privado.

ABSTRACT: The study is to presents the historical reflection on the neoliberal project in Brazil in the 1990s and their effect on Social Policy. From the discussion of the guidelines of the State Reform seeks to problematize the change of state-public standard for public-private standard or nonstate public. Presents a brief report on research carried out in the Metropolitan Region of Baixada Santista and changes in the pattern in the provision of social policies in the last decade n the municipality of Santos in the State of São Paulo.

Keywords: Reform of the State; Social Policy; Public-Private.

1. INTRODUÇÃO

A Política Social está diretamente referida à dinâmica da acumulação capitalista, nela incluída o processo de assalariamento, as necessidades de manutenção e reprodução do trabalhador e a reprodução ampliada do capital (MOTA, 2009; BEHRING E BOSCHETTI, 2010).

No presente trabalho, a hipótese que fomenta nossas indagações recai sobre o processo de desresponsabilização do Estado, de mercantilização dos serviços sociais públicos e a relação entre o governo e as organizações que, mediante a parceria público-privada, realizam os serviços e programas das políticas sociais. O que está em questão é a “mercadorização” dos serviços e a sua mercantilização, em detrimento de uma concepção de oferta de serviços e acesso aos serviços sociais públicos como direitos sociais (BRAZ et al., 2014a, p. 02).

Os Programas de Publicização emergem como expressão daquilo que, em parte, propugnava o Plano Diretor de Reforma do Estado brasileiro levado a cabo durante a primeira gestão do governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), sob a batuta do então ministro da Administração e da Reforma do Estado, Bresser-Pereira, 1995-1998. No caso brasileiro os Programas de Publicização dispõem sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais (O.S) e sobre a relação destas com os governos municipais.

A fundamentação teórica sobre a Região Metropolitana da Baixada Santista²⁰⁷, se deu através de pesquisa bibliográfica e documental em livros, revistas, sítios eletrônicos e documentos sobre o tema.

Apresenta uma reflexão sobre o Programa de Publicização instituído com a publicação do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado – PDRAE – em que o referido programa repercute sobre a concepção e a gestão da política social e, por conseguinte, sobre os direitos sociais consignados na Constituição Brasileira de 1988.

O cenário político a partir dos primeiros anos do século XXI demonstra outra tendência na região: o início da aprovação de leis referente às parcerias público-privadas nos municípios. Partindo do levantamento das legislações referentes aos programas de publicação na região no período entre 2000 - 2017.

²⁰⁷ A Região Metropolitana da Baixada Santista foi criada através da Lei Complementar Estadual nº 815, de 30 de julho de 1996, como unidade regional do Estado de São Paulo, compreendida pelo agrupamento dos municípios de Bertioga, Cubatão, Guarujá, Itanhaém, Mongaguá, Peruíbe, Praia Grande, Santos e São Vicente.

O município de Santos foi o recorte utilizado nesse trabalho para realizar análise sobre suas legislações pós anos 2000. Santos é o pólo da região, é também a sede do maior (e mais importante do país) porto em movimentação da América Latina. Naturalmente, o principal município da região metropolitana, pelas atividades portuárias (destaque não só para a região, mas para todo o país), pela dimensão populacional, riquezas, infraestrutura e prestação de serviços, configura-se como uma referência regional, por ser a cidade maior e por concentrar quase todos os serviços públicos estaduais e federais. Apresenta uma das maiores infraestruturas hospitalares e de centros de atendimentos de saúde especializados comparadas com a maioria dos municípios da RMBS.

Nas conclusões, propõe-se buscar a reflexão sobre o processo histórico que vem se instaurando na RMBS no que diz respeito às leis que regulamentam parcerias público-privadas.

2. OS PRIMEIROS PASSOS PARA O ESTADO NEOLIBERAL BRASILEIRO

A década de 80 foi fortemente marcada pelo debate sobre o papel do Estado, especialmente sobre o seu tamanho e os gastos das instituições estatais. É assim que, do ponto de vista dos neoliberais, prevalecia [e ainda prevalece] a ideia de um Estado mínimo, a quem caberia apenas garantir os direitos de propriedade, além de reservar ao mercado a total coordenação da economia. O receituário neoliberal compõe-se de um conjunto de elementos para restringir o Estado, para o ajuste fiscal e para as reformas orientadas para o mercado.

De acordo com Behring “a reforma produziu entre nós uma espécie de aparente esquizofrenia”. De acordo com sua análise:

Argumentava-se que o problema está localizado no Estado, donde é necessário refuncionalizá-lo para novas requisições, corrigindo distorções e reduzindo custos; enquanto a política econômica corrói aceleradamente os meios de financiamento do Estado brasileiro por intermédio de uma inserção na ordem internacional que deixa o país à mercê dos especuladores no mercado financeiro, de forma que todo o esforço de redução de custos preconizado escoia pelo ralo do crescimento galopante da dívida interna e externa (BEHRING, 2008, p. 199).

Para refletir sobre a mudança na estrutura do Estado brasileiro com a instalação do projeto neoliberal, o corte de gastos públicos é “justificado” a partir da interpretação da crise brasileira dos anos 80 como sendo uma crise do Estado (BRAZ et al., 2014a, p. 05).

De acordo com Netto e Braz

[...] é claro que o objetivo real do capital monopolista não é a “diminuição” do Estado, mas a diminuição das funções estatais coesivas, precisamente

aquelas que respondem à satisfação de direitos sociais. Na verdade, proclamar a necessidade de um “Estado mínimo”, o que pretendem os monopólios e seus representantes nada mais é que um Estado mínimo para o trabalho e máximo para o capital (NETTO e BRAZ, 2012, p. 239).

Portanto, nota-se um Estado que se exime das suas responsabilidades no que tange à alocação de recursos para as políticas sociais garantidas no art. 6º da Constituição de 1988. A execução da política social deixa de ser sua responsabilidade e passa a ter resolução em âmbito privado.

A redução do papel do Estado, nesse contexto histórico, resulta na sua mínima atuação quanto à regulação e estabelece uma complementaridade entre público e privado. Esta abstenção enquanto garantidor de direitos sociais faz com que se aprofunde mais as desigualdades sociais (BRAZ et al., 2014a, p. 05).

A reforma de Estado, que se consolidou a partir dos anos 90, produziu mudanças institucionais profundas, tais como reformas das relações trabalhistas, do judiciário, legislativo, dos mecanismos regulatórios, tributárias, dos programas de privatizações. Foi, portanto, um dos elementos constitutivos de um processo mais amplo de reforma das instituições do Estado. Todavia não se pode perder de vista que o “centro da ‘reforma’ [...] é o ajuste fiscal” (BEHRING, 2008, p.198). Na delimitação do tamanho do Estado estão envolvidas as ideias de privatização, publicização e terceirização.

Quando Behring (2008) assinala que as mudanças ocorridas a partir dos 90 tornam insuficiente a compreensão (e explicação) da realidade brasileira, através de categorias analíticas como a “modernização conservadora” esclarece “que o Brasil a partir dos anos 90 adentrou num período marcado por uma nova ofensiva burguesa, [porém], mais uma vez, adaptando-se às requisições do capitalismo mundial” (p. 113). A partir da década de 90, o Brasil “adentrou num período marcado por uma nova ofensiva burguesa, [porém], mais uma vez, adaptando-se às requisições do capitalismo mundial” (BEHRING, 2008, p. 113).

O Consenso de Washington foi determinante para definição do projeto hegemônico em vigor, devido aos seus princípios norteadores: reformas comerciais liberalizantes com o máximo de abertura à importação de bens e serviços e à entrada de capitais de risco; drástica redução do Estado; corrosão do conceito de soberania nacional e a predominância absoluta do mercado autorregulável nas relações econômicas tanto internas quanto externas.

Os governos Fernando Collor de Melo e Fernando Henrique Cardoso foram marcados pelas “reformas” orientadas ao mercado com ênfase nas privatizações e na previdência social, interditando a Constituição rumo ao “projeto modernizador”. As principais características deste processo são marcadamente a instauração de uma ampla campanha pela “reforma”, através

da mídia nos meios: político, técnico e científico, cujo principal argumento recaía sobre a crise econômica, o “tamanho do Estado” e a dívida pública (BRAZ et al., 2014b). Com isso, o Governo FHC, na apresentação do Plano da Reforma do Estado, indicava entre os seus princípios, o de que as funções do Estado deveriam ser de coordenador e financiador das políticas públicas e não de executor.

3. PLANO DIRETOR DA REFORMA DO APARELHO DO ESTADO – PDRAE

Os impactos da “contrarreforma” podem ser detectados desde a concepção do Plano Diretor da Reforma Administrativa do Estado – PDRAE, na medida em que o documento aponta tendências privatistas, desresponsabilizando o Estado das políticas sociais.

De acordo com o PDRAE “a administração pública deve ser permeável à maior participação dos agentes privados e/ou das organizações da sociedade civil e deslocar a ênfase dos procedimentos (meios) para os resultados (fins)” (p.16).

Fica determinado:

[...] a transformação dos serviços não exclusivos estatais em organizações sociais [que] se dará de forma voluntária, a partir da iniciativa dos respectivos ministros, através de um Programa Nacional de Publicização. Terão prioridade os hospitais, as universidades e escolas técnicas, os centros de pesquisa, as bibliotecas e os museus (BRASIL, 1995, p.60).

O que significou a criação do Programa Nacional de Publicização através da Lei Federal nº 9.637/98.

Transferir à gestão social “publicizando-a” para entidades privadas de caráter público não estatal com uma visão atrelada ao modelo gerencia flexível com autonomia administrativa e financeira, própria da lógica existente na iniciativa privada tendo como argumento a “desburocratização do Estado” é promover a privatização dos serviços públicos (SANTOS, 2015, p.6).

Trata-se do repasse a setores privados da responsabilidade pela execução de serviços públicos, antes tradicionalmente cometidos à atuação direta do Estado, basicamente, nas áreas de educação, saúde, cultura e pesquisa científica, em relação às quais permaneceria o Estado como mantenedor e regulador dos serviços objeto da gerência não estatal.

Com o projeto “reformista” do governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), a partir da década de 1990, o Brasil adentrou num período marcado por uma nova ofensiva burguesa, [porém], mais uma vez, adaptando-se às requisições do capitalismo mundial, “dessa herança

[...] o país transitou à ‘democracia do grande capital’ com clara dissociação entre desenvolvimento capitalista e regime político democrático” (IAMAMOTO, 2007, p.131).

Nas contrarreformas do Estado brasileiro, a saúde, educação, alimentação, entre outras conquistas históricas, perdem sua condição de direitos – constitutivos de sujeitos coletivos – e passam a ser recursos (ou mercadorias) regulados unicamente pelo mercado.

Com o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado – PDRAE se altera o padrão estatal-público para o padrão público-privado ou público não estatal. A instituição do Programa de Publicização dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais (OSs)²⁰⁸ e sobre a relação destas com os governos municipais. Esse programa resulta, portanto, de um discurso “técnico modernizador” alicerçado na aparente eficiência do setor privado e amalgamado em uma suposta ineficiência do setor público, por isto a ênfase nas virtualidades e vantagens do setor privado-público, tais como: “procedimentos mais rápidos, menos burocráticos; agilidade no desempenho de atividades sociais; alta especialização na prestação dos serviços; vinculação a metas e resultados, que devem ser demonstrados pela O.S” (BRAZ et al., 2014a, p. 03).

O trinômio privatização, focalização e descentralização, estabelece a relação de transferência de responsabilidades para entes da federação ou instituições privadas. Sendo que, a privatização restringe o acesso a quem pode pagar pelos serviços; já, na focalização temos a seletividade, pois só acessa os serviços públicos aqueles que não têm condições de acessar os serviços privados; e, a descentralização que acompanha a privatização nada mais é do que a transferência feita do público ao privado ou terceiro setor.

4. REGIÃO METROPOLITANA DA BAIXADA SANTISTA - RMBS

Como resultado de grande pressão política – de acordo com o disposto na Constituição do Estado de São Paulo, promulgada em 1989 –, criou-se a Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS), por meio da Lei Complementar Estadual nº 815, de 30 de julho de 1996. As

²⁰⁸ **Organização Social** é uma qualificação atribuída à pessoa jurídica de direito privado, pelo Poder Executivo, uma vez atendidos determinados requisitos e pressupostos. A entidade sem fins lucrativos tem a obrigação de realizar investimentos de seus excedentes financeiros no desenvolvimento de suas atividades, sendo proibida a distribuição de bens ou de parcelas do patrimônio líquido; dedica-se a atividades sociais, dentre as quais o ensino, a pesquisa, o desenvolvimento tecnológico e a saúde). A parceria das Organizações Sociais com os governos em diferentes instâncias se dá através de contrato de gestão entre eles, elaborado de comum acordo entre o órgão ou entidade supervisora e a organização social, e aprovado pelo Conselho de Administração dessa e pelo Governo e discriminam as atribuições, responsabilidades e obrigações do Poder Público e da Organização Social (SANTOS, 2015, p.8-9).

Segundo Silva (2004) as Organizações Sociais “constituem estratégia de privatização, pelo repasse de recursos públicos a instituições privadas, pela possibilidade de contratação de servidores sem concurso público e pela desobrigação de cumprimento da Lei de Licitações, aplicável aos órgãos públicos” (p.143).

Regiões Metropolitanas, aglomerações urbanas e microrregiões, buscam atender as necessidades comuns de municípios limítrofes. Estas são as entidades coletivas previstas pela Constituição Federal de 1988 no § 3o do art. 5. Muitas delas são criadas, sobretudo, para viabilizar o aporte de recursos geradores de políticas que possam estimular o desenvolvimento econômico e social de determinadas regiões brasileiras.

No início do século XXI os municípios começam a aprovar suas legislações referentes aos Programas de Publicização. Em 2005, na cidade de Santos, a Lei Municipal nº 2.355/05 dispõe sobre a qualificação de Organizações Sociais na área da Cultura. Em 2007, a Lei Municipal nº 2.492/07 autoriza o poder executivo a celebrar convênio com entidades assistenciais no município de Santos. A partir desse ano nota-se a crescente onda de legislações estabelecendo a parceria público-privada de Organizações Sociais ou Organizações Sociais de Interesse Público nos municípios que compõem a Região Metropolitana da Baixada Santista, inclusive na área da saúde através de Organizações Sociais (OSs). Em 2013 a Lei Municipal nº 2.947 de 17 de Dezembro institui na cidade de Santos o Programa Municipal de Publicização. No mesmo mês, é aprovada a Lei Municipal nº 2.955, de 27 de dezembro, com a natureza de instituir o Programa de Parcerias público-privadas de Santos – PPPS. Em 2014, o Decreto Municipal nº 6.749, de 10 de abril, regulamenta a Lei 2.947/13. Em 2015 é publicado o Decreto nº 7.044, de 11 de fevereiro, que altera algumas atividades da comissão municipal de publicização. Em 2016, o Decreto nº 7.585, de 10 de novembro, regulamenta a Lei Federal nº 13.019, de 31 de julho de 2014, no âmbito da administração pública direta e indireta do município de Santos, que se refere às parcerias celebradas entre a Administração Pública municipal e as organizações da sociedade civil (OSC).²⁰⁹

5. BREVE HISTÓRICO: SANTOS

A história de Santos confunde-se com a história do Brasil. Em sua trajetória pode ser destacada a importante contribuição para a economia do país com os ciclos do café e a atividade portuária, assim como a contribuição para agendas progressistas já que políticos influentes que defendiam bandeiras como a independência do Brasil a abolição da escravatura são santistas.

²⁰⁹ O Termo “Organização da Sociedade Civil” (OSC) representa apenas a forma mais recente de fazer referência àquelas entidades antes denominadas “Organizações não Governamentais” (ONG). (IPEA, 2019).

O povoado cresceu em importância e foi elevado à condição de vila por Brás Cubas em 1546. Nos primeiros anos de ocupação era marcante a presença de imigrantes portugueses e espanhóis (SANTOS, s/d., s/p.)

A segunda metade do século XVI foi significativa para Santos, pois foi criada a Alfândega de Santos em 1550 — ano que marca a chegada dos padres jesuítas para a catequização dos índios tupis. Nessa época, Santos sofreu com a invasão e com os saques dos piratas, por ser um porto relativamente próspero.

Em 26 de janeiro de 1839, a Assembleia Provincial (que hoje equivale a Assembleia Legislativa Estadual) resolveu aprovar uma Lei que elevou a Vila de Santos à condição de Cidade (Lei assinada por Venâncio José Lisboa, presidente da Assembleia). Logo, comemorase a cada dia 26 de janeiro o aniversário da cidade - não apenas o de sua elevação à categoria de Cidade, mas também o da sua fundação por Brás Cubas.

Ainda no século XIX, a economia do café no Brasil representou um impulso sem precedentes de crescimento para Santos. A inauguração da ferrovia São Paulo Railway ligando Santos às lavouras cafeeiras de Jundiaí em 1867 foi uma fonte de progresso inestimável, principalmente para o porto (SANTOS, s/d., s/p.).

O município também ficou famoso por ser pátria de importantes movimentos políticos. Além do Abolicionismo, vários episódios relacionados à independência do Brasil ocorreram em Santos. No século XIX, com a abolição da escravatura, Santos se caracterizou como a porta de entrada do Brasil para imigrantes italianos e japoneses, que acabaram se fixando na cidade.

Durante o regime militar de 1964, Santos teve a sua autonomia política suspensa: por abrigar o maior porto do Brasil, a cidade foi designada área de segurança nacional pelo governo, perdendo, assim, o direito de eleger prefeito.

A população de Santos cresceu a uma taxa média anual de 0,03% entre 2000 e 2010. A População estimada no município em 2018 é de 432.957 pessoas (IBGE, 2017). Trata-se de uma cidade de grande porte. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) de Santos é 0,840, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Muito Alto (IDHM entre 0,800 e 1).

Na economia, a renda per capita média de Santos cresceu 57,53% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 1.075,13, em 1991, para R\$ 1.441,86, em 2000, e para R\$ 1.693,65, em 2010. Isso equivale a uma taxa média anual de crescimento nesse período de 2,42%. A proporção de pessoas pobres, ou seja, com renda domiciliar per capita inferior a R\$

140,00 (a preços de agosto de 2010), passou de 4,17%, em 1991, para 3,49%, em 2000, e para 2,39%, em 2010.

A atividade econômica do município é marcada pelo porto, o maior e mais importante complexo portuário da América do Sul, sendo responsável pela movimentação de 48% do PIB brasileiro (PORTO DE SANTOS, 2013).

Os problemas sociais estão relacionados aos processos de modernização, urbanização e industrialização. Inspira-se na demanda pela igualdade e no reconhecimento da cidadania como princípio maior de integração social. A proteção social passa a ser entendida como obrigação pública e responsabilidade do Estado, mesmo que para sua implementação possa concorrer o esforço privado.

Com os Programas de Publicização, novas formas de governo e as diversas leis aprovadas na última década e meia na RMBS, ocorreram muitas transformações no gerenciamento das Políticas Sociais. Faremos uma breve análise sobre a organização dos serviços de saúde no município de Santos.

5.1 Serviços de Saúde no município de Santos

O município de Santos possui uma ampla rede de atendimento na área de Saúde, que abrange desde a atenção básica até serviços especializados. Ao todo o município conta com 1383 estabelecimentos de saúde segundo dados disponíveis no site do Ministério da Saúde (2015). Os 1383 estabelecimentos são classificados da seguinte forma: Centro de Saúde/Unidade Básica 34; Policlínica 4; Hospital Geral 12; Hospital Especializado 2; Pronto-Socorro Geral 3; Consultório Isolado 1056; Clínica/Centro de Especialidade 160; Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado) 71; Unidade Móvel Terrestre 1; Unidade Móvel de Nível Pré-hospitalar na Área de Urgência 11; Farmácia 3; Cooperativa 3; Hospital/Dia – Isolado 8; Secretaria de Saúde 2; Centro de Atenção Psicossocial 7; Central de Regulação Médica das Urgências 1; Serviço de Atenção Domiciliar Isolado (Home Care) 1; Laboratório de Saúde Pública 1; Central de Regulação do Acesso 3 (Ministério da Saúde, 2015).

Desses estabelecimentos, alguns são empresas privadas, outras entidades beneficentes sem fins lucrativos, outros são equipamentos públicos. Com a exposição da constituição jurídica de equipamentos centrais como são os hospitais centrais, é possível ter um retrato da administração de equipamentos públicos no município (Hospitais Gerais em Santos e o tipo de Organização Mantenedora): **Administração Direta da Saúde** (Ministério

da Saúde, Secretaria Estadual da Saúde e Secretaria Municipal da Saúde) - Hospital dos Estivadores; Hospital Guilherme Álvaro Santos; Seção Hospital e Maternidade Municipal Dr. Silvério Fontes; Seção Hospital Municipal Dr. Arthur Domingues Pinto. **Entidade Beneficente Sem Fins Lucrativos** - Hospital Santo Antônio Santos; Hospital Santo Expedito; Santa Casa de Santos; **Empresa Privada** Casa de Saúde de Santos; Hospital Ana Costa de Santos; Hospital São Lucas de Santos; Intermédica Sistema de Saúde SA (Ministério da Saúde, 2015).

É possível perceber que não há muita diferença entre o número de hospitais privados, sem fins lucrativos ou públicos. Quatro hospitais são privados, outros quatro são administrados pelo poder público (Ministério da Saúde, Secretaria Estadual da Saúde e Secretaria Municipal da Saúde, em conjunto) enquanto três são entidades sem fins lucrativos.

Em síntese, nas últimas décadas, dentro do processo de reestruturação do capital, o Estado busca ampliar os interesses do capital na atuação na esfera pública. Tem-se, na promoção do chamado terceiro setor, a transferência da responsabilidade estatal nas diversas áreas das organizações da chamada “sociedade civil”, que desenvolvem atividades antes atribuídas ao Estado. Essa onda vem ganhando destaque na região Metropolitana da Baixada Santista.

Esta realidade enseja o embate desigual entre o projeto neoliberal e as lutas dos trabalhadores (que podem se verificar por meio das iniciativas particulares e privadas com um sentido público; valores de solidariedade; necessidades sociais demandadas pela população que passam a ser de atribuição da sociedade). O sentido público assim transforma-se na transferência de responsabilidades do Estado para o particular.

Analisando a atual conjuntura, percebe-se que a “modernização conservadora”, não destruiu os elementos tradicionais e históricos do conservadorismo político, o que significa que é necessário capturar (e explicitar) as novas fontes e formas de legitimidade que a ofensiva ideológica burguesa no Brasil assume a partir da década de 90, considerando principalmente a condição heteronômica do país no contexto da economia mundial. As transformações contemporâneas que afetam seus sujeitos e provocam redefinições profundas no Estado desencadeando novas requisições (políticas, econômicas e sociais).

6. CONCLUSÃO

O presente trabalho teve como objetivo destacar algumas das transformações para a Política Social na Região Metropolitana da Baixada Santista. Destacam-se entre estas

transformações: o desafio na oferta dos serviços públicos como direitos sociais (retorno à filantropia e fragilização do controle social); o crescente número de legislações que instituem os programas de publicização e parcerias público-privadas (Estatal-privado) na região; transferência da gestão de equipamentos públicos para a iniciativa privada; aumento do discurso político de "modernização" da administração pública; valorização do capital e influência nas decisões administrativas nas políticas dos municípios; mudanças nas relações de trabalho nos equipamentos públicos.

O levantamento das legislações instituidoras dos Programas de Publicização na RMBS tem como objetivo problematizar a alteração do padrão estatal-público (CF 1988) para o padrão público-privado ou público não estatal (PDRAE 1995) buscando refletir e analisar as repercussões desta alteração no âmbito da política social. Os governos locais, ao instituírem tais Programas, ampliam os serviços e as atividades desenvolvidas por meio de organizações sociais.

Na atual conjuntura, com o avanço das propostas neoliberais, organizações não governamentais e um conjunto diversificado de organizações sociais têm sido convocados pelo Estado e pelo empresariado para o estabelecimento de diferentes parcerias, como operadores de programas nas mais diversificadas áreas.

A implantação dos Programas de Publicização nas políticas sociais no município de Santos contém o discurso político local que justifica o Programa como adoção de medidas para a modernização e o aperfeiçoamento da máquina administrativa. No discurso político local, o Programa de Publicização resulta de um discurso "técnico modernizador" alicerçado na aparente eficiência do setor privado e amalgamado em uma suposta ineficiência do setor público, por isto a ênfase nas virtualidades e vantagens do setor privado-público, tais como: procedimentos mais rápidos e menos burocráticos; agilidade no desempenho de atividades sociais; alta especialização na prestação dos serviços; vinculação a metas e resultados que devem ser demonstrados pela Organização Social.

Em que pese à expansão das Organizações Sociais, elas ainda são pouco conhecidas, discutidas e compreendidas no município e na RMBS. Aliás, o cidadão, quando utiliza um serviço público, não é informado se sua gestão é feita pelo Estado ou por uma Organização Social.

Existe a necessidade de apropriar-se e aprofundar a discussão sobre o significado das legislações aprovadas nos últimos anos: sua origem, natureza, finalidade e, principalmente, os seus impactos no modelo de gestão. Isto porque a lei em questão altera a relação público-

privada na concepção e em consequência na implementação das políticas públicas em Santos e nos municípios da RMBS.

Para a compreensão do processo instituído a partir das Leis de Publicização na RMBS é necessário capturar (e explicitar) as novas fontes e formas de legitimidade que a ofensiva ideológica burguesa no Brasil assume a partir da década de 90, considerando principalmente sua condição heteronômica no contexto da economia mundial.

Em tal contexto, as políticas públicas, notadamente as políticas sociais, assumem relevância e buscam garantir condições adequadas para as demandas de reprodução ampliada do capital e, por meio das mesmas atividades, responder contraditoriamente, ainda que de modo parcial e insuficiente, às necessidades sociais coletivas e individuais derivadas dos processos de produção e reprodução social.

Essa nova realidade tem profundas consequências tanto na ordem econômica como social. No caso das políticas sociais a dominância do capital mundializado implicou a ruptura da relação capital-trabalho e tem profundo impacto nas ofertas das políticas sociais.

REFERÊNCIAS

BEHRING, E. **Brasil em contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING, E.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. 7ª ed. São Paulo: Cortez, 2010.

BRASIL. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado - PDRAE**. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Brasília: MARE, 1995.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 16. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

BRAZ, N. ; BARROS, I. A. ; SANTOS, D. A. ; ZUTTER, A. . **A 'publicização' da política social na região metropolitana da baixada santista: um balanço crítico**. Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social – ENPESS. Natal, 2014a.

BRAZ, N. ; BARROS, I. A. ; SANTOS, D. A. ; ZUTTER, A. . **Programas de publicização: em análise tendências da política social brasileira**. Pré - Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social – ENPESS. São Paulo, 2014b.

IAMAMOTO, M.V. **Serviço Social em tempo de Capital Fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo: Cortez, 2007.

MOTA, A. E. Crise contemporânea e as transformações na produção capitalista. In: Conselho Federal de Serviço Social (CFESS); Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS). **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

_____. (Org.) **Desenvolvimentismo e Construção de Hegemonia: crescimento econômico e reprodução da desigualdade**. São Paulo: Cortez, 2012.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. **Economia política: uma introdução crítica**. 8ª ed. São Paulo: Cortez, 2012.

SANTOS, D.A. **Programas de Publicização: um balanço das transformações nas relações de trabalho na região metropolitana da baixada santista**. Franca – São Paulo, 2015.

SILVA, A. A. **A gestão da seguridade brasileira: entre a política pública e o mercado**. São Paulo: Cortez, 2004.

LEIS E DECRETOS

BRASIL. **Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências.

_____. **Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014**. Estabelece o regime jurídico das parcerias voluntárias, envolvendo ou não transferências de recursos financeiros, entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público; define diretrizes para a política de fomento e de colaboração com organizações da sociedade civil; institui o termo de colaboração e o termo de fomento; e altera as Leis nos 8.429, de 2 de junho de 1992, e 9.790, de 23 de março de 1999.

_____. **Lei nº 13.204, de 14 de dezembro de 2015**. Altera a Lei no 13.019, de 31 de julho de 2014, “que estabelece o regime jurídico das parcerias voluntárias, envolvendo ou não transferências de recursos financeiros, entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público; define diretrizes para a política de fomento e de colaboração com organizações da sociedade civil; institui o termo de colaboração e o termo de fomento; e altera

as Leis nos 8.429, de 2 de junho de 1992, e 9.790, de 23 de março de 1999”; altera as Leis nos 8.429, de 2 de junho de 1992, 9.790, de 23 de março de 1999, 9.249, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 12.101, de 27 de novembro de 2009, e 8.666, de 21 de junho de 1993; e revoga a Lei no 91, de 28 de agosto de 1935.

SANTOS. Lei n.º 2.355 de 27 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais nas áreas que especifica, cria o programa municipal de publicização e dá outras providências.

_____. **Lei n.º 2.492 de 19 de novembro de 2007.** Autoriza o poder executivo a celebrar convênio com entidades assistenciais que especifica, para subsidiar ações sociais nos segmentos de atendimento à criança e ao adolescente, à família, à pessoa portadora de deficiência, ao migrante, à população de rua e ao idoso.

_____. **Lei n.º 2.747 de 03 de março de 2011.** Altera dispositivos da lei n.º 2.355, de 27 de dezembro de 2005, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais nas áreas que especifica, cria o Programa Municipal de Publicização, e dá outras providências.

_____. **Lei nº 2.947 de 17 de dezembro de 2013.** Institui o programa municipal de publicização, dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, e dá outras providências.

_____. **Lei nº 2.955 de 26 de dezembro de 2013.** Institui o Programa de Parcerias Público-Privadas de Santos – PPPs, e dá outras providências.

_____. **Decreto nº 6.749 de 10 de abril de 2014.** Regulamenta a lei nº 2.947, de 17 de dezembro de 2013, que institui o programa municipal de publicização, dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais, e dá outras providências.

_____. **Lei nº 3.078 de 12 de dezembro de 2014.** Altera e acresce dispositivos à lei nº 2.947, de 17 de dezembro de 2013, que institui o Programa Municipal de Publicização, dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais, e dá outras providências.

_____. **Decreto nº 7.044 de 11 de fevereiro de 2015.** Altera o decreto nº 6.749, de 10 de abril de 2014, que regulamenta a lei nº 2.947, de 17 de dezembro de 2013, que institui o programa municipal de publicização, dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais, e dá outras providências.

_____. **Decreto nº 7.585 de 10 de novembro de 2016.** Regulamenta a lei federal nº 13.019, de 31 de julho de 2014, no âmbito da administração pública direta e indireta do município de Santos, e dá outras providências.

_____. **Lei nº 3.330 de 22 de dezembro de 2016.** Acresce dispositivos à lei nº 2.947, de 17 de dezembro de 2013, que institui o Programa Municipal de Publicização, dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais, e dá outras providências.

_____. **Lei nº 3.399 de 29 de novembro de 2017.** Acrescenta o § 6º ao artigo 17 da lei nº 2.947, de 17 de dezembro de 2013, que institui o Programa Municipal de Publicização, dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais, e dá outras providências.

ASSISTÊNCIA DOMICILIAR EM SAÚDE: PERSPECTIVAS E CONFLITOS A PARTIR DE UM CASO HOSPITALAR

Elis Regina Rezende Pinheiro (UFF - Universidade Federal Fluminense)

RESUMO: A assistência domiciliar pode configurar uma importante modalidade de cuidado em saúde. Este estudo analisa suas especificidades, limites e desafios, bem como seu potencial de inovação no sentido da integralidade da atenção à saúde. Um de seus objetivos é a desospitalização, no sentido de viabilizar a alta hospitalar para que o usuário possa retornar ao convívio familiar. A continuidade do tratamento no domicílio deve ser realizada com ações planejadas por equipe multiprofissional, voltadas para as demandas do usuário nos aspectos sociais, econômicos, culturais e comunitários. Entretanto, observa-se que ainda existem muitos desafios para sua consolidação.

Palavras-chave: Assistência domiciliar. Desospitalização. Serviço social.

ABSTRACT: Home care can be an important modality of health care. This study analyzes its specificities, limits and challenges, as well as its potential for innovation towards comprehensive health care. One of its goals is the dehospitalization, in order to make discharge possible so that the user can return to family life. Continuity of treatment at home should be carried out with actions planned by a multidisciplinary team, focused on user demands in social, economic, cultural and community aspects. However, it is observed that there are still many challenges to its consolidation. **Keywords:** Home care. Dehospitalization. Social service.

1. INTRODUÇÃO

De acordo com Araújo (2015), o Ministério da Saúde vem incentivando o atendimento aos pacientes em domicílio, tendo como objetivos a desospitalização precoce através do cuidado continuado, a minimização de intercorrências clínicas e de infecções hospitalares e o estímulo à autonomia dos pacientes no cuidado fora do hospital.

Nesse sentido, este trabalho tem como objeto de estudo o serviço de assistência domiciliar de uma instituição hospitalar pública do Rio de Janeiro, no qual se pretende analisar as especificidades, limites e desafios dessa modalidade de cuidado multiprofissional, bem como seu potencial de inovação no sentido da integralidade da atenção à saúde.

A visita domiciliar no cenário da saúde está ligada a alguns segmentos profissionais específicos, como assistentes sociais, médicos e enfermeiros. Trata-se de um instrumento de trabalho realizado por um ou mais profissionais, junto aos indivíduos em seu próprio meio social ou familiar (AMARO, 2003).

Paula (2014) ressalta que “o assistente social é reconhecido como um profissional da saúde e, como tal, possui o campo da política de saúde como uma das suas principais áreas de atuação profissional” (p. 86). Nesse sentido, o tema de estudo é de grande relevância para a categoria profissional considerando que:

Entende-se como desafio a implementação do projeto de Reforma Sanitária, construído a partir de meados dos anos de 1970, tendo em vista que tal projeto tem relação direta com o projeto profissional dos assistentes sociais, considerando que sua principal proposta é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais.

2 ASSISTÊNCIA DOMICILIAR E DESOSPITALIZAÇÃO

O termo desospitalização é entendido como uma forma de abreviar o tempo de internação do paciente, geralmente com assistência e cuidados fora do ambiente hospitalar. Já a assistência domiciliar é considerada uma estratégia para viabilizar a desospitalização, promovendo a continuidade do tratamento em domicílio, quando as condições clínicas do paciente permitirem.

A primeira proposta substancial e de caráter público de atendimento domiciliar no Brasil ocorreu em 1949, feita pelo então Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, com o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência – SAMDU (BRUNO, 2018).

De acordo com Oliveira (2014), o SAMDU tinha por finalidade prestar assistência médica em ambulatórios e hospitais, bem como no domicílio ou no trabalho. Tal serviço de atenção domiciliar ofertado ao trabalhador e sua família funcionava como um pacto entre Estado e população. Ao mesmo tempo em que concedia direitos, possuía o controle da força de trabalho, uma forma de inspecionar o trabalhador no domicílio ou no local de trabalho, intervir no absenteísmo e recuperar a saúde desses trabalhadores para que ele pudesse retornar ao seu lugar de produção.

Bruno (2018) afirma que a efetivação da atenção domiciliar depende do reconhecimento das reais condições da família para acolhimento do sujeito enfermo, sendo a família a primeira comunidade de cuidado e relação. Entretanto, a autora ressalta que é preciso considerar as especificidades que permeiam as relações familiares.

A família “poderá em situações extremas da vida oferecer retaguarda ou não, de acordo com sua organização e suas vivências, uma vez que o cumprimento desse papel de forma acrítica e inquestionável se dá apenas no campo ideológico” (p. 61). Em alguns casos, a pressão exercida sobre as famílias pode não só inviabilizar a proposta de cuidado domiciliar aos usuários, como também tornar as relações intrafamiliares ainda mais fragilizadas.

Os serviços de cuidado domiciliar, conforme aponta a autora, contam em sua formulação com a total disponibilidade de um dos membros da família para cuidador, sem nenhuma crítica. Por isso, Bruno (2018) entende que deve fazer parte do escopo desses serviços pensar em quem cuida e como cuida, inclusive com os encargos assumidos pela esfera estatal, como já ocorre em alguns países.

Neto e Dias (2014) ressaltam o cuidador como outro tema de grande relevância na assistência domiciliar. Segundo os autores, a discussão acerca do papel do cuidador é muito complexa; entretanto, pontuam alguns aspectos centrais relacionados ao cuidador na assistência domiciliar que estão longe de ser enfrentados, merecendo destaque:

[...] sobrecarga física e emocional do cuidador, causando o seu adocemento; incapacidade da rede do usuário em destacar alguém que desempenhe o papel de cuidador (muitos abandonam um posto de trabalho para isso, por exemplo) somada à incapacidade do Estado em garantir a presença de um cuidador nessas situações; dentre outras (p. 68).

O ato de desospitalizar pode significar muito mais do que levar o paciente de volta para sua casa, não devendo ser, portanto, uma transferência de responsabilidades do Estado para a família, mas o contrário, um encontro de cuidados fora dos muros do hospital.

Considera-se que a assistência domiciliar pode promover a autonomia do paciente, uma vez que as tarefas no domicílio podem ser executadas no seu tempo. Para o Estado, a

assistência domiciliar representa um mecanismo de redução dos gastos no cenário hospitalar, tanto em recursos materiais como humanos. Já para família, a assistência domiciliar possui um custo, tanto de tempo que é despendido para o cuidado, como financeiramente, assumindo a compra de insumos necessários para o paciente e o aumento das despesas domésticas, inevitáveis quando se tem um familiar doente em casa.

3 ASSISTÊNCIA DOMICILIAR EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

3.1 Sobre a pesquisa

Esta pesquisa foi realizada em uma instituição hospitalar pública no Rio de Janeiro. Seus pacientes são atendidos pela equipe da assistência domiciliar após a realização de cirurgia ortopédica, quando demandam atenção especial no período pós-operatório devido às limitações enfrentadas nas Atividades da Vida Diária (AVD).

O Serviço de assistência domiciliar possui uma equipe multidisciplinar composta por agentes administrativos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais.

O objetivo do serviço é viabilizar a antecipação da alta hospitalar para que o usuário possa retornar ao convívio familiar e continuar o atendimento em seu domicílio, reduzindo o custo da internação, o risco de infecção, os índices dos fenômenos depressores e de reinternação e tendo como foco o encorajamento da independência dos usuários e de sua família, através do autocuidado.

A coleta de dados foi realizada no período de agosto a setembro de 2018, por meio de entrevistas dirigidas a quatro profissionais da equipe do serviço de assistência domiciliar da instituição, cujo roteiro da entrevista foi estabelecido no modelo semiestruturado, propiciando maior liberdade para o entrevistado discorrer sobre o tema em questão (MINAYO, 2016). A análise e interpretação dos dados foram realizadas a partir de referências teóricas pertinentes à temática do estudo.

3.2 Resultados

3.2.1 Percepção Dos Profissionais



Todos os profissionais entrevistados consideram como fundamental o atendimento domiciliar, principalmente para os pacientes ortopédicos em situação de pós-operatório, perfil dos usuários do serviço nessa instituição. Segundo eles, a agilização da alta hospitalar do paciente e as orientações no pós-operatório são os principais objetivos do serviço de assistência domiciliar.

Verifica-se nas falas da equipe que, em geral, os usuários relatam se sentirem muito confusos após a alta médica. Ainda que tenham recebido todas as informações necessárias, visto que o excesso de informações que são passadas por diversos profissionais durante a internação pode contribuir para que se sintam ainda mais inseguros. Por este motivo, a equipe ressalta a importância do suporte profissional nesse momento de retorno para casa.

A continuidade do atendimento no domicílio do usuário é fundamental para reabilitação do paciente, tendo em vista que é necessário adaptá-lo à sua realidade, ao seu domicílio, conforme esclarece a Profissional D:

[...] o atendimento domiciliar é fundamental porque a gente tá acostumado a trabalhar com o paciente dentro do ambiente pensado, que é o ambiente hospitalar, mas quando o paciente chega na casa dele [...], não é a mesma realidade, pode não dar certo, então a equipe tem que estar preparada para essa adaptação do ambiente e adaptar as orientações para aquele ambiente".

O atendimento domiciliar do paciente ortopédico, segundo Araújo (2015), é muito específico e as orientações são muito individualizadas, pois a casa deve ser adequada à nova realidade do paciente, levando-se em consideração a dificuldade de locomoção e a possibilidade de uso de andadores e muletas.

3.2.2 Avaliação dos usuários segundo os profissionais

De acordo com o relato dos profissionais, o nível de satisfação dos usuários com o serviço de assistência domiciliar é positivo, tendo em vista que a maioria dos usuários elogia a equipe e relata ser bem atendida.

Perguntados sobre possíveis queixas apresentadas pelos usuários, os profissionais relatam que são muito poucas. No entanto, eles compreendem que é difícil para o paciente sentir-se confortável para fazer uma reclamação pessoalmente à equipe. Ainda assim, a equipe informa que já recebeu algumas queixas pontuais, como as apontadas a seguir:

Queixa 1- Não aceitação da alta do serviço de assistência domiciliar. Alguns usuários

e seus familiares apresentam-se resistentes em aceitar o término do serviço, de acordo com os relatos da equipe. A resistência pode ser reflexo do desejo de manter a sensação de segurança e de apoio em ter a equipe cuidando de seu familiar em domicílio. De acordo com Merhy e Franco (2008), há grande resistência familiar em assumir os cuidados rotineiros após a alta da assistência domiciliar e, por isso, algumas famílias recorrem às ações judiciais para a manutenção do serviço mesmo que nos critérios da equipe não haja indicação técnica para tal. Face ao exposto, é importante que a equipe de assistência domiciliar trabalhe a alta do paciente desde sua admissão no serviço, bem como avaliar a necessidade de encaminhar esse paciente para a rede sempre que houver outras demandas que fogem ao cuidado da equipe de assistência domiciliar.

Queixa 2- O horário de atendimento domiciliar não ser informado previamente ao usuário. Conforme informado pela equipe, o atendimento é realizado em horário comercial. Os dias de atendimento são agendados com antecedência, porém sem horário marcado. A equipe segue uma rota organizada preestabelecida, porém não é possível estabelecer com precisão o horário dos atendimentos, tendo em vista que o tempo de atendimento para cada paciente pode variar conforme a demanda, assim como o tempo de trajeto entre um domicílio e outro, que pode sofrer alterações a depender das condições do trânsito.

É nítida a importância dada à família dos usuários pelos profissionais. Todos relatam que o papel dos familiares, em especial o do cuidador, é fundamental nesse processo de continuidade do tratamento do domicílio, uma vez que eles assumem a responsabilidade pelo cuidado com o paciente, especialmente no período em que este não tiver condições de se autocuidar. Percebe-se que a equipe preza por essa relação, devendo, portanto, ser a melhor possível, com base no diálogo, na confiança e no respeito mútuo.

3.2.3 Situação familiar dos usuários

No que tange à situação familiar, as relações familiares conflituosas e a falta de cuidador foram questões bastante debatidas nas entrevistas, por configurar entraves tanto para a equipe quanto para o próprio usuário e seu cuidador na continuidade do tratamento no domicílio.

As relações familiares são permeadas por sentimentos complexos e contraditórios, como afirma Bruno (2018), podendo ser tensionadas por situações ocorridas no passado, causando ruptura dos laços afetivos. A insistência em se manter esse vínculo familiar

fragilizado pode trazer sérias consequências, como a desproteção do paciente dependente de cuidados, intensificando sua condição de vulnerabilidade.

3.2.4 Entraves

Os profissionais entrevistados relataram muitos fatores que dificultam ou até mesmo impedem a realização do atendimento domiciliar, sendo os mais citados:

Fatores externos adversos (violência urbana, dificuldade de acesso, trânsito, falta de banheiro e local para refeição); b) Falta de suporte institucional (poucos treinamentos específicos para a equipe, quantitativo de profissionais insuficiente); c) Condições sociais precárias do usuário/família (dificuldade financeira, local de moradia sem água encanada, sem iluminação adequada ou em condições inapropriadas para a reabilitação do paciente).

Entre os fatores externos, a violência urbana foi uma queixa recorrente entre todos os profissionais entrevistados, também considerada a mais preocupante, podendo até mesmo causar a suspensão do atendimento:

"Nós já fomos abordados em vários lugares, teve paciente que a gente atendeu durante muito tempo [...], a equipe entrou pra fazer o atendimento, o motorista foi abordado na porta, porque o motorista fica dentro do carro, e aí ele foi abordado por homens armados questionando o que ele estava fazendo ali e pedindo pra ele não voltar [...] a gente já chegou na casa de um paciente que tinha um corpo na esquina [...] teve carro da equipe que foi levado, a equipe estava dentro da casa atendendo, quando voltou o motorista estava a pé" (Profissional A).

"Nossa limitação hoje é o território de risco né, a gente deixa de atender muitos pacientes por conta dos territórios que estão com um quadro assustador de violência né, onde as facções estão dominando alguns territórios e a gente acaba não podendo atender os pacientes" (Profissional B).

Perguntados sobre como lidam com as dificuldades encontradas devido à violência urbana, os profissionais informaram:

"Se ele não for contemplado com o atendimento domiciliar por várias questões, critérios, questões de vaga, a gente vai fazer a articulação com a rede, ver outros serviços para ele [...] orientar que a gente vai tentar outros suportes ali próximo da região onde ele mora" (Profissional D).

"A gente entra em contato com o paciente, pergunta se ele tem um outro endereço que

a gente possa atender” (Profissional A).

Araújo (2015) chama a atenção para a contradição diante da obrigatoriedade de a instituição atender a todos, ao mesmo tempo em que a limitação de recursos muitas vezes impede que isto se torne uma realidade. O direito de qualquer cidadão em ser atendido em uma instituição pública de saúde nem sempre é respeitado, ou, em muitos casos, torna-se uma tarefa impossível, considerando as diversas dificuldades que a equipe enfrenta no seu dia a dia, muitas vezes se colocando em risco.

As organizações públicas têm obrigação de prestar serviço e os cidadãos têm o direito de receber serviços ofertados, o que significa, em princípio, que não existe a possibilidade de selecionar a clientela, os problemas a atender. Não é possível repelir, em tese, os casos difíceis ou dispendiosos. Evidentemente, esse dever de atendimento está, habitualmente, em contradição com a limitação dos recursos (DUSSAULT, 1992 *apud* ARAÚJO, 2015).

A segurança do trabalhador deve ser prioridade em qualquer atuação profissional. Um profissional inseguro, exposto a riscos e sem a devida proteção, não conseguirá desenvolver suas atividades laborais de forma satisfatória, o que pode ser prejudicial para o sujeito a ser cuidado, como para o próprio trabalhador.

Os profissionais que realizam atendimento domiciliar estão mais vulneráveis a violência física e psicológica, apresentando sentimentos de medo, estresse e ansiedade (ARAÚJO, 2015). Por isso, é preciso intervir mais em ações voltadas para cuidar de quem cuida. A segurança e a saúde dos trabalhadores devem ser preservadas, valorizadas e postas em debate. Tal necessidade torna-se ainda mais evidente quando se trata de profissionais que realizam serviços externos, como é o caso da equipe de assistência domiciliar, uma vez que estes não contam com a segurança e toda a infraestrutura oferecida pelo ambiente institucional.

Constata-se que a instituição promove debates e seminários sobre a assistência domiciliar, conforme informado pelos profissionais. Entretanto, há necessidade de mais treinamentos mais específicos, que contemplem as situações vivenciadas pela equipe.

As condições sociais precárias também foram citadas como entraves para o cuidado domiciliar:

"Acho que outra limitação é a própria geografia das casas, cômodos muito pequenos, desnivelados, escadas [...] às vezes, a gente quer fazer um treino de marcha e não tem nem como, porque os cômodos são muito apertados" (Profissional C).

"Tem que ver a rede elétrica desse paciente, a gente tem que ver como é a condição de higiene dessa casa [...] então são detalhes assim que só quem sabe mesmo é quem visita

a casa do paciente" (Profissional D).

A estrutura domiciliar, muitas vezes precária, somada às dificuldades econômicas, além das alterações emocionais, da sobrecarga dos cuidadores e da dificuldade de acesso em casos de intercorrências interferem na qualidade do cuidado prestado (OLIVEIRA, 2014, p. 25).

As dificuldades socioeconômicas apresentadas pelos usuários e suas famílias são acolhidas pela equipe do serviço social do setor. Entre as principais demandas que se apresentam são aquelas relacionadas às orientações previdenciárias e benefícios assistenciais.

A família que possui um membro familiar dependente de cuidados precisa de subsídio financeiro, face aos gastos com cuidados extras na higiene do familiar, fraldas, medicamentos, alimentação específica, assim como com reformas no domicílio visando maior conforto para o paciente. Os gastos podem ser ainda maiores quando se utilizam equipamentos médicos, acarretando no aumento de despesas como água e energia elétrica, por exemplo.

Conforme exposto por Bruno, há necessidade de alargar a abrangência da atenção domiciliar no Brasil futuramente. Para isso, a autora pontua questões fundamentais nesse processo: o olhar totalizante, que não se restrinja às questões referentes à saúde, mas também à assistência e previdência social, tendo como ponto de partida o fortalecimento das políticas de proteção social no âmbito da seguridade social.

A articulação com a rede foi várias vezes mencionada pelos profissionais como um desafio frente às necessidades que o paciente da assistência domiciliar apresenta, considerando que, por apresentar outras patologias, precisam ser direcionados para outro serviço da rede de saúde, como mostra esse relato:

A articulação com outras redes que não somente as de serviço de saúde também é um elemento fundamental para a atenção domiciliar. Em seu estudo, Silva *et al.* (2017) demonstraram que o atendimento em domicílio propicia o envolvimento das equipes de saúde com outras necessidades do usuário, pois as colocam em contato com aquilo que mesmo indagado no atendimento hospitalar ou ambulatorial não se constitui como objeto direto do seu trabalho (condições de moradia, relações familiares, entre outros). Trata-se, portanto, de uma maior aproximação com outros elementos que interferem diretamente no quadro de saúde do usuário, requerendo a produção de um cuidado ampliado, que não se restringe aos aspectos biológicos da doença.

4 CONCLUSÃO

A assistência domiciliar traz novos desafios e enfrentamentos às equipes de saúde e às famílias. Também exige maior articulação entre os diferentes equipamentos da rede de saúde e desta com outras redes de serviço. No âmbito das políticas públicas, vai exigir dos profissionais, sobretudo os de Serviço Social, a possibilidade de intervenção com as demandas das famílias nos aspectos sociais, econômicos, culturais e comunitários que o cuidado domiciliar contempla.

A atuação do Serviço Social em equipe interdisciplinar, na qual pressupõe a troca de saberes e práticas, pode fortalecer uma visão ampliada de saúde, com vistas ao atendimento integral do usuário.

O assistente social dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário, assim como uma competência, também distinta, para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro e dos demais trabalhadores que atuam na saúde (CFESS, 2010).

Verifica-se a constante preocupação da equipe multiprofissional que realiza atendimentos domiciliares em áreas atravessadas pela violência estrutural (ou urbana, segundo o relato dos mesmos).

Para Minayo (1994), a prevenção da violência traz para o setor de saúde algumas indicações básicas como a busca pelo pleno exercício da democracia e por justiça social, atuando sobre as causas, não só da violência, como também da pobreza e misérias do país, considerando que qualquer ação para superar a violência passa por uma articulação intersetorial, interdisciplinar, multiprofissional e com organizações da sociedade civil e comunitárias que militam por direitos e cidadania; atuar sobre o fenômeno a partir de uma visão ampla, mas em níveis locais e específicos (p. 16).

A ética e o respeito são princípios e condições fundamentais para a realização do atendimento domiciliar. “O fato de ser realizada no ambiente domiciliar ou particular, por si só já clama por uma série de atenções e considerações éticas, relativas ao direito à privacidade e sigilo profissional” (AMARO, 2003, p. 48).

A proposta de assistência em nível domiciliar, segundo Nogueira e Monteiro (2014), pode ressaltar o valor da proximidade e do convívio com os familiares, assim como a importância da participação da família no processo do cuidado; entretanto, considerando-se a realidade brasileira, formada por um contingente de famílias empobrecidas

economicamente, a falta de suporte por parte do Estado pode sobrecarregar os membros da família, como visto no relato dos profissionais.

Conforme exposto pelos autores, pode-se constatar que esta discussão não se encerra no campo da saúde, sendo indispensável estabelecer uma agenda intersetorial, sobretudo com a assistência social.

REFERÊNCIAS

- AMARO, Sarita. **Visita domiciliar: Guia para uma abordagem complexa**. Porto Alegre: AGE, 2003.
- ARAÚJO, Claudia Mendes. Assistência domiciliar de saúde: Desafios no atendimento aos usuários do SUS que residem em área de violência urbana. 2015. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/13981>>. Acesso em nov/2018.
- BRUNO, Tatiana de Fátima Domingues. **Família e cuidado domiciliar: “de cuidador a dependente”**. 2018. 209 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2018.
- CFESS. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde. Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros para a Atuacao de Assistentes Sociais na Saude.pdf>>. Acesso em nov/2018.
- FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2008, vol.13, n.5, pp.1511-1520. ISSN 1413-8123. <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000500016>>. Acesso em nov/2018.
- LOYOLA, Cristina Maria Douat. Cuidado Continuado. In: Giovanella, Ligia; Lobato, Lenaura; Escorel, Sarah; Noronha, José e Carvalho, Antonio Ivo. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.
- MINAYO, Maria Cecília de S. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cad. Saúde Pública* [online]. 1994, vol.10, suppl.1, pp. S7-S18. ISSN 0102-311X. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1994000500002>>. Acesso em nov/2018.
- _____. O desafio da Pesquisa Social. In: **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2016.
- NETO, Francisco Campos Braga; BARBOSA, Pedro Ribeiro; SANTOS, Isabela Soares; OLIVEIRA, Celina Maria Ferro de. Atenção Hospitalar: Evolução histórica e tendências. In: Giovanella, Ligia; Lobato, Lenaura; Escorel, Sarah; Noronha, José e Carvalho, Antonio Ivo: **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.
- NOGUEIRA, Ana Claudia; MONTEIRO, Márcia Valéria. A família e a atenção em saúde: proteção, participação ou responsabilização? In: SILVA, Letícia Batista; RAMOS, Adriana. **Serviço Social, Saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional**. Campinas, SP: Papel Social, 2014.
- OLIVEIRA, Stefanie Griebeler. Melhor em Casa? Um estudo sobre a atenção domiciliar. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/105250>>. Acesso em nov/2018.
- PAULA, Luciana Gonçalves Pereira de. A dimensão investigativa do exercício profissional do assistente social na saúde. In: SILVA, Letícia Batista; RAMOS, Adriana. **Serviço Social, Saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional**. Campinas, SP: Papel Social, 2014.
- SILVA, Débora Lemos da; SOUZA, Juliana Louise Bezerra de; LIMA, Iris de Souza. Desospitalização – Esse é o Caminho? Pesquisa Realizada no Pronto Socorro Clóvis Sarinho. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Edição 04. Ano 02, Vol. 01. pp 474-500, jul/2017.

O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NAS POLÍTICAS PÚBLICAS A REALIDADE NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

Ana Paula Dos Santos; Daiana Cristina Do Nascimento (Unesp - Faculdade De Ciências Humanas E Sociais – Franca); ***Erika Leite Ramos De Luzia*** (Unesp - Faculdade De Ciências Humanas E Sociais – Franca); Maria Augusta Fantinati (Unesp - Faculdade De Ciências Humanas E Sociais – Franca)

RESUMO: O presente estudo abrange a trajetória do assistente social no âmbito das Políticas Públicas, as quais se inserem na esfera da reprodução social. Por ser um espaço permeado pela dominação ideológica do Estado e pelos interesses “mistificados” do capital, é preciso que o assistente social defenda os interesses da classe trabalhadora, em conformidade com o Projeto Ético-Político do Serviço Social. A luta empreendida pelo assistente social nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) apresenta valores semelhantes à Reforma Sanitária ocorrida no Brasil. O CAPS é a unidade aberta e comunitária que possibilita ações profissionais profícuas, além do trabalho interdisciplinar e intersetorial.

Palavras-chave: Trabalho; Assistente Social; Políticas Públicas; Centro de Atenção Psicossocial.

ABSTRACT: This study covers the trajectory of the Social Worker in the scope of Public Policies, which fall within the sphere of social reproduction. As it is a space permeated by the ideological domination of the State and by the “mystified” interests of capital, the Social Worker must defend the interests of the working class, in accordance with the Social Service's Ethical-Political Project. The struggle undertaken by the Social Worker in the Psychosocial Care Centers (CAPS) presents values similar to the Health Reform that occurred in Brazil. CAPS is an open and community unit, which enables numerous professional actions, in addition to interdisciplinary and intersectoral work.

Keywords: Job; Social Worker; Public policy; Psychosocial Service Center.



1. INTRODUÇÃO

Ao analisar a inserção dos assistentes sociais no campo das Políticas Públicas, observaram-se diversos contrapontos na relação entre Serviço Social e trabalho. Trata-se, este, de um breve estudo que traz diversos questionamentos acerca da inserção do assistente social na área da Saúde Mental, em especial no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, o qual integra a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS.

Primeiramente, por ser o assistente social um profissional especializado, inserido na divisão social e técnica do trabalho, que não possui os meios produtivos e acaba por se sujeitar às determinações do mundo do trabalho a fim de garantir a própria sobrevivência. E segundo, porque o trabalho assalariado no âmbito estatal (Políticas Públicas) não fica imune ao processo de exploração da classe trabalhadora, que decorre do sistema capitalista, haja vista que as políticas públicas servem aos interesses do capital.

O trabalho do assistente social na área da saúde mental integra o campo da seguridade social ao lado das Políticas de Assistência Social e da Previdência Social. De acordo com Almeida e Alencar (2011, p. 167), “o assistente social é um dos profissionais reconhecidos legalmente como trabalhador da saúde, o que lhe confere um reconhecimento institucional importante sobre as suas funções nas práticas e serviços de saúde”. Porém, como nos demais espaços sócio-ocupacionais, ele tem sua autonomia relativizada pelos conflitos de interesses presentes nesta unidade.

Os valores apresentados no projeto da Reforma Sanitária apresentam reciprocidade com os princípios do Projeto Ético-Político do Serviço Social, na medida em que buscam a democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade social dos usuários, interdisciplinaridade e intersetorialidade, além do acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã, garantindo seus direitos à saúde.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é uma conquista recente dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Política Nacional de Saúde Mental, que visa ao fortalecimento de serviços de saúde abertos, comunitários e públicos, além da extinção das unidades de asilamento, conhecidas como manicômios. O CAPS ainda é visto como um desafio profissional, por conta das fragilidades sociais e econômicas expostas como demandas diárias, que desvelam as expressões da Questão Social.

Nesse contexto, cabe ao assistente social desmistificar os interesses econômicos que regem as organizações estatais, que sob o comando do Estado que buscam minimizar os financiamentos dos serviços públicos para aumentar a privatização que garante lucratividade ao capital. Ademais, é imprescindível que o profissional compreenda seu papel na equipe interdisciplinar, sem perder a especificidade de sua atuação, para que desvende a relação existente entre a questão social e os transtornos mentais.

2. O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NAS POLÍTICAS SOCIAIS

A atuação do assistente social no âmbito das políticas sociais está pautada pela Lei nº 8.662/1993, que regulamenta a profissão e respaldado no Código de Ética do/a assistente social, instituído pela resolução do Conselho Federal de Serviço Social – CFESS nº 273/1993. O fazer profissional exige uma formação crítica, que propicie aos profissionais subsídios teóricos, éticos, políticos e técnicos essenciais à construção de ações comprometidas com os interesses da classe trabalhadora, em consonância com o Projeto Ético-Político.

Segundo Netto (1999), o projeto profissional tem em seu núcleo o reconhecimento da liberdade como valor central, concebida como possibilidade de escolha do usuário entre alternativas concretas. Por isso, os profissionais devem rejeitar as diversas formas de preconceito, contemplando o pluralismo como um dos princípios éticos fundamentais a serem observados tanto na sociedade como no exercício profissional.

A dimensão política do projeto é claramente enunciada: ele se posiciona a favor da equidade e da justiça social, na perspectiva da universalização do acesso a bens e a serviços relativos às políticas e programas sociais; a ampliação e a consolidação da cidadania são explicitamente postas como garantia dos direitos civis, políticos e sociais das classes trabalhadoras. (NETTO, 1999, p. 16).

O projeto societário defendido pelos assistentes sociais propõe ainda a construção de uma nova ordem social, sem exploração ou dominação de classe, etnia e gênero. Ainda, na visão de Netto (1999), do ponto de vista neoliberal, defender e implementar este projeto ético-político é sinal de “atraso”, equivale a andar na contramão da história. Ao defender o projeto em prol da população menos favorecida, o assistente social adentra um campo minado por interesses difusos: burguesia e classe trabalhadora.

A face antidemocrática do sistema capitalista busca justamente o avesso desse projeto, quando promove através do Estado a privatização e a liquidação dos direitos sociais,



o sucateamento dos serviços públicos e a adoção de políticas focalizadas na pobreza. “Enquanto avançam os resultados do projeto neoliberal, crescem no país o desemprego, a desproteção social e a desigualdade social gerada pela concentração exacerbada da riqueza socialmente produzida”. (LUZIA, 2018, p. 93).

Apropriado pelas dimensões ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa, o assistente social realiza intervenções no seio das diversas expressões da questão social, priorizando o respaldo à classe trabalhadora. Considerando que o sistema capitalista visa somente ao lucro, a defesa dos princípios e diretrizes do Código de Ética Profissional, intrínseca ao exercício profissional, muitas vezes se dá nas entrelinhas do cotidiano profissional.

Mesmo que o assistente social intente o compromisso ético de defesa dos direitos humanos e sociais, ele é recrutado para resolver problemas de ordem social, oriundos do sistema econômico excludente e não causados pelos sujeitos que os vivenciam. Nesse contexto, acaba por exercer funções que fogem a suas atribuições e competências profissionais. Assim, a preservação e o aprofundamento do projeto profissional dependem da vontade majoritária do corpo profissional e do fortalecimento da categoria profissional pelos órgãos de classe, representados pelos respectivos conselhos (CFESS/CRESS).

Entre as organizações que mediatizam o exercício profissional, o Estado é a instituição que emprega o maior número de assistentes sociais na atualidade. Na esfera do Estado, no campo da prestação dos serviços sociais, o assistente social participa do processo de redistribuição da mais-valia, via fundo público (IAMAMOTO, 2013, p. 24).

As políticas públicas setoriais inserem-se no campo da reprodução social, e os profissionais que nela trabalham ora atendem aos interesses do Estado (que serve ao capital), ora aos dos trabalhadores. Na visão de Iamamoto e Carvalho (2011), a partir das políticas sociais o assistente social integra a esfera da reprodução social, dentro do campo da dominação ideológica, que serve como instrumento de distribuição da mais-valia socialmente produzida.

Ao atuar nas políticas sociais, o assistente social não produz mais-valia, mas atua na distribuição da riqueza, uma vez que as políticas públicas são financiadas pelo fundo público. Dessa forma, o assistente social atua na distribuição do lucro produzido pelo trabalho coletivo e transferido ao Estado por meio de impostos, que é a fonte de financiamento das políticas públicas.

O campo da Seguridade Social (saúde, previdência e assistência social) configura um espaço ocupacional em que as atividades profissionais estão diretamente ligadas às ações de controle político-ideológico, buscando a modernização do aparato burocrático do Estado, na medida em que atendem não somente às necessidades da demanda, como também aos interesses “mistificados” do capital financeiro.

O Serviço Social enquanto profissão que atua nas políticas sociais contribui (indiretamente) para a produção da riqueza apropriada pelo sistema capitalista. Enquanto classe que vive do trabalho (assistente social) e que defende os interesses da classe trabalhadora (usuários), esse profissional acaba por se sujeitar à flexibilização do trabalho e aos ditames do capital, a fim de garantir a sua sobrevivência.

O Serviço Social, como profissão inscrita na divisão social do trabalho, situa-se no processo de reprodução das relações sociais, fundamentalmente como uma atividade auxiliar e subsidiária no exercício do controle social e na difusão da ideologia da classe dominante junto à classe trabalhadora. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2011, p. 94).

Deve-se cuidar para não deixar sucumbir a identidade profissional a uma imprecisão da profissão; muito menos aos traços assistencialistas, ou às práticas voluntárias e empiristas que marcaram o apogeu da profissão e ainda contribuem para a fragilização e a consequente desqualificação técnica do Serviço Social.

É fundamental que o assistente social se reconheça como integrante da classe trabalhadora, pois muitos profissionais não se veem nessa condição, talvez por desconhecerem a história do capitalismo, que costuma ser contada pela ótica do capital (LUZIA, 2018, p. 32). Enquanto ser que vive do trabalho, o assistente social compõe a classe trabalhadora e integra as lutas de classes; estas possuem elementos políticos, ideológicos e culturais mais amplos que o trabalho.

O reconhecimento do trabalho como atividade social é essencial para pensar a inserção do Serviço Social na divisão social e técnica do trabalho como atividade especializada que participa das estratégias de controle sobre as condições de vida e de trabalho da classe trabalhadora (ALMEIDA; ALENCAR, 2011, p. 136).

O assistente social integra a classe trabalhadora a partir das determinações que estruturam o próprio trabalho na sociedade capitalista, uma vez que, independentemente do espaço sócio-ocupacional que esse profissional ocupe no mercado de trabalho, “os fenômenos que abarcam o trabalho assalariado na sociedade capitalista incidem sobre o trabalho do assistente social” (ALMEIDA; ALENCAR, 2011, p. 144).

Como todo trabalhador assalariado, esse profissional (assistente social) vivencia o desemprego, a exploração do trabalho, sua precarização e desregulamentação, a criação de atividades temporárias, sem segurança, sem benefícios, com a instituição de novos cargos e funções técnicas similares às praticadas pelo Serviço Social. (BARROCO; TERRA, 2012, p. 97).

De acordo com as autoras, atualmente os assistentes sociais se submetem às condições precárias do trabalho e à alta exploração, por uma questão de sobrevivência. Além disso, estão sujeitos a ocupar cargos similares, com carga horária superior a 30 horas semanais e com baixos salários, pois quem não aceita tal situação é substituído pelos profissionais “ativos e desocupados” que compõem o exército de reserva criado pelo sistema capitalista.

Dal Rosso (2008, apud RAICHELIS, 2011, p. 60) acredita que “o assalariamento em atividades governamentais ou serviços públicos que não visam ao lucro não fica imune ao processo de intensificação”. Além da intensificação do trabalho, que causa um dispêndio enorme de energia intelectual e envolvimento emocional, a autora chama a atenção para o sentimento de “impotência” que aflige os assistentes sociais, devido à ausência de recursos que contemplem efetivamente as demandas dos usuários.

É necessário que o assistente social conheça as determinações que estruturam o próprio trabalho e as condições objetivas sob as quais ele se desenvolve na sociedade capitalista. As atrocidades do mundo do trabalho refletem a barbárie do capital e geram implicações na vida dos trabalhadores, pois o sistema capitalista alterou as relações sociais, e principalmente as relações de trabalho; nestas, uma classe social explora o trabalho da outra.

Sobretudo ao atuar nas políticas sociais, é imprescindível que o assistente social não perca de vista a dimensão emancipatória do Projeto Ético-Político do Serviço Social – PEPSS e a defesa dos interesses da classe trabalhadora. E ainda, tenha lucidez acerca das contradições presentes nas políticas sociais, que buscam minimizar os financiamentos dos serviços públicos e ampliar a terceirização das políticas públicas para a ascensão do mercado privado na prestação dos serviços públicos.

Para entender melhor o exercício profissional do assistente social nas políticas sociais será estudado, a seguir, o trabalho do assistente social no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. Para tanto, devem-se considerar os avanços da Política de Saúde propostos pela Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, que teve como conquistas o Sistema Único de Saúde – SUS e a estruturação da Rede de Atenção Psicossocial.

Além disso, pretende-se discutir as possibilidades de ações individuais e coletivas possíveis nesta unidade de atendimento especializado, sem perder de vista a dimensão intersetorial das políticas sociais. Essa compreensão é essencial para decifrar o papel do assistente social no CAPS e construir novos estudos acerca desse espaço sócio-ocupacional.

2.1 Os Centros de Atenção Psicossocial e o cotidiano profissional do assistente social

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é uma conquista da Reforma Sanitária que, iniciada no final da década de 1970, através dos movimentos sociais, contou com o protagonismo da sociedade organizada (trabalhadores de saúde mental, pacientes e seus familiares), os quais defenderam a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e o fortalecimento de serviços de saúde abertos, comunitários e públicos, além da extinção dos manicômios, hospícios e/ou sanatórios.

Esse movimento explodiu na década de 1980, no contexto de redemocratização do país e de ampla mobilização popular, durante o período constituinte. A Reforma Sanitária brasileira configura-se como um dos movimentos forjados nesse contexto e que foi incorporado às lutas das organizações de trabalhadores pela ampliação do acesso à saúde (LIMA, 2018, p. 224).

A bandeira de luta defendida pelos movimentos sociais durante a Reforma Sanitária, e posteriormente na Reforma Psiquiátrica, foi pelo direito à saúde “pública e universal”, reconhecida como “direito de todos e dever do Estado”, efetivada sob a primazia da responsabilização do Estado na execução dessa política e confrontando os interesses do capital de mercantilização dos serviços públicos.

A partir de 1988, a Política de Saúde é assumida no campo da Seguridade Social como direito fundamental, de caráter universal, equânime e integral. A Constituição Federal de 1988 amplia e universaliza o direito à saúde (direito de todos e dever do Estado) e inova na medida em que cria, através da Lei nº 8.080/1990, o Sistema Único de Saúde – SUS, com princípios de descentralização e participação social.

As legislações demonstram grandes avanços no reconhecimento dos direitos sociais, pois de fato o Estado reconheceu sua centralidade na provisão da Seguridade Social, sobretudo no período de redemocratização do país. Porém, logo em seguida, a década de 1990 foi marcada pela contrarreforma do Estado, na qual o sistema de proteção social

presenciou abertamente a investida da classe dominante contra a Seguridade Social brasileira, explicitada “a partir da mercantilização de serviços sociais vis a vis com a expansão de políticas sociais compensatórias”. (MOTA, 2013, p. 185).

Diante do desmonte dos direitos sociais e da insatisfação dos trabalhadores da saúde, em meados de 1990, iniciou-se no Brasil um processo de reestruturação da assistência psiquiátrica. Lima (2018, p. 224) aponta que essa reforma “emergiu no Brasil a partir de discussões da Reforma Sanitária em um contexto de efervescência política brasileira, com os movimentos sociais impulsionando questionamentos às formas de reprodução social capitalista”.

A partir da década de 90 eclodiram as lutas e discussões pela Reforma Psiquiátrica no Brasil. Segundo Lima (2018, p. 224), esse período traz “mudanças nas formas de cuidado em saúde mental que buscam a concretização de práticas extra-hospitalares impeditivas de práticas de violência institucional dos manicômios e baseadas no reconhecimento das pessoas como sujeitos de direitos”.

A Política Nacional de Saúde Mental criada pelo Estado é resultado da Reforma Psiquiátrica e está apoiada na Lei Federal nº 10.216/2001, com o objetivo de consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária, composto por uma rede de serviços e equipamentos variados, tais como os CAPS. A proposta de desinstitucionalização configurou uma saída para diminuir o isolamento do paciente, que ficava segregado do convívio familiar, social e comunitário.

A Lei nº 10.216/2001 instituiu a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redirecionou o modelo assistencial em saúde mental. Além dos direitos humanos e sociais, estão previstos na lei a divulgação dos direitos aos pacientes e familiares; os tipos de internações psiquiátricas possíveis; e a necessidade de autorização/consentimento do paciente em caso de realização de pesquisas científicas, para fins diagnósticos ou terapêuticos.

Posteriormente, surgiu a Portaria nº 336/GM/MS, de 2002, que regulamentou o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), padronizando em âmbito nacional o serviço de atenção diária em saúde mental, voltado para pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, trabalhando sob a lógica da territorialidade, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo.

Conforme a Portaria nº 336/GM/MS, de 2002, o CAPS deve realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer,

exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares, incentivando as famílias a participar do cotidiano dos serviços, para que os pacientes sejam as protagonistas de suas histórias. Sob a ótica da assistência mais humanizada para com o indivíduo que possui doença mental, devem-se levar em consideração todos os aspectos envolvidos no enfrentamento da doença, buscando integrar o usuário a um ambiente social e cultural concreto, onde se desenvolve a vida cotidiana.

Essa normativa é abrangente, pois traz as prerrogativas para a implantação do CAPS, diferenciando as cinco modalidades de serviços (CAPS I, II ou III, CAPS i e CAPS ad) admissíveis na Rede de Saúde Mental. Os CAPS I, II e III são definidos de acordo com o porte/complexidade da demanda e a abrangência populacional do município em que é implantado. Quanto maior o tamanho da população atendida, maior será o número de profissionais na equipe, suas atribuições, responsabilidades e o período de permanência do paciente nesta unidade.

Além das modalidades citadas acima, a lei prevê ainda mais duas especificidades: o CAPS i II, que oferta o serviço de atenção psicossocial para atendimentos de crianças e adolescentes, podendo ser implantado num município com população acima de 200 mil habitantes ou com outro parâmetro populacional definido pelo gestor local; e o CAPS ad II, que oferta o serviço de atenção psicossocial para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, o qual pode ser implantado em municípios com população superior a 70 mil habitantes.

Os CAPS, nas suas diferentes modalidades, são pontos de atenção estratégica que integram a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS e executam serviços de caráter aberto e comunitário, constituídos por equipe multiprofissional. Realizam prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise, seja nos processos de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

Recentemente, foi promulgada a Lei 13.840, de 5 de junho de 2019, que traz principalmente 2 tipos de internação (voluntária e involuntária), não tendo, portanto, mais internação compulsória, considerando: I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do paciente; II - internação involuntária: aquela que se dá, sem o consentimento do paciente, a pedido de familiar ou do responsável legal ou, na absoluta falta deste, de servidor público da área de saúde, da assistência social ou dos órgãos públicos integrantes do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD.



A recém criada Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS traz mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, pois menciona o CAPS IV AD e reorganiza a RAPS, que passa funcionar com seguintes pontos de atenção (serviços): CAPS, em suas diferentes modalidades; Serviço Residencial Terapêutico – SRT; Unidade de Acolhimento (adulto e infanto-juvenil); Enfermarias especializadas em hospital geral; Hospital Psiquiátrico; Hospital-Dia; unidades de Atenção Básica; Urgência e Emergência; Comunidades Terapêuticas e Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental - Unidades Ambulatoriais Especializadas.

Do ponto de vista normativo, o CAPS constitui um dos principais equipamentos da RAPS, que atua em conjunto com a rede de serviços de saúde e as demais políticas públicas setoriais. Raichelis (2008, p. 212, apud BIDARRA, 2009, p. 484) afirma que “por meio da intersetorialidade, é possível abordar de forma mais ampla as problemáticas sociais em seu caráter complexo e multidimensional”. Atualmente, a intersetorialidade tem sido reiterada “[...] principalmente quando o conteúdo das políticas está relacionado ao atendimento de demandas complexas trazidas pelas famílias usuárias dos serviços públicos”. (BRONZO; VIEGA, 2007, p. 10).

O levantamento mostrou que as leis trouxeram avanços do ponto de vista formal, mas os estudos indicam que a realidade dos CAPS brasileiros está muito distante da norma jurídica, seja pela falta de financiamento das políticas públicas, pela deficitária estrutura física ou pela escassez de recursos humanos em face das demandas apresentadas, seja pela falta de serviços disponíveis na rede de saúde e nas demais políticas sociais (Assistência Social, Educação, Trabalho, Cultura, entre outras).

Os serviços de saúde mental “abertos” são um resultado das bandeiras de lutas levantadas nos movimentos sociais, porém se percebe que a Política de Saúde Mental se encontra em fase de consolidação por vários fatores, sobretudo pela heterogeneidade dos municípios brasileiros, pois cada território enfrenta uma realidade política, econômica e cultural diversa, o que interfere na implantação das políticas públicas.

Outro fator que interfere na consolidação da reforma psiquiátrica são as armadilhas das políticas sociais neoliberais, que ao reduzir os custos com as políticas públicas, promovem a terceirização dos serviços alternativos extra-hospitalares, desregulam o papel do Estado e privatizam os hospitais públicos, entre outras estratégias lucrativas ao capital.



Diante do exposto, foi possível conhecer as bases legais e estruturais da Política Nacional de Saúde Mental, para então decifrar o cotidiano profissional do assistente social nesta unidade tão relevante que é o CAPS. Em seguida, serão contextualizadas as racionalidades da Política de Saúde que predeterminam o processo de trabalho do assistente social, bem como os desafios presentes nesse campo.

2.2 Reflexões sobre a atuação do assistente social no CAPS

A Política de Nacional de Saúde Mental caracteriza-se como uma construção recente no campo dos direitos humanos e sociais, voltada às pessoas com transtornos mentais e suas famílias. Porém, a atuação do assistente social neste espaço sócio-ocupacional originou-se há muitos anos, logo após o regime militar brasileiro, com a implantação do atendimento previdenciário na Saúde Mental.

Apesar do regime autoritário na década de 70, algumas tentativas de reorganização do setor psiquiátrico foram feitas, como a portaria do INAMPS de 1973, exigindo, entre outras coisas, o aumento do número de profissionais nos hospitais, incluindo as assistentes sociais. (VASCONCELOS, 2000, p. 192 apud BISNETO, 2005, p. 113).

Naquele período, o assistente social já atuava no âmbito da Seguridade Social, entretanto as instituições estavam alocadas na Previdência Social e não na área da Saúde. Os profissionais eram recrutados para atender às necessidades dos trabalhadores (com carteira de trabalho assinada) e dos seus dependentes, em serviços e benefícios ligados às unidades de asilamento (manicômios).

[...] atender às necessidades da psiquiatria em minimizar as contradições do sistema e atender à racionalidade médica no que o mundo “psi” não dá conta: a extrema pobreza dos usuários e o estado de exclusão social resultante das políticas econômicas e sociais do capitalismo monopolista. (BISNETO, 2005, p. 112).

De acordo com Bisneto (2005), as relações econômicas, políticas e ideológicas (do sistema capitalista) atravessam o exercício profissional do assistente social. Este fato se dá porque, ao integrar o processo de trabalho das políticas públicas, os trabalhadores não conseguem se desvencilhar das racionalidades impostas pelas políticas e regidas pelo poder institucional do Estado, que indiretamente apregoa o controle das massas populares e a difusão da ideologia dominante do capital.

Por serem trabalhadores assalariados, os profissionais não dispõem dos meios nem da matéria-prima necessária à realização do seu trabalho, ficando a cargo do Estado o

fornecimento dos subsídios necessários ao acompanhamento da família e dos indivíduos. Esse caráter contraditório do trabalho coletivo decorre da condição de “classe trabalhadora”, que não possui os meios produtivos e necessita do Estado para fornecer os insumos necessários à efetivação das ações e à garantia dos direitos sociais.

Dessa forma, o profissional tem sua autonomia relativizada, pois as escolhas profissionais não dependem exclusivamente dele, mas sim das racionalidades impostas pela Política de Saúde Mental e pelo Sistema Único de Saúde – SUS. Apesar disso, Almeida e Alencar (2011, p. 142) apontam que “o trabalho realizado pelo assistente social em diferentes contextos institucionais se apoia numa base comum que é acionada a partir do acervo teórico-metodológico e ético-político que dá suporte à formação e ao exercício profissional”. Até porque o movimento da reforma psiquiátrica propõe valores similares ao Projeto Ético-Político do Serviço Social.

Em relação ao modo de organização do serviço, na publicação intitulada “Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial”, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004, p. 16) afirma que “[...] os CAPS podem oferecer diferentes tipos de atividades terapêuticas. Esses recursos vão além do uso de consultas e de medicamentos, e caracterizam o que vem sendo denominado de clínica ampliada”.

Primeiramente, é preciso discutir a polêmica das “atividades terapêuticas”, uma vez que o próprio Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, na Resolução nº 569/2010, dispõe nos arts. 2º e 3º que fica vedado ao assistente social vincular ou associar ao título de assistente social e/ou ao exercício profissional as atividades consideradas como terapias individuais, grupais e/ou comunitárias. Nesse caso, o CFESS se preocupou em afastar da profissão a vertente das “ações psicologizantes”, que marcaram o início do Serviço Social no Brasil, sendo ainda uma estratégia de enfrentamento da descaracterização profissional e constituindo uma maneira de viabilizar o exercício da profissão em direção aos princípios e diretrizes do Projeto Ético- Político do Serviço Social.

Lima (2018, p. 235) acrescenta que essa discussão é necessária para a “sistematização, pelos/as assistentes sociais que atuam na saúde mental, em particular no CAPS, de propostas que fundamentem suas intervenções na perspectiva teórico-crítica do Serviço Social”. A autora traz um ponto que é fundamental, pois ao integrar o Processo de Trabalho do CAPS, o assistente social tem sua função destacada em torno das novas racionalidades, porém deverá ater-se a suas habilidades, competências e atribuições privativas previstas na Lei nº 8.662/93, que regulamenta a profissão.

O segundo ponto observado no livro “Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial” refere-se à ideia de “clínica ampliada”, defendida pelo Estado, que pode ser mais bem compreendida a partir das palavras de Lima (2018):

[...] uma experiência denominada *clínica ampliada* que, com base nos aportes teóricos e operativos da saúde coletiva, sintetiza uma metodologia que busca apreender o homem em sua *totalidade*, ou seja, em suas múltiplas dimensões: psicológica, biológica, social, histórica e política, cujo objetivo é possibilitar ao sujeito singular o protagonismo em seu processo de saúde [...]. (LIMA, 2018, p. 226).

No entanto, para atender aos princípios da reforma sanitária e psiquiátrica, o trabalho na área da Saúde Mental deve se desenvolver na perspectiva da centralidade do sujeito, destacando-se o olhar da doença para contemplar o indivíduo na sua totalidade. Captar a totalidade da vida dos usuários significa “identificar a aparência e a essência dos problemas apresentados pelos usuários e suas famílias sem fragmentar a vida humana e apreender os fatos como resultados da práxis social”. (SILVA, 2019).

Outro cuidado que se deve ter é com posturas conservadoras e higienistas que evocam a culpabilização dos usuários por apresentarem algum tipo de transtorno mental, haja vista que os fatores biológicos e psicossociais que interferem no desenvolvimento da doença estão alocados nas condições de vida dos usuários e nas contradições presentes na realidade social.

Ao atuar no CAPS, o assistente social participa do trabalho interdisciplinar ao lado de outras categorias profissionais, assim como o médico, o enfermeiro, o psicólogo, o terapeuta ocupacional, o fonoaudiólogo e o pedagogo, entre outras categorias. A junção dos saberes se apresenta como a principal estratégia de intervenção ante as expressões da Questão Social, além de dar legitimidade às profissões e potencializar o trabalho coletivo.

Sob a ótica da interdisciplinaridade, o assistente social deve estabelecer ações que incluam atendimentos individuais e/ou familiares, ações coletivas como grupos, reuniões, palestras e campanhas de prevenção ou de orientações sobre os transtornos mentais e a dependência de substâncias psicoativas. Torna-se fundamental discutir nas ações coletivas os estigmas, os preconceitos e o medo que a sociedade tem dos indivíduos com transtorno mental. Esse assunto precisa ser desmistificado na sociedade e nos meios midiáticos, para combater o estigma da “loucura” e as discriminações que provocam violações dos direitos sociais e impedem o exercício da cidadania.

Entre os objetivos previstos na obra “Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial” está a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam



educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, com estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Do ponto de vista dos usuários, a integração das políticas setoriais traz ganhos, pois os profissionais da RAPS, da rede de serviços setoriais e dos órgãos de defesa e garantia de direitos discutem e verificam a urgência dos casos, atuando na resolutividade de suas demandas, que muitas vezes são complexas e requerem uma atenção interdisciplinar e intersetorial.

Um dos instrumentais imprescindíveis no cotidiano profissional são as “visitas”, que podem ser feitas nos domicílios, nos logradouros (espaço de moradia dos usuários) ou nas instituições de acolhimento, sendo essenciais para o conhecimento das realidades dos sujeitos. Há ainda as visitas de busca-ativa, que devem ser utilizadas nos casos de usuários faltosos ou evadidos dos atendimentos.

Outro recurso usado a partir dos novos paradigmas é o Projeto Terapêutico Singular – PTS, que, de acordo com Lima (2018, p. 227), “[...] se constitui por intervenções mais complexas que abrem possibilidades de análises múltiplas dos/as profissionais da equipe, valorizando cada contribuição específica e ampliando a compreensão das dimensões da vida dos sujeitos”.

Portanto, o assistente social deve ser um profissional comprometido, bem articulado e propositivo, para trabalhar em conjunto com a equipe interdisciplinar, buscando atender às demandas individuais e coletivas postas pelos usuários, a partir da dimensão intersetorial das políticas públicas, realizando ações que garantam o acesso aos direitos humanos e sociais.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa teórica elucidou que o Projeto Ético-Político do Serviço Social deve ser o substrato imprescindível do assistente social no campo dos serviços de Saúde Mental, tendo em vista a efetivação dos direitos dos usuários. Para tanto, o posicionamento profissional deve convergir com os preceitos do Projeto Ético-Político Profissional e da Reforma Sanitária, que adotam o conceito ampliado de saúde como um direito universal, contrário às formas de mercantilização dessa política pública.

Embora o assistente social integre o processo de trabalho do CAPS e tenha de se sujeitar às racionalidades impostas pela Política de Saúde Mental, é preciso ter clareza das atribuições e competências profissionais, para que o trabalho não se confunda com atividades

de cunho terapêutico e psicologizante, como veda o Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, na Resolução nº 569/2010.

Ao atuar no processo de reabilitação psicossocial dentro do CAPS, o assistente social deve adotar a perspectiva teórico-crítica do Serviço Social, que busca trabalhar com o indivíduo a reapropriação de “[...] suas relações sociais concretas de trabalho, família, moradia e lazer, baseado num modelo de crítica às relações sociais de alienação que o usuário sofre nessas instâncias”. (BISNETO, 2005, p. 125).

Não existem fórmulas prontas a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais, porém se sabe que o CAPS é um campo profícuo para a construção de propostas de intervenção, desde que o profissional considere as condições objetivas de vida dos usuários com transtornos mentais, os quais se acham inseridos num contexto socioeconômico excludente e discriminatório.

Por fim, é necessário que o assistente social saiba interpretar o que Bisneto (2005, p. 121) chama de “mosaico institucional” – este revela uma pluralidade de interesses e poderes –, para que tenha seu espaço e seu grau de autonomia profissional respeitados, e não sujeite seu saber profissional às necessidades de ajustamento do indivíduo, como imposto pela psiquiatria.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira. ALENCAR, Mônica Maria Torres de. **Serviço Social, Trabalho e Políticas Públicas**. São Paulo: Saraiva, 2011.
- BARROCO, Maria Lucia Silva; TERRA, Sylvia Helena. **Código de Ética do/a Assistente Social Comentado**. Conselho Federal de Serviço Social - CFESS (Org.). São Paulo: Cortez, 2012.
- BIDARRA, Zelimar S. Pactuar a intersectorialidade e tramar as redes para consolidar o sistema de garantia de direitos. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, n.99. São Paulo: Cortez. julho/setembro, 2009. p. 483-497.
- BISNETO, José Augusto. Uma análise da prática do Serviço Social em Saúde Mental. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, n.82. São Paulo: Cortez. Ano XXVI, Julho, 2005. p. 110-130.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 05 de outubro de 1988.
- _____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro 1990, estabelece o Sistema Único de Saúde, publicada no **Diário Oficial da União** - DOU de 20 de setembro de 1990. Brasília, DF.
- _____. Lei n. 10.216, de 06 de abril 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, publicada no **Diário Oficial da União** - DOU de 09 de abril de 2001. Brasília, DF.
- _____. Lei n. 13.840, de 5 de junho de 2019, dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, publicada no **Diário Oficial da União** - DOU de 05 de junho de 2019. Brasília, DF.
- _____. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**, esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF, 2019.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 336, de 19 de fevereiro 2002**, dispõe sobre o funcionamento do Centro de Atenção Psicossocial. Brasília, DF, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3088, de 23 de dezembro 2011**, institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86p.
- BRONZO, Carla; VEIGA, Laura. Interdisciplinaridade e políticas de superação da pobreza: desafios para a prática. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, n.92. São Paulo: Cortez. Ano XXVIII, novembro, 2007. p. 5-21.
- CFESS. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Lei de Regulamentação Profissional**. Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Brasília, CFESS, 1993. Disponível em: www.cfess.org.br.
- _____. **Resolução 569 de 15 de março de 2010**. Dispõe sobre a VEDAÇÃO da realização de terapias associadas ao título e/ou ao exercício profissional do assistente social. Brasília, CFESS, 2010. Disponível em: www.cfess.org.br.
- IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. – 24. ed. São Paulo: Cortez, 2013.
- _____. CARVALHO, Raul. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: Esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 41 ed. São Paulo: Cortez, CELATS, 2011.



- LIMA, Camila Ávila. Reforma Psiquiátrica e os Centros de Atenção Psicossocial. In: RAICHELIS, Raquel. VICENTE, Damares. ALBUQUERQUER, Valéria (Orgs.). **A nova morfologia do trabalho no Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2018. p. 222-242.
- LUZIA, Erika Leite Ramos de. **O trabalho do Assistente Social nos Centros de Referência Especializado da Assistência Social da Região de Bauru/SP**. 2018, 143 f. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual Paulista, Franca – SP. 2018.
- MOTA, Ana Elizabete (Org.). **O mito da Assistência Social: ensaios sobre Estado, Política e Sociedade**. São Paulo: Cortez, 2013.
- NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e serviço social**. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- RAICHELIS, Raquel. O trabalho e os trabalhadores do SUAS: o enfrentamento necessário na Assistência Social. In: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (Org.). **Gestão do Trabalho no âmbito do SUAS: uma contribuição necessária para ressignificar as ofertas e consolidar o direito socioassistencial**. Brasília- DF: MSD; Secretária de Assistência Social, 2011.
- SILVA, Christiane Pimentel e Silva. O método de Marx: a determinação ontológica da realidade social. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, n.134. São Paulo: Cortez. janeiro/abril, 2019. p. 34-51.

ANÁLISE DE INDICADORES CLÍNICOS E SOCIAIS DE MÁ ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EM PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

Fábia Junqueira De Tolvo (Prefeitura De Sertãozinho); Rodrigo De Carvalho Santana (FMRP – Usp)

RESUMO: O estudo se propôs a avaliar fatores relacionados à má adesão à TARV entre PVHIV em um centro de referência no município de Sertãozinho – SP.

Foram avaliados 143 pacientes, mediante aplicação de questionário, análise de prontuário, após TCLE, sendo possível determinar má adesão ao tratamento ARV, definida em 25,87%. A análise dos resultados deu-se pela comparação entre dois grupos, denominados “má adesão” e “indetectável”, definidos, a partir da quantificação da carga viral (indetectável CV < 40). O resultado tornou possível traçar um perfil epidemiológico dos pacientes, definindo fatores clínicos e sociais que podem estar relacionados à má adesão ao tratamento.

Palavras-chave: Adesão. Aids. HIV. Terapia antirretroviral de alta atividade.

ABSTRACT: The study aimed to evaluate factors related to poor adherence to ART among PVHIV in a reference center in the municipality of Sertãozinho - SP.

A total of 143 patients were evaluated using a questionnaire, medical analysis, after TCLE, and it was possible to determine poor adherence to ARV treatment, defined at 25.87%.

The analysis of the results was due to the comparison between two groups, called "poor adherence" and "undetectable", defined, based on the quantification of viral load (undetectable CV < 40). The result made it possible to trace an epidemiological profile of patients, defining clinical and social factors that may be related to poor adherence to treatment.

Keywords: Accession. Aids. Hiv. High-activity antiretroviral therapy.



1 – INTRODUÇÃO

Primeiramente identificado nos Estados Unidos no ano de 1983, o retrovírus HIV foi descrito após relatos de uma doença (aids) que desde o ano de 1981 levava os pacientes infectados ao desenvolvimento de pneumonia por Pneumocitis jiroveci e sarcoma de Kaposi (CDC -1981). Há relatos dos primeiros casos no Brasil, desde essa época (HOFFMAN; GALLANT, 2007).

Desde o início da epidemia de infecção pelo HIV e a decorrente síndrome da imunodeficiência adquirida (aids), no início da década de 1980, as políticas públicas adotadas pelo Ministério da Saúde do Brasil foram de grande relevância no combate à doença e merecem reconhecimento. Em 1986, foi criado o Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde que, desde então, implementou diversas estratégias para ampliar o diagnóstico e tratamento da infecção pelo HIV e suas complicações (BRASIL, 2007).

Dentre as estratégias, merece destaque o fornecimento gratuito das medicações antirretrovirais (ARV) que se iniciou no país em 1996 com a promulgação da lei federal nº 9.313/96 (BRASIL, 2019).

Atualmente estão disponíveis cerca de 22 medicamentos que compõem os diferentes esquemas de tratamento fornecidos gratuitamente no país. Quando combinados, esses medicamentos são eficazes na inibição da replicação viral reduzindo a carga viral para níveis indetectáveis, dando ao paciente melhor qualidade de vida além de diminuir a possibilidade de transmissão da infecção (CECCATO et al., 2004).

O Brasil, assumiu compromisso proposto pela Organização das Nações Unidas sobre HIV/aids - UNAIDS, de cumprir metas para combater e reverter a tendência da propagação do HIV, ampliando o acesso ao diagnóstico e a oferta de ARVs - meta 90 90 90, a qual tem como objetivo chegar até o ano de 2020 com 90% das PVHIV sabendo que são portadores do HIV, destes, 90% tendo acesso a TARV e destes 90% com carga viral indetectável.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, em 2018, cerca de 900 mil indivíduos viviam com HIV no Brasil e desses, 60% receberam medicação ARV (BRASIL, 2018.). Entretanto, a mortalidade por causas relacionadas à aids ainda é significativa em nosso país, apesar de, nos últimos anos, ter apresentado um decréscimo com coeficiente variando entre 4,8 óbitos por 100 mil habitantes, perfazendo um total de 11.463 notificações de óbitos, relacionados ao HIV no ano de 2017, contrastando com os 9,7 óbitos por 100 mil habitantes notificados ao ano no início da epidemia na década de 1990 (BRASIL, 2007).

Acredita-se que esse decréscimo no número de óbitos seja em consequência da recomendação "tratamento para todos" instituída em 2013, e que a maioria dos óbitos ainda ocorridos esteja relacionada ao agravamento da imunossupressão por má adesão ao tratamento ou por diagnóstico tardio da infecção pelo HIV.

A adesão ao tratamento deve ser entendida como um processo dinâmico, na qual o paciente e os profissionais compartilham responsabilidades. A equipe considera que o paciente "aderiu ao tratamento", quando o mesmo faz uso das medicações prescritas na dose certa, no horário correto, seguindo a dieta correta ou jejum, diariamente por um período indeterminado, comparecendo às consultas periodicamente e realizando exames com a mesma frequência para análise de carga viral e taxa de CD4 (BRASIL, 2008).

Esse conceito de adesão deve ser discutido entre a equipe e o paciente. A dificuldade para se conseguir adesão é variada e envolve várias questões tais como o manejo do esquema de TARV de cada um, e o próprio impacto do HIV na vida do paciente.

Diante do exposto, o desafio está em buscar estratégias específicas que auxiliem a PVHIV a superar barreiras, otimizando seu potencial para adesão por meio do fortalecimento do indivíduo.

De acordo com Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV, do Ministério da Saúde, a recomendação do percentual de doses tomadas para obtenção de resposta terapêutica é de 80% do prescrito (BRASIL, 2015). Como forma de aferição de adesão ao tratamento do HIV/aids, além do autorrelato e da avaliação do histórico de retiradas de medicação através da ferramenta SICLOM, há a avaliação por exames laboratoriais como a contagem de linfócitos TCD4+ e quantidade de Carga Viral Plasmática (CV).

Neste contexto, o presente projeto de pesquisa se propõe avaliar os fatores relacionados à má adesão à terapia ARV entre pessoas vivendo com HIV/AIDS em um Centro de Referência localizado em um município do interior do estado de São Paulo.

A cidade de Sertãozinho, localizada na região nordeste do estado de São Paulo, contava no ano de 2018 com população estimada de 124.453 habitantes, (IBGE, 2019).

A atividade econômica do município está voltada ao setor Sucroenergético e ao setor de Tecnologia Agroindustrial.

O Programa Municipal de IST/AIDS e Hepatites Virais, responsável pelo Centro de Referência em Infectologia, foi criado no ano de 1998. Integra a atenção especial em saúde,



sendo referência para a microrregião – Horizonte Verde - subdivisão da DRS XIII do estado de São Paulo.

É o único ambulatório especializado para o atendimento de ISTs (Infecções Sexualmente Transmissíveis) e doenças infectocontagiosas do município, realizando consultas com agendamento prévio, aconselhamento e orientação em ISTs, bem como atendimento de urgência em casos de Profilaxia Pós Exposição – PEP em situações de acidentes ocupacionais. Realiza testes rápidos, contando com um Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA, que funciona de segunda à sexta-feira, das 7:00 às 16:00 horas. Após esse horário, aos finais de semana e feriados, o atendimento de urgência para exames e início PEP é realizado pela UPA.

Atualmente, estão cadastrados 412 pacientes diagnosticados com HIV (maio 2019), residentes ou não no município. Aproximadamente 60% (252) são do sexo masculino e 40% (160) do sexo feminino (SICLOM).

De acordo com o último Boletim Epidemiológico da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo a cidade de Sertãozinho ocupava o 61º lugar em casos de aids estando ainda em 131º colocado em taxa de incidência por 100 mil habitantes no estado, com um total de 564 casos registrados da doença (São Paulo, 2017).

Em dois anos, pudemos observar um aumento percentual em 21% nos casos confirmados de HIV em seguimento pelo Ambulatório, sendo 80% (58 casos) do sexo masculino e 20 % (14 casos) do sexo feminino.

No município, assim como na grande maioria dos serviços de saúde que se destinam ao atendimento às PVHIV não há sistematização para aferição da adesão, sendo o autorrelato o principal método utilizado pela equipe para avaliação, seguido da análise dos dados de dispensação de ARV através da ferramenta SICLOM (Sistema de Controle Logístico de Medicamentos), análise de resultados de exames e avaliação clínica.

A identificação de fatores relacionados à má adesão ao tratamento, apontados pela pesquisa nos embasa com subsídios para a ampliação da atuação da gestão do atendimento, na implementação de novos protocolos otimizando a estrutura do Centro de Referência, favorecendo a assistência ao paciente.

2 – DESENVOLVIMENTO



Trata-se de um Estudo Transversal conduzido no ambulatório do Centro de Referência em Infectologia da cidade de Sertãozinho – SP, no período compreendido entre os meses de setembro de 2017 a julho de 2018, onde foram convidados a participar pacientes com diagnóstico de infecção pelo HIV em seguimento médico no serviço com esquema ARV prescrito há pelo menos 3 meses, realizado mediante a aplicação de um questionário, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com questões relativas ao comportamento e práticas potencialmente associadas à má adesão, possibilitando a verificação da existência de associações, determinando a prevalência de má adesão. Os pacientes incluídos no estudo foram entrevistados pela pesquisadora, no dia de seu retorno médico previamente agendado, não sendo necessário agendamento adicional.

Durante a entrevista foram coletadas informações referentes a fatores clínicos como o tempo de diagnóstico, histórico de doenças oportunistas, doenças crônicas ou transtornos psiquiátricos; informações sobre o padrão de uso das medicações antirretrovirais; uso de drogas e álcool e indicadores socioeconômicos e demográficos (sexo, idade, orientação sexual, identificação étnico-racial, convívio familiar, escolaridade, situação no mercado de trabalho e renda). Informações adicionais quanto à contagem de células T CD4+ e carga viral do HIV foram coletadas dos registros do prontuário.

Dados sobre a retirada mensal das medicações antirretrovirais foram obtidos através de consulta pelo site SICLOM.

O cálculo do tamanho amostral foi realizado com base na definição de que a população geral do estudo, ou seja, o número de pacientes em seguimento no referido ambulatório à época do estudo era de 340. Considerou-se ainda que o percentual estimado de pacientes em má adesão ao tratamento ARV era de 20% do total de pacientes em seguimento.

Estimando-se um erro amostral de 5% e nível de confiança de 95% temos uma amostra calculada de 143 participantes.

2.1 - Critérios de Inclusão

- Diagnóstico confirmado de infecção pelo vírus HIV;
- Consentimento informado;
- Idade igual ou superior a 18 anos;
- Seguimento no Ambulatório de IST/AIDS de Sertãozinho SP;
- Ter esquema antirretroviral prescrito há pelo menos 3 meses.



2.2 - Critérios de exclusão

Abandono ou óbito;

Deteção em sistema prisional no momento da seleção do estudo.

2.3 - Considerações éticas

Protocolo e TCLE devidamente aprovados em PROCESSO HCRP nº 10866/2017, em 16/10/2017.

3 – CONCLUSÃO

Foram incluídos no estudo 143 pacientes, de um total de 340, entre os meses de setembro de 2017 a julho de 2018. Após análise estatística, definiu-se que 74,13% da amostra foi considerada como de pacientes indetectáveis e 25,87% de pacientes em má adesão.

No estudo verificou-se predomínio de pacientes do sexo masculino (52,45%), com média de idade entre 42 anos, onde a maioria (48,25%) no critério identidade étnico racial se auto declarou pardo, tendo em média até 7 anos de ensino completo. Dados epidemiológicos do Brasil mostram que a maior concentração de casos notificados entre os anos de 2007 a 2017, eram do sexo masculino (67,9%), na faixa etária entre 25 a 39 anos, com ensino fundamental incompleto e que se declararam pardos.

Observou-se queda na média de anos de estudo concluídos no grupo que apresentou má adesão, sendo a média de apenas 6 anos.

Quanto ao convívio familiar, em média cada paciente convive com mais 2,75 e 60% não convive com companheiro. Dos que convivem com companheiro, 65 % são sorodiscordantes.

O estudo detectou que fatores como critério de renda e condições de moradia são indicadores de má adesão onde o grupo indetectável apresenta média de rendimentos mensais por família equivalentes ao dobro do valor apresentado pelo grupo em má adesão (Tabela 1).

Tabela 1. Renda

QUANT carga viral	Variável	N	Média	DP	Mín	Mediana	Máx
Indetectável	Total (salários mínimos)	106	1,69	1,22	0	1,5	5,5
Má adesão	Total (salários mínimos)	37	0,77	0,8	0	1	3,5

Outro fator relativo à renda foi quanto a ter ou não fonte de renda com associação de significância estatística entre as amostras.

Ainda sobre esse indicador, 55% da amostra em má adesão vive em imóvel alugado ou cedido e 1% está em situação de rua (Tabela 2).

Tabela 2. Fonte de Renda, Benefícios Sociais e Situação de Moradia

FONTE RENDA	QUANT carga viral			Valor-p
	Indetectável	Má adesão	Total	
NÃO	24 (22,64%)	17 (45,95%)	41	0,01
SIM	82 (77,36%)	20 (54,05%)	102	
Total	106	37	143	

BENEFICIO ASSIST	QUANT carga viral			Valor-p
	Indetectável	Má adesão	Total	
NÃO	57 (53,77%)	16 (43,24%)	73	0,34
SIM	49 (46,23%)	21 (56,76%)	70	
Total	106	37	143	

SIT. MORADIA	QUANT carga viral			Valor-p
	Indetectável	Má adesão	Total	
ALUGUEL/CEDIDO	55 (51,89%)	17 (45,95%)	72	0,03
PROPRIO	50 (47,17%)	16 (43,24%)	66	
SIT. RUA	1 (0,94%)	4 (10,81%)	5	
Total	106	37	143	

Sobre receber ou não benefícios assistenciais, não se observou significância estatísticas entre as amostras o que sugere que a Política de Assistência Social, responsável pela oferta de segurança de renda dos pacientes envolvidos no estudo, não contempla a amostra em má adesão em sua totalidade, havendo a necessidade de discussão pela rede

de atenção entre as políticas de Assistência Social e de Saúde. Um dado importante sobre PVHIV e sua faixa etária de prevalência é a falta de políticas de inclusão social, pois grande parte dessa população não atende aos critérios de elegibilidade para a maioria dos programas sociais hoje disponíveis, e também, devido à crise econômica que atingiu particularmente a região de Sertãozinho, muitos pacientes não conseguem colocação no mercado de trabalho.

Outro agravante que se insere nessa discussão é a recente revisão de benefícios e aposentadorias por invalidez pelo INSS, somados à também recente reforma Trabalhista e seus desdobramentos onde alguns dos pacientes incluídos no estudo perderam sua condição de segurados pelo INSS (auxílio-doença) e que, até o momento da entrevista, ainda não haviam conseguido outro tipo de “amparo” social.

Outro dado revelado pelo estudo foi a frequência de uso de álcool relacionada a má adesão à TARV, onde dos 51,04% que relataram fazer uso, 22 pacientes compõem o grupo em má adesão, caracterizando 59% daquela amostra, e desses, 57% fazem uso de álcool diária ou semanalmente. A associação dessa variável e as falhas na adesão vem sendo abordadas em vários estudos, onde o consumo de álcool mesmo em situações não abusivas, tem se mostrado um indicador de má adesão à TARV (REGO et al, 2019; REGO, 2010).

Quanto ao uso e frequência de uso de drogas, o estudo não revelou dados significativos, o que diverge de outros estudos (SAUCEDA, NEILANDS, JOHNSON, SABERI; 2018) e que pode significar que o programa não está atingindo populações-chaves em sua atuação frente a política de redução de danos, uma vez que na amostra geral, 78,32% dos entrevistados declararam não fazerem uso de drogas, o que demonstra a necessidade de um redirecionamento nas estratégias de atuação.

O estudo revelou também que pacientes em má adesão faltaram às consultas e ou coletas agendadas 3 vezes mais que os pacientes considerados indetectáveis.

Nos registros de retirada de medicação (SICLOM), verificamos que 48,65% dos pacientes em má adesão deixaram de retirar a medicação, sendo esse um indicador de má adesão com associação de significância estatística e outros 70,27% do mesmo grupo referem ter esquecido de tomar pelo menos 1 dose da medicação por 4 dias consecutivos no intervalo de 3 meses (SAUCEDA, NEILANDS, JOHNSON, SABERI; 2018).

Na análise de identidade de gênero e orientação sexual, o estudo não teve representatividade de lésbicas, travestis e transexuais com 80% da amostra geral de heterossexuais, seguindo a tendência nacional com predomínio de categoria de exposição



em homens, heterossexuais (SÃO PAULO, 2017). Esses fatores não apresentaram significância no comparativo entre os grupos indetectável e em má adesão.

Sobre a não representatividade de travestis e mulheres trans no estudo, evidencia-se outro indicador da necessidade de reordenamento e implementação de ações de redução de danos, entre a parceria com a sociedade civil através das ONGs buscando integração com essa população.

Quanto ao ano de diagnóstico a amostra geral foi dividida entre pacientes que foram diagnosticados antes e após o ano de 2010, sendo que a maioria, 62,64% dos pacientes entrevistados receberam seu diagnóstico após o ano de 2010. Essa variável não apresentou associação de significância estatística para má adesão.

A maioria dos pacientes, 60%, refere não ter outras doenças crônicas associadas, e 53,85% refere não apresentar transtornos psiquiátricos.

Quanto aos níveis de T CD4+ a amostra geral apresentou média de 620,43/ mm de sangue. No grupo indetectável, esses índices se apresentam em maiores níveis, com média de 692,42/mm. No grupo em má adesão esses índices se apresentam em níveis inferiores, com média de 414,14/mm.

Através do presente estudo pudemos identificar que 25,87% da amostra está em má adesão considerando os níveis de detecção de carga viral, e que a relação entre a má adesão está condicionada aos seguintes fatores, os quais seguem elencados:

- Critério de renda e condições de moradia;
- Frequência de uso de álcool: substância psicoativa de fácil acesso, com pouca oferta de tratamento no município.
- Pouca representatividade da população LGBTI: evidenciando-se a necessidade de ampliar a parceria com as ONGs, aproximando as ações do programa com as populações chaves.
- Pouca representatividade de usuários de drogas: outro dado a ser discutido diante da necessidade de se ampliar ações de redução de danos junto a populações chaves;
- Não retirada da medicação na data estabelecida: demonstra a importância em se trabalhar a adesão em sentido amplo, promovendo a discussão entre equipe, paciente, família e rede de apoio;
- Sobre o paciente declarar que “esqueceu de tomar a medicação”, reiterando os itens anteriores, a ingestão da medicação é o grande desafio do trabalho das equipes que promovem adesão.



- Predomínio de casais sorodiscordantes: o estudo mostrou que 65% dos pacientes que vivem com companheiro são sorodiscordantes. Este indicador em consonância com o que se evidenciou no indicador sobre a população LGBTI, direcionou a discussão da coordenação do programa com o gestor de saúde do município, sobre a pactuação do Centro de Referência para dar início às ações de Profilaxia Pré Exposição – PreP, ainda no ano de 2019.

REFERÊNCIAS

1. CENTERS FOR DISEASE CONTROL - CDC. Kaposi's sarcoma and Pneumocystis pneumonia among homosexual men - New York City and California. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep**, Atlanta, v. 30, n. 25, p. 305-308, jul. 1981.
2. HOFFMAN, C. J.; GALLANT, J. E. HIV and Aids. **ACP Medicine**, Philadelphia, p. 1-33, 2007.
3. BRASIL. **Programa Nacional de DST/Aids**: diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV/Aids. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde, 2007.
4. BRASIL. **Lei n. 9313 de 13 de novembro de 1996**: dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9313.htm. Acesso em: 05 de maio de 2019.
5. CECCATO, M. G. B. et al. Compreensão de informações relativas ao tratamento antirretroviral entre indivíduos infectados pelo HIV. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1388-1397, out. 2004.
6. BRASIL. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS - 2018**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletimepidemiologico-hivaids-2018>. Acesso em: 02 abr. 2019.
7. BRASIL. **Programa Nacional de DST/Aids**: diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV/Aids. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde, 2007.
8. BRASIL. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Programa Nacional de DST e Aids, 2008.
9. BRASIL. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2013. (Atualizado em 2015).
10. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Brasil em síntese**: anos de estudo. Brasília: Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Disponível em: <https://brasilemsintese.ibge.gov.br/educacao/anos-deestudo.html>. Acesso em: 02 abr. 2019.
11. SÃO PAULO. Boletim Epidemiológico CRT - PE - DST/AIDS/CVE. **Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo**, São Paulo, Ano XXXIV, n. 1, jun. 2017.
12. REGO, S. R. M. et al. Estudo do autorrelato de adesão e uso problemático de álcool em uma população de indivíduos com AIDS em uso de HAART. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 1, p. 46-49, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852011000100009>. Acesso em: 27 jun. 2019.
13. REGO, S.; REGO, D. M. S. Associação entre uso de álcool em indivíduos com AIDS e adesão ao tratamento antirretroviral: uma revisão de literatura. **J bras psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 1, p. 70-73, 2010.
14. SAUCEDA, J. A.; NEILANDS, T. B.; JOHNSON, M. O.; SABERI, P. An update on the Barriers to Adherence and a Definition of Self-Report Non-adherence Given Advancements in Antiretroviral Therapy (ART). **AIDS Behav**, New York, v. 22, n. 3, p. 939-947, Mar. 2018.

OS CUIDADOS PALIATIVOS COMO POLÍTICA PÚBLICA: CAMINHOS PARA SUA IMPLEMENTAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO BRASIL.

Francilene Gomes Nunes Moura (UFMA).

RESUMO: Este artigo faz uma breve análise sobre a constituição da Política de Cuidados Paliativos no Brasil, os principais sujeitos políticos envolvidos e os determinantes sócio-históricos que contribuíram para sua inclusão na agenda governamental. Para sistematização da discussão foram utilizados artigos científicos produzidos nos últimos dez anos que constam na base de dados *scielo* e bibliografias que contemplam a temática. Para análise utilizou-se o método dialético-histórico que nos possibilita compreender as políticas sociais como produto de forças contraditórias da sociedade em um dado momento histórico.

Palavras-chave: cuidados paliativos, sujeitos, políticas públicas.

ABSTRACT: This article briefly analyzes the constitution of the Palliative Care Policy in Brazil, the main political subjects involved and the socio-historical determinants that contributed to its inclusion in the government agenda. For systematization of the discussion were used scientific articles produced in the last ten years that appear in the *scielo* database and bibliographies that cover the theme. For analysis we used the dialectical-historical method that allows us to understand social policies as a product of contradictory forces of society at a given historical moment.

Keywords: palliative care, subjects, public policies.



1 – INTRODUÇÃO

O mundo moderno a partir do desenvolvimento tecnológico possibilitou o aumento da expectativa de vida da população e também tornou possível, a partir do incremento da indústria farmacêutica e da criação de equipamentos que auxiliam os seres humanos na realização de funções vitais, um tempo maior de vida (ou sobrevida) para as pessoas com doenças graves e/ou crônicas.

Esses recursos também permitem que a morte não seja um episódio em si, mas um processo, às vezes até prolongado, demorando anos e até mesmo décadas dependendo das circunstâncias. Também despertou nos profissionais da área da saúde, principalmente os médicos, o compromisso de lutar contra a morte a qualquer custo, muitas vezes usando técnicas abusivas ou fúteis que expõe os indivíduos a sofrimentos desnecessários.

Conforme Palacios & Rego (2014), a morte ainda é vista por muitos profissionais como resultado do seu fracasso, incapacidade ou incompetência profissional, uma vez que eles foram formados para combatê-la. A morte apesar de ser um fenômeno natural acaba sendo associada a sentimentos de medo, impotência, tristeza, depressão, culpa, fracasso e falha.

Por estas e outras questões que não poderão ser abordadas neste trabalho, a área da saúde tornou-se um campo de tensões e conflitos, vários dilemas estão postos. Contudo, existe uma forte corrente que defende a perspectiva de pensar a vida além do simples ato de respirar (SÁ & MOUREIRA, 2015, p. 68). Assim, reconhece que o direito à vida perpassa pela qualidade e dignidade e o seu prolongamento, somente pode ser justificado, se oferecer à pessoa algum benefício.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu em 2002 os Cuidados Paliativos como uma estratégia capaz de qualificar a assistência às pessoas com doenças graves. Em 2017 atualizou o conceito e adotou a seguinte denominação:

Cuidados Paliativos é uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e seus familiares que enfrentam doenças que ameacem a vida. Previne e alivia o sofrimento através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas físicos, psíquicos, sócio familiares e espirituais (ANCP, 2018).

Para a OMS e a Aliança Mundial de Cuidados Paliativos (AMCP), em dados sistematizados em 2014, mais de 20 milhões de pessoas precisaram de cuidados paliativos todos os anos, no mundo inteiro, e se for considerado o público com doenças crônicas e/ou graves em estágio inicial esse número pode dobrar para 40 milhões de pessoas, e desse total,

78% se encontravam em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, contudo, apenas 14% receberam os cuidados efetivamente (FREITAS, 2017).

Em 2015, a revista *The Economist* realizou um estudo com objetivo de avaliar a qualidade da morte em 80 países, utilizando como indicadores: o acesso a opioides, a existência de políticas públicas de saúde específicas de cuidados paliativos e a garantia do acesso aos cuidados paliativos por meio dos serviços de saúde. O Brasil ficou em 42º lugar, uma classificação pior do que Chile (27º), Costa Rica (29º), Panamá (31º), Argentina (32º), Uruguai (39º), África do Sul (34º), Uganda (35º), Mongólia (28º) ou Malásia (38º) (ANCP, 2018).

As questões apontadas acima destacam a necessidade de se efetivar intervenções que promovam melhorias na qualidade da oferta dos serviços de saúde para pessoas com doenças ameaçadoras da vida, com vistas a elevar o bem-estar desta população, tais intervenções já ocorrem em vários países, incluindo o Brasil que possui uma longa trajetória na área de cuidados paliativos, mas somente em 2018 a regulamentou como uma política pública sob a responsabilidade do Estado.

O propósito deste trabalho é avaliar o processo de constituição da Política de Cuidados Paliativos na esfera governamental. Dessa forma, na primeira seção será possível, a partir dos determinantes históricos-sociais ampliar a compreensão acerca da lógica dos cuidados paliativos no mundo e no Brasil e os pressupostos para sua adoção no tratamento de pessoas com doenças crônicas e/ou graves.

Na segunda seção serão enfatizados os condicionantes sociais, econômicos, políticos e culturais e os sujeitos políticos envolvidos no processo do reconhecimento legal dos cuidados paliativos como uma política pública no Brasil. E para concluir serão apontados alguns direcionamentos para sua implementação no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O método adotado foi o dialético-histórico que possibilita a análise dos fenômenos sociais em seu complexo e contraditório processo de produção e reprodução, determinado por múltiplas causas no contexto da sociedade burguesa.

2- DETERMINANTES SÓCIO-HISTÓRICOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO MUNDO E NO BRASIL

A palavra “paliativo” é originada do latim *pallium* que significa manto, proteção. Os cuidados paliativos nasceram a partir de práticas humanitárias, implementadas em instituições

cristãs vinculadas tanto ao catolicismo quanto ao protestantismo. No século XIX essas instituições passaram a ter características de hospitais – os *hospices* (sem tradução para o português) que abrigavam doentes, moribundos, famintos, mulheres em trabalho de parto, pobres, órfãos e leprosos. Essa prática se espalhou por vários países da Europa. “Os *hospices* tinham como características o acolhimento, a proteção, o alívio do sofrimento, mais do que a busca pela cura” (ANCP, 2018).

Estes espaços funcionavam como locais para os cristãos exercerem suas crenças espirituais, favorecendo-lhes um senso de dever cumprido. Quanto aos “pacientes” era oferecido [...] elevação espiritual e o possível para prepará-los para a sagrada mudança que os aguardava” (FLORIANI & SCHRAMM, 2010, p.169).

Em síntese, acolhiam – dentro de um espírito cristão – pessoas marginalizadas e pobres, gravemente adoecidas, que morreriam em breve, vítimas de suas doenças, e que eram recusadas pelos hospitais da época que estavam em fase de franca expansão e legitimação social, com a incorporação progressiva do método científico em suas práticas (FLORIANI & SCHRAMM, 2010, p. 169).

A aproximação das instituições religiosas aos *hospices* também funcionou como uma das estratégias de manutenção do poder da igreja perante à sociedade inglesa que estava fortemente influenciada pela “razão”, portanto questionava a visão de mundo “cristã” apoiada em mitos e na religião, assim, a igreja vivenciava um período de fragilidade e perdia vários adeptos (FLORIANI & SCHRAMM, 2010).

O público alvo dos *hospices* geralmente era constituído por pessoas na condição de pobreza e miséria, já que as mais abastadas poderiam receber cuidados no próprio domicílio, assim, “[...]pode-se perceber, nas origens dos *hospices* modernos, a divisão de classes bem marcada” (FLORIANI & SCHRAMM, 2010, p.170).

Já no terço final do século XIX estes locais foram adquirindo conotação de espaços especializados no atendimento a pessoas que estavam morrendo, ou seja, aquelas que estavam na condição de terminalidade, passando então a um outro patamar, agora considerados – *hospices* modernos, mas que continuavam sob o comando de instituições religiosas.

E somente após um século do nascimento dos primeiros *hospices* modernos foi que surgiu em 1967 o embrião do que seria chamado – Movimento *Hospice* na Inglaterra, fruto do trabalho e dedicação da líder - Cicely Saunders que era enfermeira, assistente social e médica, considerada uma pessoa de “visão” e bastante carismática. Esse traço carismático foi repassado ao Movimento e perdura até hoje, comprovado através das iniciativas nesta área, que geralmente partem de um “líder local” ou de voluntários (FLORIANI, 2009).

O cenário político e econômico da Inglaterra na década de 70, fase de consolidação do Movimento *Hospice*, era de crise do capital e de avanço das ideias neoliberais, defendida como estratégia para superação da crise, mas que se mostrou insuficiente visto que a condição de vida dos trabalhadores se deteriorava à medida que as reformas neoliberais avançavam. Para Behring & Boschetti (2011, p. 127) nesse período houve “[...]aumento do desemprego, destruição de postos de trabalho não-qualificados, redução dos salários devido ao aumento da oferta de mão-de-obra e redução de gastos com as políticas sociais”

A instituição a qual Cicely Saunders estava vinculada - o St. Christopher’s Hospice tinha como principal fonte recursos doações financeiras e sua força de trabalho composta majoritariamente por voluntários. Os donativos possibilitaram sua construção e até hoje contribuem para sua manutenção (FLORIANI, 2009). O traço da solidariedade, voluntarismo e filantropia foram pontos de apoio ao Movimento, por isso, conseguiu importantes avanços mesmo em um cenário de crise.

O St. Christopher’s Hospice cumpriu sua função social e conseguiu influenciar a criação de várias instituições similares. Ainda mantem como principal fonte de custeio doações financeiras, mas agora acrescida de recursos públicos por via do sistema de saúde inglês. Também foi o primeiro a inaugurar um serviço de atendimento domiciliar e também de acompanhamento do luto. (FLORIANI & SCHRAMM, 2010).

Cicely Saunders realizou importantes pesquisas sobre o controle da dor em pacientes com câncer e difundiu a necessidade de atendimento integral. Ela também influenciou a permanência do campo da espiritualidade na assistência, fortemente influenciada por sua fé particular - o cristianismo anglicano, fato que fez com que a mesma sentisse que estava respondendo a uma missão, mas sempre deixou claro que a opção religiosa não deve ser um fator excludente. Também houve participação da classe média britânica, segmento ao qual pertencia Cicely Saunders.

Sua formação em medicina foi um facilitador para aproximar-se desta categoria e influenciá-los para participar do movimento. É importante ressaltar a baixa adesão médica durante todo o percurso do Movimento *Hospice* que demonstra o pouco interesse da classe em questões relacionadas a morte/morrer. Houve ligeira mudança nessa condição em 1987 quando a medicina paliativa foi reconhecida como especialidade médica na Inglaterra, seguida da Nova Zelândia e Austrália. (FLORIANI & SCHRAMM, 2010).

A reestruturação do sistema de saúde que culminou com a criação do *National Health Service* em 1948; a crítica às instituições filantrópicas - consideradas insuficientes para oferta



de cuidados no fim da vida; o aumento proporcional de idosos e de doenças crônico-degenerativas; a dinâmica das famílias e o crescimento das especialidades médicas, contribuíram para fortalecer o Movimento *Hospice* na Inglaterra e favoreceram sua incorporação no sistema de saúde público inglês (FLORIANI & SCHRAMM, 2010).

Desde sua criação o Movimento *Hospice* priorizou, mas não se restringiu à internação domiciliar, uma vez que uma parcela considerável dos países oferta através de hospitais. Os Estados Unidos da América do Norte (EUA) é o país que mais adota a modalidade de atendimento domiciliar, impulsionado pelo perfil de sua população que exige a preservação de sua autonomia e da escassez de recursos para os *hospices* que estão excluídos do sistema de saúde. (FLORIANI & SCHRAMM, 2010).

Entre a década de 1980 e início do século XXI surgiram várias organizações empenhadas na difusão do Movimento *Hospice* no mundo. Na América Latina, destaca-se a Latin American Association of Palliative Care, em 2000. Atualmente, há registros que indicam a presença dos cuidados paliativos em 115 países, e em 41 países há condições para seu desenvolvimento. Os EUA possuem a maior rede de rede de cuidados paliativos no domicílio. Contudo, ainda há dificuldades para inserção deste movimento nos sistemas de saúde vigentes.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) também tem se empenhado na disseminação dessa proposta, a partir do seu reconhecimento como serviço especializado. Também criou protocolos clínicos e incentiva a criação de centros especializados, com destaque para aquelas regiões que possuem elevado número de pessoas em situação de pobreza. A OMS também demonstra preocupação com os desafios do envelhecimento e a prevalência de doenças crônicas na população mundial. (FLORIANI & SCHRAMM, 2010).

No contexto brasileiro, os cuidados a pacientes terminais surgiram fortemente ligados às instituições asilares de caráter filantrópico mantidas por doações, serviço voluntário e direcionada para pacientes cancerosos em estágio terminal. Segundo Floriani & Schramm (2010) não há registros seguros dos primeiros locais que acolhiam esse público, o que há de evidências remete ao Asilo da Penha que foi criado em 1944, por iniciativa do então diretor do Instituto Nacional de cancerologia – Sr. Mário Kroeff. Tal asilo compartilhava do mesmo objetivo dos *hospices* britânicos atender moribundos, já que não havia interesse dos hospitais tradicionais em atender esse público. (FLORIANI & SCHRAMM, 2010).

Com empenho do Dr. Mário Kroeff foi fundada em 1939 a Associação Brasileira de Assistência aos Cancerosos (ABAC) presidida por Darcy Vargas, que era a primeira dama do



Brasil na época. A referida instituição tinha como objetivo prestar assistência material, médica e moral, voltada para os pacientes provenientes do Centro de Cancerologia. A instituição se manteria de doações, legados e subvenções das três esferas do Estado (FLORIANI & SCHRAMM, 2010).

Hoje, a ABAC ainda mantém essa instituição e mais um Hospital que foi criado anexo ao Asilo da Penha e a manutenção continua proveniente de doações de empresas e pessoas físicas, tendo seu escopo de atuação ampliado para o campo curativo oncológico (FLORIANI & SCHRAMM, 2010).

De 1940 a 1980 não houve grande avanço nesta área no Brasil, mas nos anos posteriores surgiram algumas instituições especializadas em cuidados paliativos custeadas por recursos públicos, a maioria concentrada no eixo sul-sudeste, sendo que a área da oncologia através do Instituto Nacional de Cancerologia que apresentou maior progresso.

Observamos que ao longo de sua trajetória os “cuidados paliativos” no mundo e no Brasil estiveram fortemente ligados à filantropia. Nesse sentido, somente na década de 80, houveram iniciativas pontuais por parte do poder público brasileiro em resposta às demandas de uma área específica da medicina - a oncologia. Traço histórico significativo, uma vez que ainda hoje, os serviços voltados ao tratamento do câncer são os que mais concentram a oferta de serviços nesta área.

É importante ressaltar que a conjuntura da década de 80 era de intensa mobilização social, assim, o momento era favorável para que demandas da sociedade fossem reconhecidas como questão social e tivessem a devida atenção do poder público, com possibilidade de inclusão na agenda governamental. Talvez isso tenha contribuído para que iniciativas pontuais neste campo fossem assumidas pelo Estado.

3 - OS CUIDADOS PALIATIVOS COMO POLÍTICA PÚBLICA NO BRASIL

Em 1980 foi um período de efervescência política no Brasil. Havia forte apelo da sociedade por melhorias na área da saúde e também o fortalecimento do setor público. Estas e outras reivindicações compuseram a base para construção do Movimento da Reforma Sanitária, composto principalmente por: estudantes, professores universitários, trabalhadores da saúde, partidos políticos e o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde - CEBES.

Esse movimento compreendia uma agenda de reformas que foi amplamente debatida na VIII Conferência Nacional de Saúde com a participação de “[...] cerca de 4.500 pessoas,

dentre as quais mil delegados” (GOMES, 2104, p.25). O documento final além de propor a implantação do SUS, previa também a criação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária que teve como atribuição defender as propostas do relatório da conferência na Assembleia Constituinte, tais propostas foram decisivas para elaboração do capítulo referente à saúde na Constituição Federal de 1988 que no artigo 196 definiu a Saúde como:

[...] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Neste cenário, os cuidados paliativos foram implementados não como uma política pública, mas como um tipo de intervenção específica na área da oncologia em resposta às reivindicações dos enfermos e profissionais de saúde. Daí é possível inferir que a má qualidade ou falta de assistência para as pessoas com doenças crônicas/graves com elevado risco de morte, no período de 1980 a 2000, provavelmente foi evidenciado como problema desta área específica. Esse reconhecimento é fundamental para que sujeitos políticos atue e transforme-o em um “problema de política” (*policy issues*).

[...] um problema político não ocorre simplesmente. Para que ocorra é necessário que sujeitos políticos utilizem estratégias de ação no sentido de influenciar indivíduos, grupos organizados de interesse, planejadores organizacionais, candidatos, partidos políticos, legisladores, burocratas, e principalmente, a mídia. Nesse sentido, pode-se falar em estratégias de estabelecimento de *agenda setting* (SILVA, 2008, p.93).

É importante notar que o processo de constituição de uma política pública obedece a “[...] uma série de atividades processuais que ocorrem no interior do sistema político” (SILVA, 2008, p. 92). Nesse processo é importante a atuação de diferentes sujeitos políticos (movimentos sociais, organizações da sociedade civil, partidos políticos ou políticos, burocratas, legisladores, mídia, etc.) para que uma demanda da sociedade ganhe visibilidade, transforme-se em questão social e integre a agenda pública

Este processo de reconhecimento e legitimidade de um determinado problema social é limitado e condicionado pelos:

[...] processos econômicos, políticos, sociais e culturais de uma sociedade historicamente determinada. Isso significa que uma política pública se estrutura, se organiza e se concretiza a partir de interesses sociais organizados em torno de recursos que também são produzidos socialmente” (SILVA, 2008, p.90).

O período pós-constituente foi desfavorável para as políticas públicas em geral, pois se apresentou no cenário nacional um:

[...] quadro de crise fiscal e de fragmentação da coalizão que viabilizou a nova república, emerge um realinhamento dos atores coletivos, visando uma redefinição das esferas públicas e privada, das relações Estado-sociedade” (MELO, 2009, p.21).

Assim, os Presidentes Fernando Collor e em sequência Fernando Henrique Cardoso alegavam que o Brasil se tornou ingovernável dada a saturação da agenda pública contemplativa dos direitos sociais previstos na Constituição Federal de 1988, o desequilíbrio fiscal gerado pela universalização da cobertura e equalização de benefícios previdenciários urbanos e rurais, a redução da arrecadação de impostos e redução dos encargos sociais que restringiram, inclusive, a concessão de alguns benefícios (MELO, 2009).

Acrescenta-se ainda, a questão do aumento do número de partidos políticos (aumento da participação social), a descentralização político-administrativa que gerou maior autonomia aos Estados e municípios, inclusive na questão da arrecadação fiscal, e também a conversão do judiciário em ator político. (MELO, 2009)

Para além do discurso da ingovernabilidade observa-se uma nova agenda de medidas internacionais para o Estado – o neoliberalismo, que no caso do Brasil reafirmou o discurso em vigor na época. Conforme afirma Melo (2009, p 25):

Tal agenda, na esfera da política social, está centrada em um conjunto articulado de proposições. Em primeiro lugar visa redefinir o balanço entre as esferas pública e privada, via redução da intervenção do Estado na oferta de bens e serviços de natureza social [...]. Em segundo lugar, a oferta pública deveria assumir a qualificação simplificada de baixo custo, para assegurar maior abrangência e maior eficácia na relação custo-benefício [...]. Em terceiro, o estímulo à privatização pelo fomento ao mercado de assistência médica voltado para empresas assalariadas de média e alta rendas, bem como a privatização da previdência social.

A partir dos anos 1990, sob a égide do capitalismo neoliberal torna-se hegemônica a defesa do Estado mínimo em todas áreas, contudo o que se observa é uma redução da sua participação efetiva na área social e uma tentativa cada vez mais consolidada de transferência de suas responsabilidades para o mercado ou para o terceiro setor.

Estas questões são fundamentais porque incidem na racionalidade das políticas públicas, trata-se de um viés político-ideológico que afeta o processo de decisões ou não-decisões, e no caso particular do Brasil, em que a população historicamente tem uma postura menos participativa e geralmente delega aos governantes as escolhas, as políticas sociais podem servir como um mero instrumento privilegiado de dominação.

O Brasil, por ser um país situado na periferia do sistema capitalista, suas políticas sociais são historicamente influenciadas pela política econômica internacional, as quais ditam as regras na ordem política econômica interna (BRAVO & PEREIRA, 2002). Assim, o sistema de proteção social brasileiro construído em plena era neoliberal jamais conseguiu apoiar-se nas bases do pleno emprego, na universalização dos serviços, tampouco se constituiu numa rede de proteção social capaz de alcançar setores majoritários situados na pobreza (OSTERNE, 2014).

Na década de 90 com o processo de contrarreforma do Estado brasileiro, o sistema de proteção social que sequer havia se consolidado, foi condicionado a um processo de refilantropização e privatização de suas políticas públicas, dessa forma, o processo de formulação e implementação de uma política pública no contexto deste Estado tornou-se mais lento e algumas vezes inviabilizado e a relação público-privada foi fortemente incentivada.

É evidente que as políticas públicas estão além da perspectiva de políticas governamentais, uma vez que outros agentes podem implementá-las. Contudo, a relação entre política pública e instituições governamentais é muito íntima e em geral uma política não se transforma em “política pública” antes que seja adotada, implementada e cumprida por alguma instituição governamental” (OSTERNE, 2014).

Para Osterne (2014, p. 49), “[...] as instituições governamentais emprestam às políticas públicas três características distintas, ou seja, legitimidade; universalidade, poder e coerção (somente os governos podem legitimamente conter os violadores de suas políticas)”. Dessa forma, mesmo não se constituindo como um agente exclusivo na sua formulação, implementação e avaliação, o Estado torna-se indispensável no processo de organização e instrumentalização das políticas públicas.

Em meio à conjuntura atual que é desfavorável para as políticas públicas de corte social ocorreu o reconhecimento dos Cuidados Paliativos como uma estratégia a ser implementada pelo Estado, oficializada por meio da Resolução nº 41 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) de 31 de outubro de 2018 que define as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos e a integralização dos cuidados continuados por meio da rede de atenção à saúde (RAS) no âmbito do SUS.

Conforme comunicado oficial da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) esta resolução foi fruto da mobilização de instituições representativas de categorias profissionais, instituições ligadas diretamente aos cuidados paliativos, além do próprio

Ministério da Saúde. A ANCP informa que a conquista foi resultado de uma ação conjunta, conforme detalhado no trecho a seguir:

Neste sentido, trabalhamos em conjunto com o Ministério da Saúde (entidade que representa a Federação), o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS, entidade que representa os Estados), o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS, que representa os Municípios), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e com dezenas de profissionais e instituições que são lideranças nacionais e internacionais em Cuidados Paliativos, buscando a construção e estabelecimento desta política pública oficial (ANCP, 2018).

Notamos que no processo de formulação desta política não se constatou a participação de movimentos sociais ou outras organizações da sociedade civil constituídas pelos potenciais beneficiários da política e que imprimem a esta determinada “racionalidade política”. O que se observou é que foi um processo assumido por administradores de políticas públicas e burocratas que geralmente são “[...] orientados por uma racionalidade baseada em procedimentos, na aplicação de normas e na competência legal que se expressam pela lógica legal” (SILVA, 2008, p. 98).

Sobre a racionalidade técnica Boschetti & Behring (2011, p. 36-37), baseadas em Max Weber, afirmam que:

[...] na maioria das vezes, limitam-se a discutir sua eficiência e eficácia na “resolução de problemas sociais”, sem questionar sua (im)possibilidade de assegurar justiça social e equidade no capitalismo. Tal abordagem não consegue ir além da demonstração da conquista dos direitos na sociedade burguesa, sob a égide da expansão das políticas sociais.

Essa correspondência de racionalidades é importante para fins de melhor compreensão do papel dos sujeitos políticos no processo das políticas públicas, mas é importante observar que:

Trata-se de tipos ideais de racionalidade que tendem a se relacionar mais com determinados sujeitos; todavia, um mesmo sujeito pode se orientar por mais de um tipo de racionalidade e alterá-las à medida que se mudam seus interesses (SILVA, 2008, p.100).

Não se pode imprimir a esta política um caráter meramente técnico, uma vez que os sujeitos políticos são “[...] orientados por diferentes racionalidades e movidos por diferentes interesses, fazendo do desenvolvimento das políticas públicas um processo contraditório e não linear” (SILVA, 2008, p. 98). Mas, julga-se que há um predomínio dessa racionalidade justificado pelo seu processo de formulação.

Há também que se destacar que a partir da década de 90 “[...] o que se verifica é substituição das lutas coletivas por lutas corporativistas, em defesa de grupo de interesses

particulares e imediatos dos trabalhadores” (BRAVO & MENEZES (2011, p. 32). O ideário de “americanização” se difundiu fortemente na sociedade brasileira, portanto, procurou-se desmobilizar a sociedade e o cidadão foi transformado em cliente ou consumidor. Então, a falta de mobilização da sociedade civil pode ser fruto do atual momento histórico.

Com o processo de privatização acentuando, aqueles ideais tão defendidos pela Reforma Sanitária e que foram incorporados à Constituição Federal de 1988 estão sendo sucumbidos pela implantação da lógica do lucro, ou seja:

Trata-se de tendência em curso do fundo público ser colocado a serviço do financiamento da reprodução do capital. Tendência que também tem se dado por dentro do SUS através de compra de serviços privados pela rede pública por meio de convênios, em detrimento da alocação de recursos públicos na ampliação dos serviços públicos” (BRAVO & MENEZES, 2011, p.33).

Essas instituições que se mobilizaram em prol da aprovação da Resolução nº 41/CIT são compostas majoritariamente pelos estratos médios da sociedade, assim como ocorreu na Inglaterra quando da assimilação dos cuidados paliativos pelo sistema de saúde público com forte pressão da classe média. Contudo, o contexto socioeconômico brasileiro assume particularidades. Aqui, por exemplo, admite-se a participação de serviços privados de saúde de forma complementar ao SUS, mas que ao longo dos anos vem sendo incentivado pelo Estado, em contrapartida os serviços públicos sofrem um processo de precarização agudo também incentivado pela esfera pública.

Destacamos neste trabalho a fase da formulação de uma política pública que pode ser sucedido por sua implementação onde ocorre sua materialização, trata-se de uma fase mais abrangente e talvez mais complexa, onde se evidencia o cumprimento dos objetivos e metas com vistas a alcançar os resultados pretendidos (SILVA, 2008).

4. CONCLUSÃO

Neste trabalho tentou-se evidenciar a formulação da Política de Cuidados Paliativos a partir do processo de constituição do problema e da agenda governamental, movimento que somente pode ser compreendido como uma totalidade específica que se articula dialeticamente com outras totalidades inerentes a esse processo. É importante evidenciar os interesses contraditórios que são inerentes às políticas públicas e que se alternam obedecendo à lógica do sistema capitalista.

Partindo do entendimento da política pública como uma forma de intervenção na sociedade que envolve diferentes sujeitos políticos, interesses diversos e condicionantes

econômicos, políticos, sociais e culturais, a Política de Cuidados Paliativos não deve se descolar da Constituição Federal de 1988 que é fundamental para garantir suas bases de sustentação “política” e legais. Portanto, a corrosão da nossa carta magna fragilizaria a sua implementação, tornando-a instável, flexível e restrita no acesso e na oferta.

A conjuntura atual é desfavorável para as políticas sociais em geral, mas sobretudo para as políticas no âmbito da saúde que estão com suas bases políticas fragilizadas, com um sub-financiamento crônico consolidado pela recente implementação de medidas de austeridade fiscal, além de fraca legitimidade social.

Esse processo de desmonte na área social é bem anterior, conforme destaca Melo (2009, p.22), que se evidenciou no Brasil no período pós-constituente a partir da indicação de “[...] redefinição de direitos sociais, propunha-se a “desconstitucionalização” de matérias sociais na Constituição, que passariam a ser tratadas por lei ordinária”.

O momento atual exige a participação de todos os sujeitos preocupados com as políticas públicas em geral para atuar na defesa e ampliação dos direitos sociais e das conquistas traçadas na Constituição Federal de 1988.

REFERÊNCIAS

- ANCP. ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Análise situacional e recomendações para reestruturação de programas de cuidados paliativos no Brasil**. São Paulo, 2018, 29p.
- ARRIERA, Isabel Cristina de Oliveira et al. Espiritualidade nos cuidados paliativos: experiência vivida de uma equipe interdisciplinar. **Revista Esc Enfer**, USP, 2018.
- ATTY, Adriana Tavares de Moraes; TOMAZELLI, Jeane Glauca. **Cuidados paliativos na atenção domiciliar para pacientes oncológicos**. Saúde debate. Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 225-236, jan-mar, 2018.
- BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 9 ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- BRASIL. CIT. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, seção 1, n. 225, sexta-feira, 23 de novembro de 2018.
- BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Souza; POTYARA, A. P. Pereira. **Política Social e Democracia** (orgs.). 2 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002. p. 197-2015.
- BRAVO, Maria Inês. Políticas Públicas de Saúde: Impasses e perspectivas à universalização do atendimento. **Revista Políticas Públicas**, São Luís, v. 20, n.1, p.221-231, jan/jul. 2016.
- CARDOSO, Daniela Habekost et al. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: A vivência de uma equipe multiprofissional. **Revista Texto e Contexto**, Florianópolis, 2013, out/dez, p.1134-1141.
- FLORIANI, Ciro Augusto. **Moderno movimento hospice: fundamentos, crenças, contradições na busca da boa morte**. 190p. Tese (DOUTORADO) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.
- FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Fermin Roland. Casas para os que morrem: a história do desenvolvimento dos *hospices* modernos. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.17, supl.1, jul. 2010, p.165-180.
- FREITAS, Eni Devay de. Manifesto pelos cuidados paliativos na graduação em medicina: um estudo dirigido da Carta de Praga. Brasília. Conselho Federal de Medicina: **Revista Bioética**. 2017, p. 527-535.
- GOMES, Gustavo França. A inconstitucionalidade da contrarreforma do SUS e de seus modelos de privados de gestão. In: BRAVO, Maria Inês; MENEZES, Juliana Sousa Bravo de (org.). **A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014.98p.
- MELO, Marcus André. As sete vidas da agenda pública brasileira. In: RICO, Elizabeth Melo (org). **Avaliação de Políticas Sociais: Uma questão em debate**. 6 ed. São Paulo: Cortez: Instituto de Estudos Especiais, 2009. p. 11-28.
- OSTERNE, Maria do Socorro Ferreira. Atualidades da “Questão Social”, da Justiça Social e da Gestão de Políticas Públicas. In: JUNIOR MACAMBIRA, Francisco Bezerra (org.). **Estado e Políticas sociais: fundamentos e experiências**. Fortaleza: UECE, 2014.
- PALACIOS, Marisa; REGO, Sergio. **Bioética para profissionais da saúde**. São Paulo: Fiocruz. 2014.160p.
- SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna. **Autonomia para morrer: Eutanásia, suicídio assistido, diretivas antecipadas de vontade e cuidados paliativos**. 2.ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2015.



SILVA, Maria Ozanira da Silva e. Avaliação de Políticas e Programas Sociais: Uma reflexão sobre o conteúdo teórico e metodológico da pesquisa avaliativa. In: SILVA Maria Ozanira da Silva e (org.). **Pesquisa Avaliativa**: aspectos teórico-metodológicos. 2 ed. São Paulo: Veras Editora, São Luís, MA: Grupo de Avaliação e Estudo da Pobreza e de Políticas Direcionadas à Pobreza (GAEPP), 2013. p. 89-177.

SILVA, Ronaldo Corrêa Ferreira da; HORTALE, Virgínia Alonso. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(10):2055-2066, out, 2006.

TOLEDO, Andreia Padilha; PRIOLLI, Denise Gonçalves. Cuidados no fim da vida: o ensino médico no Brasil. **Revista Brasileira em Educação Médica**, 2012, p.109-117.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DIANTE DA CONTRARREFORMA DO ESTADO: QUAL O PAPEL DO SERVIÇO SOCIAL NESSE CONTEXTO?

Gabriela Cristina Braga Bisco (Universidade Estadual Paulista - Faculdade De Ciências Humanas E Sociais);**Fernanda De Oliveira Sarreta** (Universidade Estadual Paulista - Faculdade De Ciências Humanas E Sociais)

RESUMO: Diante das mudanças estruturais na gestão e financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, a manutenção dos serviços de saúde e o trabalho de profissionais como a/o assistente social são marcados por desafios que refletem o impacto de uma nova política, que aprofunda ainda mais as desigualdades em saúde. O objetivo do presente artigo é refletir sobre o atual contexto da política de saúde no Brasil e sobre o trabalho da/o assistente social e a sua contribuição para o acesso universal e integral aos serviços de saúde.

Palavras-chave: Serviço Social; Saúde; Efetivação de Direitos.

ABSTRACT: In light of the structural changes on management and funding of the Primary Healthcare Attendance (APS) in Brazil, the maintenance of healthcare services and the work of professionals as the social assistant are roled by challenges that reflect the impact of a new policy, which deepens even more healthcare inequalities. The objective of this article is to reflect about the current context of healthcare policies in Brazil and about the work of the social assistant and its contribution for universal and full access to healthcare services.

Key-words: Social Service; Healthcare; Rights' effectiveness.

1. INTRODUÇÃO

No contexto das transformações societárias, como assinala Paulo Netto (1997) as mudanças no mundo do trabalho afetam tanto a classe trabalhadora, com o crescente retrocesso em relação aos direitos sociais, afetando ainda o trabalho de profissionais que atuam diretamente no desenvolvimento de políticas públicas para a população.

Diante do contexto de precarização dos serviços públicos, principalmente na área da saúde, com serviços cada vez mais focalizados e seletivos, o trabalho da/o assistente social é importante na medida em que contribui para que a população tenha acesso aos serviços de saúde. Na Atenção Primária à Saúde (APS), considerada a porta de entrada dos usuários no Sistema Único de Saúde (SUS), esse trabalho contribui com possibilidades e estratégias de educação e promoção em saúde.

O compromisso profissional da/o assistente social está direcionado pela qualidade dos serviços oferecidos, na produção teórico-científica, buscando estratégias qualificadas para o enfrentamento dos desafios e respostas no âmbito das políticas públicas, e da política de saúde.

O Serviço Social é uma profissão – uma especialização do trabalho coletivo, no marco da divisão sociotécnica do trabalho – com estatuto jurídico reconhecido (Lei 8.669, de 30 de junho de 1993); enquanto profissão, não é uma ciência nem dispõe de teoria própria; mas o fato de ser uma profissão não impede que seus agentes realizem estudos, investigações, pesquisas etc. e que produzam conhecimentos de natureza teórica, incorporáveis pelas ciências sociais e humanas. Assim, enquanto profissão, o Serviço Social pode se constituir, e se constituiu nos últimos anos, como uma área de produção de conhecimentos [...]. (PAULO NETTO, 2012, p. 12).

Na Atenção Primária à Saúde, a/o assistente social integra as equipes multiprofissionais dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). Reconhecendo que o trabalho do Serviço Social contribui para ampliar o acesso aos direitos sociais, a pesquisa tem como pressupostos que o trabalho do assistente social na saúde é relevante e fundamental, na medida em que o Projeto Ético-Político da categoria profissional tem como direção a justiça social e a defesa dos direitos sociais da classe trabalhadora. Além disso, o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde é fundamental, pois ela é considerada a porta de entrada dos usuários aos serviços de saúde.

2. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: AVANÇOS E RETROCESSOS

O direito à saúde no Brasil foi conquistado a partir de lutas e reivindicações da classe trabalhadora, de movimentos sociais e profissionais voltados para a defesa dos direitos da população, uma vez que, anteriormente a criação do SUS, o acesso era restrito para as pessoas que pagavam pelos serviços de saúde, seja de maneira direta ou por algum tipo de contribuição privada. Além disso, os serviços concentravam-se na solução de doenças, desconsiderando todos os aspectos que interferem na saúde e qualidade de vida dos sujeitos.

As políticas de proteção social, incluindo a saúde, são “[...] consideradas produto histórico das lutas do trabalho, na medida em que respondem pelo atendimento de necessidades inspiradas em princípios e valores socializados pelos trabalhadores e reconhecidos pelo Estado e pelo patronato.” (MOTA, 2004 a apud MOTA 2006, p. 40).

No que diz respeito à saúde, os sujeitos de forma coletiva, iniciaram um debate sobre as condições de vida da população, a interferência de questões econômicas e sociais na saúde, além do papel do Estado na formulação e garantia de uma política de saúde que pudesse abranger toda a população. De acordo com Bravo (2006, p. 26):

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (BRAVO, 2006, p. 96).

O Movimento de Reforma Sanitária, tinha como propostas a criação de um sistema unificado de saúde, onde o Estado seria responsável pela garantia do acesso aos serviços, além da ampliação do conceito de saúde, considerando determinantes sociais e econômicos no processo saúde/doença da população, e estendendo a cobertura gratuita, com qualidade dos serviços, para todos. Além disso, essa ação conjunta da classe trabalhadora e dos órgãos representativos da sociedade civil, tais como sindicatos, associações de moradores, trabalhadores de saúde entre outros, tinham como direção a defesa da democratização dos espaços institucionais e a participação social nas três esferas do governo.

A partir da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), a saúde passou a ser considerada um direito de todos e dever do Estado. Dessa forma, a saúde deve ser garantida por meio de “[...] 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” (BRASIL, 1988). A saúde compõe o tripé da Seguridade Social brasileira,

assim como a previdência e a assistência social, que também são de responsabilidade do Estado.

A Lei Orgânica da Saúde (LOS) 8080/90, regulamenta em todo território nacional o Sistema Único de Saúde (SUS). Em seu Artigo 7º, determina os princípios previstos a serem seguidos:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos; e XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. (BRASIL, 1990, p. 3).

Entre os princípios assegurados, cabe destacar, em especial, a universalização do acesso, a integralidade da atenção em todos os níveis de atendimento e a descentralização dos serviços e ações. Tais princípios são fundamentais para o acesso da população a todos os níveis de serviços de saúde, de forma justa e igualitária.

Porém, logo após a aprovação da Constituição Federal (BRASIL, 1988) e da LOS (BRASIL, 1990), o ideário neoliberal avançou pelo Brasil e impactou diretamente os direitos da população. Iniciado no final da década de 1980, o neoliberalismo surgiu como uma política econômica, com restrição do papel do Estado e abertura para o mercado. Com o avanço desse ideário, as políticas públicas passaram a ter cada vez mais um caráter focalizado e seletivo, não atendendo as reais necessidades da população. Além disso, é crescente a redução dos direitos sociais, a privatização dos serviços, a focalização de políticas públicas, e o afastamento do papel do Estado na garantia dos mínimos sociais para a população, com o seu papel de mediador das relações sociais e desigualdades.



A área da saúde também foi impactada por essa contrarreforma, principalmente no que se refere a participação do mercado privado como forma complementar aos serviços de saúde. Essa participação está regulamentada na própria Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) que determina que os planos privados de saúde podem participar de forma complementar ao SUS. Nesse sentido, o financiamento dos serviços de saúde também está comprometido, uma vez que os recursos que seriam exclusivos do SUS, podem ser destinados aos planos privados, fortalecendo o mercado da saúde. De acordo com Ravagnani (2013, p. 18):

Percebe-se que a construção da ideia que afirma a necessidade do setor privado para o atendimento das necessidades humanas encontra terreno favorável quando uma gama muito grande de necessidades básicas, historicamente, não tem lugar garantido na esfera das opções e decisões macroeconômicas governamentais. Dessa maneira, visualiza-se uma aceitação, um consenso e um consentimento ideologicamente forjados, em meio à falta de opções, da proposta privatizante que responda com recursos públicos às necessidades do público usuário. (RAVAGNANI, 2013, p. 18).

Portanto, apesar do direito à saúde ser garantido constitucionalmente, a participação complementar do setor privado surge como forma de opção em meio a precarização dos serviços de saúde, com uma falsa ideologia de que o que é privado possui uma qualidade melhor.

A partir da década de 1980, com o avanço do ideário neoliberal, o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BM) passaram a interferir diretamente na área da saúde no Brasil, principalmente no que diz respeito ao financiamento, com orientações econômicas a partir de programas de estabilização econômica e de ajuste estrutural, propondo uma reforma do Estado (CORREIA, 2007).

De acordo com Correia (2007), a saúde passou a ser interesse desses órgãos econômicos por constituir-se como um importante mercado a ser explorado pelo capital, pelas indústrias farmacêuticas e empresas de tecnologia e equipamentos de saúde.

A preocupação central do BM não leva em consideração a saúde na perspectiva totalizante, considerando todos os determinantes sociais que afetam a saúde da população, como os aspectos sociais, econômicos e saneamento. Ele considera apenas a relação custo-benefício dos programas e serviços, considerando que o caráter universal da política de saúde brasileira não é viável do ponto de vista econômico, pois gera muitos gastos e despesas. Em um dos vários documentos sobre a saúde brasileira, o BM orienta que “[...] muitos países em

desenvolvimento que desejam reduzir a magnitude de seu desmesurado setor estatal devem conceder prioridade máxima à privatização” (BANCO MUNDIAL, 1997, p. 7).

A abertura e prioridade máxima à privatização abre espaço para a focalização dos serviços, seletividade e descentralização da gestão, o que vai totalmente contra o direito a saúde garantido constitucionalmente.

No documento “Salud: documento de política sectorial”, de 1975, o BM orienta para a quebra da universalidade, a utilização de mão de obra desqualificadas, procedimentos simplificados, seletividade e focalização da atenção aos mais pobres. Neste mesmo documento, afirma que a prioridade é o desenvolvimento de serviços na atenção básica. Porém, a Atenção Primária à Saúde também vem sendo afetada pela contrarreforma do Estado.

A Atenção Primária à Saúde foi assegurada a partir da Lei 8080/90 (BRASIL, 1988), e é caracterizada como um conjunto de programas e serviços individuais ou coletivos, que visam a educação, prevenção, diagnóstico e promoção em saúde. É considerada a porta de entrada para o SUS, pois é a partir da atenção básica que a população tem acesso aos serviços de saúde e pode ser encaminhada para os serviços de alta complexidade, dependendo da demanda. Ela é desenvolvida por “[...] meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitadas, das quais assumem a responsabilidade” (CNS, 2004, p. 7).

A Declaração de Alma Ata da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1978), define a Atenção Primária à Saúde como cuidados primários da saúde:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978, p. 13)

Os principais marcos legais para a garantia e implantação da Atenção Primária à Saúde no Brasil foram a criação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994; a Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB/96), onde o PSF assumiu a condição de estratégia

de reorientação da Atenção Primária à Saúde, em substituição às modalidades tradicionais; o Piso de Atenção Básica (PAB), que estabeleceu incentivos financeiros aos municípios que adotassem o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e o PSF, tornando automática e regular a transferência de recursos federais para o financiamento desses programas; Pacto de Indicadores da Atenção Básica; criação do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab); Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf); Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ) e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) formulada em 2006 e revisada nos anos de 2011 e 2017.

Ao longo dos anos, foram desenvolvidos documentos e normatizações que favoreceram a implantação da Atenção Primária à Saúde no Brasil, contribuindo para a implantação dos princípios e diretrizes do SUS, principalmente na questão da universalidade e integralidade. As definições da Atenção Primária à Saúde são documentadas e asseguradas através da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que define o modelo de atenção, gestão e financiamento da atenção básica no Brasil.

A aprovação da PNAB (BRASIL, 2011) permitiu a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica no Brasil, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Porém, contrariando os princípios e diretrizes fundamentais da atenção básica, no ano de 2017 a PNAB foi revisada e nela foram introduzidas definições que representam um retrocesso em relação aos direitos historicamente conquistados para a Atenção Primária à Saúde no Brasil.

Em relação a cobertura universal dos serviços de atenção básica, na nova PNAB existe uma cobertura relativizada e flexibilizada. A cobertura de 100% destina-se apenas as áreas de risco e vulnerabilidade social, não abrangendo a totalidade da população em territórios distintos.

Em áreas de risco e vulnerabilidade social, incluindo de grande dispersão territorial, o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população, com um máximo de 750 pessoas por agente, considerando critérios epidemiológicos e socioeconômicos (BRASIL, 2017, p. 5).

Além disso existe a flexibilização da cobertura em relação ao tamanho da equipe e tamanho da população. De acordo com a nova PNAB, em relação as especificidades do território, ela prevê a possibilidade de novos arranjos de cobertura, com parâmetros populacionais que podem ter um alcance maior ou menor que o recomendado: “[...] o número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional (critérios

demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos), conforme legislação vigente” (BRASIL, 2017, p. 6).

Outro princípio que está em risco é o da integralidade, uma vez que existem novos padrões de ações e cuidados diferenciados de acordo com as especificidades territoriais. Esses novos arranjos representam uma segmentação a Atenção Primária à Saúde, pois reflete o atendimento dos serviços mínimos, com cobertura focalizada na população mais vulnerável. O que já observamos no sistema de saúde como um todo, é a focalização dos serviços direcionados nos mais pobres, como se fosse uma política pobre para os pobres, desconsiderando os princípios e diretrizes fundamentais do SUS.

O risco colocado, pela diferenciação entre os serviços ‘essenciais’ e ‘ampliados’, é de que se retome a lógica da seletividade com diretrizes que reforcem a segmentação e a fragmentação dos serviços e das ações de saúde no SUS, a partir da APS. (MOROSINI, FONSECA, LIMA, 2018, p. 17).

Essa segmentação e fragmentação do acesso, relacionadas com os problemas históricos do SUS em relação a participação do mercado privado na saúde, podem favorecer a abertura e ampliação de espaços para os setores privados e planos de saúde suplementar.

A alteração na composição de equipe e também na carga horária de profissionais, principalmente dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e médicos, compromete o atendimento prestado à população, principalmente em relação a ações educativas e de promoção da saúde. Essas alterações reforçam a preocupação com o custo-benefício, diminuindo custos com profissionais. Essa estratégia pode ser eficiente para a gestão dos serviços, com redução de gastos, mas desconsidera os efeitos negativos sob os programas e serviços destinados para a população.

Recentemente, no atual governo do presidente Jair Bolsonaro, observa-se uma clara inclinação para os setores privados de saúde, organizações sociais e grandes empresas que surgem como estratégia para enfrentamento dos problemas históricos de financiamento em saúde.

A aprovação do Programa Médicos pelo Brasil pela Medida Provisória n. 890 de 2019 surge após o cancelamento do convênio com Cuba e do extinto Programa Mais Médicos e tem essa clara intenção de fortalecimento do mercado privado e abertura para terceirização das contratações e serviços na Atenção Primária à Saúde.

Especificamente em relação ao financiamento, a aprovação de um novo modelo elaborado recentemente pelo Ministério da Saúde no ano de 2019 propõe diversas medidas com centralidade no individual, em populações vulneráveis, nos mais pobres e em produtividade das equipes de saúde para garantia do recurso e repasse de financiamento aos

municípios. Essa medida vai totalmente contra os princípios historicamente garantidos no SUS da universalidade, integralidade e equidade das ações e serviços.

A atenção básica tenderia a concretizar os princípios do SUS, principalmente em relação a cobertura universal. Porém, o que se observa a partir dessas novas determinações, é um retrocesso em relação as conquistas históricas.

3. O TRABALHO DA/O ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE: DESAFIOS E POSSIBILIDADES

Diante desse contexto, a/o assistente social começou a integrar a equipe de Atenção Primária à Saúde a partir da criação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). Criado em 2008, o NASF integra profissionais de diferentes áreas que atuam em conjunto com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) de acordo com as orientações da Atenção Primária à Saúde. Cabe a equipe multiprofissional o desenvolvimento de ação interdisciplinar e intersetorial, educação permanente em saúde dos profissionais e da população, desenvolvimento de ações no território, integralidade, participação social, educação popular, promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2010).

O NASF é uma estratégia de organização que deve orientar-se pelo referencial do apoio matricial, ou seja, matriciamento, que significa, em síntese, “[...] um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico/terapêutica” (CHIAVERINI, 2011, p.13). Em outros termos, o matriciamento visa transformar a lógica tradicional – verticalizada – dos sistemas de saúde em uma lógica horizontal, mais eficaz para a ampliação do campo de atuação das ESF e qualificação de suas ações (CHIAVERINI, 2011). O NASF por meio do matriciamento, é um modelo que articula ações de diferentes profissionais na busca por uma ampliação do acesso, com práticas educativas e de promoção de saúde. Porém,

[...] o matriciamento ainda possui resistências em sua implantação, seja por parte da gestão do SUS, seja por parte dos profissionais de saúde. Em relação à gestão do SUS, o incentivo à produtividade é o principal obstáculo a ser superado, visto que o foco dos profissionais do NASF, para a gestão, deve ser a dimensão clínico-assistencial e um processo de trabalho centrado em procedimentos. Para eles, momentos de discussão de casos, reuniões entre eSF e profissionais do NASF e educação permanente não são eficazes para a resolutividade dos problemas da APS e por isso devem ser evitados. Em relação aos profissionais que atuam na APS, observam-se dificuldades no compartilhamento dos saberes e intervenções, fazendo com que operem numa lógica biomédica e corporativista. Também se observa uma lógica de trabalho pautada na autoridade, com esquemas de decisão e poder assimétricos, na

qual os profissionais da eSF acreditam que são os únicos responsáveis pelos usuários e por isso podem atuar sozinhos; os profissionais do NASF, por sua vez, ao receberem uma situação para atendimento, acreditam que o usuário passa a ser de sua responsabilidade, não compartilhando com a equipe de referência o andamento do acompanhamento do usuário. (MARTINI, DAL PRÁ, 2015, p. 125,126).

Diante dessa realidade complexa e contraditória, o trabalho da/o assistente social na Atenção Primária à Saúde, por meio do NASF, pode contribuir significativamente para o fortalecimento dos princípios da universalidade e integralidade do atendimento e acesso aos serviços de saúde.

O Serviço Social é considerado uma profissão da saúde, conforme a Resolução do CFESS Nº 383 de 1999 (CFESS, 1999), que caracteriza em seu artigo 1º o Assistente Social como profissional da saúde, atuando por meio de políticas sociais. A dimensão interventiva e a postura investigativa, fazem parte do cotidiano profissional, pois contribuem para a definição de estratégias e possibilidades para enfrentamento de desigualdades sociais, além de contribuir para que os usuários tenham acesso aos serviços de saúde. O trabalho da/o assistente social na saúde tem como referência os princípios do Código de Ética do Serviço Social (CFESS, 1993), do Projeto Ético-Político e dos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2010).

Os princípios fundamentais do Movimento de Reforma Sanitária para o direcionamento do SUS estão em consonância com o Projeto Ético-Político do Serviço Social, que possui uma clara direção na defesa dos direitos da classe trabalhadora, na perspectiva de direito universal, livre de qualquer preconceito. De acordo com Mioto e Nogueira (2006, p. 222), “[...] a expansão dos direitos de cidadania, a preocupação com a universalidade, com a justiça social e o papel do Estado na provisão da atenção social”, são pontos em comuns entre o Projeto Ético-Político do Serviço Social e o Projeto de Reforma Sanitária.

Além disso, o Serviço Social contribui na integralidade dos serviços prestados, buscando uma compreensão de totalidade da realidade dos sujeitos, considerando não apenas a doença e sim todos os aspectos econômicos e sociais. A categoria contribui ainda com o trabalho sócio-educativo, por meio de orientações que possibilitam que a população reconheça seus direitos e passe a reivindicá-los.

Os assistentes sociais realizam assim uma ação de cunho socioeducativo na prestação de serviços sociais, viabilizando o acesso aos direitos e aos meios de exercê-los, contribuindo para que necessidades e interesses dos sujeitos sociais adquiram visibilidade na cena pública e possam ser reconhecidos, estimulando a organização dos diferentes segmentos dos trabalhadores na defesa e ampliação dos seus direitos, especialmente os direitos sociais. Afirma o compromisso com os direitos e interesses dos usuários, na defesa da qualidade dos serviços sociais. (IAMAMOTO, 2009, p. 4).

Pode-se afirmar, portanto, que a/o assistente social é um profissional que pode contribuir significativamente na Atenção Primária à Saúde, uma vez que sua atuação contribui para a ampliação do olhar sobre a saúde, tendo como base as determinações sociais e contribui para a construção de redes de suporte social, imprescindível para o trabalho do NASF.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A temática do Serviço Social na Saúde é algo que vem sendo discutida há muitos anos, sempre com novos questionamentos sobre o trabalho profissional neste espaço de atuação.

Devido a importância do trabalho da/o assistente social na saúde para que as reais necessidades da população sejam atendidas, seja para conseguir um tratamento específico, acesso a recursos, orientações e encaminhamentos para rede de atendimento dos municípios, a continuidade do estudo e reflexões sobre essa temática torna-se valiosa pela contribuição com novos questionamentos e com possíveis respostas aos desafios contemporâneos enfrentados pela profissão, consequência dos impactos da contrarreforma do Estado.

Espera-se que a pesquisa contribua com o debate sobre a contribuição do Serviço Social na saúde para a ampliação de direitos sociais, com visibilidade para uma sociedade justa e igualitária, conforme direção do Projeto Ético-Político da profissão. Pois, segundo Martinelli (2011):

No campo específico da intervenção profissional só podemos atingir novos patamares no campo dos direitos sociais se estivermos firmemente posicionados em nosso projeto ético-político de profissão, articulando-nos a movimentos mais gerais da sociedade brasileira. (MARTINELLI, 2011, p. 10)

O trabalho da/o assistente social na saúde exige a criticidade diária, em um movimento que seja capaz de envolver as três dimensões fundamentais no processo de trabalho cotidiano: teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, reafirmando a direção social do projeto de profissão e a defesa da classe trabalhadora. Além disso, é importante refletir sobre o trabalho profissional em uma perspectiva crítica, que também sofre os rebatimentos da contrarreforma do Estado como a precarização do trabalho e a dificuldade de reafirmação do Projeto Ético-Político em espaços institucionais.

A pesquisa pode contribuir ainda com reflexões sobre a Atenção Primária à Saúde no sentido de aprofundar os estudos sobre as mudanças que estão ocorrendo no sistema de saúde do Brasil, com o aprofundamento das desigualdades, de mudanças estruturais no financiamento e gestão dos serviços que impactam diretamente a população.

REFERÊNCIAS

- BANCO MUNDIAL. **Diretrizes para aquisições no âmbito de empréstimos do BIRD e créditos da AID.** Washington, D.C. 1997.
- BRASIL. Constituição (1988). **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL.** Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- _____. Ministério da Saúde. **LEI ORGÂNICA DA SAÚDE DE Nº 8.080 DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.** Brasília: Ministério da Saúde, 1990.
- _____. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família.** Brasília (DF), 2010. (Caderno de Atenção Básica, n. 27).
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 22 Out. 2011.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
- BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. **SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: formação e trabalho profissional.** São Paulo: Cortez, 2006.
- CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. Código de ética profissional dos assistentes sociais. **RESOLUÇÃO CFESS Nº 273, DE 13 DE MARÇO DE 1993,** com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS nº 290/1994 e n. 293/1994.
- _____. **RESOLUÇÃO CFESS N.º 383,** de 29 de março de 1999.
- _____. **PARÂMETROS PARA ATUAÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE.** Série: Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília: CFESS, 2010.
- CHIAVERINI, D. H. (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.
- CORREIA, M. V. C. **SAÚDE NO CONTEXTO DA CRISE CONTEMPORÂNEA DO CAPITAL:** O Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na política de saúde brasileira. Política de Saúde e Serviço Social: Impasses e Desafios. Temporalis, Ano VII, n.13, ABEPSS, São Luiz, 2007.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Atenção Primária.** Seminário para estruturação de consensos. Cadernos de informação técnica e memória de Progestores. Brasília (DF), 2004.
- IAMAMOTO. M. V. O Serviço Social na Cena Contemporânea. **SERVIÇO SOCIAL: direitos sociais e competências profissionais.** CFESS. ABEPSS. Brasília. DF. 2009.
- MARTINELLI, M. L. O Serviço Social e a consolidação de direitos: desafios contemporâneos. **REVISTA SERVIÇO SOCIAL & SAÚDE.** UNICAMP Campinas, v. X, n. 12, Dez. 2011.
- MARTINI. D.; DAL PRÁ, K. R. **A inserção do assistente social na atenção primária à saúde.** Argum., Vitória, v. 10, n. 1, p. 118-132, jan./abr. 2018.
- MOROSINI, M. V. G. C; Fonseca A.F.; Lima, L.D. **Política Nacional de Atenção Básica 2017:** retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. SAÚDE DEBATE. RIO DE JANEIRO, V. 42, N. 116, P. 11-24, jan./mar. 2018.
- MOTA, A. E. Seguridade social brasileira: desenvolvimento histórico e tendências recentes. **SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: formação e trabalho profissional.** São Paulo: Cortez, 2006.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais. In: MOTA, A. E.... [et al.] (Org.). **SERVIÇO SOCIAL & SAÚDE: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006

OMS. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde: Declaração de Alma-Ata, 1978**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

PAULO NETTO, J. **Crise do capital e consequências societárias**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 111, p. 413-429, jul./set. 2012

_____. Transformações societárias e Serviço Social - notas para uma análise prospectivo da profissão no Brasil. In: **SERVIÇO SOCIAL & SOCIEDADE**, nº50. São Paulo: Cortez, Abr/1997, pp. 87-132.

RAVAGNANI, C. L. C. **A FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE: direito garantido, não se compra, não se vende**. 2013. 247 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista —Júlio de Mesquita Filho, Franca, 2013.

SAÚDE MENTAL, DROGAS E AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS RELIGIOSAS: UMA ANÁLISE DAS SUAS ORIGENS E DOS DESDOBRAMENTOS NO CENÁRIO BRASILEIRO

Jessica Souza De Farias (Universidade Federal Rural Do Rio De Janeiro); Giulia De Castro Lopes De Araujo (Universidade Federal Do Rio De Janeiro); Rachel Gouveia Passos (Universidade Federal Do Rio De Janeiro); Tathiana Meyre Da Silva Gomes (Universidade Federal Do Rio De Janeiro)

RESUMO: A passagem do capitalismo concorrencial para o monopolista influenciou na construção do uso de drogas como um problema social, atrelado diretamente à figura do negro. Apesar dos avanços no campo da saúde mental na década de 1980 no Brasil, a questão das drogas se manteve marginalizada por anos, facilitando a ocupação deste espaço de cuidado pelas comunidades terapêuticas no país. O presente trabalho objetiva analisar a implementação e aplicabilidade destas instituições no Brasil, resgatando influências que fundamentaram seu surgimento e explicitando a realidade da cidade Rio de Janeiro e da Baixada Fluminense do Estado do Rio de Janeiro.

Palavras-chave: Comunidades Terapêuticas; Drogas; Racismo; Saúde Mental.

ABSTRACT: The shift from competitive to monopolistic capitalism influenced the construction of drug use as a social problem, directly linked to the black figure. Despite advances in the field of mental health and in the 1980s in Brazil, the issue of drugs has remained marginalized for years, facilitating the occupation of this care space by therapeutic communities in the country. This paper aims to analyze the implementation and applicability of these institutions in Brazil, rescuing influences that substantiate their emergence and explaining the reality of Rio de Janeiro and Baixada Fluminense of the State of Rio de Janeiro.

Keywords: Therapeutic Communities; Drugs; Racism; Mental health.

1. INTRODUÇÃO

O consumo de drogas sempre esteve presente nas diversas formas de sociedade e sociabilidade existentes. Lima (2009) destaca que o uso de substâncias capazes de alterar a percepção da realidade em rituais humanos antigos, em suas múltiplas variações, por exemplo, marcavam uma forma de integração cultural e consistia em algo natural. Para a autora, a questão das drogas como um problema começou a emergir a partir do avanço do capitalismo e do desenvolvimento das forças produtivas e dos meios de produção.

Bolonheis-Ramos e Boaroni (2015) destacam que o século XX, no Brasil, marcou o início do que viria a ser conhecido como “guerra às drogas” e do processo de marginalização dos sujeitos a partir do uso de álcool e outras drogas. O que antes era entendido como uso recreativo e medicinal pelas classes média e alta, passa a se tornar caso de polícia com o processo migratório das classes populares do campo para os centros urbano-industrial. Através de práticas higienistas e moralizadoras, o alcoolismo e o uso de outras drogas foram incorporados na agenda da saúde como um problema social e econômico.

Os avanços conquistados no âmbito da saúde mental, efetivados a partir Constituição Federal de 1988, da Reforma Psiquiátrica brasileira e da Política de Saúde Mental, incorporaram muito tardiamente a questão das drogas, o que abriu espaço para a expansão de iniciativas privadas na década de 1990 que suprissem esta demanda. É na lacuna deixada pelos serviços públicos que as Comunidades Terapêuticas (CTs) alçaram maior relevância no país e conseguem se efetivar como uma alternativa, construindo legitimidade no pânico criado pelas mídias sociais em torno da questão das drogas (BOLONHEIS-RAMOS; BOARONI, 2015).

Com a crescente onda conservadora e punitivista que atravessa a sociedade com proporções gigantescas nos últimos anos, as CTs têm se tornado referência no tratamento de álcool e outras drogas no país, em detrimento dos serviços públicos de saúde e saúde mental, recebendo, inclusive, financiamento do Estado e obtendo espaço no Congresso Nacional através da Frente Parlamentar Mista em Defesa das Comunidades Terapêuticas.

De acordo com Bolonheis-Ramos e Boaroni (2015), é possível identificar que as Comunidades Terapêuticas foram constituídas sob diversos formatos quando adentramos com mais atenção em seu percurso histórico. Na contemporaneidade, no entanto, se destacam duas variantes: uma no campo da psiquiatria tradicional, voltada para o asilo e tratamento de pessoas em sofrimento psíquico, seja no contexto hospitalar ou não; e uma

segunda, baseada nos preceitos religiosos, que oferta tratamento para pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas através de longas internações em espaços afastados geograficamente do convívio social. Limitaremos-nos a discutir aqui a segunda vertente, em razão das proporções que esta alcançou nos últimos anos no cenário brasileiro e das inúmeras denúncias que têm sido divulgadas.

Neste sentido, o presente trabalho, que parte de uma pesquisa em andamento e financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro – FAPERJ, tem por objetivo analisar a implementação e aplicabilidade das Comunidades Terapêuticas (CTs) no Brasil, resgatando as influências que fundamentaram seu surgimento no país, e explicitar a realidade de duas regiões específicas: a cidade do Rio de Janeiro e a Baixada Fluminense, ambas localizadas no Estado do Rio de Janeiro.

2. DESENVOLVIMENTO

O surgimento das comunidades terapêuticas

As CTs tiveram sua gênese em meados do século XX, especialmente no pós 2ª Guerra Mundial, sob diferentes influências, onde se destacam as experiências inglesa proposta por Maxwell Jones e norte-americana, de cunho religioso, proposta pelo ministro evangélico luterano Frank Buchman. Este período se caracterizou como o início de uma reforma psiquiátrica a nível mundial, destacando-se também a proposta de psiquiatria democrática italiana, proposta pelo psiquiatra Franco Basaglia e sua equipe – que influenciou diretamente a reforma psiquiátrica brasileira (SENAD, 2017).

A CT idealizada por Maxwell Jones, inicialmente voltada para usuários da saúde mental, é precursora metodologicamente e consolidou as bases iniciais para o surgimento de CTs voltadas para o tratamento de pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas (SENAD, 2017). À luz da definição adotada por Brites (2017, p.25), trabalharemos o conceito de substâncias psicoativas como “todos os produtos, naturais ou quimicamente manipulados, que são consumidos com a finalidade de alteração do sistema nervoso central”, ou seja, “aquelas capazes de alterar o funcionamento das atividades do SNC: deprimindo, estimulando ou perturbando suas atividades”.

Este modelo atribui o resultado terapêutico à organização social, na perspectiva de criação de um ambiente que sobreponha a ideia de apoio, com foco na democratização de



acessos e oportunidades no que tange aos assuntos da instituição, construindo relacionamentos potencialmente terapêuticos. Propõe-se a um tratamento fundamentado no tripé aceitação, controle e tolerância a comportamentos que rompem com o tratamento. Para isto, a centralidade na comunicação e a orientação para a reinserção na esfera produtiva do trabalho tornam-se fundamentais, resultando em retornos rápidos à sociedade. Destaca-se o uso de técnicas educativas e de pressão psicológica como parte fundamental do tratamento, além da verticalização das relações entre funcionários e pacientes (De Leon, 2003).

A proposta de Frank Buchman, construída a partir da constituição do grupo de Oxford, tinha como objetivo o retorno à pureza e aos preceitos originários da igreja cristã. Este, apesar de não estar direcionado somente aos problemas relacionados ao alcoolismo e a transtornos mentais, estabeleciam que estes fossem responsáveis pela deterioração dos indivíduos e apelavam para o uso da fé cristã em prol da busca pela abstinência como foco principal. O tratamento ofertado se baseava na ética voltada para o mundo do trabalho, cuidado mútuo e partilhado e os valores evangélicos, visando a reparação dos danos de forma conjunta. As influências recebidas e proliferadas pelo grupo de Oxford influenciaram significativamente a criação de grupos como os Alcoólicos Anônimos, o Narcóticos Anônimos e as CTs brasileiras (Sommer, 2011).

Na contramão dos modelos supracitados e constituída a partir da crítica ao modelo de CT de Maxwell Jones, encontra-se a proposta da psiquiatria democrática de Franco Basaglia, que propunha não somente uma mudança no interior das instituições de tratamento, mas também de toda a sociedade e da forma como esta se relaciona com a loucura. A tradição iniciada por Basaglia efervesceu uma crítica radical à psiquiatria tradicional e o proporcionou o surgimento de um movimento político em prol da desinstitucionalização dos corpos seguindo na direção de um cuidado em saúde mental comunitário, trazendo reflexos significativos quanto aos riscos dos modelos de Comunidades Terapêuticas. Almejava-se, desta forma “a suspensão absoluta de toda e qualquer forma de controle institucional sobre os loucos e a loucura” (AMARANTE, 1995).

Basaglia influenciou diretamente o Movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira, bem como a constituição do Movimento de Luta Antimanicomial na década de 1980, com uma proposta radical de extinção dos manicômios e uma crítica às CTs, que a partir de sua experiência na gestão de uma na Itália, seria uma ideia reformista do manicômio em menor escala (BASAGLIA, 1979). A pesar disto, a questão das drogas ficou esquecida por um longo

período no bojo da Reforma, abrindo espaço para a implantação e disseminação das CTs no Brasil (BOLONHEIS-RAMOS; BOARONI, 2015).

No Brasil, as CTs se instalam a partir da década de 1970, mas sua proliferação massiva se dá sobretudo a partir da década de 1990, com o avanço da iniciativa neoliberal no país e com a ausência de políticas públicas direcionadas para o uso prejudicial de drogas – mesmo após a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) – deixando esta lacuna ser preenchida pela filantropia e pela caridade, ligadas diretamente a vertentes religiosas (BOLONHEIS-RAMOS; BOARONI, 2015).

O modelo idealizado de comunidade terapêutica e sua inaplicabilidade no Brasil

George de Leon, especialista no tratamento de toxicodependências e precursor da metodologia contemporânea internacional das CTs modernas, as define em seu livro “A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método” como,

Grupo de pessoas que, seguindo certos princípios interpessoais salientes, venceu em larga medida o sofrimento e os comportamentos inadaptados que causam sofrimento, produzidos pelo isolamento; pessoas que tem grande capacidade e desejo de ajudar outras pessoas antes alienadas a alcançar um claro sentido de fraternidade comunitária; trata-se de uma comunidade que inclui pessoas que se viram aliadas do comunitário e sabem como ajudar outras pessoas a voltar a esse convívio (De Leon, 2003, p. 30).

De acordo com o autor, a metodologia empregada nestes espaços deve:

Proporcionar limites e expectativas morais e éticas de desenvolvimento pessoal; emprega[r] o banimento potencial, o reforço positivo, a vergonha, a punição, o sentimento de culpa, o exemplo e o modelo de comportamento para fazer que ocorram a mudança e o desenvolvimento pessoais (De Leon, 2003, p. 30).

Ou seja, para De Leon (2003) as CTs devem ser espaços de ajuda mútua, aliado a metas sociais e psicológicas, com o objetivo de cura – partindo do pressuposto que a abstinência é o resultado final do tratamento – e (re)educação dos indivíduos, através de práticas clínicas e educacionais (De Leon, 2003). Nota-se intrinsecamente a ideia de uma metodologia a ser aplicada por uma equipe multiprofissional especializada, com objetivos claros e definidos. É importante ressaltar a inexistência do fator espiritual e religioso na perspectiva do autor, que embora apresente elementos fundamentados na ajuda entre os indivíduos, deixa bastante claro que a questão a ser trabalhada deve ser pensada clinicamente, por se tratar de transtornos de ordem biológica e emocional.

Em consonância com a filosofia democrática basagliana, que entende o manicômico como uma instituição de produção e reprodução do adoecimento – tanto dos usuários quanto dos profissionais – e que a ideia de reforma-lo, seja a partir da “humanização” destes ou da

sua redução à comunidades terapêuticas não é capaz de romper com os paradigmas que estigmatizam a loucura e aprisionam os entendidos como loucos, tampouco trás benefícios reais ao tratamento em saúde mental (BASAGLIA, 1979), entendemos este modelo idealizado por De Leon como uma forma de reforma do manicômio, que culpabiliza o indivíduo pelo uso prejudicial de substâncias, sem considerar todo o contexto político e social que o envolve. No entanto, a forma como as CTs se difundiu no Brasil se difere completamente do proposto anteriormente, resgatando fundamentalmente as bases religiosas da experiência norte americana sem nenhum aporte teórico ou metodológico (PERRONE, 2014).

Tomando como base os documentos de inspeção das CTs brasileiras do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA (2017) e do Conselho Federal de Psicologia – CFP (2018) pode-se afirmar diversas irregularidades existentes nestes espaços, inclusive violações dos direitos humanos e que ferem diretamente a proposta Constitucional de 1988. Segundo IPEA (2017), as CTs brasileiras estão configuradas através do tripé trabalho, disciplina e espiritualidade e podem ser definidas como,

Residências coletivas temporárias, onde ingressam pessoas que fazem uso problemático de drogas, que ali permanecem, por certo tempo, isolados de suas relações sociais prévias, com o propósito de renunciarem definitivamente ao uso de drogas e adotarem novos estilos de vida, pautados na abstinência de SPAs. Durante sua permanência nas CTs, estas pessoas submetem-se a uma rotina disciplinada, que abrange atividades de trabalho e práticas espirituais e/ou religiosas, além de terapias psicológicas, reuniões de grupo de ajuda mútua, entre outras, dependendo dos recursos financeiros e humanos à disposição de cada CT (IPEA, 2017, p. 8).

Ainda de acordo com os dados do IPEA (2017), a religião é algo bastante presente nas CTs. Das 83.530 vagas nas instituições analisadas na pesquisa, 40.793 eram cristãos (34.277 pentecostais, 4.386 de missão e 2.130 outras), 21.461 católicas, 5.327 pertenciam a outras religiões não citadas no documento, enquanto apenas 15.918 se diziam sem orientação religiosa. O documento ainda ressalta que, mesmo nas instituições não vinculadas a nenhuma religião específica, a questão espiritual é bastante presente, como se a recuperação dos indivíduos dependesse de algo da ordem do divino.

Além disso, a pesquisa realizada pelo CFP (2018) revela diversos tipos de abusos, tais como penitencia, castigos físicos, laborterapia, violação da orientação sexual e religiosa dos indivíduos, isolamento, proibição do contato com o ambiente externo e com a família, ausência de equipes técnicas, uso de medicamentos sem receita e presença de médicos e/ou farmacêuticos, desarticulação com a Rede de serviços de saúde, etc.



Outro problema apontado por Perrone (2014) é a falta de regulamentação de grande parte das CTs, que se proliferam na irregularidade, em espaços afastados e insalubres, aonde a fiscalização não chega. Entre as registradas, diversas já foram denunciadas pelo Ministério Público Federal por conta de irregularidades e foram obrigadas a fechar. De acordo com dados disponibilizados pela Secretaria Nacional de cuidado e prevenção às drogas – SENAPRED, do Ministério da Cidadania, em um mapa virtual das comunidades terapêuticas do Brasil, em 2019, o número de CTs contratadas por esse ministério era de 536, estando seis delas localizadas no Estado do Rio de Janeiro. Esse número, apesar de significativo, ainda não corresponde a quantidade real de CTs no território, uma vez que os dados fornecidos pela SENAPRED correspondem aquelas que foram contratadas, ou seja, as que recebem financiamento público, enquanto há de se considerar a existência das que se mantêm através de doações e recursos próprios das Igrejas e que não aparecem nesse mapeamento.

2. A política sobre drogas no Brasil: avanços e retrocessos

No Brasil, a criminalização das drogas é fundamentada no racismo estrutural e se esconde atrás de discursos e práticas institucionais da política de drogas e segurança pública. A concepção individualizante e moralista sobre as drogas ilícitas prevalece ao desconsiderar a dimensão macrossocial em sua análise, possibilitando respostas conservadoras. Além disso, há a culpabilização do indivíduo pela sua produção, comercialização e consumo, como destacou Cunha (2016), afirmando que a guerra contra as drogas é efetivamente uma guerra contra pessoas. Analisando as ações do Estado dentro das áreas periféricas e o número expressivo de vidas negras que morrem todos os dias no Brasil em decorrência da ação policial, é cabível afirmar que a guerra contra as drogas é uma expressão da violência e do racismo estrutural que criminalizam e matam corpos negros pobres e periféricos.

Para o enfrentamento do uso prejudicial de drogas, iniciativas públicas e privadas emergiram no Brasil baseadas em diferentes métodos de tratamento. Os avanços no âmbito da saúde mental como a Reforma Psiquiátrica Brasileira, a política de saúde mental e a Lei 11.343 de 23 de agosto de 2006 que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre drogas, o SISNAD, foram importantes conquistas da saúde pública brasileira no sentido de oferecer uma outra lógica de assistência pautando no cuidado em saúde mental. Por outro lado, instituições presas à concepção moralizante e que realizam o tratamento focado apenas



no indivíduo, também fazem parte da rede que oferece serviço a esse público, e, que segundo Cavalcante (2019), se fortaleceram politicamente no mesmo período da expansão da rede de saúde mental no Brasil.

Para Cavalcante (2019), a emergência das Comunidades Terapêuticas no Brasil se deu durante a ditadura militar (1964-1985) sob forte influência do modelo Estado Unidense de reforma moral e individual. Tendo seu primeiro registro no Brasil em 1968, antes mesmo dos movimentos de Reforma Psiquiátrica e Sanitária, da Constituição Federal Brasileira, do Sistema Único de Saúde e do Sistema Único de Assistência Social, as CTs brasileiras vêm caminhando e se fortalecendo diante da conjuntura atual, oferecendo um serviço que vai na contramão da redução de danos, estratégia hoje consolidada pelo SUS para prevenção e cuidado para as pessoas que fazem uso prejudicial de drogas.

Segundo a pesquisa do IPEA (2017), as CTs brasileiras seguem, em sua maioria, orientações religiosas que combinam modelos e técnicas de tratamento para uma conversão moral do indivíduo pautada na abstinência total. O atual cenário conservador da política brasileira favorece o fortalecimento destas instituições que no ano de 2019 foram reconhecidas pela Lei 13.840 de 5 de junho de 2019, que altera a Lei 11.343 de 23 de agosto de 2006.

O Decreto de nº 9.761 de 11 de abril de 2019, que aprova a Política Nacional Sobre Drogas - PNAD e revoga o Decreto de 4.345 de 26 de agosto de 2002 que instituiu a Política Nacional Antidrogas, decretou em seu art. 3º que a Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas do Ministério da Cidadania e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça e Segurança Pública articularão e coordenarão a implementação da PNAD, no âmbito de suas competências.

A Política Nacional Sobre Drogas de 2019, diferente da Política Nacional Antidrogas de 2002, exclui a redução de danos, estimula as Comunidades Terapêuticas (CTs) e se posiciona contra a descriminalização das drogas. Põe entre seus objetivos regulamentar, avaliar e acompanhar o tratamento, o acolhimento em CTs, a assistência e o cuidado de pessoas com uso indevido de álcool e outras drogas lícitas e ilícitas e com dependência química.

No que se refere ao tratamento, acolhimento, recuperação, apoio, mútua ajuda e reinserção social no sentido de promover e garantir a articulação e a integração das intervenções para tratamento, recuperação, reinserção social, a comunidade terapêutica aparece listada juntamente com a rede de equipamentos da saúde e da assistência social. A

política também dispõe sobre estimular e apoiar, inclusive financeiramente, o trabalho, o desenvolvimento e estruturação física e funcional dessas CTs. Logo, a Política Nacional Sobre Drogas de 2019 legitima as Comunidades Terapêuticas, além de estimular o serviço e o desenvolvimento do mesmo, alterando neste sentido a Política Nacional Antidrogas de 2002 que não trazia o tema das CTs no seu texto.

O que popularmente se conhece como a “nova lei de drogas”, a Lei nº 13.840 de junho de 2019, que veio posterior ao decreto acima discutido, também altera a Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006, instituiu o sistema nacional de políticas sobre drogas - SISNAD, no que diz respeito às CTs. A “nova lei de drogas”, dispõe na sessão IV inteira caracterizar o acolhimento em CTs, legitimando e abrindo espaço para que este tipo de instituição cresça e se consolide enquanto equipamento pertencente à Rede de Atenção Psicossocial, como foi determinado pela portaria 3088/2011.

O cenário político atual com sua ideologia moralizadora, conservadora e religiosa tem se consolidado um solo promissor para o crescimento desse serviço problemático no que diz respeito à violação de direitos humanos nas instituições que oferecem o serviço (CFP, 2011), e no questionamento se essas instituições de fato são capazes de ofertar o que se propõe: acolhimento e tratamento, uma vez que não tem em seu regimento a obrigatoriedade de profissionais especializados no seu corpo técnico, conforme consta na Resolução CONAD 01/2015 que determina uma equipe multidisciplinar sob a responsabilidade de um profissional de nível superior sem especificar a formação desse profissional.

Antes mesmo do decreto e da lei acima debatidos, o ministério da Cidadania já se posicionava consolidando bases para as propostas que viriam. No dia 19 de março de 2019 foram lançadas três portarias que discorrem acerca das CTs a nível nacional, as portarias Nº 562, Nº 563 e Nº564 que tratam, respectivamente, acerca da criação do plano de fiscalização e monitoramento das CTs; criação de cadastro de credenciamento das CTs e das entidades de prevenção, apoio, mútua ajuda, atendimento psicossocial e ressocialização de dependentes do álcool e outras drogas e seus familiares; e sobre a certificação de qualidade dos cursos de capacitação para as CTS.

Ao entregar às instituições religiosas o tratamento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool de outras drogas, e ignorar os estudos e debates coletivos que se construíram até aqui, deixando de lado a redução de danos que é o que hoje se tem consolidado como estratégia de prevenção e tratamento pelo SUS, se viola o direito ao acesso a políticas públicas de qualidade, com profissionais qualificados. Direcionar recursos que

poderiam ser investidos em equipamentos da saúde e da assistência social, que atualmente enfrentam um grave caso de sucateamento, para instituições religiosas que se propõe a oferecer acolhimento e tratamento sem uma equipe profissional qualificada, é um ato de grande irresponsabilidade do Estado e que demonstra mais uma vez o seu desinteresse no crescimento das políticas públicas e respalda suas concepções sobre temas importantes a sociedade em cima do seu caráter conservador e moralista.

3. Comunidades terapêuticas e as experiências do município do Rio de Janeiro e da Baixada Fluminense/ RJ

No município do Rio de Janeiro as CTs reservam uma particularidade que é a sua localização em áreas urbanas, como por exemplo, Cavalcante (2019) trabalha com o detalhamento de uma visita institucional a uma “casa terapêutica” situada dentro do complexo de favelas da Maré, um local sob muito conflito armado e tráfico de drogas, que nos permite pensar sob quais isolamentos e distanciamentos do “mundo” propostos por essas CTs estamos falando. Permite-nos aprofundar sobre como o medo do território desconhecido e o medo de falhar na abstinência daquelas pessoas que se propõem a esse “tratamento” são enfrentados dentro dessas instituições que estão localizadas em áreas urbanas pode ser um dos fortes fatores que mantêm os internos.

O debate sobre o tratamento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e drogas no município do Rio de Janeiro tomou uma proporção ainda maior no final do mês de julho de 2019 após o episódio em que uma pessoa em situação de rua esfaqueou um casal no bairro da Lagoa, zona sul da cidade. Poucos dias após o ocorrido, o prefeito da cidade deu uma resposta midiática ao caso, o decreto Nº 46313 de 2 de agosto de 2019, que discorre sobre a internação voluntária e involuntária de “dependente de drogas”. A ação teve o apoio do governador e do ministro da cidadania, que em declaração divulgou que o Rio de Janeiro era o projeto piloto do que queriam implementar, incentivando ações de ordenamento urbano, e o “recolhimento” da população em situação de rua do município de maneira ilegal e sem notificar os órgãos de Justiça como Ministério Público e a Defensoria Pública do Estado acerca das atividades. No decreto estabelece-se que a internação deve ser feita em equipamentos da saúde, podendo o usuário ser internado em uma comunidade terapêutica de manifestar esse desejo. As intenções políticas em torno do projeto em andamento mostram-se cada vez mais claras uma vez que analisamos a nova Lei de drogas como a consolidação do pensamento

conservador sobre a temática. O uso prejudicial de drogas lícitas e ilícitas se distancia ainda mais de como deveria ser visto, como um debate da área de saúde, se consolidando mais uma vez como assunto sob responsabilidade do ministério de Justiça e Segurança Pública. Segundo a doutora Cláudia Gonçalves Leite, diretora do departamento de Prevenção, Cuidado e Reinserção Social da SENAPRED do Ministério da Cidadania, em um seminário intitulado “Capacitação sobre a nova política de drogas” ministrado pela mesma juntamente com Douglas Manassés, coordenador de cuidado e prevenção às drogas, e Paulo César Amendola de Souza, Secretário Municipal de Ordem pública, a “nova lei de drogas” se trata de uma lei escrita há dez anos, mas que só em 2019 foi instituída com o apoio o atual governo, o que representa uma conquista para as comunidades terapêuticas.

Vale ressaltar que o seminário de capacitação sobre a nova lei de drogas que aconteceu em 03 de outubro de 2019, na prefeitura do Rio de Janeiro e teve como foco incentivar os diretores das comunidades terapêuticas do município, em sua maioria líderes religiosos, a se inscreverem no edital de chamamento público de nº 001/2019 da secretaria municipal de ordem pública, onde se propõe o contrato de 225 vagas em comunidades terapêuticas para adultos de 18 a 59 anos de ambos os sexos, totalizando uma importância de R\$2.700.000,00 (dois milhões e setecentos mil reais). Esse evento exemplifica o posicionamento e os interesses do atual governo em cima dessa temática.

Já, na Baixada Fluminense do Estado do Rio de Janeiro, a situação não é diferente – embora haja escassez de literatura sobre a região, evidenciando mais um traço de abandono histórico da Baixada. O recorte da região se dá a partir de duas motivações fundamentais: em primeiro lugar por sediar a Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro que, como todas as UFS, tem um compromisso firmado em devolver conhecimento à comunidade ao seu entorno; em segundo lugar, e não menos importante, pela precarização dos serviços e abandono do Estado nos municípios que a compõe.

A região, localizada na área Metropolitana I, com extensão territorial de 2800 km² e densidade demográfica de 960 hab/km², aproximadamente 2.687.767 habitantes (IBGE, Censo 2010), é composta por 13 municípios, sendo estes: Belford Roxo, Duque de Caxias, Guapimirim, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Paracambi, Queimados, São João de Meriti e Seropédica. Além do histórico de abandono do Estado e de ausência de políticas públicas, trata-se de municípios afastados dos centros urbanos e bem próximos a zonas rurais, e, por isso, ideais para comunidades terapêuticas.

Para exemplificar como funcionam as CTs nesta região, nossa análise partirá das experiências de campo em duas CTs – uma evangélica pentecostal (TARGINO, 2017), e uma católica (TARGINO, 2017). O Instituto Vida Renovada (IVR), CT de perfil pentecostal vinculada à Assembleia de Deus dos Últimos Dias (ADUD), está localizada no bairro de Tinguá, município de Nova Iguaçu e foi fundada em julho 1999 pelo pastor e atual presidente Marcos Pereira. Esta se intitula como uma instituição sem fins lucrativos para dependentes químicos e egressos do sistema prisional que procurar apoio para se reestabelecerem, acolhe internos de ambos os sexos e possui uma equipe técnica composta por dois advogados, uma assistente social e uma psicóloga, contratados em regime assalariado, além de pessoas sem formação, seguidores da ADUD, que prestam serviços de forma voluntária na instituição (TARGINO, 2017b).

Targino (2017) entrevistou nesta instituição doze internos, sendo oito homens e quatro mulheres, com faixa etária bem abrangente e com baixo nível de escolaridade – somente um deles possui ensino médio completo. De acordo com a pesquisa, os indivíduos relataram imposição de envolvimento nas atividades na igreja, sob a justificativa de que a desvinculação do tratamento ao grupo religioso colocaria a recuperação em risco, longa permanência na instituição e ausência de tratamento por via medicamentosa. Entende-se, nesta instituição, que o processo de conversão na religião, à fé cristã e Deus é o suficiente para “curar” o interno.

O Projeto Reconstruir, CT católica associada à Comunidade Católica Maranathá e orientada pelos preceitos da Renovação Carismática Católica (RCC), é uma instituição fundada em 2001 e que tem como objetivo a recuperação de dependentes químicos que desejam atingir abstinência total, atendendo homens e mulheres. Esta se destaca por sua amplitude no Rio de Janeiro no que tange a religião católica, totalizando nove unidades no Estado do Rio de Janeiro, além de uma unidade de Planaltina de Goiás, no Estado de Goiás. A instituição conta com uma equipe técnica composta por um médico, duas enfermeiras, duas psicólogas e uma assistente social, que atuam como assalariadas, e voluntárias sem formação que atuam na instituição (TARGINO, 2017).

Quanto ao tratamento na instituição, Targino (2017) aponta que a imposição nas atividades embora exista, é bem menos acentuada do que nas CTs de cunho evangélico e que a presença da religião é mais forte no início do tratamento, mas depois vai se diluindo. A autora destaca que no discurso dos internos a palavra “cura” não existe e que estes buscam viver “um dia de cada vez”, a partir dos “Doze Passos do Cristão” – com apenas algumas

alterações, que também é utilizado nos Narcóticos Anônimos (NA) e pelos Alcoólicos Anônimos (AA).

Além disso, o tratamento é feito também a base de medicamentos para aliviar os efeitos da dependência, especialmente no início da internação, e com terapias realizadas por psicólogos, afim de que o interno entenda que não existe uma cura e que ele precisa encontrar uma maneira de viver em equilíbrio (TARGINO, 2017b).

Com os dados obtidos futuramente a partir da pesquisa em andamento, será possível mapear as CTs nesta região, que por se tratar de uma região isolada e com traços de abandono do poder público, se constituem como terreno fértil para CTs irregulares.

4. CONCLUSÃO

Este trabalho teve como objetivo revisitar de maneira sucinta desde o surgimento das CTs a nível mundial, a fim de que este movimento subsidie a compreensão das características que assumem as CT's brasileiras. Para isso utilizou-se ampla revisão bibliográfica, análise da legislação brasileira sobre drogas e experiências em eventos relacionados a temática no município do Rio de Janeiro. Ao longo do texto problematizamos o serviço oferecido por Comunidades Terapêuticas Religiosas e a ameaça que o crescimento desse serviço afeta diretamente as conquistas que os movimentos de reforma psiquiátrica e luta antimanicomial conquistaram até aqui.

Cavalcante (2019) traz em seu texto a análise de duas origens das CTs do século XX. A Comunidade Terapêutica Democrática para Distúrbios Mentais de Maxwell Jones, na Inglaterra, seguia na linha de uma reforma psiquiátrica após a Segunda Guerra Mundial, enquanto o modelo estadunidense, datado do mesmo período da anterior, era pautado no modelo de reforma moral do indivíduo. Já o modelo brasileiro de comunidade terapêutica vai sofrer a influência do modelo estadunidense, e incorpora as forças da formação social, parecendo-nos um exemplar da histórica relação entre os serviços promovidos por atores religiosos e as políticas públicas brasileiras (Silva, 2017).

O atual cenário brasileiro a respeito das políticas públicas sobre drogas não é o mesmo cenário de quando as CTs surgiram e se consolidaram, mas, ainda hoje, as mesmas justificativas são utilizadas para o convencimento popular da necessidade do seu serviço. Reforçam a ideia de que as políticas públicas são falhas e ineficientes, e oferecem um serviço que vai na contramão da redução de danos, de políticas hoje consolidadas como estratégia

principal do sistema único de saúde brasileiro, e, no meio desse debate vão crescendo e se fortalecendo com o respaldo da política conservadora que está a frente do país.

Quando nos referimos a comunidades terapêuticas na realidade brasileira, falamos de equipamentos organizados sob orientações religiosas, o que demonstra violação da laicidade do Estado. Além disso, as CTs brasileiras apresentam um grave caso de violações de direitos aos usuários do serviço, conforme sinaliza o Conselho Federal de Psicologia (2018).

Por fim, sinalizamos o combate as drogas no Brasil está associado ao processo de criminalização da população pobre, negras e periférica. Não podemos nos abster da análise de que quando dialogamos sobre a política de drogas e as ações violentas de criminalização da produção, comercialização e uso, não falamos de todos os grupos que produzem, comercializam e fazem uso prejudicial de álcool e drogas. Falamos de um público específico que tem uma raça/cor e classe social, revelando assim o racismo existente nessas instituições que trabalham na reforma moral, no controle de corpos e na salvação como base em uma conversão religiosa, práticas antigas que ainda não foram abandonadas pela sociedade e estão sendo atualizadas no atual cenário.

REFERÊNCIA

- BASAGLIA, F. **Psiquiatria alternativa**: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo: ed. Brasil Debates, 1979.
- BOLONHEIS-RAMOS, R. C. M; BOARINI, M. L. Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. **História, Ciências, Saúde**. v.22, n.4, out.-dez. 2015, p.1231-1248. Rio de Janeiro.
- Brasil. Decreto 4.345 de 27 de setembro de 2006. **Regulamenta a Lei no 11.343, de 23 de agosto de 2006, que trata das políticas públicas sobre drogas e da instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, e dá outras providências**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5912.htm acesso em: 20/11/2016 BRASIL. Decreto 9.761 de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional Sobre Drogas. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/Decreto/D9761.htm acesso em : 20/11/2019
- BRASIL. Lei 11.343 de 23 de agosto de 2006. **Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11343.htm acesso em: 20/11/2019.
- BRASIL. Lei 13.840 de 5 de junho de 2019. **Altera as Leis nos 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nos 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm acesso em: 20/11/2019.
- BRITES, C. M. **Psicoativos (drogas) e serviço social**: uma crítica ao proibicionismo. São Paulo: Cortez, 2017.
- CAVALCANTE, R (Org.). A institucionalização clínica e política das comunidades terapêuticas e a sua relação com a saúde mental brasileira. In: VASCONSELOS, Eduardo Mourão; CAVALCANTE, Rita (Org.). **Religiões e o paradoxo apoio social intolerância, e implicações na política de drogas e comunidades terapêuticas**. São Paulo: Hucitec, 2019. p. 245-307.
- CFP. **Relatório de fiscalização: serviço social e a inserção de assistentes sociais nas comunidades terapêuticas no Brasil, 2018**. Disponível em:< <http://www.cfess.org.br/arquivos/RelatorioCFESS-ComunidadesTerapeuticas2018-Site.pdf>>. Acesso em: 28/10/2019.
- CFP. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>. Acesso em: 26/05/2019.
- DE LEON, G. **A comunidade terapêutica**: teoria, modelo e método. São Paulo: Loyola, 2003.
- IPEA. **Perfil Das Comunidades Terapêuticas Brasileiras**. Disponível em:< http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf> Acesso em: 26/10/2019.



- LIMA, R.C.C. **Uma história das drogas e do seu proibicionismo transnacional: relações Brasil-Estados Unidos e os organismos internacionais.** 2009. 366 p. Tese (doutorado em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.
- PASSOS, R.G. Luta antimanicomial no cenário contemporâneo: desafios atuais frente a reação conservadora. **Socied. em Deb. (Pelotas)**, v23, n.2, p. 55-75, jul./dez.. 2017.
- PASSOS, R.G; MOREIRA, T.D.F. Reforma psiquiátrica brasileira e questão racial: contribuições marxianas para a luta antimanicomial. **SER Social**, Brasília, v. 19, n. 41, p. 336-354, jul./dez., 2017.
- Perrone, P.A.K. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(2):569-580, 2014.
- SAAD, Luísa Gonçalves. **“FUMO DE NEGRO”: A CRIMINALIZAÇÃO DA MACONHA NO BRASIL (c. 1890-1932).** 2013. 139 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de História, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.
- SENAD. Secretaria Nacional de Política Sobre Drogas. **Minuta de Resolução CONAD nº 01/2015.** DF: Senad, agosto 2015.
- SENAD. Secretaria Nacional de Política Sobre Drogas. **Comunidades Terapêuticas: Histórico e Regulamentações.** Disponível em: <<http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201706/20170605-134703-001.pdf>> Acesso em: 08/01/2020.
- SOMMER, M. As Comunidades Terapêuticas - História, Evolução e a Modernidade no Tratamento das Dependências Químicas. **PSIQUE** – Nº 7 – Janeiro-Dezembro 2011 – pp. 135-166.
- TARGINO, J. **Comunidades Terapêuticas Religiosas:** estudo de caso sobre uma comunidade pentecostal e uma comunidade católica carismática. *Revista Café com Sociologia*. V. 6, n. 2. p. 314-334, mai./jul. 2017.

ARTICULAR É PRECISO: EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL EM ACOMPANHAMENTO DE USUÁRIAS EM PROCESSOS DE LAQUEADURA TUBÁRIA

Juliana De Araujo Silva Nasser (UFSCAR - Universidade Federal De São Carlos);
Henrique Sacomano Nasser (UFSCAR - Universidade Federal De São Carlos).

RESUMO: O presente artigo aborda sobre a experiência profissional em acompanhamento de usuárias nos processos de laqueadura tubária. As políticas sociais fortalecem-se quando articulam-se entre si, pois o trabalho em rede é fundamental para que as ações deem continuidade e proporcionem aos usuários serviços de qualidade. Nesta experiência profissional contaremos sobre o acompanhamento realizado em conjunto entre um CRAS e uma Unidade Saúde da Família- USF, com cinco mulheres que pretendiam realizar o procedimento de laqueadura. Resaltando as características de cada unidade familiar, os desafios e obstáculos.

Palavras chaves: Prática do Assistente Social, Saúde, Assistência Social, usuários, laqueadura.

ABSTRACT: This article deals with the professional experience in monitoring users in the tubal ligation process. Social policies are strengthened when articulated with each other, because networking is fundamental for actions to continue and provide users with quality services. In this professional experience we will tell about the follow-up performed jointly between a CRAS and a Family Health Unit - USF, with five women who intended to perform the tubal ligation procedure. Highlighting the characteristics of each family unit, the challenges and obstacles.

Keywords: Social Worker Practice, Health, Social Assistance, users, tubal ligation.

1. INTRODUÇÃO

A laqueadura tubária é um procedimento que existe de forma gratuita pelo Sistema Único de Saúde, estando acessível a populações que não tem condições financeiras de pagar a cirurgia pelo setor privado. A Lei nº 9. 263/96 que trata sobre o planejamento familiar, regulamentando a esterilização cirúrgica feminina (laqueadura tubária) e masculina (vasectomia). A lei determina critérios para quem pode estar realizando o procedimento pelo SUS, tais como idade, número de filhos, risco de vida, prazo mínimo de manifestação, consentimento do conjuge e esterilização em pessoas incapazes mediante autorização judicial.

Entretanto, apesar da laqueadura ser um direito previsto em lei para as brasileiras, ter essa garantia acaba sendo desgastante, pois existem determinados protocolos e regras para serem seguidas, além disto, pode existir a interferência de problemas sociais que complicam ainda mais a situação, tudo isto, pode ocasionar a desistência de realizar a laqueadura. Além do mais, a esterilização feminina sempre foi tratada como aspecto polêmico, devido envolver opiniões políticas, religiosas, sociais, demográficos e éticos (Cunha, Wanderley e Garrafa, 2007). Segundo dados do Sistema Único de Saúde, em 2018, foram realizadas somente 67.056 laqueaduras, sendo que esta quantidade representam apenas 20% das mulheres que conseguiram realizar o procedimento. Muitas das queixas das usuárias seriam a de que os próprios profissionais da saúde colocam empecilhos para realizar a laqueadura tubária (Cartão SUS, 2019).

Para Cunha, Wanderley e Garrafa (2007) os problemas econômicos e conjugais constituem fatores que influenciam na decisão de se submeter à laqueadura, sendo o principal motivo para o arrependimento à celebração de novos relacionamentos.

A legislação brasileira determina que os serviços de laqueadura sejam ofertados por equipe multiprofissional, na qual o usuário tenha acesso a orientações sobre métodos contraceptivos, desencorajamento precoce e informação sobre o procedimento. Os profissionais da saúde, tais como assistente social, agente de saúde, enfermeiras, médicos e psicólogos; possuem papéis de destaque desde o processo de decisão da mulher até a finalização do processo. Como por exemplo, o assistente social, psicólogo e o agente de saúde realizam atividades voltadas para a saúde dos usuários, com foco nas categorias biológicas, psicológicas e sociais.

O serviço social luta para garantir as brasileiras o direito de realizar a laqueadura tubária. O assistente social tem a capacidade técnica de compreender a realidade social, defender a liberdade de escolha dos usuários, não realizar julgamentos e realizar articulações que buscam garantir aos usuários seus direitos, autonomia e emancipação. Para lamamoto (2002), o assistente social dispõe de certa particularidade na interpretação dos mesmos processos partilhados com outros profissionais, pois dispõe de competências próprias e distintas dos outros profissionais, como também, possui em sua formação a capacitação teórico-metodológica.

O ponto de partida deste estudo é apresentar a experiência profissional em acompanhamento realizado em conjunto entre um CRAS e uma Unidade Saúde da Família-USF, com cinco mulheres que pretendiam realizar o procedimento de laqueadura, procurando caracterizar cada unidade familiar, os desafios e obstáculos enfrentados ao longo do processo, bem como, demonstrar a importância do trabalho em conjunto entre as políticas para a garantia de direitos sociais.

2. POLÍTICAS SOCIAIS, TRABALHO EM CONJUNTO E LAQUEADURA

A questão social é um fenômeno que sempre perpetuo em nossa sociedade, se manifestando através das desigualdades sociais, desemprego, fome, desamparo, doenças, violência, miséria, e entre outros. Segundo lamamoto (2001), a questão social expressa às desigualdades políticas, econômicas e culturais das classes sociais, devendo considerar que foi através das lutas de classes que a questão social passa a ser vista pela esfera pública e exigindo a interferência do Estado no reconhecimento dos direitos e deveres dos sujeitos sociais.

Neste contexto, as políticas sociais surgem em resposta acirramento das expressões da questão social, passando por diversas transformações ao longo das décadas, seja o modelo bismarckiano (sistema de seguros sociais), cobrindo apenas os trabalhadores e suas famílias, até ao modelo que temos hoje da constituição dos direitos sociais.

A partir da Constituição de 1988, as políticas sociais brasileiras têm como finalidade dar cumprimento aos objetivos fundamentais da República, conforme previsto no seu art. 3º. Assim, por intermédio da garantia dos direitos sociais, buscou-se construir uma sociedade livre, justa e solidária, erradicando a pobreza e a marginalização, reduzindo as desigualdades sociais e regionais e promovendo o bem de todos, sem preconceitos ou quaisquer formas de discriminação. (SOARES, 2010: 5 in BRAHÃO, 2009, p.93)



A Saúde e a Assistência Social se consolidaram como políticas públicas a partir Constituição Federal de 1988, desde então, um arsenal de leis e regulamentação vieram a se consolidar no intuito de regulamentar e determinar suas ações. Dentro do âmbito da saúde temos a Unidade de Saúde da Família- USF considerada a porta de entrada da população com o serviço de saúde pública do município, com equipe multiprofissional atende especialidades básicas, visando desenvolver atividades de promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1997). No âmbito da Assistência Social, o CRAS que também é considerado a porta de entrada da população que faz uso dos serviços de assistência social de nível municipal, localiza-se em áreas com maiores índices de vulnerabilidade e risco social. São destinados à prestação de serviços e programas socioassistenciais de proteção social básica a famílias e indivíduos, com o objetivo de fortalecer a convivência com a família e comunitária, promove à articulação de tais serviços em seu território de abrangência e a atuações intersetoriais na perspectiva de potencializar a proteção social. Conhecendo o território, a equipe do CRAS pode apoiar as ações comunitárias, por meio de palestras, campanhas e eventos atuando junto à comunidade na construção de soluções para o enfrentamento de problemas comuns, como falta de acessibilidade, violência no bairro, trabalho infantil, falta de transporte, baixa qualidade na oferta de serviços, ausência de espaços de lazer, cultural, entre outros (BRASIL, 2004). Os serviços ofertados são o de Proteção Integral a Família (Paif) e os Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), como também recebem orientações sobre benefícios e podem ser inscritos no Cadastro Único para programas sociais do Governo Federal.

Muito se observa que dentro das políticas públicas as instituições acabam por trabalhar de forma individualizada no planejamento e implantações de suas ações, realizando mínimas articulações com outras organizações. “A dificuldade de integração das várias áreas objeto de políticas públicas se deve a fatores culturais, institucionais e políticos. Há órgãos que não são permeáveis à participação de outros setores que, no entanto, possuem interfaces com o objeto tratado.”(DOMINICI, 2017: 5)

O trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais na execução de políticas sociais exige uma fundamentação ética, teórica e prática da profissão, que permita o acompanhamento do movimento dos espaços sócio-ocupacionais, pois trata-se de espaços permeados de tensões, disputas e embates entre os projetos societários e profissionais, que revelam dinâmicas de contradições sociais e interesses antagônicos.

a existência de um campo de mediações que necessita ser considerado para realizar o trânsito da análise da profissão ao seu exercício efetivo na

diversidade dos espaços ocupacionais em que ele se inscreve; (b) a exigência de ruptura de análises unilaterais, que enfatizam um dos polos daquela tensão transversal ao trabalho do assistente social, destituindo as relações sociais de suas contradições (IAMAMOTO, 2007, p. 9).

Não obstante, é importante que o assistente social saiba trabalhar dentro da lógica da intersetorialidade, devido à necessidade das políticas públicas atenderem de forma efetiva a sociedade como um todo, garantindo as pessoas o direito de igualdade, equidade e universalidade.

Para dar continuidade em nosso trabalho, se torna importante compreender: a definição de laqueadura dada pelo Ministério da Saúde sobre a laqueadura tubária ou ligadura de trompas, como um método contraceptivo permanente, que interrompe o trajeto de ambas as trompas e impede o encontro do óvulo com os espermatozoides. Este procedimento de esterilização conta com taxa alta de efetividade (99%).

A laqueadura tubária funciona como método anticoncepcional definitivo porque é um procedimento que causa interrupção no trajeto de ambas as trompas, impedido, assim, que os espermatozoides cheguem ao óvulo liberado por qualquer um dos dois ovários. A ligadura das trompas não impede a ovulação nem interfere no ciclo hormonal feminino, não causando, portanto, nenhuma alteração no ciclo menstrual. (PINHEIRO, 2016: 1).

As pessoas que podem fazer o procedimento, segundo dados da Lei nº 9. 263/96 são:

Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações: (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional - Mensagem nº 928, de 19.8.1997)

I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

II - risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

§ 1º É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

§ 2º É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

§ 3º Não será considerada a manifestação de vontade, na forma do § 1º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

§ 4º A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia. § 5º Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

§ 6º A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei. (BRASIL,1996).

Existem diversas razões para que a mulher escolha realizar o procedimento de laqueadura tubária, dentre eles podem existir o desejo de não ser mãe, a vontade de ter apenas um ou dois filhos, as doenças que causam riscos de uma gravidez saudável ou de morte para mãe/filho (Pereira, Sobreira e Silva, 2017). Entretanto, cabe resaltar que a laqueadura tem índices de baixa reversão, por isto, a mulher que decidir realiza-la deve ter muita certeza. Neste contexto, os profissionais da saúde tem papel importante de orientação e respaldo psicológico para a mulher em relação a sua tomada de decisão.

Logo, é indispensável antes de se submeter a realizar a laqueadura ter conhecimento do que está sendo realizado, dos seus malefícios e benefícios. Bem como, ter a consciência de que é um procedimento considerado de caráter definitivo e com poucas chances de reversão, por isto, o apoio psicológico e social são de extrema importância nestes momentos, pois opiniões mudam, hoje é sim e amanhã pode ser não.

3. O ACOMPANHAMENTO: TEXTOS E CONTEXTOS

3.1 O trabalho em rede CRAS e USF

Sabemos que existem diversas dificuldades em realizar articulações entre as políticas sociais, às vezes as organizações não se comunicam no mesmo linguajar e o trabalho acaba ficando “perdido”, sem continuidade, como aquela brincadeira do telefone sem fio, na qual nem sempre o enunciado do início é o mesmo do fim. Entretanto, quem acaba sendo o maior prejudicado nesta desarticulação são os usuários, que por muitas vezes sentem-se desorientados e terminam por desacreditar na eficiência das políticas públicas.

A atitude de trabalharem juntos o CRAS e a USF surgiu de um programa de articulação entre as políticas sociais, existente no território destas unidades. O programa propunha que as políticas de assistência social, saúde, educação, habitação, entre outros trabalhassem em conjunto no acompanhamento das famílias, seja através de reuniões mensais para discussão de casos, auxílio, orientações, encaminhamentos, entre outros; com o objetivo de criar meios para fortalecimento das ações, melhoria do trabalho prestado, bem como, da superação, autonomia e melhoria de vida dos usuários.

Em uma destas reuniões de discussão de casos, foram destacadas pela USF as dificuldades que as usuárias enfrentavam em dar continuidade aos processos de laqueadura, pois muitas delas iniciavam o processo, porém poucas ou raramente terminavam. As usuárias se queixavam a USF de que não conseguiam se organizar com as datas das consultas, condições financeiras para pagar o transporte para ir às consultas, não ter com quem deixar os filhos, medos em relação ao procedimento, entre outros. Então, foi proposto nesta reunião de que o CRAS auxiliasse as usuárias que tinham maiores dificuldades em dar continuidade ao processo de laqueadura, através de um acompanhamento familiar. O trabalho seria executado em parceria com a USF, sendo o CRAS uma ponte entre a unidade de saúde e as usuárias. Além do acompanhamento, foi cogitado de que as técnicas de enfermagem da USF realizassem palestras nos grupos dos serviços de convivência do CRAS a respeito de como funciona o processo de laqueadura.

Diante do exposto, foram elencadas cinco mulheres, que em respeito as suas identidades chamaremos pelos nomes fictícios: Rosa, Camila, Suzy, Daniela e Maria. O acompanhamento durou por seis meses, tendo como resultado o fato de que três destas cinco mulheres conseguiram dar continuidade e/ ou finalização ao processo de laqueadura.

Para dar início ao acompanhamento, primeiramente, foram convocadas as famílias através de visitas domiciliares e atendimentos particularizados em conjunto com a USF, explicando as famílias a proposta do acompanhamento familiar; com a sua concordância, foi formulado o plano de acompanhamento familiar junto às usuárias, destacando as potencialidades, vulnerabilidades e metas. Abaixo detalharemos as ações realizadas nesta experiência profissional.

3.2 Retrato social das famílias

Nesta parte do texto iremos caracterizar as famílias que foram acompanhadas.

Camila, 29 anos, casada, sete filhos, cor parda, cursou até o 6º ano do ensino fundamental, desempregada e mora em casa invadida. Nasceu em uma cidade do interior da Bahia e veio morar no estado de São Paulo com 25 anos. Seus pais e os oito irmãos ficaram no Nordeste. Teve seu primeiro filho aos 15 anos de idade, com seu marido Jefferson, depois os dois vieram a ter mais seis filhos. A renda da família advém de bicos que Jefferson faz como ajudante de pedreiro e de benefícios sociais. Camila tenta pela segunda vez iniciar o processo de laqueadura.

Daniela, 32 anos, solteira, quatro filhos, cor branca, cursou até o 2º ano do ensino médio, diarista e mora em casa financiada pelo Programa Minha Casa Minha Vida. Nasceu na mesma cidade que reside. Criada pela avó materna tem pouco contato com a mãe e desconhece o pai. Engravidou aos 16 anos de um namorado e teve mais três filhos de outros relacionamentos. A renda da família advém dos trabalhos esporádicos que realiza como faxineira, da pensão de dois filhos e de benefícios sociais. Daniela decidiu realizar o procedimento de laqueadura, pois não quer engravidar novamente e como a mesma relatou “O filho sempre fica para mãe criar”.

Maria, 34 anos, solteira, quatro filhos, cor negra, ensino fundamental completo, profissional do sexo e mora em casa cedida pela mãe. Nasceu no estado do Paraná e se mudou para sua atual cidade com dez anos de idade. Teve seu primeiro filho aos 15 anos, os demais filhos foram de outros relacionamentos. A renda da família provém de seu trabalho e de benefícios sociais. Maria teve seus filhos acolhidos há três meses e decidiu iniciar novamente o processo de laqueadura, pois pensa que assim tem chances de ter o retorno de seus filhos.

Rosa, 42 anos, união estável, oito filhos, cor negra, cursou até a quarta série do ensino fundamental, desempregada e mora em casa financiada pelo Programa Minha Casa Minha Vida. A renda da família provém do trabalho do marido como coletor de recicláveis, bicos com faxinas e de benefícios sociais. Nasceu na região nordestina e mora no estado de São Paulo há 17 anos. Rosa teve seu primeiro filho aos 17 anos com seu marido e está gestante de 20 semanas. Ela e o marido são usuários de álcool. Procurou pela USF para iniciar o processo de laqueadura, planeja realizar o procedimento assim que o bebê nascer. É a sua terceira tentativa de fazer a laqueadura.

Suzy, 38 anos, união estável, dez filhos, cor parda, cursou até a 5ª série do ensino fundamental, desempregada e mora em casa própria (CDHU). A renda da família provém de trabalhos esporádicos do marido, doações e de benefícios sociais. Suzy teve seu primeiro

filho aos 13 anos, os outros filhos são de diversos relacionamentos que possuiu, sendo que os dois últimos são de seu atual companheiro. A família é acompanhada pela promotora, devido à situação de violação de direitos das crianças. Suzy é usuária de drogas e não aceita tratamento. Suzy decidiu realizar a laqueadura, é sua quarta tentativa, desistia dos procedimentos, pois arrumava um novo companheiro e queria dar a ele um filho e também se achava muito nova para deixar de procriar.

3.3 O caminho percorrido:

Nesta parte do texto relataremos como ocorreu passo a passo o acompanhamento realizado de forma individual com cada usuária. Para facilitar o entendimento iremos falar de um por uma, inserindo o planejamento, resumo dos atendimentos, reuniões, articulações e visitas domiciliares.

Camila

Planejamento de acompanhamento familiar

Potencialidades da família	Incluídos na Política de Assistência Social; laços familiares fortalecidos; crianças na escola e em serviços de convivência; a usuária tem facilidade de compreensão e segue as orientações.		
Vulnerabilidades sociais	Dificuldade financeira; não possuem casa própria; desemprego;		
Metas estabelecidas	Responsável	Prazo	Resultado
Criar cronograma das consultas	USF/CRAS	6 meses	Satisfatório
Orientar sobre o procedimento de laqueadura	USF	1 mês	Satisfatório
Incluir Sr. Jeferson em programas de geração de renda	CRAS	2 meses	Satisfatório
Incluir a família em programas de aluguel social e casa própria	CRAS	6 meses	Aguardando vaga
Articular vaga na creche e em serviços de convivência para os filhos.	CRAS	2 meses	Satisfatório
Realizar visitar e atendimentos quinzenais para acompanhamento	USF/CRAS	6 meses	Satisfatório

Camila relatou que perdeu o primeiro processo de laqueadura, pois um dos seus filhos adoeceu no dia da consulta e não teve com quem deixá-lo. Durante o acompanhamento, a equipe do CRAS e da USF realizaram visitas domiciliares em conjunto e atendimentos particularizados no CRAS. Dentre as maiores dificuldades encontradas foram o de auxiliar a usuária a se organizar com as datas das consultas, sob a queixa de que não tinha com quem deixar os filhos, mesmo quando já tinha conseguido a vaga na creche. Camila realizou a cirurgia de laqueadura e uma irmã dela veio do nordeste para ficar com ela durante a sua recuperação.

Daniela

Planejamento de acompanhamento familiar

Potencialidades da família	Incluídos na Política de Assistência Social; laços familiares fortalecidos; crianças na escola e em serviços de convivência e moradia própria.		
Vulnerabilidades sociais	Dificuldade financeira; desemprego; a usuária tem pouco vínculo com os técnicos do CRAS e USF; arredia e até agressiva.		
Metas estabelecidas	Responsável	Prazo	Resultado
Criar cronograma das consultas	USF/CRAS	6 meses	Satisfatório
Orientar sobre o procedimento de laqueadura	USF	1 mês	Satisfatório
Incluir Sr. Daniela em programas de geração de renda	CRAS	2 meses	Satisfatório
Fortalecer os vínculos com a usuária	CRAS/USF	6 meses	Satisfatório

Daniela tenta pela terceira vez iniciar o processo de laqueadura, se queixa que perdeu os processos por culpa da burocracia da política de saúde, que criam vários obstáculos para realizar os atendimentos. Daniela ao longo do acompanhamento, sempre se queixou dos horários das consultas e dos atendimentos, foram poucas visitas que conseguimos encontrar em seu domicílio e apenas compareceu em um atendimento no CRAS, justificava suas ausências com os surgimentos de trabalhos esporádicos de faxinas. Daniela se mostrava como uma pessoa arredia, irônica, às vezes agressiva e utilizava isto como uma armadura. A usuária tinha falas: “Faltei, porque alguém tem que botar comida dentro de casa” e “Lá vem às moças que acha que eu só dou os cano”. Criar vínculo com esta usuária não foi fácil, ocorreram diversas tentativas, até que aos poucos, o vínculo foi se formando e Daniela passou

a ver a equipe não como alguém que estava ali para cobrá-la, mas para a ela ajudar. Daniela conseguiu realizar o procedimento de laqueadura e hoje ela relata que se não fosse o apoio dos técnicos não teria conseguido terminar o processo de laqueadura.

Maria

Planejamento de acompanhamento familiar

Potencialidades da família	Incluídos na Política de Assistência Social; Maria se preocupa e sente falta dos filhos;		
Vulnerabilidades sociais	Dificuldade financeira; crianças em situação de acolhimento institucional; dificuldade em seguir as orientações; fragilidade dos laços familiares.		
Metas estabelecidas	Responsável	Prazo	Resultado
Criar cronograma das consultas	USF/CRAS	6 meses	Satisfatório
Orientar sobre o procedimento de laqueadura	USF	1 mês	Satisfatório
Fortalecer os vínculos com a usuária	CRAS/USF	6 meses	Satisfatório
Incluir a família em programas de aluguel social e casa própria	CRAS/USF	6 meses	Aguardando vaga

Maria nos contou que há três anos entrou com o pedido de laqueadura, mas perdeu o processo, pois se confundiu com as datas das consultas no Centro de Saúde da Mulher. Maria resolveu realizar a laqueadura, pois seus três filhos foram acolhidos por situação de negligência (deixava os filhos a noite sozinhos em casa para ir trabalhar) e acredita que se realizar a laqueadura, terá mais chances de ter os filhos novamente. Maria relata que sofre muito preconceito em relação a sua profissão, mesmo justificando que seus filhos foram frutos de relacionamentos que teve com dois companheiros e não de seu trabalho como profissional do sexo. Decidiu realizar a laqueadura, pois acredita que assim tem mais chances de ter os filhos novamente, também decidiu abandonar sua atual profissão. Durante o acompanhamento, Maria conseguiu ir às consultas, mesmo com a sua dificuldade em assimilar as orientações. Entretanto, bem no final do processo Maria descobriu que estava gestante e por isto, terá que esperar 42 dias após seu filho nascer para continuar ou iniciar o processo novamente. Até o final do acompanhamento, seus filhos ainda estavam acolhidos, mas Maria visitava-os todos os fins de semana e tentava seguir as orientações para conseguir trazê-los de volta para casa.

Rosa

Planejamento de acompanhamento familiar

Potencialidades da família	Incluídos na Política de Assistência Social; fortalecimento dos vínculos familiares; moradia própria;		
Vulnerabilidades sociais	Dificuldade financeira; desemprego; uso de álcool por Rosa e seu marido; gestante em uso de substâncias psicoativas; dificuldade em entender e cumprir orientações.		
Metas estabelecidas	Responsável	Prazo	Resultado
Criar cronograma das consultas	USF/CRAS	6 meses	Acompanhamento
Orientar sobre o procedimento de laqueadura	USF	1 mês	Satisfatório
Fortalecer os vínculos com a usuária	CRAS/USF	6 meses	Satisfatório
Incluir o marido de Rosa em programas de geração de renda	CRAS/USF	2 meses	Satisfatório
Encaminhar Rosa e seu marido para o CAPS- Álcool e Drogas	CRAS/USF	6 meses	Em andamento

Rosa pela terceira vez inicia o processo de laqueadura, as outras vezes perdeu os atendimentos e não seguiu as orientações da USF. Rosa está gestante de 20 semanas e este será seu nono filho; quando descobriu esta gravidez procurou pela USF muito nervosa, implorando ajuda para conseguir se laquear, pois não tem condições financeiras de ter mais filhos. Rosa iniciou o acompanhamento do CRAS e da USF, o contato com a usuária sempre se deu via visita domiciliar, pois nunca compareceu aos atendimentos no CRAS. Durante o acompanhamento Rosa foi orientada pelo CRAS e USF sobre o pré-natal e o uso de álcool; seu bebê nasceu saudável e logo que passaram os 42 dias após o parto, Rosa iniciou o processo de laqueadura e até agora está seguindo as orientações e frequentando as consultas.

Suzy

Planejamento de acompanhamento familiar

Potencialidades da família	Incluídos na Política de Assistência Social; moradia própria;		
Vulnerabilidades sociais	Dificuldade financeira; desemprego; uso de drogas; fragilidade dos laços familiares.		
Metas estabelecidas	Responsável	Prazo	Resultado

Criar cronograma das consultas	USF/CRAS	6 meses	Satisfatório
Orientar sobre o procedimento de laqueadura	USF	1 mês	Satisfatório
Fortalecer os vínculos com a usuária	CRAS/USF	6 meses	Satisfatório
Encaminhar Suzi para o CAPS Álcool e Drogas	CRAS/USF	6 meses	Em andamento
Incluir o marido de Rosa em programas de geração de renda	CRAS/USF	2 meses	Satisfatório

Suzy desistia dos procedimentos, pois arrumava um novo companheiro e queria dar a ele um filho e também se achava muito nova para deixar de ter filhos, mas agora decidiu se laquear, pois não pretende ter mais filhos. Durante o acompanhamento, Suzi estava resistente em seguir as orientações, chegou a faltar de duas consultas, queixava-se de que não tinha dinheiro para pagar as consultas, o CRAS e USF realizaram diversas articulações e visitas domiciliares frequentes, mas ao final a usuária conseguiu fazer a laqueadura.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que apresentamos acima, consideramos que esta experiência profissional nos faz refletir o quanto é importante olhar para o lado social na área da saúde. Muitos aspectos da doença tendem a se agravar quando os fatores sociais estão à beira da vulnerabilidade social, necessitando assim de uma intervenção profissional. Sabemos que nem todas as unidades de saúde possuem em seu corpo técnico o assistente social, por isto, as parcerias e o trabalho em conjunto entre as políticas de saúde e assistência social são fundamentais para a garantia dos direitos sociais. Podemos ver isto nos casos apresentados, em que a parceria entre a USF e o CRAS foi certa para que obtivesse sucesso em grande parte dos casos acompanhados. A ação desenvolvida em conjunto demonstrou uma complementaridade nos serviços, que nos leva a refletir o quanto é importante e preciso realizar articulações.

As políticas sociais não devem funcionar com polos desalinhados, mas estarem unidas em uma corrente de parcerias e articulações. Também refletimos, que nem sempre isto é possível, em que algumas situações trabalhar em rede acaba se tornando uma utopia, pois a falta/ ou sobrecarga de trabalho nas equipes das unidades ocasionam precariedades nas ações, que por muitas vezes introduzem a sensação de estar apenas “enxugando gelo”.

Este trabalho exigiu ações de passo a passo, de idas e voltas, em que cada meta cumprida foi considerada uma vitória, estar envolvido na situação e entender que trabalhamos com seres humanos que possuem suas singularidades e particularidades é de suma importância. Neste contexto, o papel do assistente social é imprescindível, pois o Serviço Social é uma profissão que acompanha o movimento da sociedade, desta forma, em sua temporalidade está em transformação constante. Desde o rompimento com o pensamento conservador, a profissão teve a necessidade de produzir conhecimentos científicos e críticos da realidade social para responder as exigências das demandas, com o compromisso com a qualidade dos serviços, e o aprimoramento intelectual. Ainda mais, o assistente social respeita o poder de autonomia e decisão dos usuários.

É importante resaltar que estas realidades aqui expostas são semelhantes à de muitas mulheres, não obstante, julga-se muito as mulheres que tem diversos filhos, dizendo que são inconsequentes e descuidadas, defendem que informação e métodos contraceptivos de graça é o que não falta, entretanto, até que ponto podemos dizer que estas informações estão realmente legitimadas e internalizadas? Poucos refletem que nas bases machistas da sociedade existe o preconceito de fazer uso de preservativos (mulher não faz filho sozinha, o homem também tem responsabilidade), culturas religiosas, a cultura de dar um filho para cada companheiro e também o desejo de ter quantos filhos quiser.

A decisão de se laquear não é fácil, muitas dúvidas, incertezas e medos emergem quando deparamos com esta situação. Desta forma, se torna importante o acompanhamento psicológico e social para aquelas desejam realizar o procedimento. Outro fato, é a burocracia e a lentidão que os processos tendem a caminhar pelos SUS, na qual muitas mulheres acabam engravidando novamente (como foi no caso de Maria), que tendem a ser obstáculos que atrapalham e desanimam aquelas que optam pela laqueadura.

O direito de laquear-se ou não deve ser respeitado, seja a mulher que deseja laquear devido a ter muitos filhos, ou aquela que deseja dizer não à maternidade.

Enfim, este artigo deixa em aberto perguntas que introduzam futuros estudos que aprofundem o conhecimento da capacidade crítica do assistente social em relação à temática, na qual é tão importante para a legitimação da prática.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Rubem. **Filosofia da ciência** - introdução ao jogo e suas regras. 21.ed. São Paulo: Brasiliense, 1995
- BEHRING, E. R. e BOSCHETTI, I. S. **Política Social: fundamentos e história**. 2a ed. São Paulo: Cortez, 2007.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para reorganização do modelo assistencial**. Brasília, 1997.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Laqueadura tubária- como é feita e chance reversão**. Disponível em: <https://www.mdsaude.com/ginecologia/anticoncepcionais/laqueadura-tubaria/> Acesso em: 16/12/2019
- BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Sistema Único de Assistência Social (SUAS): Manual Informativo para jornalistas, gestores e técnicos**, Maio 2010.
- BRASIL. **Lei nº 9.263/1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal trata sobre o planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em : http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm. Acesso em 11/12/2019
- CARTÃO SUS. **Cirurgia de laqueadura pelo SUS 2020: O que é! E quem pode fazer!**. Disponível em: <https://cartaodosus.info/laqueadura-pelo-sus/> Acesso em 11/12/2019.
- CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Código de Ética Profissional do Assistente Social. 15 de março de 1993**. Disponível em http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_1993.pdf _____ . Conselho Federal de Serviço Social. **Resolução n.493, de 21 de agosto de 2006**. dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do Assistente Social e prevê algumas condições mínimas para o exercício da profissão. CFESS, 2006.
- CUNHA, Antônio Carlos Rodrigues da; WANDERLEY, Miriam da Silva and GARRAFA, Volnei. **Fatores associados ao futuro reprodutivo de mulheres desejosas de gestação após ligadura tubária**. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online]. 2007, vol.29, n.5 [cited 2019-12-16], pp.230-234.
- DOMINICCI, C. M. **A importância da articulação intersetorial na administração pública**. Texto para discussão. - Brasília: Companhia de Planejamento do Distrito Federal, 2017.
- GUERRA, Yolanda. **Instrumentalidade do processo de trabalho e serviço social**. In Serviço Social & Sociedade. São Paulo: Cortez, n. 62, 2000. _____ . **A propósito da instrumentalidade do Serviço Social**. In. Debates Sociais. Rio de Janeiro: n. 63 e 64, CBCISS & ICSW, 2004.
- IAMAMOTO, M. V. **A questão social no capitalismo**. Revista Temporalis – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Ano 2. Nº 3 (jan/jul.2001). Brasília: ABEPSS, Grafile, 2001.
- IAMAMOTO, M. V. **Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade**. In: CFESS-Conselho Federal de Serviço Social. Atribuições privativas do(a) assistente social. Brasília: Cfess, 2002, p. 13-50.
- IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho profissional e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2005. _____ . **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo: Cortez, 2007.
- NETTO, José Paulo. **Razão, ontologia e práxis**. In: Revista Serviço Social & Sociedade. São Paulo: Cortez, n. 44, 1994. _____ . **Ditadura e serviço social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. 7. ed. São Paulo, Cortez, 2004.
- Pinheiro, P., (2016). **Laqueadura Tubária – Ligadura de Trompas**. Recuperado de <http://www.mdsaude.com/2012/09/laqueadura.html>



SOARES, Q. T. M. G. **Políticas sociais, gênero e cidadania no Brasil:** alguns apontamentos e tendências. 4º Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais, 80 anos de Serviço Social tendências e desafios, 2010. Disponível em: [https://www.cress-mg.org.br/hotsites/Upload/Pics /fa/ fadc 110a -d524-4264-b501-64c770d366b2.pdf](https://www.cress-mg.org.br/hotsites/Upload/Pics/fa/fadc110a-d524-4264-b501-64c770d366b2.pdf). Acesso em 12/12/2019.

O CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO E AS INCIDÊNCIAS SOBRE AS POLÍTICAS SOCIAIS: DISCUTINDO AS EVIDÊNCIAS DA RELAÇÃO DA SAÚDE COMO ESPAÇO DE TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL

Juliana Kelly Dantas Da Silva (FCST)

RESUMO: Este estudo busca evidenciar as determinações do capitalismo para as políticas sociais, desvelando, de certo modo, a particularidade da saúde. Apresenta ainda a discussão sobre as configurações deste campo de atuação profissional e sua relação com o Serviço Social. Ademais, traz como foco as ressignificações sociais que perpassam o papel do Estado e seus impactos sobre os/as assistentes sociais que estão inseridos no campo da política de saúde.

Palavras-chave: Capitalismo. Política de saúde. Serviço Social. Estado

ABSTRACT: This study seeks to highlight the determinations of capitalism for social policies, revealing, in a way, the particularity of health. It also presents the discussion about the configurations of this professional field and its relation with the Social Work. In addition, it focuses on the social resignifications that permeate the role of the state and its impacts on social workers who are inserted in the field of health policy.

Keywords: Capitalism. Health policy. Social service. State

1 INTRODUÇÃO

A política de saúde, considerada como importante espaço sócio-ocupacional de atuação profissional do Serviço Social requisita a compreensão particular dos processos sócio-históricos que se desenvolvem na sociedade do capital, considerando a necessidade de analisar os determinantes que incidem sobre a conformação das políticas sociais e sua relação direta com a profissão.

Desta forma, parte-se da premissa de entendimento das nuances que evidenciam as metamorfoses societárias que argumentam a crise e seus desdobramentos sobre a economia, a política e o social com impactos e efeitos sobre a classe trabalhadora. Nesta perspectiva, vale problematizar o papel do Estado e sua intrínseca relação com as políticas sociais, ressaltando as particularidades destas na sociedade brasileira a partir do contexto em que está inserida.

Tal direcionamento colabora para a apreensão sobre a atual conformação das políticas sociais, com particular mediação para o delineamento da política de saúde, permitindo uma análise conjuntural acerca das determinações gerais deste estudo. Neste interim, problematiza-se os impactos sobre a profissão do assistente social, determinada pelas intensas transformações sociais que permeiam o desenvolvimento do capitalismo e suas complexas formas de existir.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO E AS POLÍTICAS SOCIAIS: DISCUSSÕES SOBRE OS PROCESSOS SÓCIO-HISTÓRICOS DE RESSIGNIFICAÇÕES

A forma como estão sendo delineadas as políticas sociais tem sido determinadas por uma conjuntura de constantes ataques e por metamorfoses societárias que assinalam a nova face do capitalismo. É bem sabido que a partir da década de 1970 as configurações societárias foram redimensionadas frente a um processo de reordenamento do capital em escala global, fato que incide de modo particular sob as economias periféricas a exemplo do Brasil.

No âmbito acadêmico, um intenso e peculiar debate fora suscitado resultando análises específicas que requisitam compreender a complexidade dos determinantes que permeiam a

ressignificação do sistema capitalista, articulado a trajetória sócio-histórica de desenvolvimento deste, em especial o contexto de transformações da sua fase contemporânea. Para problematizar um tema tão importante e necessário consideramos apreender os desdobramentos que surgem a partir do período de crise ocorrido em meados da década de 1970 e suas implicações econômicas, sociais, políticas e culturais neste decurso.

O final do século XX é corolário da fase denominada de capitalismo contemporâneo, esta sendo caracterizada por um conjunto de modificações na estrutura social que incide sobre novas ressignificações. Trata-se de determinado período de transição do sistema capitalista, sob o qual sua estrutura encontra-se ameaçada e apresenta sinais de crises e o modo para reverter tal condição encontra-se alocado na proposta de estratégias e mecanismos cada vez mais ousados para a retomada de lucros, ainda que isso represente a total subjugação da classe trabalhadora.

Após um longo período de expansão e acumulação de capital, o sistema capitalista adentra a década de 1970 frente a um quadro crítico. Se, o período anterior a década de 1970 se constituiu pelo grande crescimento econômico, com expansão das taxas de lucro, a nova década anuncia o fim dos “anos dourados”, esgotando o crescimento e desenvolvimento econômico consolidado pela conjugação do modelo de produção taylorista-fordista²¹⁰ e do keynesianismo²¹¹ (NETTO; BRAZ, 2007).

Tal cenário, caracterizado pela recessão, expressa através da então crise estrutural²¹², deflagrada em meados da década de 1970 as contradições inerentes ao modo de produção capitalista, reforçando que o aparecimento de crises no interior do sistema faz parte da sua própria dinâmica, uma vez que as crises são inevitáveis e permitem a retomada da acumulação, sendo, portanto, constitutiva do capitalismo como afirmam os autores Netto e Braz (2007).

Ainda de acordo com os autores, a crise, que tem sua gênese na superprodução e no subconsumo, afeta a materialidade da lógica da acumulação, caracterizando uma grande

²¹⁰ O modelo de produção taylorista-fordista baseava-se na estruturação da produção em massa para o consumo em massa, com redução do tempo e aumento do ritmo de trabalho, intensificando as formas de exploração para uma produção pautada numa maior extração de mais-valia

²¹¹ Caracterizado pela forte intervenção estatal com ações que visam o protecionismo econômico, com papel fundamental para estimular a economia.

²¹² As crises no capitalismo não podem ser vistas de forma separada de toda movimentação histórica própria do capital, que é produzir e reproduzir objetivando a apropriação e acumulação do excedente produzido - mais-valia -, sem jamais se preocupar com as “necessidades sociais” advindas desse sistema de produção. Nessa conjuntura, o capital busca a reorganização da produção como estratégia para voltar ao ciclo anterior de acumulação. Como bem já sinalizara Marx (2002) no capítulo que trata sobre a Lei Geral da Acumulação, “produzir mais-valia é a lei absoluta do modo de produção capitalista”. E, para que esse processo seja materializado é necessário, contudo, a exploração da força de trabalho humana, uma vez que o acúmulo de riqueza só é possível porque existe o trabalhador.

ameaça para o capital. Dessa maneira, tal contexto de crise aludido denota a saturação do padrão de acumulação vivenciado nos “anos dourados”, fazendo emergir transformações estruturais que se pautam num modelo de produção alternativo como estratégia de restauração do ciclo anterior.

Nesta perspectiva de análise, vale ressaltar os estudos de Boschetti e Behring (2009) quando afirmam que a crise é a expressão da consolidação das dificuldades de realização da mais-valia, onde a própria lógica de crescimento cria empecilhos para a sua plena realização o que implica na queda tendencial da taxa de lucros.

É importante salientar que as mudanças ocorridas na sociedade têm implicações diversas e se expressam de modo diferenciado entre os países, uma vez que a inserção de determinadas economias não se dão igualmente, devido as suas particulares fases de desenvolvimento.

Para enfrentar os perversos efeitos da crise, o capital tem construído estratégias que penalizam duramente os trabalhadores, atacando diretamente a organização do trabalho com retração dos direitos em detrimento da restauração da taxa de lucro. Neste sentido, evidencia-se que a retomada das taxas de lucros desvincula-se do crescimento e do pleno emprego que sustentavam o pacto dos anos anteriores, inaugurando um período regressivo e desfavorável para os trabalhadores do ponto de vista político e da luta de classes (BOSCHETTI; BEHRING, 2009. p.124)

Nestas condições supracitadas, o autor Antunes (2009) ressalta que a resposta do capital à crise se dá a partir de

um processo de reorganização do capital e de seu sistema ideológico e político de dominação cujos contornos mais evidentes foram o advento do neoliberalismo, com a privatização do Estado, a desregulamentação dos direitos do trabalho e a desmontagem do setor produtivo estatal, da qual a era Thatcher-Reagan foi expressão mais forte; a isso se seguiu também um intenso processo de reestruturação da produção e do trabalho (ANTUNES, 2009, p. 33)

O capitalismo na sua incansável busca pela retomada da taxa de lucro vem requerer um novo papel para o Estado o que necessariamente perpassa o surgimento de novas formas de conduzir as políticas sociais, com negativas implicações para o trabalho. O processo de desmonte das políticas sociais, consoante à retração do papel do Estado, vincula-se diretamente aos imperativos de acumulação do capital em sua fase imperialista.

A crise assinalada, determinada pelo esgotamento dos padrões de acumulação e a tendência decrescente das taxas de lucro ao pressionar transformações no papel do Estado, incide diretamente no papel das políticas sociais, demarcando seu redirecionamento, com

vistas a atender as necessidades do capital em busca de maior acumulação. De igual modo, promove a intensificação da exploração da força de trabalho, na medida em que imprime novas condições para a classe trabalhadora. Este cenário determina a reestruturação dos elementos que compõem a vitalidade das taxas de lucro na sociedade do capital.

Para atender as demandas advindas da acumulação em sua fase crítica, o capital, como resposta, investe na reestruturação da economia, com a introdução de novas formas de produção a partir da revolução tecnológica e organizacional com diferencial da produtividade articulado a globalização da economia com o retorno dos ideais liberais através do neoliberalismo (BEHRING, 2003).

Antunes (2009), ao realizar suas análises acerca do trabalho, afirma que a década de 1970 caracterizada por uma nova fase do capitalismo, revela uma maior intensificação da exploração do trabalho, com particulares transformações no processo produtivo a partir do incremento tecnológico, com a constituição das formas de acumulação flexível e pela transição do padrão taylorista/fordista para o toyotismo.

Como resultado desse processo, diversas formas de trabalho são necessárias para elevar as taxas de lucro, já que caracterizado por novo modelo de produção e, conseqüentemente, de maior exploração do trabalho humano observam-se novos arranjos no processo de acumulação capitalista. Na particularidade da fase contemporâneo deste sistema, subsiste o acirramento da luta de classes, corroborando para o aprofundamento da superexploração e desvalorização da força de trabalho, fazendo jus à reprodução ampliada do capital (ALENCAR; GRANEMANN, 2009)

Este contexto, também marcado pela constituição do regime financeiro, denota uma nova configuração do capitalismo mundial, comandada especialmente pela política de ajuste estrutural determinada pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial (BM) e a Organização do Comércio (OMC) destinada aos países de Terceiro Mundo evidenciando “as privatizações de empresas estatais, desregulamentações das economias nacionais e ‘reforma’ do Estado”.(SILVA, 2010, p.65)

Nesta ótica, a tendência da política social, determinada pela globalização financeira e articulada ao neoliberalismo está conduzida por uma forma tecnocrática e conservadora, com a frágil capacidade de integração dos indivíduos. Este momento, expressa a expansão seletiva das políticas sociais face ao processo de fragmentação da classe trabalhadora com a finalidade de fortalecer o comando da força de trabalho e o consentimento de privatização das políticas sociais.

Como afirma Mota (2008, p.139) tal expansão se dá mediante “fragmentação dos meios de consumo coletivo, franqueando ao capital privado a prestação de serviços considerados rentáveis, como foi o caso da saúde, da educação, da habitação e do mercado de seguros”, tudo isto para atender as necessidades do capital na elevação das taxas de lucro

Conforme as análises de Granemann (2007, p.58-59) as políticas sociais, a partir da financeirização do capital devem obedecer à novas regras, com forte redução enquanto equipamento público e sua posterior transformação em direitos monetarizados operados nos mercados bancário-financeiros, e não mais como ações do estado executadas por um corpo de servidores próprios. E acrescenta ainda:

As necessidades da acumulação capitalista encontrar novos espaços de valorização para resolver, ainda que momentaneamente sua crise, tem nas contra-reformas do Estado sua expressão atual. Primeiro, pela privatização das empresas produtoras de mercadorias e prestadoras de serviços; segundo, pela apropriação dos espaços até então ocupados pelas políticas sociais (previdência, saúde, educação, cultura, esportes, habitação, etc.) convertidos eles mesmos em serviços-mercadoria e transmutados em negócios operados pela iniciativa privada (GRANEMANN, 2007, p. 60)

Com isso, há uma limitação no direcionamento dessas políticas, prevalecendo o trinômio do ideário neoliberal, qual seja em sua forma articulada: a privatização, a focalização e a descentralização. Neste momento, o que se evidencia é o tratamento paliativo das demandas e requisições da classe trabalhadora, em detrimento da efetiva presença dos moldes de “uma política social residual que soluciona apenas o que não pode ser enfrentado pela via do mercado, da comunidade e da família” (BEHRING, 2009, p. 317).

As análises de Behring (2009) o caráter da política social é determinado pelo contexto que a permeia, uma vez que as políticas sociais podem ser conceituadas como:

concessões/conquistas mais ou menos elásticas, a depender da correlação de forças na luta política entre os interesses das classes sociais e seus segmentos envolvidos na questão. No período de expansão, a margem de negociação se amplia; na recessão, ela se restringe. Portanto, os ciclos econômicos, que não se definem por qualquer movimento natural da economia, mas pela interação de um conjunto de decisões ético-políticas e econômicas de homens de carne e osso, balizam as possibilidades e limites da política social (BEHRING, 2009, p. 336)

Contudo, as atuais tendências que se colocam no capitalismo contemporâneo reiteram que a atual conjuntura expressa a redução de direitos, sob o argumento da crise fiscal, o que implica a transformação das políticas sociais em ações pontuais e compensatórias direcionadas para os segmentos mais atingidos pelos nefastos efeitos da crise (BEHRING; BOSCHETTI, 2009).

Dessa maneira, delinea-se que as políticas sociais têm no âmbito do Estado seu papel deslocado e que, embora, possuam legalmente um aparato normativo que as regulamentam, tem significado uma possibilidade abstrata de se realizar. O que prevalece, portanto, são as medidas pontuais e restritivas de atendimento das demandas, estruturadas numa parca efetivação de princípios constitucionais quando muito, em razão do momento histórico da ofensiva neoliberal e seus condicionantes.

Este cenário, ainda que já sinalize a intensa e pretensiosa ofensiva aos direitos, vem sendo reconfigurado com maior vigor na década de 1990 quando o Estado assume seu papel mais voraz em direção a forma capitalista de ser. O maior exemplo disso, compete na redução significativa do financiamento das políticas sociais, na privatização das empresas públicas e nos novos modelos de gestão fincados na expressa máxima de “gerenciamento empresarial”.

De modo particular, a política de saúde avança na destituição do seu caráter universalizante, com ampliação de organismos privados e na parceria com organismos sociais que revelam a face dócil do capital, com caráter de popularidade. Tais questões se expressam nos planos de saúde populares e no crescimento vertiginoso das contratações via empresa brasileira de serviços hospitalares já nas primeiras décadas dos anos 2000.

2.2 O CAMPO DA SAÚDE E O ASSISTENTE SOCIAL

Os processos que ressignificam a forma de ser das políticas sociais, argumentados pelas novas configurações do capitalismo e do conseqüente papel do Estado estruturam a lógica de contrarreforma, com particulares e significativas evidências no contexto brasileiro. Para tanto, é mister afirmar que o Estado brasileiro, pautado na reestruturação produtiva buscou assinalar a reconfiguração da política de saúde, como forma de considerar os ideais neoliberais.

Nesta perspectiva, paralela as lutas e organização dos movimentos sociais em prol da Reforma Sanitária e frente a consolidação do aparato legal que estrutura-se no percurso entre as décadas de 1980 a 1990 tem-se uma lacuna, objetivando-se a fragilidade dos ganhos envidados pela saúde pública e da organização do Estado com o financiamento das políticas de caráter universalizantes.

Não obstante, emerge e se institucionaliza a expressão devastadora e clara de um projeto de saúde de cunho privatista, articulado aos interesses do mercado de volta à tona. Contudo, é importante ressaltar que tal afirmação não indica a total perda do já conquistado,

mas se constitui num ataque à construção social e histórica de ampliação dos direitos à saúde conquistada legalmente e não consolidada frente às metamorfoses societárias desse período.

Como parte desse processo, a saúde, enquanto campo de atuação dos profissionais do Serviço Social requer importante apreensão das suas determinações históricas, problematizando-a enquanto setor de serviços, bem como instituição capaz de oferecer condições para efetivar os processos de trabalho a favor dos ideais da reforma sanitária e do projeto ético-político do Serviço Social.

Para tanto, admitimos necessário compreender a relação estabelecida entre a política de saúde e a profissão do serviço Social, na medida em que as inflexões decorridas desse processo de desmonte implicam diretamente na atuação do assistente social no âmbito da saúde, mas não descarta a mediação dos processos sociais e a intervenção qualificada e crítica deste profissional frente as demandas que se colocam.

Tem sido consensual entre os autores que o setor saúde é um significativo espaço de atuação para os assistentes sociais, principalmente a partir do reconhecimento do profissional enquanto trabalhador da saúde, de acordo com a Resolução 218/97, o que demonstra interesse da categoria na inclusão de disciplinas próprias da saúde no âmbito da formação profissional do assistente social.

Contudo, a inserção profissional do assistente social neste espaço sócio-ocupacional revela contradições, uma vez que a tendência presente nesta relação se expressa na incompatibilidade entre o discurso e as estratégias do Serviço Social e a prática efetiva da constituição legal do conceito de saúde, fato que dificulta o processo de trabalho do assistente social.

O trabalho do Assistente Social no campo da saúde tem sua particularidade relacionada às peculiaridades das formas de atenção à saúde. Suas funções e atribuições têm suas referências nos princípios do Código de Ética, na Lei de Regulamentação da Profissão e nos Parâmetros de Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde²¹³ (CFESS, 2010). As orientações profissionais, apesar de estarem vinculadas ao projeto ético-político do Serviço

²¹³ Os Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais tem o intuito de subsidiar as ações do assistente social no campo da saúde, foi construído através do esforço coletivo da categoria, vinculado ao CFESS, em consonância com o Código de Ética de 1993 e a Lei que regulamenta a profissão (8662/93). Foi construído a partir da discussão com a categoria de assistentes sociais, em atividades organizadas pelo CRESS, por serviços e universidades, sob a forma de oficinas, reuniões ampliadas e seminários. Tem como prerrogativa responder as demandas identificadas no cotidiano do trabalho no setor saúde.

Social, dependem para sua execução das condições objetivas e subjetivas engendradas em cada contexto.

A inserção do profissional de Serviço Social neste campo, tem se tornado importante na medida em que se constitui necessária nos processos que estabelecem a promoção, prevenção e recuperação da saúde em todos os níveis de atenção. Entretanto, as determinações impostas aos/as assistentes sociais, especialmente no caso da sua inserção na saúde, tem influência também do processo de mercadorização da saúde, pois ao assinalarem desafios ao Serviço Social se constituem como contribuição importante no significado social da profissão. De acordo com Costa:

Nos serviços de saúde, a inserção dos assistentes sociais no conjunto dos processos de trabalho destinados a produzir serviços para a população é mediatizada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil (COSTA, 2000, p.41)

A rigor, entende-se que as novas formas de gestão de trabalho no SUS, obedecem, antes de tudo a uma lógica determinada historicamente, pelo sistema capitalista, em que pese o ideário neoliberal, responsável pela redução do papel do Estado, flexibilização e precarização das relações de trabalho ao mesmo tempo em que amplia os espaços sócio-ocupacionais para a categoria de assistentes sociais, funcionando assim, numa contradição inerente ao modo de produção polarizada pelo capital e trabalho. Efetivamente, os estudos acerca da racionalidade da contrarreforma e os desafios para o Serviço Social, apontam que

a ampliação do Serviço Social ocorre reproduzindo as contradições de expansão do sistema cuja estrutura de serviços não vem efetivando a universalidade do acesso. A ampliação restrita, ao mesmo tempo e contraditoriamente, aumenta o número de serviços, de profissionais e procedimentos sem dar conta da complexidade das necessidades sociais da população usuária – seja em termos qualitativos ou quantitativos – afirmando e negando direitos. A racionalidade a que essa expansão está integrada permite o atendimento parcial das requisições e reivindicações do movimento sanitário e dos trabalhadores, subordinando suas principais configurações aos interesses privados (SOARES, 2010, p.119)

Essas características representam a conformação da política de saúde e da organização do trabalho neste contexto, marcando os espaços sócio-ocupacionais dos/as assistentes sociais e definindo as suas demandas e requisições. Nesta direção, comparece a forte tendência à terceirização do trabalho, fragmentando a categoria numa intensa desagregação profissional. Não é casual, portanto, que neste momento a partir das variadas modalidades de contratos, os/as assistentes sociais estão sendo requisitados a intervir com

ações pontuais e assistenciais, com respostas imediatas que reduzem a capacidade de questionar os objetivos da instituição e realizar as devidas mediações (GUERRA, 2010).

Condicionado a tais tendências, a contemporaneidade revela que a combinação da precarização do trabalho, da flexibilização das legislações trabalhistas (e dos direitos sociais) e políticas sociais focalizadas reforçam e redimensionam a lógica capitalista, demarcada pelo redirecionamento do papel do Estado e pela política de ajuste neoliberal (GUERRA, 2010).

Nesta perspectiva, a contrarreforma do Estado brasileiro²¹⁴, com expansão nos anos 1990, coloca para a agenda das políticas sociais a necessidade de diminuição das funções do Estado. Neste sentido, vem empreender como mecanismos estratégicos o ajuste fiscal, a diminuição de gastos, a crescente privatização, entre outros.

O Estado neoliberal passa a exigir a focalização e a seletividade do atendimento de saúde, racionalizando a oferta dos serviços. Dessa maneira, opta por privatizar e terceirizar os serviços de saúde, repassando recursos públicos para as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – (OSCIPs), bem como cedendo possibilidades para a privatização dos Hospitais Universitários, por exemplo, através da criação da EBSERH.

Agora, com novas diretrizes, “o Estado, também orientado por organismos financiadores, a exemplo do Banco Mundial, estabelece a contenção de gastos com a racionalização da oferta, a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização” (BRAVO, MATOS, 2002, p. 200). Assim, a tendência das políticas sociais na atualidade, evidencia a retração de direitos, uma vez que estas se encontram marcadas por ações pontuais e compensatórias, argumentadas pela crise do Estado e pela diminuição dos gastos sociais.

Neste processo de transformações vivenciado no âmbito da saúde, agudiza-se um tensionamento entre projetos de interesses antagônicos dentro do sistema, uma vez que se

²¹⁴ Segundo Behring (2003), a contrarreforma do Estado brasileiro foi uma estratégia de saída da crise, adotado pelo Estado em consonância com o grande capital na perspectiva de redução dos custos, por meio da flexibilização das relações contratuais de trabalho, retirando-se do Estado a regulação destas relações, inclusive no que se refere à questão da proteção social, com a redução dos encargos sociais. É válido afirmar então que o Estado no âmbito da articulação com o grande capital, sob o esgotamento das condições da decrescente taxa de lucro decide criar “novas mercadorias”, isto é, transformar as políticas sociais em “novas mercadorias”, promovendo com mais organicidade o processo de financeirização das políticas sociais, com medidas articuladas entre si, como as reformas da previdência social, bem como no sucateamento da política de saúde e na seletividade e focalização da política de assistência social, ou seja, predomina a tendência da mercadorização e assistencialização das políticas sociais com o intuito de agregar lucros para os capitalistas. Neste momento, ao Estado coube o papel de prover as circunstâncias de novos contornos para a reprodução ampliada do capital. Assim, especificamente na política de saúde, pode-se demarcar um período de expansão do modelo privatista de saúde, baseado no desenvolvimento do capitalismo que pressupõe um direcionamento da saúde pautado na lucratividade, numa nova ordem de acumulação do capital (SOUZA et. al, 2011).

presença de um lado a busca da universalização da saúde, defendida pela Reforma Sanitária e, em contraposição a abertura dos mercados como proposta privatizante.

Essa disputa de projetos no campo da saúde implica em diferentes requisições para o assistente social. De um lado, o projeto privatista vem requisitando que o assistente social trabalhe com a seleção socioeconômica dos usuários, a atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Em contraposição, o projeto da reforma sanitária apresenta como suas principais demandas, a democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; a aproximação das unidades de saúde com a realidade; o trabalho interdisciplinar; a ênfase nas atividades grupais; o acesso democrático às informações e estímulo à participação popular (CFESS, 2010).

É possível indicar que as requisições institucionais têm sido direcionadas para reforçar o projeto privatista, muito embora, no campo profissional sejam evidentes as estratégias de resistência e a busca pela democratização no campo da saúde.

Não obstante, Mioto e Nogueira (2006, p.280) considerando as determinações que incidem sobre o trabalho profissional do assistente social afirmam que

Cabe ao assistente social desenvolver um papel protagonista de um novo modelo. A perversa desigualdade social e a falta de informação e conhecimento da população quanto aos seus direitos impõe de forma inequívoca ao assistente social ações no sentido da promoção da cidadania, da construção e do fortalecimento de redes sociais e de integração entre as ações e serviços de saúde.

Destacamos uma particularidade na expansão do mercado de trabalho na saúde para o Serviço Social, pois seu crescimento tem sido mais expressivo no setor público municipal. Isso vai implicar no crescimento da gestão municipal como empregadora da força de trabalho no âmbito das políticas sociais, fruto do processo de descentralização político-administrativa. Esta tendência tem sido reafirmada nacionalmente a partir dos dados que delineiam o perfil dos assistentes sociais brasileiros, que indicam que seu principal vínculo de trabalho é de 40,97% na esfera pública municipal (CFESS, 2005).

Ainda que se manifeste de um lado a tendência positiva de contratação dos/as assistentes sociais no campo da saúde, subsiste a negativa e particular contradição que infere sobre as condições objetivas de desenvolvimento do trabalho neste campo. Atualmente, os níveis de precarização das condições e relações de trabalho no âmbito da saúde evidenciam-se pela ausência de materiais e insumos que garantam a viabilidade da realização de trabalho.

Dentre os quais, a falta de estrutura nos locais e equipamentos de saúde, a falta de material de expediente, entre outros.

É, pois, importante ressaltar que a configuração do sistema capitalista, incidindo sobre o Estado tem determinado o caráter das políticas sociais, restringindo a sua forma de operacionalizar as demandas, subjugando-as à negligência.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das análises que permeiam a compreensão do cenário em que se reflete as metamorfoses sobre a estrutura social que denota o capitalismo infere que a orientação do sistema se dá em razão do controle da crise e da dinâmica de acumulação para perpetuar o sistema capitalista de modo voraz e dominador. Para tanto, faz parte deste processo a regressão das conquistas mais elementares, destacando aqui a necessária compreensão sobre a política de saúde.

Desse modo, é nítido, pois, que há uma resignificação da política seja em termos práticos, em relação a sua oferta, seja em termos burocráticos em sua relação de estrutura. Convém assim denotar que a categoria dos/as assistentes sociais ao estar diretamente relacionada com o campo da saúde, estão implicados nas determinações que reverberam sobre a política em questão.

É fato que para o Serviço Social é importante compreender que as determinações gerais sobre as transformações envidadas pelo capitalismo que integram o aparato estatal na sua forma de produzir políticas sociais, em especial no caso da saúde, vai significar para a profissão uma atuação no campo das necessidades divergentes e antagônicas. Neste sentido, o Serviço Social vai assumir um espaço de enfrentamento nessa contraditoriedade, buscando uma atuação que leve em consideração as necessidades sociais, mas que encontre respaldo de condições de atendimento a demanda mesmo numa conjuntura que se mostra contrária a nossa profissão.

É, pois, importante ressaltar que subsiste uma tensão que permeia a forma como a política de saúde encontra-se atualmente e a trajetória da profissão comprometida com as conquistas que revelam a necessidade da garantia dos direitos para a classe trabalhadora. Assim, parece-nos relevante que a categoria busque formas de resistências e construção de ideais que possam pensar sempre em relação com a forma de enfrentamento daquilo que se convencionou chamar na sociedade capitalista de “questão social”

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, Mônica Maria T. de; GRANEMANN, Sara. Ofensiva do capital e novas determinações do trabalho profissional. **Revista Katálysis**, v. 12, n 2, p.161-169, jul/dez 2009.
- ANTUNES, R. **Os Sentidos do Trabalho**: Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2009.
- BEHRING, Elaine R. BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social**: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2009.
- BEHRING, Elaine R. Política Social no contexto da crise capitalista. In: **Serviço Social**: direitos profissionais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.
- BRAVO, Maria Inês; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. IN: **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. 4º ed. São Paulo, Cortez, 2002.
- CFESS. **Assistentes Sociais no Brasil**: elementos para o estudo do perfil profissional / Organizado pelo Conselho Federal de Serviço Social; colaboradores Rosa Prêdes... [et al.].-- Brasília: CFESS, 2005.
- CFESS. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde**. Grupo de Trabalho Serviço Social na Saúde. Brasília, 2010.
- BRASIL, CNS. **Resolução 218** de 6 de março de 1997
- COSTA, Maria Dalva H. da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos Assistentes Sociais. In: **Revista Serviço Social e Sociedade** Nº 62. São Paulo: Cortez, 2000.
- GRANEMANN, Sara. Políticas Sociais e Financeirização dos Direitos do Trabalho. **Revista em Pauta**, n 20. Rio de Janeiro, 2007.
- GUERRA, Yolanda. . A formação profissional frente aos desafios da intervenção e das atuais configurações do ensino público, privado e a distância. In: Revista **Serviço Social e Sociedade**. nº 104. São Paulo: Cortez, 2010.
- MOTA, Ana E. **Cultura da crise e seguridade social**: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- NETTO, José Paulo. BRAZ, Marcelo. **Economia política**: uma introdução crítica. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.
- NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Desafios Atuais do sistema Único de Saúde- SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. IN: **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. 4º ed. São Paulo, Cortez, 2009.
- SILVA, Sheyla S. A política social brasileira na conjuntura da crise internacional. In: **Seguridade social e saúde**: tendências e desafios / (orgs) Jordeana Davi, Claudia Martiniano, Lucia Maria Patriota. Campina Grande: EDUEPB, 2010.
- SOARES, Raquel C. A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social. **Tese de Doutorado**. UFPE. Recife, 2010.

A FUNÇÃO DO ESTADO NA SOCIEDADE CAPITALISTA E OS REFLEXOS NAS POLÍTICAS SOCIAIS DIRECIONADAS A PESSOA COM DEFICIÊNCIA.

Luciana Gouvêa Rodrigues (UNIFESP - Universidade Federal De São Paulo)

RESUMO: Este estudo busca evidenciar as determinações do capitalismo para as políticas sociais, desvelando, de certo modo, a particularidade da saúde. Apresenta ainda a discussão sobre as configurações deste campo de atuação profissional e sua relação com o Serviço Social. Ademais, traz como foco as ressignificações sociais que perpassam o papel do Estado e seus impactos sobre os/as assistentes sociais que estão inseridos no campo da política de saúde.

Palavras-chave: Capitalismo. Política de saúde. Serviço Social. Estado

ABSTRACT: This study seeks to highlight the determinations of capitalism for social policies, revealing, in a way, the particularity of health. It also presents the discussion about the configurations of this professional field and its relation with the Social Work. In addition, it focuses on the social resignifications that permeate the role of the state and its impacts on social workers who are inserted in the field of health policy.

Keywords: Capitalism. Health policy. Social service. State

1. INTRODUÇÃO

A política de saúde, considerada como importante espaço sócio-ocupacional de atuação profissional do Serviço Social requisita a compreensão particular dos processos sócio-históricos que se desenvolvem na sociedade do capital, considerando a necessidade de analisar os determinantes que incidem sobre a conformação das políticas sociais e sua relação direta com a profissão.

Desta forma, parte-se da premissa de entendimento das nuances que evidenciam as metamorfoses societárias que argumentam a crise e seus desdobramentos sobre a economia, a política e o social com impactos e efeitos sobre a classe trabalhadora. Nesta perspectiva, vale problematizar o papel do Estado e sua intrínseca relação com as políticas sociais, ressaltando as particularidades destas na sociedade brasileira a partir do contexto em que está inserida.

Tal direcionamento colabora para a apreensão sobre a atual conformação das políticas sociais, com particular mediação para o delineamento da política de saúde, permitindo uma análise conjuntural acerca das determinações gerais deste estudo. Neste interim, problematiza-se os impactos sobre a profissão do assistente social, determinada pelas intensas transformações sociais que permeiam o desenvolvimento do capitalismo e suas complexas formas de existir.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO E AS POLÍTICAS SOCIAIS: DISCUSSÕES SOBRE OS PROCESSOS SÓCIO-HISTÓRICOS DE RESSIGNIFICAÇÕES

A forma como estão sendo delineadas as políticas sociais tem sido determinadas por uma conjuntura de constantes ataques e por metamorfoses societárias que assinalam a nova face do capitalismo. É bem sabido que a partir da década de 1970 as configurações societárias foram redimensionadas frente a um processo de reordenamento do capital em escala global, fato que incide de modo particular sob as economias periféricas a exemplo do Brasil.

No âmbito acadêmico, um intenso e peculiar debate fora suscitado resultando análises específicas que requisitam compreender a complexidade dos determinantes que permeiam a



ressignificação do sistema capitalista, articulado a trajetória sócio-histórica de desenvolvimento deste, em especial o contexto de transformações da sua fase contemporânea. Para problematizar um tema tão importante e necessário consideramos apreender os desdobramentos que surgem a partir do período de crise ocorrido em meados da década de 1970 e suas implicações econômicas, sociais, políticas e culturais neste decurso.

O final do século XX é corolário da fase denominada de capitalismo contemporâneo, esta sendo caracterizada por um conjunto de modificações na estrutura social que incide sobre novas ressignificações. Trata-se de determinado período de transição do sistema capitalista, sob o qual sua estrutura encontra-se ameaçada e apresenta sinais de crises e o modo para reverter tal condição encontra-se alocado na proposta de estratégias e mecanismos cada vez mais ousados para a retomada de lucros, ainda que isso represente a total subjugação da classe trabalhadora.

Após um longo período de expansão e acumulação de capital, o sistema capitalista adentra a década de 1970 frente a um quadro crítico. Se, o período anterior a década de 1970 se constituiu pelo grande crescimento econômico, com expansão das taxas de lucro, a nova década anuncia o fim dos “anos dourados”, esgotando o crescimento e desenvolvimento econômico consolidado pela conjugação do modelo de produção taylorista-fordista²¹⁵ e do keynesianismo²¹⁶ (NETTO; BRAZ, 2007).

Tal cenário, caracterizado pela recessão, expressa através da então crise estrutural²¹⁷, deflagrada em meados da década de 1970 as contradições inerentes ao modo de produção capitalista, reforçando que o aparecimento de crises no interior do sistema faz parte da sua própria dinâmica, uma vez que as crises são inevitáveis e permitem a retomada da acumulação, sendo, portanto, constitutiva do capitalismo como afirmam os autores Netto e Braz (2007).

Ainda de acordo com os autores, a crise, que tem sua gênese na superprodução e no subconsumo, afeta a materialidade da lógica da acumulação, caracterizando uma grande

²¹⁵ O modelo de produção taylorista-fordista baseava-se na estruturação da produção em massa para o consumo em massa, com redução do tempo e aumento do ritmo de trabalho, intensificando as formas de exploração para uma produção pautada numa maior extração de mais-valia

²¹⁶ Caracterizado pela forte intervenção estatal com ações que visam o protecionismo econômico, com papel fundamental para estimular a economia.

²¹⁷ As crises no capitalismo não podem ser vistas de forma separada de toda movimentação histórica própria do capital, que é produzir e reproduzir objetivando a apropriação e acumulação do excedente produzido - mais-valia -, sem jamais se preocupar com as “necessidades sociais” advindas desse sistema de produção. Nessa conjuntura, o capital busca a reorganização da produção como estratégia para voltar ao ciclo anterior de acumulação. Como bem já sinalizara Marx (2002) no capítulo que trata sobre a Lei Geral da Acumulação, “produzir mais-valia é a lei absoluta do modo de produção capitalista”. E, para que esse processo seja materializado é necessário, contudo, a exploração da força de trabalho humana, uma vez que o acúmulo de riqueza só é possível porque existe o trabalhador.

ameaça para o capital. Dessa maneira, tal contexto de crise aludido denota a saturação do padrão de acumulação vivenciado nos “anos dourados”, fazendo emergir transformações estruturais que se pautam num modelo de produção alternativo como estratégia de restauração do ciclo anterior.

Nesta perspectiva de análise, vale ressaltar os estudos de Boschetti e Behring (2009) quando afirmam que a crise é a expressão da consolidação das dificuldades de realização da mais-valia, onde a própria lógica de crescimento cria empecilhos para a sua plena realização o que implica na queda tendencial da taxa de lucros.

É importante salientar que as mudanças ocorridas na sociedade têm implicações diversas e se expressam de modo diferenciado entre os países, uma vez que a inserção de determinadas economias não se dão igualmente, devido as suas particulares fases de desenvolvimento.

Para enfrentar os perversos efeitos da crise, o capital tem construído estratégias que penalizam duramente os trabalhadores, atacando diretamente a organização do trabalho com retração dos direitos em detrimento da restauração da taxa de lucro. Neste sentido, evidencia-se que a retomada das taxas de lucros desvincula-se do crescimento e do pleno emprego que sustentavam o pacto dos anos anteriores, inaugurando um período regressivo e desfavorável para os trabalhadores do ponto de vista político e da luta de classes (BOSCHETTI; BEHRING, 2009. p.124)

Nestas condições supracitadas, o autor Antunes (2009) ressalta que a resposta do capital à crise se dá a partir de

um processo de reorganização do capital e de seu sistema ideológico e político de dominação cujos contornos mais evidentes foram o advento do neoliberalismo, com a privatização do Estado, a desregulamentação dos direitos do trabalho e a desmontagem do setor produtivo estatal, da qual a era Thatcher-Reagan foi expressão mais forte; a isso se seguiu também um intenso processo de reestruturação da produção e do trabalho (ANTUNES, 2009, p. 33).

O capitalismo na sua incansável busca pela retomada da taxa de lucro vem requerer um novo papel para o Estado o que necessariamente perpassa o surgimento de novas formas de conduzir as políticas sociais, com negativas implicações para o trabalho. O processo de desmonte das políticas sociais, consoante à retração do papel do Estado, vincula-se diretamente aos imperativos de acumulação do capital em sua fase imperialista.

A crise assinalada, determinada pelo esgotamento dos padrões de acumulação e a tendência decrescente das taxas de lucro ao pressionar transformações no papel do Estado, incide diretamente no papel das políticas sociais, demarcando seu redirecionamento, com



vistas a atender as necessidades do capital em busca de maior acumulação. De igual modo, promove a intensificação da exploração da força de trabalho, na medida em que imprime novas condições para a classe trabalhadora. Este cenário determina a reestruturação dos elementos que compõem a vitalidade das taxas de lucro na sociedade do capital.

Para atender as demandas advindas da acumulação em sua fase crítica, o capital, como resposta, investe na reestruturação da economia, com a introdução de novas formas de produção a partir da revolução tecnológica e organizacional com diferencial da produtividade articulado a globalização da economia com o retorno dos ideais liberais através do neoliberalismo (BEHRING, 2003).

Antunes (2009), ao realizar suas análises acerca do trabalho, afirma que a década de 1970 caracterizada por uma nova fase do capitalismo, revela uma maior intensificação da exploração do trabalho, com particulares transformações no processo produtivo a partir do incremento tecnológico, com a constituição das formas de acumulação flexível e pela transição do padrão taylorista/fordista para o toyotismo.

Como resultado desse processo, diversas formas de trabalho são necessárias para elevar as taxas de lucro, já que caracterizado por novo modelo de produção e, conseqüentemente, de maior exploração do trabalho humano observam-se novos arranjos no processo de acumulação capitalista. Na particularidade da fase contemporâneo deste sistema, subsiste o acirramento da luta de classes, corroborando para o aprofundamento da superexploração e desvalorização da força de trabalho, fazendo jus à reprodução ampliada do capital (ALENCAR; GRANEMANN, 2009)

Este contexto, também marcado pela constituição do regime financeiro, denota uma nova configuração do capitalismo mundial, comandada especialmente pela política de ajuste estrutural determinada pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial (BM) e a Organização do Comércio (OMC) destinada aos países de Terceiro Mundo evidenciando “as privatizações de empresas estatais, desregulamentações das economias nacionais e ‘reforma’ do Estado”.(SILVA, 2010, p.65)

Nesta ótica, a tendência da política social, determinada pela globalização financeira e articulada ao neoliberalismo está conduzida por uma forma tecnocrática e conservadora, com a frágil capacidade de integração dos indivíduos. Este momento, expressa a expansão seletiva das políticas sociais face ao processo de fragmentação da classe trabalhadora com a finalidade de fortalecer o comando da força de trabalho e o consentimento de privatização das políticas sociais.

Como afirma Mota (2008, p.139) tal expansão se dá mediante “fragmentação dos meios de consumo coletivo, franqueando ao capital privado a prestação de serviços considerados rentáveis, como foi o caso da saúde, da educação, da habitação e do mercado de seguros”, tudo isto para atender as necessidades do capital na elevação das taxas de lucro

Conforme as análises de Granemann (2007, p.58-59) as políticas sociais, a partir da financeirização do capital devem obedecer à novas regras, com forte redução enquanto equipamento público e sua posterior transformação em direitos monetarizados operados nos mercados bancário-financeiros, e não mais como ações do estado executadas por um corpo de servidores próprios. E acrescenta ainda:

As necessidades da acumulação capitalista encontrar novos espaços de valorização para resolver, ainda que momentaneamente sua crise, tem nas contra-reformas do Estado sua expressão atual. Primeiro, pela privatização das empresas produtoras de mercadorias e prestadoras de serviços; segundo, pela apropriação dos espaços até então ocupados pelas políticas sociais (previdência, saúde, educação, cultura, esportes, habitação, etc.) convertidos eles mesmos em serviços-mercadoria e transmutados em negócios operados pela iniciativa privada (GRANEMANN, 2007, p. 60)

Com isso, há uma limitação no direcionamento dessas políticas, prevalecendo o trinômio do ideário neoliberal, qual seja em sua forma articulada: a privatização, a focalização e a descentralização. Neste momento, o que se evidencia é o tratamento paliativo das demandas e requisições da classe trabalhadora, em detrimento da efetiva presença dos moldes de “uma política social residual que soluciona apenas o que não pode ser enfrentado pela via do mercado, da comunidade e da família” (BEHRING, 2009, p. 317).

As análises de Behring (2009) o caráter da política social é determinado pelo contexto que a permeia, uma vez que as políticas sociais podem ser conceituadas como:

concessões/conquistas mais ou menos elásticas, a depender da correlação de forças na luta política entre os interesses das classes sociais e seus segmentos envolvidos na questão. No período de expansão, a margem de negociação se amplia; na recessão, ela se restringe. Portanto, os ciclos econômicos, que não se definem por qualquer movimento natural da economia, mas pela interação de um conjunto de decisões ético-políticas e econômicas de homens de carne e osso, balizam as possibilidades e limites da política social (BEHRING, 2009, p. 336)

Contudo, as atuais tendências que se colocam no capitalismo contemporâneo reiteram que a atual conjuntura expressa a redução de direitos, sob o argumento da crise fiscal, o que implica a transformação das políticas sociais em ações pontuais e compensatórias direcionadas para os segmentos mais atingidos pelos nefastos efeitos da crise (BEHRING; BOSCHETTI, 2009).

Dessa maneira, delinea-se que as políticas sociais têm no âmbito do Estado seu papel deslocado e que, embora, possuam legalmente um aparato normativo que as regulamentam, tem significado uma possibilidade abstrata de se realizar. O que prevalece, portanto, são as medidas pontuais e restritivas de atendimento das demandas, estruturadas numa parca efetivação de princípios constitucionais quando muito, em razão do momento histórico da ofensiva neoliberal e seus condicionantes.

Este cenário, ainda que já sinalize a intensa e pretensiosa ofensiva aos direitos, vem sendo reconfigurado com maior vigor na década de 1990 quando o Estado assume seu papel mais voraz em direção a forma capitalista de ser. O maior exemplo disso, compete na redução significativa do financiamento das políticas sociais, na privatização das empresas públicas e nos novos modelos de gestão fincados na expressa máxima de “gerenciamento empresarial”.

De modo particular, a política de saúde avança na destituição do seu caráter universalizante, com ampliação de organismos privados e na parceria com organismos sociais que revelam a face dócil do capital, com caráter de popularidade. Tais questões se expressam nos planos de saúde populares e no crescimento vertiginoso das contratações via empresa brasileira de serviços hospitalares já nas primeiras décadas dos anos 2000.

2.3 O CAMPO DA SAÚDE E O ASSISTENTE SOCIAL

Os processos que ressignificam a forma de ser das políticas sociais, argumentados pelas novas configurações do capitalismo e do conseqüente papel do Estado estruturam a lógica de contrarreforma, com particulares e significativas evidências no contexto brasileiro. Para tanto, é mister afirmar que o Estado brasileiro, pautado na reestruturação produtiva buscou assinalar a reconfiguração da política de saúde, como forma de considerar os ideais neoliberais.

Nesta perspectiva, paralela as lutas e organização dos movimentos sociais em prol da Reforma Sanitária e frente a consolidação do aparato legal que estrutura-se no percurso entre as décadas de 1980 a 1990 tem-se uma lacuna, objetivando-se a fragilidade dos ganhos envidados pela saúde pública e da organização do Estado com o financiamento das políticas de caráter universalizantes.

Não obstante, emerge e se institucionaliza a expressão devastadora e clara de um projeto de saúde de cunho privatista, articulado aos interesses do mercado de volta à tona. Contudo, é importante ressaltar que tal afirmação não indica a total perda do já conquistado,

mas se constitui num ataque à construção social e histórica de ampliação dos direitos à saúde conquistada legalmente e não consolidada frente às metamorfoses societárias desse período.

Como parte desse processo, a saúde, enquanto campo de atuação dos profissionais do Serviço Social requer importante apreensão das suas determinações históricas, problematizando-a enquanto setor de serviços, bem como instituição capaz de oferecer condições para efetivar os processos de trabalho a favor dos ideais da reforma sanitária e do projeto ético-político do Serviço Social.

Para tanto, admitimos necessário compreender a relação estabelecida entre a política de saúde e a profissão do serviço Social, na medida em que as inflexões decorridas desse processo de desmonte implicam diretamente na atuação do assistente social no âmbito da saúde, mas não descarta a mediação dos processos sociais e a intervenção qualificada e crítica deste profissional frente as demandas que se colocam.

Tem sido consensual entre os autores que o setor saúde é um significativo espaço de atuação para os assistentes sociais, principalmente a partir do reconhecimento do profissional enquanto trabalhador da saúde, de acordo com a Resolução 218/97, o que demonstra interesse da categoria na inclusão de disciplinas próprias da saúde no âmbito da formação profissional do assistente social.

Contudo, a inserção profissional do assistente social neste espaço sócio-ocupacional revela contradições, uma vez que a tendência presente nesta relação se expressa na incompatibilidade entre o discurso e as estratégias do Serviço Social e a prática efetiva da constituição legal do conceito de saúde, fato que dificulta o processo de trabalho do assistente social.

O trabalho do Assistente Social no campo da saúde tem sua particularidade relacionada às peculiaridades das formas de atenção à saúde. Suas funções e atribuições têm suas referências nos princípios do Código de Ética, na Lei de Regulamentação da Profissão e nos Parâmetros de Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde²¹⁸ (CFESS, 2010). As orientações profissionais, apesar de estarem vinculadas ao projeto ético-político do Serviço Social, dependem para sua execução das condições objetivas e subjetivas engendradas em cada contexto.

²¹⁸ Os Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais tem o intuito de subsidiar as ações do assistente social no campo da saúde, foi construído através do esforço coletivo da categoria, vinculado ao CFESS, em consonância com o Código de Ética de 1993 e a Lei que regulamenta a profissão (8662/93). Foi construído a partir da discussão com a categoria de assistentes sociais, em atividades organizadas pelo CRESS, por serviços e universidades, sob a forma de oficinas, reuniões ampliadas e seminários. Tem como prerrogativa responder as demandas identificadas no cotidiano do trabalho no setor saúde.

A inserção do profissional de Serviço Social neste campo, tem se tornado importante na medida em que se constitui necessária nos processos que estabelecem a promoção, prevenção e recuperação da saúde em todos os níveis de atenção. Entretanto, as determinações impostas aos/as assistentes sociais, especialmente no caso da sua inserção na saúde, tem influência também do processo de mercadorização da saúde, pois ao assinalarem desafios ao Serviço Social se constituem como contribuição importante no significado social da profissão. De acordo com Costa:

Nos serviços de saúde, a inserção dos assistentes sociais no conjunto dos processos de trabalho destinados a produzir serviços para a população é mediatizada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil (COSTA, 2000, p.41)

A rigor, entende-se que as novas formas de gestão de trabalho no SUS, obedecem, antes de tudo a uma lógica determinada historicamente, pelo sistema capitalista, em que pese o ideário neoliberal, responsável pela redução do papel do Estado, flexibilização e precarização das relações de trabalho ao mesmo tempo em que amplia os espaços sócio-ocupacionais para a categoria de assistentes sociais, funcionando assim, numa contradição inerente ao modo de produção polarizada pelo capital e trabalho. Efetivamente, os estudos acerca da racionalidade da contrarreforma e os desafios para o Serviço Social, apontam que

a ampliação do Serviço Social ocorre reproduzindo as contradições de expansão do sistema cuja estrutura de serviços não vem efetivando a universalidade do acesso. A ampliação restrita, ao mesmo tempo e contraditoriamente, aumenta o número de serviços, de profissionais e procedimentos sem dar conta da complexidade das necessidades sociais da população usuária – seja em termos qualitativos ou quantitativos – afirmando e negando direitos. A racionalidade a que essa expansão está integrada permite o atendimento parcial das requisições e reivindicações do movimento sanitário e dos trabalhadores, subordinando suas principais configurações aos interesses privados (SOARES, 2010, p.119)

Essas características representam a conformação da política de saúde e da organização do trabalho neste contexto, marcando os espaços sócio-ocupacionais dos/as assistentes sociais e definindo as suas demandas e requisições. Nesta direção, comparece a forte tendência à terceirização do trabalho, fragmentando a categoria numa intensa desagregação profissional. Não é casual, portanto, que neste momento a partir das variadas modalidades de contratos, os/as assistentes sociais estão sendo requisitados a intervir com ações pontuais e assistenciais, com respostas imediatas que reduzem a capacidade de questionar os objetivos da instituição e realizar as devidas mediações (GUERRA, 2010).

Condicionado a tais tendências, a contemporaneidade revela que a combinação da precarização do trabalho, da flexibilização das legislações trabalhistas (e dos direitos sociais)

e políticas sociais focalizadas reforçam e redimensionam a lógica capitalista, demarcada pelo redirecionamento do papel do Estado e pela política de ajuste neoliberal (GUERRA, 2010).

Nesta perspectiva, a contrarreforma do Estado brasileiro²¹⁹, com expansão nos anos 1990, coloca para a agenda das políticas sociais a necessidade de diminuição das funções do Estado. Neste sentido, vem empreender como mecanismos estratégicos o ajuste fiscal, a diminuição de gastos, a crescente privatização, entre outros.

O Estado neoliberal passa a exigir a focalização e a seletividade do atendimento de saúde, racionalizando a oferta dos serviços. Dessa maneira, opta por privatizar e terceirizar os serviços de saúde, repassando recursos públicos para as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – (OSCIPs), bem como cedendo possibilidades para a privatização dos Hospitais Universitários, por exemplo, através da criação da EBSEH.

Agora, com novas diretrizes, “o Estado, também orientado por organismos financiadores, a exemplo do Banco Mundial, estabelece a contenção de gastos com a racionalização da oferta, a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização” (BRAVO, MATOS, 2002, p. 200). Assim, a tendência das políticas sociais na atualidade, evidencia a retração de direitos, uma vez que estas se encontram marcadas por ações pontuais e compensatórias, argumentadas pela crise do Estado e pela diminuição dos gastos sociais.

Neste processo de transformações vivenciado no âmbito da saúde, agudiza-se um tensionamento entre projetos de interesses antagônicos dentro do sistema, uma vez que se presencia de um lado a busca da universalização da saúde, defendida pela Reforma Sanitária e, em contraposição a abertura dos mercados como proposta privatizante.

Essa disputa de projetos no campo da saúde implica em diferentes requisições para o assistente social. De um lado, o projeto privatista vem requisitando que o assistente social trabalhe com a seleção socioeconômica dos usuários, a atuação psicossocial por meio de

²¹⁹ Segundo Behring (2003), a contrarreforma do Estado brasileiro foi uma estratégia de saída da crise, adotado pelo Estado em consonância com o grande capital na perspectiva de redução dos custos, por meio da flexibilização das relações contratuais de trabalho, retirando-se do Estado a regulação destas relações, inclusive no que se refere à questão da proteção social, com a redução dos encargos sociais. É válido afirmar então que o Estado no âmbito da articulação com o grande capital, sob o esgotamento das condições da decrescente taxa de lucro decide criar “novas mercadorias”, isto é, transformar as políticas sociais em “novas mercadorias”, promovendo com mais organicidade o processo de financeirização das políticas sociais, com medidas articuladas entre si, como as reformas da previdência social, bem como no sucateamento da política de saúde e na seletividade e focalização da política de assistência social, ou seja, predomina a tendência da mercadorização e assistencialização das políticas sociais com o intuito de agregar lucros para os capitalistas. Neste momento, ao Estado coube o papel de prover as circunstâncias de novos contornos para a reprodução ampliada do capital. Assim, especificamente na política de saúde, pode-se demarcar um período de expansão do modelo privatista de saúde, baseado no desenvolvimento do capitalismo que pressupõe um direcionamento da saúde pautado na lucratividade, numa nova ordem de acumulação do capital (SOUZA et. al, 2011).

aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Em contraposição, o projeto da reforma sanitária apresenta como suas principais demandas, a democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; a aproximação das unidades de saúde com a realidade; o trabalho interdisciplinar; a ênfase nas atividades grupais; o acesso democrático às informações e estímulo à participação popular (CFESS, 2010).

É possível indicar que as requisições institucionais têm sido direcionadas para reforçar o projeto privatista, muito embora, no campo profissional sejam evidentes as estratégias de resistência e a busca pela democratização no campo da saúde.

Não obstante, Mioto e Nogueira (2006, p.280) considerando as determinações que incidem sobre o trabalho profissional do assistente social afirmam que

Cabe ao assistente social desenvolver um papel protagonista de um novo modelo. A perversa desigualdade social e a falta de informação e conhecimento da população quanto aos seus direitos impõe de forma inequívoca ao assistente social ações no sentido da promoção da cidadania, da construção e do fortalecimento de redes sociais e de integração entre as ações e serviços de saúde.

Destacamos uma particularidade na expansão do mercado de trabalho na saúde para o Serviço Social, pois seu crescimento tem sido mais expressivo no setor público municipal. Isso vai implicar no crescimento da gestão municipal como empregadora da força de trabalho no âmbito das políticas sociais, fruto do processo de descentralização político-administrativa. Esta tendência tem sido reafirmada nacionalmente a partir dos dados que delineiam o perfil dos assistentes sociais brasileiros, que indicam que seu principal vínculo de trabalho é de 40,97% na esfera pública municipal (CFESS, 2005).

Ainda que se manifeste de um lado a tendência positiva de contratação dos/as assistentes sociais no campo da saúde, subsiste a negativa e particular contradição que infere sobre as condições objetivas de desenvolvimento do trabalho neste campo. Atualmente, os níveis de precarização das condições e relações de trabalho no âmbito da saúde evidenciam-se pela ausência de materiais e insumos que garantam a viabilidade da realização de trabalho. Dentre os quais, a falta de estrutura nos locais e equipamentos de saúde, a falta de material de expediente, entre outros.

É, pois, importante ressaltar que a configuração do sistema capitalista, incidindo sobre o Estado tem determinado o caráter das políticas sociais, restringindo a sua forma de operacionalizar as demandas, subjugando-as à negligência.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das análises que permeiam a compreensão do cenário em que se reflete as metamorfoses sobre a estrutura social que denota o capitalismo infere que a orientação do sistema se dá em razão do controle da crise e da dinâmica de acumulação para perpetuar o sistema capitalista de modo voraz e dominador. Para tanto, faz parte deste processo a regressão das conquistas mais elementares, destacando aqui a necessária compreensão sobre a política de saúde.

Desse modo, é nítido, pois, que há uma ressignificação da política seja em termos práticos, em relação a sua oferta, seja em termos burocráticos em sua relação de estrutura. Convém assim denotar que a categoria dos/as assistentes sociais ao estar diretamente relacionada com o campo da saúde, estão implicados nas determinações que reverberam sobre a política em questão.

É fato que para o Serviço Social é importante compreender que as determinações gerais sobre as transformações envidadas pelo capitalismo que integram o aparato estatal na sua forma de produzir políticas sociais, em especial no caso da saúde, vai significar para a profissão uma atuação no campo das necessidades divergentes e antagônicas. Neste sentido, o Serviço Social vai assumir um espaço de enfrentamento nessa contradição, buscando uma atuação que leve em consideração as necessidades sociais, mas que encontre respaldo de condições de atendimento a demanda mesmo numa conjuntura que se mostra contrária a nossa profissão.

É, pois, importante ressaltar que subsiste uma tensão que permeia a forma como a política de saúde encontra-se atualmente e a trajetória da profissão comprometida com as conquistas que revelam a necessidade da garantia dos direitos para a classe trabalhadora. Assim, parece-nos relevante que a categoria busque formas de resistências e construção de ideais que possam pensar sempre em relação com a forma de enfrentamento daquilo que se convencionou chamar na sociedade capitalista de “questão social”

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, Mônica Maria T. de; GRANEMANN, Sara. Ofensiva do capital e novas determinações do trabalho profissional. **Revista Katálysis**, v. 12, n 2, p.161-169, jul/dez 2009.
- ANTUNES, R. **Os Sentidos do Trabalho**: Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2009.
- BEHRING, Elaine R. BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social**: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2009.
- BEHRING, Elaine R. Política Social no contexto da crise capitalista. In: **Serviço Social**: direitos profissionais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.
- BRAVO, Maria Inês; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. IN: **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. 4º ed. São Paulo, Cortez, 2002.
- CFESS. **Assistentes Sociais no Brasil**: elementos para o estudo do perfil profissional / Organizado pelo Conselho Federal de Serviço Social; colaboradores Rosa Prêdes... [et al.]-- Brasília: CFESS, 2005.
- CFESS. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde**. Grupo de Trabalho Serviço Social na Saúde. Brasília, 2010.
- BRASIL, CNS. **Resolução 218** de 6 de março de 1997
- COSTA, Maria Dalva H. da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos Assistentes Sociais. In: **Revista Serviço Social e Sociedade** Nº 62. São Paulo: Cortez, 2000.
- GRANEMANN, Sara. Políticas Sociais e Financeirização dos Direitos do Trabalho. **Revista em Pauta**, n 20. Rio de Janeiro, 2007.
- GUERRA, Yolanda. . A formação profissional frente aos desafios da intervenção e das atuais configurações do ensino público, privado e a distância. In: Revista **Serviço Social e Sociedade**. nº 104. São Paulo: Cortez, 2010.
- MOTA, Ana E. **Cultura da crise e seguridade social**: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- NETTO, José Paulo. BRAZ, Marcelo. **Economia política**: uma introdução crítica. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.
- NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Desafios Atuais do sistema Único de Saúde- SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. IN: **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. 4º ed. São Paulo, Cortez, 2009.
- SILVA, Sheyla S. A política social brasileira na conjuntura da crise internacional. In: **Seguridade social e saúde**: tendências e desafios / (orgs) Jordeana Davi, Claudia Martiniano, Lucia Maria Patriota. Campina Grande: EDUEPB, 2010.
- SOARES, Raquel C. A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social. **Tese de Doutorado**. UFPE. Recife, 2010.

INTEGRALIDADE DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

Maria Albaneide Fortaleza (Prefeitura Municipal De Campos Sales); Alissan Karine Lima Martins (Universidade Regional Do Cariri -Urca); Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos (Universidade Estadual Do Ceará-UECE); Maria De Fátima Antero De Sousa Machado (Universidade Estadual Do Ceará-UECE)

RESUMO: Objetivou-se analisar como os profissionais da Educação e Saúde elaboravam concepções acerca da integralidade das práticas no Programa Saúde na Escola. Pesquisa-ação, com abordagem qualitativa, realizada com 20 profissionais no município de Campos Sales-Ceará. As informações foram colhidas mediante a observação de campo e entrevistas semiestruturadas, das quais geraram duas categorias: Conceito e Práticas, e as subcategorias temáticas: Saúde dos adolescentes; Programa Saúde na Escola; Ações em saúde; e Integralidade. Evidenciou-se que a maioria dos sujeitos tem visão ampliada de saúde, ademais apontaram fragilidade na integralidade das práticas do cuidado nos processos de trabalho. Observou-se a necessidade da formação permanente.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do Adolescente. Integralidade em Saúde. Práticas Educativas.

RESUMEN: El objetivo fue analizar cómo profesionales de Educación y Salud elaboraron concepciones sobre integralidad de las prácticas en el Programa de Salud en la Escuela. Investigación de acción, cualitativo, con 20 profesionales de Campos Sales-Ceará, Brasil. La información se recopiló a través de la observación de campo y entrevistas semiestruturadas, que generaron dos categorías: Concepto y Prácticas, y las subcategorías temáticas: Salud del Adolescente; Programa de Salud en la Escuela; Acciones de salud; e Integralidad. Se evidenció que la mayoría de los sujetos tienen visión más amplia de la salud, además señalaron fragilidad en la integralidad de las prácticas asistenciales en los procesos de trabajo. Se observó la necesidad de formación continua.

PALABRAS CLAVES: Salud del Adolescente. Integralidad en Salud. Prácticas Educativas.

1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal Brasileira de 1988 aponta a integralidade como um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, o princípio da integralidade foi definido pela Lei N° 8.080/90, que orienta as práticas de saúde, no sentido de ofertar assistência integral ao cidadão, incluindo ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, em todos os níveis de atenção (BRASIL, 1990).

Essa se constrói no processo de trabalho das equipes de saúde, no cotidiano, pelas interações democráticas dos sujeitos, pautadas pela garantia da autonomia, pelo exercício de solidariedade e pelo reconhecimento da liberdade de escolha do cuidado e da saúde, com expectativa de produzir transformações emancipatórias na vida de usuários (PAIM; SILVA, 2010; LIMA; REIBNITZ; PRADO, 2013).

Ao dialogar sobre integralidade, destaca-se que existem diferentes definições para o conceito integralidade, a ser entendido a partir de três significados. O primeiro refere-se a atributos das práticas dos profissionais de saúde; o segundo diz respeito à organização dos serviços (MATTOS, 2009). Por último, a integralidade pode ser abordada a partir de configurações de políticas específicas, as denominadas políticas especiais, desenhadas para fornecer respostas a um determinado problema de saúde que aflige certo grupo populacional. Nesse contexto, o Programa Saúde na Escola (PSE) surgiu como estratégia para efetivar a intersetorialidade, integrando os processos de trabalho na saúde e educação. Tal Programa tem como objetivo contribuir para formação integral de estudantes, através de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde de estudantes da rede pública de ensino. A partir dessa percepção, a escola constitui espaço potencial para efetivar ações de promoção da saúde, aliada importante para concretização das práticas educativas, voltadas para o fortalecimento das capacidades dos indivíduos, a tomada de decisão favorável à saúde e comunidade, bem como para consolidação de política intersetorial.

Este estudo teve como recorte a integralidade nas práticas educativas no espaço escolar. No entanto, do ponto de vista operacional, as ações são realizadas pelos profissionais de saúde, em que, no cotidiano da assistência, têm enfatizado a transmissão de informações e o estímulo à mudança de comportamento individual em relação ao modo de cuidar em saúde. Concretamente, tais práticas têm se mostrado pouco efetivas para atender às necessidades do cuidado à saúde de escolares e respectivos familiares (KALICHMAN;

AYRES, 2016).As experiências profissionais acerca das práticas educativas repousam, em grande parte, em ações pontuais, atuações tradicionais, aliadas à fragilidade na formação, em razão disso, os profissionais demonstram dificuldades na articulação das ações do PSE, como também em desenvolver práticas em saúde mais dialógicas e participativas, que possibilitem o processo de formação de crianças e adolescentes reflexivos e críticos.

A partir dessa abordagem, surgiram as questões: como os profissionais de saúde e educação compreendem a saúde dos adolescentes? Qual a concepção dos profissionais da saúde e educação acerca da integralidade nas práticas educativas em saúde no PSE?

Frente a esses questionamentos, justifica-se a relevância deste estudo, ao conhecer como os sujeitos compreendem a integralidade das práticas em saúde, em uma perspectiva crítica e reflexiva, a partir de base teórica que possa sustentar a formação permanente e qualificar a ação dos profissionais envolvidos, a fim de atender às demandas de crianças e adolescente do Programa. Por outro lado, esse resultado possibilitará qualificar a assistência prestada a escolares, regularmente matriculados na rede municipal de ensino.

Desse modo, objetivou-se analisar como os profissionais da Educação e Saúde elaboravam concepções acerca da integralidade das práticas no Programa Saúde na Escola.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 Método

Estudo do tipo pesquisa-ação, conforme Thiollent (2011), com abordagem qualitativa, fundamentada na metodologia Círculo de Cultura, realizado no município de Campos Sales-Ceará, Brasil, junto a 20 profissionais do PSE. Para seleção dos sujeitos, utilizaram-se dos critérios de inclusão: trabalhadores da saúde e educação envolvidos nas ações do programa.

Consideraram-se espaços do processo investigativo a Secretaria Municipal de Saúde e a Secretaria para as Polícias de Educação, sendo que as informações foram colhidas no período de março a abril de 2018, mediante observação de campo, entrevistas semiestruturadas com o Grupo de Trabalho (GTI-M) do PSE, composto por uma coordenadora, uma enfermeira, uma professora e dois educadores físicos, e os demais trabalhadores da ESF, gestores escolares, coordenadores e os professores envolvidos nas ações do PSE da rede municipal de ensino que trabalhavam nas equipes da sede do município de Campos Sales-CE, Brasil.

Para análise das informações, recorreu-se à triangulação de dados, cujo processo refere-se à combinação e ao cruzamento de múltiplos pontos de vista e análise das relações, das representações, emprego de variedade de métodos e técnicas utilizadas na pesquisa, adotando comportamento reflexivo, conceitual e prático, sob diferentes perspectivas, visando profundidade e validade da análise qualitativa (GIL, 2011).

Para descrição e análise dos dados, procedeu-se à transcrição do material contido nos registros das falas na íntegra, ordenadas mediante narração e discussão. A interpretação dos resultados foi submetida à análise de conteúdo, de acordo com Minayo (2010) e ao diálogo com a literatura pertinente.

O estudo obedeceu aos aspectos éticos e legais da pesquisa envolvendo seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri-URCA, conforme parecer Nº 2.546.596/18.

2.2 Resultados e Discussão

Foi realizado diagnóstico situacional, mediante as unidades temáticas que discorreram sobre a integralidade das práticas no Programa Saúde na Escola (PSE), em uma visão ampliada de saúde, evidenciou-se fragilidade na integralidade das práticas, conforme categorias de análises.

Para efeito de sistematização das informações contidas neste estudo, apresenta-se descrição dos vinte sujeitos incluídos no estudo, destes, quinze faziam parte da área da educação e cinco da área da saúde, considerando algumas variáveis: idade, sexo, categoria profissional, especialização, tempo de formação, tempo na atuação em serviços, carga horária e as unidades em que trabalhavam.

Consideraram-se sujeitos das práticas educativas: diretores, coordenadores pedagógicos e professores; na área da saúde, gestores da assistência e enfermeiros. Entre os participantes desse grupo, verificou-se que a faixa etária variou de adulto jovem de 29 anos, cunhando para maturidade de 56 anos de idade.

Trata-se de grupo predominantemente do sexo feminino, apenas uma pessoa do gênero masculino. Em relação à categoria profissional, considerou-a diversificada, destacando-se professores e, na sequência, enfermeiros. Constatou-se que dos vinte sujeitos participantes do estudo, sete concluíram especialização em diferentes áreas, em Psicopedagogia, Gestão Escolar, Gestão em Saúde, Saúde da Família e Gerontologia.

Quanto ao tempo de formação profissional, verificou-se variação entre cinco a 20 anos de formação, o qual retrata o nível de maturidade profissional, experiências e vivências acumuladas nos setores de educação e saúde.

Percebe-se que, na maioria dos casos, o tempo de serviço foi superior a formação, sobretudo entre os profissionais da educação, em decorrência da formação docente tardia. Sabe-se que durante três décadas e meia, a estrutura e o funcionamento dos cursos de formação dos profissionais da educação tiveram por fundamentação a Lei nº 4.042/61 (1ª LDB), para o curso do Magistério, destinado ao ensino primário, e o desenvolvimento dos conhecimentos técnicos relativos à educação da infância, hoje, considerado uma das modalidades da educação básica, das séries iniciais do Ensino Fundamental I.

Em relação ao vínculo empregatício, no campo educacional, a maioria era composta por servidores públicos efetivos, enquanto os profissionais da saúde não possuíam vínculo permanente e menos de nove anos de atuação. Os servidores efetivos possuíam entre 12 e 35 anos de tempo de serviço, com carga horária de 40 horas semanal.

A carga horária de trabalho semanal foi igual entre os servidores efetivos e os não estáveis, estes contratados por indicação política. Além disso, as enfermeiras desempenhavam a função de gestoras das Unidade Básica de Saúde (UBS) e, também, assumiam cargos de coordenação do Programa. Essa polivalência demonstrou as atuais condições do capitalismo contemporâneo e os impactos da transformação do mercado de trabalho.

Em um contexto recessivo, os profissionais da enfermagem também sofrem a desregulamentação do trabalho formal, a disponibilidade de oferta de mão de obra, associada a não ampliação dos postos de trabalho, tem facilitado a ampliação do trabalho precário, visto que o trabalhador acaba se submetendo às piores condições laborais como forma de garantir a permanência no emprego e renda (RIBEIRO; SOUZA; SILVA, 2014).

Essa precarização das condições de trabalho atinge a qualidade dos serviços prestados e a relação com os usuários, os programas e projetos são abruptamente interrompidos. Com isso, o Estado vem impulsionado a terceirização na execução de políticas públicas, os efeitos são profundos, pois subordinam as práticas desenvolvidas a prazos contratuais e aos recursos financeiros definidos, implicando descontinuidades e rompimento de vínculos com os usuários, descrédito da população para com as práticas públicas, obscurecendo-se, assim, a responsabilidade do Estado perante os cidadãos.

Todos esses elementos apontam para fragilidade do processo organizativo dos

serviços públicos, decorrendo a institucionalização da política neoliberal e da frágil política intersetorial entre a saúde e a educação, as quais favorecem o início de novas relações de trabalho e posturas no cuidado em saúde, além da inexistência de políticas sistemáticas e continuadas de educação permanente para os profissionais envolvidos nesse processo.

Ao considerar os resultados expostos neste item, tem-se como referência as informações colhidas no momento inicial da pesquisa de campo. Acrescenta-se a isso, a contribuição dos sujeitos que se dispuseram a participar do estudo, educadores ou enfermeiros evidenciaram terreno fértil a ser fortalecido na promoção do cuidado, contemplando reflexões sobre as práticas em saúde e priorizando os adolescentes.

Apresenta-se análise dos resultados da fase exploratória da pesquisa, com base em estudo de campo realizado, conforme a proposta metodológica delineada, distribuídas nas seguintes categorias e subcategorias temáticas.

2.3 Saúde do adolescente

Ao longo do tempo, a saúde esteve condicionada ao processo saúde, doença e ao controle de morbidade e mortalidade, entretanto, com o avanço teórico nesta área, compreendeu-se que o estado saudável envolve outros aspectos relevantes, como prevenção, proteção e promoção da saúde, considerados pilares para melhoria da qualidade de vida (LIMA *et al.*, 2014).

Nas últimas décadas, as ações de promoção de saúde do adolescente vêm sendo orientada por projetos específicos, de forma fragmentada e desarticula, não atende às necessidades e demandas dos adolescentes. Entretanto, a atenção à saúde dos adolescentes exige repensar as práticas de saúde, além de requerer a participação de equipes multidisciplinar para ofertar os serviços.

Nesse prisma, os profissionais de saúde e educação devem centrar o olhar para estratégias de promoção de saúde, com abordagem interdisciplinar e intersetorial, realizado por meio de discussões conjuntas, em que as decisões são compartilhadas e tomadas em diferentes perspectivas, resultando em proposta de atuação conjunta em educação e saúde. Apreendeu-se, inicialmente, a percepção dos entrevistados sobre saúde do adolescente: *Saúde do adolescente é o acompanhamento de que ele necessita nesta fase e acesso às informações (P1). É o bem-estar, saúde física, mental, social e a interação família e sociedade (P13). Saúde está voltada para a saúde física e a saúde psíquica, estão relacionadas com o*

meio ambiente, alimentação, higiene e base para a saúde física (P15).

A compreensão de saúde dos profissionais do PSE se traduziu em bem-estar, saúde física e mental dos adolescentes, além de receberem informações e orientações sobre saúde, objetivando o autocuidado. Emergiram, ainda, as necessidades de alimentação, higiene e o cuidado com meio ambiente. Essas representações sinalizam para promoção da saúde.

Parte-se do entendimento de que a promoção da saúde incorpora a importância e a influência das dimensões políticas, culturais e socioeconômicas nas condições de saúde, propondo ações intersetoriais que envolvam a educação, o saneamento básico, a habitação, a renda, o trabalho, a alimentação, o meio ambiente, o acesso a bens e serviços essenciais, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 2013).

Nas falas, identificou-se a complexidade e abrangência do processo saúde na adolescência, portanto, a compreensão da maioria dos profissionais da saúde e educação aponta o conceito de saúde em uma visão ampliada, trazendo no universo a reflexão acerca dos determinantes de saúde.

Por outro lado, os participantes do estudo apontaram fragilidades na saúde do adolescente. Evidenciou-se que no cotidiano da prática profissional, houve redução na cobertura das intervenções em saúde, dirigidas aos jovens e componentes da equipe ESF, nas áreas de risco social. Ademais, esses serviços são realizados de forma fragmentada, pontual e desarticulada entre a equipe de saúde e educação. *Saúde está precária, não tem um dentista como tinha antes, a saúde começa pela boca (P10). Trabalha especialidade da saúde em relação à puberdade, menstruação, sexualidade, transformação do corpo, vacinação, trabalho social e doenças sexualmente transmissíveis (P4). Observa-se que a saúde do adolescente se encontra fragilizada e eu compreendo a saúde como completo bem-estar psicossocial (P3).*

Os profissionais reconheceram e valorizaram a promoção da saúde para adolescência, porém, aponta-se que o processo de trabalho no atual contexto da Atenção Básica (AB), no Sistema Único de Saúde (SUS), agravada por uma série de questões estruturais, além do reduzidos números de profissionais que compõem a equipe ESF, dificulta a atenção à saúde.

Criaram-se políticas públicas de saúde, com objetivo de promover a saúde, identificar as vulnerabilidades e reabilitar os adolescentes, por estes apresentarem necessidades de saúde para além dos fatores orgânicos, porém esses programas ainda não alcançaram o objetivo de cuidar da integralidade dos adolescentes (CHAISE; OLIVEIRA; ASSUNÇÃO, 2008).



A partir dessa realidade, pode-se refletir o que e como fazer no campo da saúde e da educação, para atender às necessidades e demandas da saúde dos adolescentes, bem como instigar novos referenciais capazes de (re)significar a saúde para além da visão reducionista. Isso implica atender o adolescente na integralidade do cuidado, por meio de política intersetorial de saúde e educação.

Nessa linha de entendimento, considera-se a atenção básica como estratégia essencial para reorganização dos processos de educação em saúde, por meio da ESF e PSE, investindo em ações coletivas, na reconstrução das ações de saúde, a responsabilização por atenção contínua, integral e o cuidado multiprofissional (BRASIL, 2014).

2.4 Programa Saúde na Escola

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, em 2006, constatou-se que o acesso crescente à educação formal reforça a necessidade de se promover saúde na escola (IPPOLITO-SHEPHERD; CERQUEIRA; ORTEGA, 2005).

Nessa direção, o Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído pelo Decreto Presidencial n. 6.286, de 05 de dezembro de 2007, resultando de parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação, tendo como objetivo contribuir para formação integral de estudantes da rede pública de educação básica, por meio das ações de prevenção, promoção e atenção à saúde, integrando as redes do Sistema de Educação e do Sistema Único de Saúde (SUS), mediante articulação das escolas públicas, unidades básicas de saúde e unidades de Saúde da Família (BRASIL, 2010).

As forças convergem para ampliação do acesso da comunidade escolar aos serviços de saúde, mediante política intersetorial (GOMES, 2012). Ao serem interrogados sobre a compreensão acerca do PSE, evidenciaram-se: *O PSE é uma parceria entre educação e saúde, através de campanhas de saúde, os adolescentes não procuram unidade de saúde, então, nós vamos à escola, e, às vezes, não temos o feedback da escolar (P6). Sei que o PSE desenvolve atividades na escola, como campanhas, aplicação de remédio para vermes, ainda precárias as ações, uma visita não resolve os problemas (P17). Saúde e educação andam juntas (P15).*

A percepção dos profissionais acerca do conceito do Programa Saúde na Escola evidenciou a proximidade da compreensão do PSE alinhado com a literatura nacional dos Cadernos de Saúde e portarias dos ministérios da Educação e Saúde.

A partir da adesão dos municípios ao PSE, cada escola incluída passa a ter uma Equipe de Saúde da Atenção Básica de referência para executar conjuntamente as ações. Assim, o Programa dar-se na interação das equipes de saúde da Atenção Básica com as equipes de educação, no planejamento, na execução e nos monitoramentos das ações de prevenção, promoção e avaliação das condições de saúde dos escolares.

No que dizem respeito às ações do PSE, em todas as dimensões, devem estar inseridas no projeto político-pedagógico da escola, considerando o respeito à competência político-executiva dos estados e municípios, à diversidade sociocultural das diferentes regiões do país e à autonomia dos educadores e das equipes pedagógicas.

Nessa concepção, o PSE foi estruturado de acordo com as modalidades de ensino e o MS estabeleceu doze ações que estão compreendidas, na avaliação das condições de saúde, promoção da saúde e prevenção das doenças e agravos. Assim, podem-se constatar algumas ações desenvolvidas no PSE: *O PSE, as ações desenvolvidas por profissionais da saúde na escola, como campanhas de forma esporádica (P14). PSE atende saúde bucal, palestra de orientação, conscientização, monitoramento, aplicação de vacina, só que é um trabalho não efetivo, tem que fazer para comprimir metas, já chegar na execução na última etapa não é um processo (P5).*

As ações do PSE desenvolvidas no espaço escolar eram realizadas de forma pontuais, fragmentadas, baixa credibilidade e efetividade, acrescenta-se o não cumprimento de orientações técnicas para operacionalização do Programa.

Observou-se nas falas dos entrevistados o sentimento de indignação, diante da execução de ações incompletas e ineficazes, e ainda, sem ponderar o termo de adesão assinados pelos gestores de saúde e educação e nem as diretrizes estabelecidas para implantação do PSE. Assim, evidenciaram que a construção do PSE é um processo amplo, que envolve equipe multiprofissionais, alunos, família e comunidade.

A partir da diversidade, complexidade e as múltiplas conexões que caracterizam o Programa, tenta-se desvelar os diferentes modos de fazer acontecer as ações em educação em saúde pelas equipes da saúde e educação, nos diversos espaços escolares, expressos na análise e problematização declaradas pelos sujeitos da pesquisa.

2.5 Ações de educação em saúde

Com objetivo de reorganizar as ações de saúde, priorizando a prevenção, promoção

e recuperação de forma integral e contínua, o Sistema Único de Saúde (SUS) propôs a Estratégia Saúde da Família (ESF), por considerar espaço de educação em saúde e parte das atribuições dos profissionais da atenção primária (APS).

A educação em saúde consiste em um conjunto de práticas que contribui para aumentar a autonomia dos usuários no cuidado e debate com os profissionais de saúde, com a finalidade de melhorar os indicadores de saúde, o acesso aos serviços e a qualidade de vida (FALKENBERG *et al.*, 2014).

Nessa mesma linha de pensamento, a educação em saúde deve ser compreendida como proposta que tem como finalidade desenvolver no indivíduo e no grupo a capacidade de analisar, de forma crítica, a própria realidade, como também de decidir ações conjuntas para resolver problemas e modificar situações, de modo a organizar e realizar a ação e de avaliá-la com criticidade (SANTOS, 2006).

Assim, as ações devem considerar os diversos contextos, com objetivo de realizar construções compartilhadas de saberes sustentados pelas histórias individuais e coletivas, com atribuições profissionais distintas entre as equipes da Estratégia Saúde da Família e educação, produzindo aprendizagens significativas para os escolares.

Conforme as falas dos entrevistados, buscou-se compreender as estratégias utilizadas pela equipe de saúde na implementação das ações de educação em saúde no âmbito escolar: *São atividades de extrema importantes para comunidade escolar, as campanhas em saúde (P2). A escola é uma ferramenta para o conhecimento (P5). Essas visam instruir os educandos em relação aos seus direitos, no tocante à saúde, e contribuir em relação à saúde (P7). A questão da educação física, a questão da higiene bucal e as campanhas de HPV (P11). São atividades físicas e de prevenção que vai prevenir a saúde física e mental (P13).*

Apreendeu-se, previamente, que o conjunto de trabalhadores entrevistados releram ter compreendido o fenômeno das práticas educativas em educação saúde, envolvendo ações intersetoriais, interdisciplinares e equipes multiprofissionais, especialmente com os profissionais de educação física, ampliando o olhar para as práticas promotoras de saúde.

A promoção da saúde tem no contexto escolar espaço privilegiado para produção do cuidado, cujas ações devem ser pautadas pelo princípio da integralidade, na abordagem multidisciplinar, fundamentada na articulação e no diálogo entre as diferentes áreas do conhecimento para ofertar serviços de qualidade os escolares.

2.6 Integralidade

A integralidade é um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), consiste em um conjunto articulado de ações e serviço de saúde, preventivos e curativos para atender às demandas e necessidades individuais e coletivas. Constrói-se nos processos de trabalho das equipes de saúde no cotidiano, pelas interações democráticas dos sujeitos, em uma perspectiva de cuidado integral em saúde.

Essa articulação demanda dos profissionais abertura do diálogo nas diferentes áreas do conhecimento, respeitando competências e habilidades individuais de cada componente da equipe, como também o mesmo espaço de trabalho e mesmos usuários, nessa direção, precisam construir processo coletivo de trabalho, voltados para promoção do cuidado.

Observa-se, na dinâmica cotidiana do trabalho, ditado pelo conjunto de situações problemas, a articulação das equipes, o planejamento e a execução das práticas do cuidado integral. Logo, para que haja consolidação dessas práticas embasadas no trabalho em equipe, e que estas possam desfrutar da cooperação mútua em harmonia, são necessárias comunicação, interação e capacidade para colocar-se no lugar do outro, compreendendo os diferentes saberes em cada um dos membros (DUARTE; BOECK, 2015).

O melhor eixo para trabalhar propostas de atenção à saúde, ampliando a noção de integralidade e de modo a contemplar níveis macro e micropolíticas e as propostas de universalidade e equidade, é a discussão sobre as necessidades de saúde. Com estas estratégias, torna-se mais claro organizar as práticas em saúde para satisfazê-los, e essa satisfação contemplaria, necessariamente, a ideia de integralidade (CECILIO *et al.*, 2012).

Percebeu-se, nas falas dos entrevistados, que é indispensável a integralidade entre os setores. Porém, verifica-se que na prática cotidiana escolar é difícil essa interação, a dificuldade em desenvolver as práticas conjuntas e, ainda, alguns profissionais da educação atribuem a responsabilidade para execução dos serviços para setor da saúde, soma-se a isso um trabalho desarticulado, descontínuo e pouco envolvimento dos profissionais de ambos setores. Cada área faz a sua parte, não existe intercâmbio e cada uma faz sua atividade (P3). Ainda falho, não existe interação, precisa existir maior intercâmbio entre saúde e educação, existe distanciamento (P14). Educação em saúde é desenvolvida pela ESF, em parceria com o PSE, é meia desarticulada (P19). É relevante a integralidade da saúde e educação, mas percebo que é difícil essa integralidade fica mais por conta da saúde (P20).

Aponta-se a relevância da integralidade nas práticas entre a saúde e educação, embora evidenciam-se participação parcial de ambos setores, decorre da baixa credibilidade, carência de informação nas ações de planejamento e execução das ações do PSE. *Aprende*

se tivessem maior interação, integralidade dos dois setores as pessoas passavam acreditar mais (P15). Não é um planejamento conjunto, que não agregam as duas secretarias, não tem parceria firme e concreta (P2). Desconheço esse planejamento, acontece dentro da saúde e sem a participação da Secretaria Municipal de Educação (SME) (P14). Não tem planejamento conjunto, nós não participamos do planejamento que é feito na saúde (P17).

Constatou-se a fragilidade na operacionalização da política intersetorial entre a saúde e educação. Existem entraves na interação das práticas cotidianas e nos serviços, como também no campo da gestão, planejamento, nos territórios onde se encontram as unidades escolares e as equipes de ESF, em decorrência da ausência de diálogo e articulação entre as equipes de trabalho.

Desse modo, as relações de trabalho estão diretamente relacionadas à forma como vem se estruturando o Programa. Assim, a integralidade surge como caminho para organização das ações coletivas mais complexas no campo da saúde, enquanto que a escola constitui-se estratégia para concretização das práticas educativas, e a junção de ambos constituem a integralidade dos dois setores. Diante disso, as falas refletiram como acontecia a integralidade das equipes do PSE. *Integração e comunicação, não existe essa integração de equipe (P1). Conjunto que está sempre interligado, trabalha junto e não separado, alguém tem liderança (P3). Em trabalho em equipe pode questionar e contribuir para que algo de bom aconteça (P5).*

Diante dessa realidade, observou-se como os sujeitos elaboraram as concepções acerca da integralidade na atenção em saúde, embora com limitações na articulação e nas práticas entre os dois setores. Evidenciaram-se que a integralidade é uma estratégia eficiente para organização dos processos de trabalho da promoção da saúde.

3. CONCLUSÃO

O PSE como política intersetorial e construção ocorrem por meio de ações que integram nos campos da saúde e educação, constituindo avanço no enfrentamento das vulnerabilidades dos escolares da rede pública de educação básica. No entanto, a configuração dos processos de trabalho no PSE evidenciou a fragilidade na integralidade das práticas dos cuidados, sobretudo, nas articulações das ações e dos profissionais entre os dois setores.

A maioria dos sujeitos entrevistados apontou dificuldades na integralidade das práticas

educativas em saúde, embora alguns profissionais da educação transfiram a responsabilidade para execução dos serviços para o setor da saúde, comumente restrita a ações pontuais, desarticulada, descontínua e baixa participação dos profissionais de ambos os setores. Estas fragilidades rebatem diretamente nas ações dos profissionais, obstaculizando o desenvolvimento de práticas consistente e condizente com as diretrizes do Programa.

Essas práticas estão relacionadas, diretamente, com a inexistência de sistemas regulares de capacitação permanente em saúde para os profissionais, aos reduzidos quadro de pessoal, baixos salários, resultando em relações de trabalhos precarizados.

As falas evidenciaram obstáculos no sistema de comunicação entre as equipes de atenção básica e a equipe dos escolares, como também o desconhecimento dos profissionais da educação sobre a gestão intersetorial do PSE e do GTI-M (Saúde e Educação), para acompanhar a operacionalização e o monitoramento do Programa.

Por tudo que foi delineado, percebe-se limitação na integralidade das práticas educativas em saúde no PSE, sinalizando descompasso entre o sistema legal da política intersetorial e a fragilidade dos profissionais em viabilizar as diretrizes formalizadas pela adesão ao Programa. Aponta-se, assim, a necessidade de ampliar o olhar para as demandas dos adolescentes e implementar ações de saúde mais efetivas.

Em síntese, na conjugação de políticas de educação e saúde, não foi possível constatar a integralidade das práticas, recomendando, portanto, que ambos setores façam parte de formação permanente em saúde, a fim de recriar e (re)significar as práticas, embasada no princípio da integralidade para promoção da saúde de crianças e adolescentes.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei 8080 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. Diário Oficial da União, 1990; set 20.

. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde na Escola. 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2019.

. Lei nº 12864/2013. Altera o caput do artigo 3º da Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Diário oficial da União, Brasília - DF, 25 de setembro de 2013, Seção 1, p. 5.

BRASIL. Ministério da Saúde e da Educação. Passo a Passo PSE. Brasília: Ministério da Saúde e da Educação, 2014.

CECILIO, L.C.O. et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? Ciênc Saúde Coletiva., v.17, n.11, p.2893-2902, 2012.

CHAISE, F. O.; ASSUNÇÃO, M. Estão nossos jovens doentes? Percepções de adolescentes em relação à saúde em dois municípios gaúchos. Revista de Saúde Coletiva, vl.18, n.4, p.817-828, 2008.

DUARTE, M.L.C.; BOECK, J.N. O trabalho em equipe na enfermagem e os limites e possibilidades da estratégia saúde da família. Trab Educ Saúde., v.13, n.3, p.709-720, 2015.

FALKENBERG, M.B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. Ciênc Saúde Coletiva., v.19, n.3, p.847-852, 2014.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 2011. GOMES, L.C. O desafio da intersectorialidade: a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no Município do Rio de Janeiro. 2012. 185f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

IPPOLITO-SHEPHERD, J.; CERQUEIRA, M.T.; ORTEGA, D.P. The Health-Promoting Schools Regional Initiative. Promot Educ., v.12, n.3-4, p.220-229, 2005.

KALICHMAN, A.O.; AYRES, J.R.C.M. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. Cad Saúde Pública., v.32, n.8, e00183415, 2016.

LIMA, M.M. et al. Integralidade como princípio pedagógico na formação do enfermeiro. Texto Contexto Enferm., v.22, n.1, p.106-113, 2013.

LIMA, N.N. et al. Perfil sociodemográfico e nível de atividade física em adolescentes escolares. Rev Bras Ciênc Saúde., v.12, n.39, p.1-7, 2014.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio Janeiro: CEPESC, IMS/URJ, ABRESCO, 2009. p. 11- 15.

MINAYO, C.S. Introdução. In: MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E.R. (Org.).

Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p.19-52.

PAIM, J.S.; SILVA, L.M.V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. Bol Inst Saúde., v.12, n.2, p.109-114, 2010.

RIBEIRO, A.C.; SOUZA, J.F.; SILVA, J.L. A precarização do trabalho no sus na perspectiva da enfermagem hospitalar. Cogitare Enferm., v.19, n.3, p.569-575, 2014.

SANTOS, A.S. Educação em saúde: reflexão e aplicabilidade em atenção primária à saúde.

Online Braz J Nurs [Internet]. 2006; 5(2). Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing>>. Acesso em: 26 set. 2019.

THIOLLENT, M. Metodologia da pesquisa-ação. São Paulo: Cortez, 2011.



SERVIÇO SOCIAL, SAÚDE MENTAL E ATUALIDADE: COMPREENDENDO OS DESAFIOS PROFISSIONAIS COM O RETORNO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Michelle Nunes Ferreira Cabral (Hospital Santa Marcelina - Itaquera); Paula Regina Assis Monteiro (Hospital Santa Marcelina - Itaquera)

RESUMO: O presente texto resulta da revisão literária sobre o trabalho do/a assistente social na área da saúde mental. Esta pesquisa abarcou demandas do serviço social, a importância da garantia de direitos e a inclusão social na saúde mental. Além de realizar resgate histórico sobre o caminho trilhado por esta área no país, com destaque ao período da Reforma Psiquiátrica e o contexto atual em meio ao retorno das Comunidades Terapêuticas. Nesta pesquisa identificaram-se avanços e retrocessos nas políticas públicas voltadas ao segmento da saúde mental. Com isso, analisou-se ainda a importância da atuação do/as assistentes sociais no CAPS.

Palavras chaves: Serviço Social, Saúde Mental, Atualidade, Comunidades Terapêuticas.

ABSTRACT: This text results from the literary review on the work of the social worker in the area of mental health. This research has embraced demands of social service, the importance of guaranteeing rights and social inclusion in mental health. In addition to performing historical recast on the path trodden through this area in the country, with emphasis on the psychiatric reform period and the current context in the midst of the return of therapeutic communities. In this research, advances and setbacks in public policies focused on the mental health segment were identified. With this, we also analyzed the importance of the performance of social workers in the CAPS.

Keywords: Social Work, Mental Health, Actuality, Therapeutic Communities.



1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho é resultado de uma pesquisa exploratória, com objetivo analisar a importância da intervenção profissional do/a assistente social, bem como sua apropriação pela saúde mental, analisando também os desafios profissionais na atualidade diante do retorno e fortalecimento das comunidades terapêuticas.

A análise da temática da saúde mental é de suma importância por se tratar de uma política de inclusão social presente em todo país, apresentando-se enquanto demanda e desafio para a categoria profissional, em especial para os/as assistentes sociais que compõem diretamente esta política. Assim, procura-se investigar quais os direitos sociais existentes para assegurar bem-estar mental, integridade psíquica e pleno desenvolvimento intelectual e emocional, esclarecendo o trabalho do serviço social, que atua no processo de ressocialização dos usuários especificamente, e na criação mecanismos para a superação dos obstáculos que são enfrentados diariamente pelos mesmos.

Esta pesquisa procura ainda, destacar os desafios da atuação profissional do/a assistente social diante das mudanças realizadas na política de saúde mental nos últimos anos no país, especialmente em abordagens (já anteriormente questionadas, por estudiosos da área) que retornaram com força nas políticas públicas neste campo, como o caso das comunidades terapêuticas. Assunto este, que se contrapõem em diversos aspectos ao trabalho de acompanhamento ambulatorial e a emancipação dos usuários de serviços em saúde mental, questão que será tratada neste artigo.

A metodologia utilizada conta com pesquisa bibliográfica realizada a partir de levantamento de material com dados já analisados e publicados por meio de escrito e eletrônico, o período desta pesquisa foi de dezembro de 2019. Assim este trabalho aponta para estudos que possibilitem a compreensão da prática do serviço social bem como o favorecimento da inclusão social, e fortalecimento dos direitos sociais garantidos constitucionalmente no segmento da saúde mental.

2. POLÍTICA DA SAÚDE BRASILEIRA

2.1 Breve resgate histórico da Reforma Psiquiátrica



A evolução da política de saúde no país está ligada a períodos históricos no qual esta começa a se estruturar enquanto pública, pois a assistência à saúde, em seus primórdios, antes de configurar-se politicamente, se realizava por meio de serviços filantrópicos. No chamado assistencialismo na saúde, as chances de sobrevivência eram menores, o tratamento, em muitos casos levava a morte daqueles em estado mais grave, e se dividia ainda espaço com antigas práticas “remédios eram recomendados pelos curandeiros negros ou indígenas” (BERTOLLI, 1996. p.5).

Posterior a este momento histórico, a saúde passou a beneficiar aqueles trabalhadores com vínculo empregatício, momento marcado pelo Governo de Getúlio Vargas, questão que perdurou até os anos de 1970. A estrutura do atendimento neste período tinha por base a rede privada de saúde, com fins lucrativos (estruturada a partir dos anos 1950), e apontava na direção da formação das empresas médicas. A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada, e pressionava o financiamento através do Estado, da propriedade privada, defendendo claramente a privatização. (2009, p.92)

Nesse contexto o Brasil sente a necessidade de desenvolver e expandir uma cobertura que atinja os contingentes populacionais excluídos pelo modelo previdenciário. Embora a evolução da política tenha se dado de forma gradativa, incluindo a área da saúde mental, até chegar a sua consolidação com o Centro de Atenção Psicossocial- CAPS, importantes avanços foram observados no país. Por meio de um necessário e intenso movimento político, tendo como ápice a década de 1980, na busca da melhoria da assistência na saúde brasileira e sinalizando a situação precária dos hospitais e da saúde pública em geral. De acordo com BRAVO:

A saúde nessa década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. (2009, p.95)

Conduzindo assim ao reconhecimento da saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelo princípio da universalidade, sobretudo com a participação da população, objetivando, a criação do SUS como resposta as dificuldades que o setor da saúde enfrentou historicamente. Além do reconhecimento da necessidade popular, o SUS, resgata então, a importância estatal para o bem-estar dos mesmos, somado aos direitos sociais, valores, democracia e cidadania.

A participação popular é a forma mais precisa na qual manifesta em suas expressões ao pleno exercício político para consolidar a democracia, portanto é visível a ampliação dos



direitos sociais paralelos à responsabilidade do estado brasileiro frente à política da saúde de forma não contributiva, com parceria da comunidade para elaboração ampliada de saúde.

Com isso, faz-se importante destacar que ainda antes da criação do SUS, em 1970, ocorreu no Brasil a Reforma Psiquiátrica, movimento iniciado com o objetivo central de denunciar o panorama da gestão nas práticas de saúde, impulsionando a libertação dos “loucos”, demonstrando a ineficácia do tratamento desumano, e subsidiando uma interpretação mais ampla a respeito da doença mental.

Partindo da percepção do Foucault (1972), a efetivação da Reforma Psiquiátrica passa pela forma humanizada de tratamento em relação aos doentes mentais, tendo um saber especializado, que implica em um compromisso com novos modos de vida. Por meio de um formato coletivo, oferecendo-lhes oportunidade e promovendo a elevação da harmonizando dos vínculos afetivos para adquirir eficácia no tratamento oferecido à pessoa com transtorno mental.

Esse fenômeno ocorre por meio de mobilizações e lutas sociais que pretendiam sinalizar e denunciar a violência dos manicômios, na tentativa de atribuir crítica à psiquiatria do assistencialismo para o tratamento da loucura, ampliando os espaços democráticos, indicando a inclusão social do usuário no espaço de cidadania.

Para Mello (2007) a Reforma Psiquiátrica não visa uma transformação do doente mental apenas no hospital, entregue “a própria sorte”, mas se espera o resgate da cidadania dos mesmos, com respeito a sua singularidade, tornando-se este sujeito de seu próprio tratamento, e reintegrando-o a sociedade.

A referida reforma teve como ponto central a desconstrução dos manicômios, com objetivo de diminuir as longas internações, assegurando ao usuário o seu ambiente social e familiar com práticas terapêuticas e, cidadania do doente mental. Foi construído, como já destacado, por meio de diversas lutas um movimento e comprometimento social que denunciou além da violência nos manicômios, a mercantilização da assistência, propondo uma saúde coletiva, rumo à construção de uma política efetivamente democrática, ou seja, um modelo de saber psiquiátrico para as pessoas com transtorno mental. Isso foi determinante para uma ruptura com os antigos panoramas, surgindo assim o CAPS em 1987. O mesmo deu suporte a uma rede de cuidados, substituindo os hospitais psiquiátricos.

Na década de 1980, surge ainda o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM):

(...) sendo o movimento que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denuncia da violência dos manicômios, da mercantilização da

loucura e a construir coletivamente uma crítica a assistência às pessoas com transtornos mentais baseado no asilamento em hospitais psiquiátricos. (VITAL, 2007, p.20)

Os mesmos tinham por slogan “uma sociedade sem manicômios”, o que veio se tornar mais acentuado a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde de 1987, com propósito de alcançar grande representatividade, disseminando politicamente um projeto democrático, voltado à universalização do acesso e a equidade no atendimento, tem-se também a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, demonstrando exatamente a possibilidade de implementação de uma nova assistência psiquiátrica.

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) foi o primeiro movimento a ter participação popular na conquista da saúde mental. Construindo coletivamente uma crítica a assistência das pessoas com transtornos mentais baseado no isolamento dos hospitais psiquiátricos. O movimento foi formado por trabalhadores e integrantes do movimento Sanitário, que passando a protagonizar e construir a partir deste período, a sinalização contra a hegemonia de uma rede privada. (BRASIL, 2005).

Já em 1989 o projeto de lei do deputado Paulo Delgado, propõe aos doentes mentais direitos com o fim dos manicômios. Esse fato foi um divisor de águas no que remete as lutas do Movimento da Reforma Psiquiátrica no meio legislativo. A Lei Paulo Delgado (10.216, 06 de abril de 2001), manteve-se consistente com as propostas da Reforma Psiquiátrica instituindo um novo modelo de tratamento as pessoas com transtornos mentais no país, conforme a referida Lei em seu artigo 1º:

Direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

É neste sentido que o CAPS se consolida posteriormente como estratégia, na tentativa de diminuir o número de internações, ocorrendo essa mudança do modelo assistencial, que passa a possibilitar a organização de uma rede que substituísse os hospitais psiquiátricos no país, melhorando o atendimento para com o usuário, evitando as internações nestes hospitais, e paralelamente promovendo a inserção social das pessoas com transtorno mental. Os serviços prestados através desta instituição organizam a rede de atenção às pessoas com transtorno mental nos municípios, em que se acolhem os usuários, se estimulam a integração social e familiar deste sem busca de sua autonomia.

A reabilitação psicossocial é visada pelos estabelecimentos psiquiátricos alternativos em suas várias formas de expressão: o trabalho, os grupos, a arte, o enfoque na família, na moradia e na comunidade, a cidadania, o lazer, o corpo, a efetividade, o autocuidado, e as clássicas reabilitações por terapias e medicamentos. (BISNETO 2009, p.191)

Os CAPS, conforme o Ministério da Saúde se dividem de acordo com o nível populacional e nível de complexidade. O denominado CAPS I – de cidades com menos de 15 mil habitantes; é pensado para pequenas localidades, por meio de rede básica com ações de saúde mental, os serviços são abertos para o atendimento diário de adultos com transtorno mental. Já o CAPS II – para cidades com pelo menos 70 mil habitantes; é também um o serviço aberto para adultos com transtorno mental. O CAPS III – de cidades com mais de 150 mil habitantes; inclui atendimento noturno, em feriado e final de semana, com no máximo 05 leitos para repouso e observação. Enquanto o CAPS AD – atua em cidades com população superior a 70.000 mil habitantes; contando com serviços ambulatoriais e leitos psiquiátricos, em que se realizam cuidados em saúde mental com particularidade em álcool e drogas, o CAPS AD III que conta atendimento e acolhimento, tendo entre 8 e 12 vagas noturnas, funcionando 24 horas por dia, para atender todas as faixas etárias em caso de transtornos gerados por uso de álcool e drogas, seu funcionamento se dá em cidades com pelo menos 150 mil habitantes. E o CAPS i – para cidades com por volta de 200.000 mil habitantes; é especializado em cuidados a criança ou adolescente com transtorno mental.

2.2. Conciso resgate histórico da loucura

O processo histórico da loucura implica diretamente na evolução humana, ligado sempre a um padrão de normalidade social. Desde o início da humanidade os doentes mentais foram os mais hostilizados, sofrendo preconceito por terem algum tipo de transtorno mental.

O fenômeno singular conhecido como loucura tem longo registro na história da humanidade e extensa aparição nas diversas sociedades, inclusive em sociedades identificadas como primitivas (...). Era considerada como experiência diferente de vida, ora apreciada, ora combatida, dependendo da sociedade em que se expressava, ou de como se manifestava nos diferentes contextos. (BISNETO 2011, p.173)

Antigamente a assistência da saúde, como já referido neste artigo, ficava a mercê dos serviços filantrópicos, surgindo assim casas de caridade e asilo para os doentes mentais, onde se eram utilizadas as chamadas “camisas de força”, o uso do chicote e o próprio

isolamento, pois, a loucura era vista como ameaça e perigo. Tudo por que os doentes mentais tinham comportamento diferente do seu meio, sendo rotulados e excluídos do contato social, atribuindo a eles a incapacidade mental.

A loucura foi registrada na história da humanidade em diversas sociedades, com várias explicações para o seu surgimento, partindo de concepções que iam desde a mitologia até a religião “castigos dos deuses, como experiência trágica de vida, como possessão dos demônios, como poderes sobrenaturais”. (BISNETO, 2011, p.173). No início da Idade Média, período marcado por grande epidemia da lepra, patologia que junto à loucura eram consideradas ameaça social, a doença mental era vista como expressões da força sobrenatural, sendo compreendida como possessão de maus espíritos, a serem erradicadas ou controladas pela igreja. Mediante a racionalidade, no período da Renascença, a loucura deixa de pertencer ao âmbito das forças divinas e torna-se alvo de questionamentos, principalmente no que se refere a sua origem, passando a ser caracterizada por um conjunto de estereótipos como preguiça e irresponsabilidade.

Segundo Foucault (1999), no final da Idade Média, mais precisamente no século XV, a lepra e os “loucos” desaparecem dentro de um contexto religioso, enfrentado por um tratamento de ordem moral de exclusão. Com o desencadeamento da Idade Moderna, há um amadurecimento em relação à temática, portanto o pensamento passa a ser racional (o que era considerado anormal virou patológico). A partir desse novo pensamento tem-se um questionamento sobre os diagnósticos de transtorno mental baseado em padrões de comportamento sociais ajustados ou não “o que é aceito em determinado grupo social pode der negado dentro da mesma sociedade” (BISNETO 2009, p.175).

Com o trabalho de Phillippe Pinel na França, a psiquiatria se estabelece como primeira especialidade médica, ganhando reconhecimento em sua competência para intervir nas questões sociais postas pela loucura (ROSA 2011, p.48). No final do século XVIII, em 1793, Pinel (médico francês, foi considerado por alguns autores o pai da psiquiatria) foi nomeado para dirigir um hospital na França resultando em um novo conceito para a loucura—substanciado pelo saber médico, que passou a ser sinônimo de doença mental. Este médico foi o primeiro a defender que pessoas com perturbações mentais deveriam ser tratados como doentes e de forma não violenta, assim exigiu-se que a loucura passa-se a ser tratada através de medicamentos.

No Brasil uma das principais expoentes contra os tratamentos degradantes na área da saúde mental foi a médica psiquiatra Nise da Silveira, que na década de 1940 “fez sua

passagem do campo da neurologia para a psiquiatria e combateu práticas como o eletrochoque, o coma insulínico e a lobotomia” (Melo, 2010, p. 30). Nise da Silveira ao atuar no Centro Psiquiátrico Pedro II, coordenado por esta a partir 1946, passou a “trabalhar com as atividades ocupacionais que, mais tarde, denominará método não agressivo”. (2009, p. 45)

Com isso, aproximamos aqui novamente a discussão das mudanças na saúde mental em nosso país a partir da década de 1980, marcada pela redemocratização após duas décadas do regime militar, com abertura o livre acesso da população a assistência à saúde, através de vários movimentos sociais como a já citada Reforma Psiquiátrica, marco inovador quanto à humanização no tratamento mental dos usuários, além da realização de diversos eventos científicos que reafirmavam a necessidade de mudança no panorama brasileiro. A concepção abrangente de saúde assumida na Constituição de 1988, através da determinação da implantação do SUS, foi um importante passo para uma mudança significativa no modelo assistencial e na tradução das necessidades de saúde da população brasileira. (NOGUEIRA; MIOTO, 2009, p. 229)

A Constituição Federal de 1988, também representa um instrumento importante na luta em prol da Reforma Psiquiátrica, pois com a aprovação do SUS pela Lei 8.080, com destaque a atenção em saúde mental, constituíram-se serviços como os CAPS que são responsáveis por sua demanda, ocupando papel regulador na atenção a saúde mental, pautado no acolhimento, vínculo e responsabilidade de cada membro da equipe que constitui o Centro de Atenção Psicossocial com objetivo da reinserção social do usuário. Nos anos de 1990 tem-se a pretensão de extinguir gradativamente os manicômios e sua substituição por novos atendimentos extra-hospitalares como o CAPS, uma instituição que procura ser específica, personalizada, respeitando as histórias de vidas, a dinâmica familiar na tentativa da busca pela cidadania, autonomia e liberdade. Busca-se com isso “diminuir as internações e assegurar assistência terapêutica sem afastar pacientes de seu ambiente social e familiar”. (BRASIL, 1968 p.45). Por meio de uma nova forma de tratamento, no sentido de proporcionar melhores condições de vida social e política para com os doentes mentais, esta década representou muito as lutas do movimento antimanicomial no campo legislativo, na tentativa de concretizar de fato a Reforma Psiquiátrica.

3. SERVIÇO SOCIAL, SAÚDE MENTAL E OS DESAFIOS ATUAIS

3.1 Serviço social e saúde mental: os desafios profissionais na atualidade desencadeado pelo retorno das comunidades terapêuticas

Segundo o relatório da Organização Mundial de Saúde de 2001, os transtornos mentais assolam cada vez mais um número crescente de indivíduos, apontou-se que 12% da população mundial sofrem de transtorno mental. A mesma pesquisa aponta que esses transtornos serão a segunda causa de adoecimento da população do ano de 2020.

Diante da situação encontrada, o Ministério de Saúde ampliou a definição de saúde mental no Brasil através da Lei nº10.216/01, tendo como eixo fundamental a humanização da assistência, prevendo o fortalecimento dos serviços de saúde mental para possibilitar a reabilitação psicossocial dos usuários. Segundo o Ministério da Saúde faz-se necessário capacitar profissionais na atenção básica e não apenas nos serviços especializados, para assim todos atuarem junto à população com escuta diferenciada e identificar as pessoas com transtorno mental.

Para atender as exigências do processo de descentralização e de democratização dos serviços prestados pelo SUS, constatamos que nas unidades de atenção básica, mais que nos centros clínicos e ambulatórios especializados, o trabalho de educação em saúde tende cada vez mais assumir uma perspectiva coletiva, através da realização de eventos como oficinas, palestras, debates, cursos, seminários, campanhas e/ou semanas de prevenção (...). (COSTA 2009, p.329)

Barbosa (2006) refere que para situar o serviço social no campo da política da saúde mental, faz-se necessário entender a origem da profissão e como a mesma se compromete diante da saúde mental, seu surgimento é compreendido em duas evoluções da profissão, a primeira está ligada a evolução profissional das formas anteriores de ajuda, caridade e filantropia paralela à intervenção na questão social; a segunda é compreendida na historicidade crítica, especialmente no capitalismo monopolista quando o Estado toma para si as respostas da questão social, ou seja, a segunda percepção compreende um papel político que possibilita a abrangência da estrutura burguesa a partir das contradições da vida real, que tem como base existente entre as forças produtivas sociais e as relações de produção.

O Estado brasileiro tem papel central na reprodução da questão social, através de uma política econômica que privilegia uma minoria e de políticas sociais-forma de política pública - regressivo, no que se refere ao financiamento, aos benefícios e serviços, o que historicamente não vem contribuindo para a redução das desigualdades sociais. (VASCONCELOS, 2009, p.254)

De acordo com lamamoto (1998) cabe ao Estado burguês a administração das expressões da questão social, que pode ser compreendida na desigualdade social dentro de uma sociedade capitalista, sendo que a produção desta é cada vez mais coletiva, enquanto a

apropriação dos seus frutos se mantém privado por grande parte da sociedade, a administração estatal se desenvolve através das políticas sociais, mas de forma fragmentada, focalizadora, frente às temáticas como a fome, desemprego e miséria, na qual o/a assistente social é chamado para intervir como um dos agentes executores das políticas sociais. Nada mais é do que a devolução a classe trabalhadora de uma parcela mínima do produto por ela mesmo criado, mas não apropriada, sob uma nova roupagem: a de serviços ou benefícios sociais, ou seja, a profissão está na divisão social do trabalho.

É na sociedade capitalista contraditória que a profissão abre as possibilidades de intervir a favor de uma classe assessorando-se a uma organização dos trabalhadores, colocando-se a serviço de suas propostas e objetivos, advindas do aumento da desigualdade social, que gera o empobrecimento maior da classe trabalhadora, acentuado pela questão social, assim o profissional de serviço social proporciona a classe menos favorecida melhores condições humanas. Ao passo que

Determina e prioriza as demandas dos usuários e, conseqüentemente, de organizar e planejar suas ações de forma que possam interferir nos determinantes sociais do processo de saúde/doença no resgate da saúde enquanto direito social. (VASCONCELOS, 2009, p.257)

Sobre a profissão na área da saúde em si, Barbosa (2006) assinala que em 1953 ocorre aproximação dos termos saúde e serviço social, ligada às doenças transmissíveis. A atuação do profissional do serviço social se dava no âmbito hospitalar, na execução de triagem, elaboração de ficha informativa sobre o “cliente”, adequação deste a instituição através da obtenção da confiança. Enquanto na saúde mental, o/a assistente social se fazia presente fora do país já na década de 1910, com viés de atuação reajustador.

O Assistente Social atuava no reajustamento dos doentes mentais e na prevenção de recaídas. A organização do primeiro setor de Serviço Social em hospital psiquiátrico, nos Estados Unidos, foi no Hospital Psiquiátrico de Boston, em 1912(...). A prática profissional respondia pelo nome de “Serviço Social Psiquiátrico”. (BISNETO 2011, p.18)

A análise brasileira do serviço social desencadeou-se de uma proposta higienista com objetivo de tratar as crianças com problemas e implementar a educação higiênica. Já o “Serviço Social em saúde mental se iniciou efetivamente nos anos de 1940 pela atuação no COI- Centro de Orientação Infantil e no COJ- Centro de Orientação Juvenil” (BISNETO 2005, p.112). Nesta década o profissional de serviço social atuava nas “práticas de interferência”, visto que o/a assistente social fixava-se na porta de entrada e saída dos hospitais, para a efetivação de um levantamento de dados sociais (subsídio para a preparação da alta) e realização de encaminhamento, o que veio tornar a prática burocrática e superficial. Destaca



BISNETO (2011) “no Brasil, o Serviço Social começou como assistência aos trabalhadores para “amenizar” a relação entre capital e trabalho, através da intervenção nas refrações mais imediatas da questão social”. (p.20).

A mesma autora (2005) aponta que, após 1964 o Estado visa à modernização e crescimento do país, os investimentos na saúde mental então aumentam, porém no setor privado. O serviço social desenvolve-se a partir da modernização do Estado em buscar sua hegemonia nas áreas críticas.

Segundo Bisneto (2005), a partir de 1973 nota-se uma necessidade relevante ao que se remete a um tratamento subsidiado por uma equipe multiprofissional no trato à saúde mental, afirma-se a presença do serviço social em hospitais psiquiátricos, resultado das reivindicações da Reforma Psiquiátrica, que proporcionou grandes avanços neste âmbito; o aumento da contratação de assistentes sociais, ao se perceber que o tratamento social dos usuários é imprescindível e se dá através da habitação, lazer, ou seja, de práticas voltadas à atenção do usuário, sua inclusão social e cidadania.

Nos Estados Unidos, o Serviço Social em saúde mental seguia uma linha de apoio terapêutico. O serviço prestado pelo Assistente Social ao seu usuário se restringia ao atendimento das questões ligadas ao tratamento médico em si, isto é, era diferente do que é Serviço Social nas organizações psiquiátricas esta voltada ao atendimento de questões mais emergenciais associadas à enorme pobreza dos pacientes e à ausência de rede de suporte familiar e comunitário. (BISNETO 2011, p.19).

O movimento da Reforma Psiquiátrica desencadeou um aumento considerável na contratação de assistentes sociais, pois a mencionada reforma preconizou a importância da reabilitação social no tratamento dos portadores de transtorno mental a fim de estabelecer a efetivação da cidadania dos usuários dos serviços da Saúde Mental.

Os direitos sociais no país foram marcados pela reivindicação da ampliação e consolidação da cidadania com acesso igualitário, melhores condições de vida, entre eles o direito a saúde, consequência da luta popular, e não como resultado de um processo de caridade por parte do poder estatal. Dentre as conquistas sociais encontra-se o SUS, garantido pela Constituição Federal de 1988, baseado no atendimento a população, estabelecendo a saúde como direito garantido pelo Estado ofertado pelas unidades públicas de saúde.

Tem-se nos últimos 20 anos um aumento do número de assistentes sociais na saúde mental em decorrência dos avanços na área da saúde. O CAPS necessita da contribuição profissional do serviço social, pois este se articula com a família, comunidade, espaços sociais relacionados aos usuários, por meio do desenvolvimento de projetos, encaminhamento para



o apoio ao pleno exercício de direitos, para a viabilização e superação do usuário com transtorno mental.

O CAPS foi uma abertura da Reforma Psiquiátrica, considera-se atualmente como um marco inovador, que se configura como estratégia dentro da política de Saúde Mental, portanto traz consigo os objetivos desta reforma, na qual se materializou esta instituição. De acordo com Bisneto (2005), busca-se a democratização dos saberes profissionais através das informações acerca da saúde do usuário com sofrimento mental. Trabalhar na saúde mental requer do profissional de serviço social sensibilidade e reconhecimento da questão social, visto que o mesmo é um profissional habilitado para trabalhar nesta área por compreender a questão social no conjunto relação saúde/doença com os usuários viabilizando o acesso às políticas públicas e os direitos que vão ao encontro da concepção de saúde ampliada.

No movimento da Reforma Psiquiátrica o Assistente Social não deve ser apenas o profissional do “cuidado”, da “atenção”, mas o técnico que pode desenvolver a crítica à sociedade burguesa e à loucura na sua correlação com o capitalismo. O Assistente Social não deve apenas se munir de técnicas para atuar na Saúde Mental, mas sim desenvolver metodologias, avançando na análise crítica da sociedade nas suas refrações com a loucura, para daí conceber as mediações para intervenção no campo psiquiátrico (BISNETO 2011, p.61).

O serviço social trabalha dentro do CAPS com objetivo de manter os usuários dentro de terapias que contemplem as sequelas da questão social, é de fundamental importância que o/a assistente social tenha subsídio sobre a saúde mental, para discutir os interesses do usuário quer seja na saúde psicossocial, como também ter conhecimento acerca aos direitos de cidadania, fazendo leitura crítico-histórica do processo que envolve a problemática do usuário para se ter a recuperação do sujeito no âmbito social através do fortalecimento dos vínculos deste.

É neste sentido que o assistente social, toma como referencia o projeto ético-político, exige-se conhecimento sobre a realidade e não só boa vontade. Um profissional que compreenda a lógica e as leis fundamentais da organização social capitalista, sua complexidade e contradições na geração da questão social e como essa lógica impacta as relações sociais e os indivíduos apreendendo os mecanismos de exploração e de denominação. A categoria central é trabalho e não esfera da subjetividade. (VASCONCELOS, 2009, p.256)

Barbosa (2006) afirma que compete ao assistente social estar norteado pelo código de ética profissional e pela lei de regulamentação profissional, com uma leitura crítica para dar conta da demanda institucional sem perder a visão histórica que envolve a problemática do usuário. Uma tarefa do assistente social é:

(...) criticar práticas conservadoras e contraditórias e identificar, sugerir, revelar, analisar, veicular, apoiar e divulgar ações profissionais que realmente concretizem uma conexão orgânica da profissão com outros setores progressistas da sociedade. (VASCONCELOS, 2009, p.243)

Assim o mesmo tem competência de atuar nas equipes multiprofissionais da área da saúde para ter capacidade de assistir a demanda de forma específica, na qual se encontra os CAPS, na busca pela independência e autonomia perante a sociedade, pois apenas os benefícios oferecidos pelos serviços médicos não solucionam a problemática, fazendo-se importante a discussão ampliada em busca de soluções quanto aos interesses da pessoa com transtorno mental. Em suma o profissional de serviço social tem uma bagagem teórico-metodológico; ético-político e técnico-operativo capaz de intervir de forma qualificada, uma vez que é na questão social que se desencadeia a demanda que se torna objeto profissional do assistente social de forma abrangente e relevante.

Em tempos desafiadores como o que vivemos atualmente, há a reafirmação do mercado como órgão regulador supremo das relações sociais, o que desencadeia na desarticulação das lutas e negociações coletivas dos trabalhadores. Além da privatização que favorece a produção e a circulação das mercadorias-capitalistas e sua realização. Tais espaços de arena política, entre Estado e sociedade civil, derivam um novo padrão de enfrentamento da questão social, caracterizado por políticas focalizadas, seletivas e paliativas de combate à pobreza, com destaque o crescimento do terceiro setor e do voluntariado.

No atual governo podemos destacar o serviço social na contramão do que é proposto para os direitos sociais na saúde mental, reconhecendo esses como fragilizados frente ao retorno das comunidades terapêuticas - CT's. Sabe-se que essas tiveram sua expansão, principalmente, durante a década de 1990, e tem como possíveis explicações o aumento do consumo de drogas lícitas e ilícitas e, ainda, a lacuna deixada pelo Estado no que se refere à atenção ao usuário de drogas. Nota-se que os últimos anos, as CT's, têm ganhado força também outra esfera do governo: o Poder Legislativo Federal.

As internações forçadas violam diversos direitos da população em situação de rua, além de caracterizarem um desrespeito à atual política de saúde mental, especificamente em relação aos usuários de crack, álcool e outras drogas. A despeito de denúncias apresentadas por usuários, movimentos sociais e, inclusive, por organismos internacionais, como do sistema da Organização das Nações Unidas. (Musse, 2018, p. 190)

A perda do controle sobre a vontade e sobre os próprios atos requer, nessa linha, que alguém “substitua a vontade” do usuário ou dependente de drogas, tutelando suas ações. Esse substituto pode ser um familiar ou responsável, um profissional da saúde, especialmente o médico, e, em última instância, o próprio Estado, que em nome da vida e da saúde desses indivíduos – singular ou coletivamente considerados – pode determinar sua internação forçada (Musse, 2018, p. 193). No dia 5 de junho de 2019, o governo federal publicou a Lei 13.840/2019, que altera trechos da Lei 11.343/2006, pela qual se estrutura o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (Sisnad) no país. A referida lei determina e orienta as ações de prevenção e repressão ao uso e abuso de substâncias psicoativas. Destaca-se que, após a aprovação dessa lei, temos presenciado um aumento do encarceramento da população mais pobre deste país.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve o objetivo de realizar uma revisão da literatura sobre o trabalho do assistente social no CAPS e da política de saúde mental. Podemos afirmar o crescimento profissional neste serviço paralelo a demanda, para tanto alguns questionamentos foram realizados no que se refere à importância do trabalho do/a assistente social na saúde mental, com ênfase nas mudanças existentes nesta área. Fez-se possível identificar que o profissional do serviço social é fundamental para a inclusão social, orientação dos direitos sociais de forma individual e coletiva, acompanhamento social e familiar dos usuários da saúde mental. Sabendo dos desafios a inclusão social, em razão da ausência de equipamentos e recursos na comunidade, tais como: moradia, alimentação, trabalho, renda, lazer, órgãos públicos, que dificultam o acesso desses sujeitos aos direitos mínimos de cidadania e inclusão social não apenas no CAPS, mas em toda a sociedade. No CAPS, por exemplo, devido à falta de regulamentação obrigatória em sua composição do serviço social, além do preconceito social existente na Saúde Mental, são identificados limites ao acompanhamento social efetivo das pessoas com transtorno mental, mas que podem ser superados por meio de políticas públicas, que promovam a ampliação da garantia de direitos a estes usuários. Ressalta-se assim a importância desta instituição em contraponto a políticas que restabelecem internações de pessoas com transtorno mental, como o caso das comunidades terapêuticas.

Além disso, durante a pesquisa foi possível realizar um interessante regaste histórico da saúde mental e pública em geral, visualizando neste processo o ciclo de contradições



vivenciadas por este segmento, ora palco de avanços extremamente importantes, como a Reforma Psiquiátrica, a luta antimanicomial, e a criação do SUS, ao mesmo tempo em que forças antiprogressistas surgem para barrar o avanço na construção de direitos.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, T.K.G.B.M, **Saúde Mental e demandas profissionais para o Serviço Social**; Universidade Federal de Alagoas,2006.
- BISNETO, J.A. **Serviço Social e Saúde Mental uma análise institucional da prática**. 3ed.- São Paulo: Cortez,2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Brasília, novembro de 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Centro de Atenção Psicossocial CAPS**. 17 de Julho de 2017. Acesso em 12 de Janeiro de 2019:<<http://www.saude.gov.br/noticias/693-acoes-e-programas/41146-centro-de-atencao-psicossocial-caps>>.
- COSTA, M.D. H, da. **O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos (as) Assistentes Sociais**. In: **Serviço Social e Saúde formação e trabalho profissional**. MOTA, BRAVO, GOMES(org.). 4 ed.- São Paulo: Cortez; Brasília 2009,p.304-351.
- MACHADO, G.S. **O Trabalho do Serviço Social no CAPS**. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2009.
- MELO, W. Mnemosine Vol.5, nº2, – **Artigos Departamento de Psicologia Social e Institucional/ UERJ Nise da Silveira e o campo da Saúde Mental (1944-1952): contribuições, embates e transformações**, p. 30-52 (2009).
- MINISTERIO DA SAÚDE. **Saúde mental no SUS: Centro de Atenção Psicossocial**: Brasília, 2004. Serie F. Comunicação e educação em saúde p.11-29.
- ROSA, L.C.S. **Transtorno Mental e o Cuidado na Família**- 3 ed.-São Paulo, Cortez, 2011.
- VASCONCELOS, A.M. **Serviço Social e Práticas Democráticas na saúde**. In: **Serviço Social e Saúde formação e trabalho profissional**. (org.) MOTA, BRAVO, GOMES. 4 ed.- São Paulo: Cortez; Brasília 2009,p.242-272.
- VITAL, N.S., **Atuação do serviço Social na área de Saúde Mental frente ao neoliberalismo**, trabalho conclusão de curso da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007.

O SUS E A ESPERANÇA EQUILIBRISTA: A REALIDADE DO MUNICÍPIO DE MOSSÂMEDES (GO) ENTRE A LEI E A MATERIALIDADE DO ACESSO E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

Odaleska Rodrigues Machado (Ufg - Universidade Federal De Goiás); Tereza Cristina Pires Favaro (UFG - Universidade Federal De Goiás)

RESUMO: Este estudo objetivou apreender a percepção dos usuários sobre a política de saúde implementada no Município de Mossâmedes (GO) e contribuir no debate e reflexão sobre as barreiras encontradas no acesso ao direito à saúde. Nesse entendimento, dar voz aos usuários é uma possibilidade de fortalecer o SUS, a participação popular com vistas à universalização com acesso aos bens e serviços de saúde sem limitação ou impedimentos à toda a população. Para tanto, elege-se a perspectiva crítica como caminho para empreender o estudo, com orientação metodológica qualitativa, sendo utilizada a técnica de entrevista semiestruturada.

Palavras-chave: Política de Saúde. Sistema Único de Saúde. Universalidade. Neoliberalismo.

ABSTRACT: This study aimed to apprehend the users' perception about the health policy implemented in the Municipality of Mossâmedes (GO) and contribute to the debate and reflection on the barriers found in the access to the right to health. In this understanding, giving voice to users is a possibility to strengthen SUS, popular participation with a view to universal access to health goods and services without limitations or impediments to the entire population. For this, the critical perspective is chosen as a way to undertake the study, with qualitative methodological guidance, using the semi-structured interview technique.

Keywords: Health Policy. Unified Health System. Universality. Neoliberalism.

1. INTRODUÇÃO

Esse artigo é parte do Trabalho de Conclusão do Curso em Serviço Social da Universidade Federal de Goiás, concluído em 2019, e traz como ideia central o direito à saúde e a responsabilidade do Estado em garantir a universalização com programas e serviços de saúde acessíveis a toda a população brasileira. O interesse pela temática surgiu das inquietações e dos questionamentos evidenciadas na vivência do campo de estágio em um hospital universitário, referência no atendimento de média e alta complexidade, localizado na região Centro-Oeste do país.

Nesta experiência fica nítido os limites deste sistema na efetivação do acesso ao direito à saúde. Da própria dinâmica do atendimento, das longas filas, da burocracia no acesso aos serviços, do financiamento insuficiente, bem como do entendimento de parcela dos usuários que veem o acesso aos programas, ações e serviços de saúde orientados pela lógica do favor, do apadrinhamento, do clientelismo, expressões cravadas na formação do Estado brasileiro.

Por tudo, expõe os limites do SUS para a efetivação desse direito, contrariando a Constituição Federal (1988), quando trata da saúde, como direito de todos e dever do Estado a sua garantia.

Tais elementos reforçam a pertinência do estudo que tem como objetivo apreender a percepção dos usuários sobre a política de saúde efetivada no município de Mossâmedes (GO), localizado na região centro-oeste do estado de Goiás, distante 150 km da capital, Goiânia. Segundo o último censo do IBGE (2010), a população estimada é 5.000 habitantes.

Importa ao estudo contribuir no debate e reflexão sobre as barreiras encontradas no acesso aos serviços de saúde, frente a uma conjuntura de regressão de direitos, que limita o acesso dos usuários às ações e aos serviços de saúde. Situação que fragiliza um dos pilares do SUS, a universalidade e contraria o Projeto de Reforma Sanitária e suas concepções coletivas e universais de saúde. Nesse entendimento, dar voz aos usuários é fundamental para refletir sobre o cenário atual da política de saúde no sentido de fortalecer o SUS dentro dos seus princípios, e contribuir na melhoria da qualidade da assistência, principalmente do local do estudo.

Trata-se de um estudo qualitativo da universalidade da saúde, embasado por pesquisa de campo, com utilização da entrevista semiestruturada, tendo em vista que o fenômeno investigado se encontra no universo dos significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, assim, proporciona familiaridade com o problema, alarga o conhecimento da pesquisadora em relação ao objeto, uma vez que possibilita maior aproximação com o



cotidiano e as experiências vividas pelos próprios sujeitos (MINAYO, 1996). O Estudo está consubstanciado em referenciais teóricos adotados pelo Serviço Social que se apropriam da concepção histórico-dialética, como Behring e Boschetti (2011), Bravo (2013, 2007, 2006) dentre outros, que tratam das políticas sociais e nesta a política de saúde na perspectiva do direito, baseando-se no pensamento e estudos de Karl Marx e suas derivações, para a construção do conhecimento e análise da Política de Saúde efetivada no município de Mossâmedes (GO), pela possibilidade da

[...] compreensão da realidade o princípio do conflito e da contradição como algo permanente e que se explica na transformação. Na medida em que nada se constrói fora da história, qualquer texto (em sentido amplo) precisa ser lido em função do contexto na qual foi produzido, porque só poderá ser entendido na totalidade dinâmica das relações sociais de produção e reprodução nas quais se insere (MINAYO, 2008, p 101-102).

Ao buscar explicações para o fenômeno, possibilita compreender além da aparência do objeto, capturar as contradições, as mediações, os novos desafios postos pelo capitalismo e o agravamento da questão social que dificulta o acesso da população aos direitos de cidadania, como saúde, educação, transporte, lazer, saneamento básico, moradia, terra, comprometendo a efetiva universalidade no SUS.

Embora o SUS e os seus princípios sejam objetos de inúmeras reflexões e pesquisas, não encontramos a existência de estudo com o recorte proposto, de apreender o princípio da universalidade sob o olhar dos usuários das unidades do sistema público de saúde do município de Mossâmedes (GO), e, conhecer sua opinião em relação a saúde como direito, identificar as principais dificuldades de acesso as ações e serviços de saúde. Nesse entendimento, foram entrevistados após autorização formal da Secretaria Municipal e aprovação do comitê de ética, um total de 20 usuários das unidades públicas de saúde, de ambos os sexos (19 mulheres e 1 homem) com a faixa etária entre 20 a 70 anos, com nível de escolaridade: analfabeto (10%), ensino fundamental incompleto (25%), ensino fundamental completo (10%), ensino médio incompleto (5%), ensino médio completo (20%), ensino superior incompleto (10%) e ensino superior completo (20%).

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, aprovado em 29 de agosto de 2019, sob o Parecer nº 3.542.180.

2. O SUS, A UNIVERSALIDADE E A PARTICIPAÇÃO: TRAJETÓRIA DE LUTA E RESISTÊNCIA

O Sistema Único de Saúde se insere nas lutas mais gerais da sociedade brasileira pela redemocratização do país, por melhoria das condições de vida e saúde para todos. Assim, o SUS é expressão da luta dos trabalhadores organizados, com destaque para o Movimento de Reforma Sanitária (MRS). Para além dos profissionais de setores progressistas da saúde pública, aderiram à luta pela reforma sanitária, lideranças políticas da saúde, forças de esquerda, sobretudo, ligadas ao Partido Comunista Brasileiro (PCB), associações de moradores, movimento popular de saúde, movimento sociais, donas de casa, entidades de profissionais de saúde, estudantis, Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) vinculadas à Igreja Católica. É importante registrar a participação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) importante veículo de difusão do MRS e da discussão e formulação de políticas de saúde (FAVARO, 2009).

Dentre as experiências, a italiana marcou e inspirou o Movimento *da* Reforma Sanitária brasileiro, que teve

[...] como preocupação central o papel do Estado, voltado para a sociedade, centrado na concepção de Estado democrático e de direito e responsável pelas políticas sociais públicas, em especial pela saúde. Fez a defesa ampliada da saúde, conforme expressa na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), fundamentada nos princípios de universalidade, democratização e descentralização com controle democrático social (FAVARO, 2009, p. 71).

O marco histórico do movimento foi a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e, posteriormente, a Constituição de 1988, que assegurou no artigo 196, a saúde como direito de todos e dever do Estado. Conforme a Constituição, também identificada como Cidadã, a política de saúde compõe o tripé do Sistema da Seguridade Social. Em seu artigo 194, tal sistema compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à Saúde com caráter universal; à Previdência Social, servindo para aqueles que possuem vínculo formal de trabalho; e à Assistência Social, para quem dela necessitar.

Para tanto, o Sistema Único de Saúde está fundamentado em princípios finalísticos de universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde, organizados dentro das diretrizes da descentralização, da regionalização, da hierarquização e da participação social. Sendo assegurada ainda a participação da iniciativa privada no SUS, em caráter complementar. O que se vê, desde a década de 1950, é o exponencial crescimento da iniciativa privada na prestação da assistência à saúde, promovido pelo Estado por meio de incentivos e subsídios fiscais variados, como por exemplo, a construção de grandes hospitais privados em detrimento da expansão das unidades públicas.

Sendo o direito à saúde universal, rompe com o histórico caráter excludente da política de saúde brasileira, que condicionava o acesso aos serviços de saúde prestados pelo Instituto

Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS),²²⁰ aos trabalhadores com carteira de trabalho assinada, empregados ou autônomos, ativos ou aposentados, trabalhadores urbanos ou rurais, e seus dependentes. O atendimento nas Santas Casas de Misericórdia, nos hospitais filantrópicos e universitários, assim, como, postos de saúde da rede estadual e ou municipal, eram destinados aos indigentes, as pessoas sem carteira de trabalho assinada, os desempregados.

De todo modo, mesmo com essa perspectiva inédita, a regulamentação do SUS exigiu a pressão e mobilização da sociedade civil organizada, disso resultou na criação da Lei nº 8.080/1990, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde (LOS), dispondendo sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e reafirma a saúde com direito e de todos e ao Estado prover as condições para sua garantia.

Na mesma direção, de fortalecimento do SUS, a Lei nº 8.142 foi sancionada em 1990, a qual dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e participação da comunidade na gestão do SUS. A partir deste marco legal, foram criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, para o exercício da participação e do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS) nas três esferas de poder. A participação da comunidade é expressão da luta pela democratização dos serviços de saúde, e, refere-se à fiscalização da sociedade civil nos processos de gestão da coisa pública, a apropriação pela sociedade organizada, dos meios e instrumentos de planejamento, fiscalização e análise das ações e serviços de saúde (CORREIA, 2000). Além de Conselhos e as Conferências de Saúde, há outros mecanismos, como: Ministério Público, PROCON, audiências públicas, os meios de comunicação oficiais, os alternativos e os conselhos de profissionais (BRAVO, 2007).

No que concerne a regulamentação do SUS é relevante destacar que coincide com a adesão do Estado brasileiro à agenda neoliberal e as medidas de ajustes propostas pelo Consenso de Washington em 1989, articulados por organismos internacionais como o Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial e o Departamento de Tesouro dos Estados Unidos. Tudo sob um “[...] contexto socioeconômico adverso, de reestruturação do capitalismo e suas propostas de ajustamentos [...], provocando a redução do papel do Estado e o desmantelamento das políticas sociais” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Notam-se, as disputas e a contraposição entre os preceitos constitucionais e o receituário neoliberal que se pretende mínimo para a área social. Com efeito, os ajustes

²²⁰ O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia federal, foi criado em 1977, pela Lei nº 6.439, extinto pela lei federal 8.689, em 1993.



determinam corte dos investimentos públicos, com redução das responsabilidades assumidas pelo Estado, comprometendo assim, a efetivação do SUS e o acesso universal, a integralidade, assim, a oferta de ações e serviços permanecem desiguais, distantes dos princípios consagrados pela Constituição Cidadã. Com isso, o que se constata é uma dicotomia entre o que é preconizado por lei e o que efetivamente se concretiza no dia a dia dos serviços de saúde e dos seus usuários.

O financiamento e a organização do sistema de saúde são compartilhados entre União, estados e municípios. Entretanto, com a descentralização, o governo federal gradualmente tem reduzido sua participação, visto que em 1991, ele respondia por 73% do investimento público em saúde no país e os municípios por 12%. Em 2015, a União respondeu por 43% do investimento público em saúde e os municípios por 31%, sem levar em conta o aumento e envelhecimento da população. Destaca-se, ainda, que os municípios investem percentual significativo de suas receitas no financiamento da saúde. Todavia, em regra, os municípios pequenos, como Mossâmedes, a arrecadação de impostos é insuficiente para atender as demandas de saúde.

O histórico do subfinanciamento do SUS determina a dificuldade no acesso, as demandas reprimidas, a falta de leitos, de vagas em UTIs, a precariedade das instituições de saúde, com equipamentos obsoletos, a falta de recursos humanos, materiais e insumos necessários ao atendimento de qualidade. Em relação a participação da sociedade, sob a égide neoliberal, o Estado incentiva a mobilização pelo solidarismo, pelo voluntarismo, contradizendo os princípios ético-políticos do Projeto de Reforma Sanitária.

De todo modo, em relação ao município, com o SUS efetivou-se a municipalização da saúde. Posto que até então, a grande maioria dos municípios brasileiros não possuía estruturas administrativas que se ocupassem da saúde, tendo em vista que sobre ela não tinham responsabilidade direta. Com a Constituição Cidadã foram adotados os princípios organizativos do SUS, cabe aqui destacar a descentralização e a participação popular, as quais possibilitam a municipalização de políticas públicas, em especial de saúde. O processo de municipalização trouxe resultados significativos em relação aos indicadores de saúde, com ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, sem, contudo, eliminar desigualdades no acesso à saúde entre grandes e pequenos municípios. Por meio de iniciativas da gestão municipal, ao investir recursos próprios e foi além das diretrizes estaduais e federais. Em outras realidades, as ações assistenciais são formuladas exclusivamente no nível federal e adotadas pela gestão municipal. Outra iniciativa positiva do processo de descentralização, foi em relação a transferência dos recursos, que passou a ser direta para estados e municípios,

bem como a transferência de responsabilidades e atribuições do nível federal em direção ao município (GERSCHMAN, s/d).

Diante desse movimento, em Goiás, um estado marcado pela centralização do poder, pelo personalismo e pela prática coronelística, ocorreu a transferência das ações, serviços e equipamentos para os municípios, uma vez que tudo pertencia ao governo do estado, inclusive os centros e postos de saúde eram de responsabilidade estadual (FAVARO, 2009).

Com a municipalização, acontece a descentralização e a distribuição do poder de decisão, e, altera a cena no município com a criação de secretarias municipais de saúde, colocando muitos desafios aos gestores, como a falta de recursos humanos qualificados para responder ao novo modelo assumido pelo município, tendo como foco a Atenção Primária à Saúde. Com efeito, os cuidados básicos de saúde passavam a ser objeto de atenção e de investimentos (BARROS, 2012).

3. De onde partimos...

Fundado em 1953, o município de Mossâmedes (GO) encontra-se localizado na região centro-oeste do estado de Goiás, distante 150 km da capital. Segundo o último censo do IBGE (2010), a população estimada é de 5.000 habitantes. A “Cidadezinha cheia de graça... tão pequenina que toda cabe num só olhar...”,²²¹ pertence a uma região turística, a qual possui um patrimônio histórico-cultural marcado pela arquitetura da Igreja Matriz de São José e pelo bioma do Cerrado, demonstrando as belezas naturais existentes no município (CUNHA, 2004).

Mossâmedes carrega traços da cultura política brasileira e goiana, marcada pelo clientelismo e populismo, onde direitos se transformam em benesses e favores, bem como pelo coronelismo, que sujeita a população ao poder dos donos da política local, causando medo e receio à população, muitas vezes intimidada, omite sua opinião, prevalecendo a lógica, do só é dito o que se quer ouvir.

O município apresenta grande demanda de serviços públicos para o atendimento dos mossamedinos²²² em suas necessidades básicas. Nota-se que a municipalização da saúde, da educação, descentralização administrativa e lei de responsabilidade fiscal corroboram para os entraves da gestão municipal associada à baixa arrecadação de tributos.

²²¹ QUINTANA, Mario. *Lili inventa o mundo*. São Paulo: Global, 2005.

²²² Denominação para quem nasce ou reside na cidade de Mossâmedes (GO).

A rede pública de saúde de Mossâmedes é composta pelo Hospital Municipal Dona Sinhá e duas Unidades Básicas de Saúde, a UBS Dioran Borges e a UBS João Jesus de Sá, responsáveis também pelo atendimento à população da zona rural do município, incluindo a região de Mirandópolis, que dispõe de um posto de saúde, desativado para reforma. As unidades de saúde de Mossâmedes prestam atendimentos em níveis de atenção básica e média complexidade. Os atendimentos de média alta complexidade são encaminhados para Goiânia.

O Hospital Municipal oferece serviços de apoio diagnóstico terapêutico; ambulatorial; internação e de urgência e emergência. Nas Unidades de Saúde estão vinculados a Equipe de Saúde da Família, assim como os serviços de imunização; de atenção à saúde do trabalhador; de atenção ao paciente com tuberculose; de atenção ao pré-natal, parto e nascimento; de atenção domiciliar; de controle ao tabagismo; de vigilância sanitária e epidemiológica; de coleta de materiais biológicos e de atenção em saúde bucal. Para além desses serviços, na UBS Dioran Borges dispõe de farmácia para pronto atendimento; serviços de atenção à saúde do adolescente em conflito; de atenção integral a Hanseníase e de atenção psicossocial. O município conta também com uma Academia de Saúde, a qual oferece serviços de atenção básica à saúde.

O *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)*,²²³ aponta que no referido hospital estão lotados cinco médicos e nas unidades de saúde um profissional em cada. Nesse sentido, os dados obtidos pela pesquisadora contradizem tais informações, pois, de acordo com os participantes, apenas um médico (sempre o atendimento é prestado pelo mesmo profissional) realiza os atendimentos no hospital. Ou seja, número insuficiente para atender as demandas, provocando longa tempo de espera pelo atendimento, refletindo na qualidade dos serviços prestados, assim, como, na postura assumida pelo profissional durante o atendimento,

O atendimento aqui no hospital é péssimo e muito demorado, costumo esperar duas horas para ser atendida, e geralmente quando estou sendo atendida, o médico sai para atender o telefone e deixa a gente esperando (participante 7).²²⁴

Isto significa dizer que o atendimento relatado destoa do Acolhimento, diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH) que fortalece o diálogo, o atendimento humanizado, a escuta qualificada e a reorganização dos serviços de saúde. O Acolhimento encontra-se na possibilidade de construção do vínculo entre o usuário e o serviço de saúde, na direção da

²²³ Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Listar_Mantidas.asp?VCnpj=02267698000131&VEstado=52&VNome=PREFEITURA%20MUNICIPAL%20DE%20MOSSAMEDES.

²²⁴ Participante do sexo feminino, 41 anos, ensino médio incompleto (entrevista realizada dia 09/09/2019 no Hospital Municipal Dona Sinhá).

resolubilidade do atendimento e da adequação do serviço às necessidades dos usuários (BRASIL,2004). A postura, o despreparo dos profissionais, a falta de compromisso com a assiduidade e o cumprimento da carga horária na unidade de saúde, esteve relacionada também à insatisfação com o atendimento. Os depoimentos reforçam a importância do atendimento humanizado, com execução das atividades, tendo em vista a qualidade dos serviços, a satisfação dos usuários e a garantia do acesso ao direito à saúde,

No geral é bom, mas poderia melhorar a questão dos funcionários, alguns são muito arrogantes, e precisa ter pelo menos um pediatra (Participante 11).²²⁵
É razoável, a maioria dos funcionários não estão capacitados para prestar os serviços, e na maioria das vezes não cumprem com sua carga horária (Participante 18).²²⁶

A insatisfação com as condições oferecidas expressa os limites do sistema, diante dos investimentos insuficientes para suprir as necessidades, o espaço físico inadequado, a falta de recursos humanos, os equipamentos obsoletos, o desconhecimento por parte da própria equipe dos princípios norteadores do SUS.

Sempre recorro a Secretaria de Saúde quando preciso do transporte, mas não é sempre que consigo, aí tenho que utilizar recursos próprios, porque não dá para ficar esperando né (Participante 12).²²⁷

Cabe salientar que aguardar por um serviço, além de gerar insatisfação, faz com que o usuário se sinta cerceado do acesso ao direito à saúde. Por sua vez, entre os usuários prevalece a visão reducionista, que o SUS restringe a uma consulta, um exame, um transporte ou mesmo o repasse de um medicamento. Com efeito, os usuários demonstram desconhecer a oferta de serviços de atenção primária disponibilizadas nas UBS. O SUS é mais que isso. É inconteste a importância do SUS na garantia da saúde como direito. Entretanto, a política de ajuste fiscal adotada pelo governo brasileiro, impõe fortes restrições financeiras, e compromete o funcionamento do SUS dentro dos preceitos constitucionais, o agravamento da questão social e repercussões sobre a saúde da população (BRAVO, 2013).

Outro aspecto importante apontado pelos dados, 30% dos participantes afirmaram positivamente conhecer sobre o SUS, e apenas 15% dos entrevistados reconhecem o direito à saúde; chama atenção esse achado, uma vez que 60% dos entrevistados disseram desconhecer o SUS, ou, o conhecimento que tem do sistema é influenciado pela opinião negativa de terceiros, ou seja, trata-se de um sistema de saúde demorado e que não funciona,

²²⁵ Participante do sexo feminino, 20 anos, ensino médio completo (entrevista realizada dia 09/09/2019 no Hospital Municipal Dona Sinhá).

²²⁶ Participante do sexo feminino, 20 anos, ensino superior incompleto (entrevista realizada dia 25/09/2019 no Hospital Municipal Dona Sinhá).

²²⁷ Participante do sexo feminino, 26 anos, ensino médio completo (entrevista realizada dia 09/09/2019 no Hospital Municipal Dona Sinhá).

Conheço muito pouco, é o que o povo fala, um pouco demorado, longas filas, algumas dificuldades para agendar viagens para Goiânia (Participante 1).²²⁸

É necessário reconhecer as dificuldades da população no acesso aos serviços de saúde. Visto que o subfinanciamento do SUS imposto pelo programa de estabilização financeira e ajuste fiscal, colocado em prática pelo Estado brasileiro sob orientação neoliberal, fortalece a mercantilização, impulsiona a ofensiva privatizante, e, reflete nos limites do acesso aos serviços, contrariando os princípios do SUS, sobretudo o da universalização. Ademais, contribui no agravamento da questão social com sérios complicadores para a saúde da população (BRAVO, 2013).

Sem esquecer que o projeto privatista em curso, promove uma campanha de desqualificação dos serviços públicos, ao amplificar os resultados negativos e constranger seus usuários ao reforçar à ideia que o SUS é um sistema para pobre, que não têm dinheiro para pagar um plano privado de saúde. Todavia, é importante destacar que a rede SUS abrange ações e serviços de saúde, nos níveis de atenção primária, média e alta complexidade, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica. Com efeito, mesmo diante dos conhecidos problemas, o SUS tem assegurado a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da população, garantindo, assim, o acesso ao direito à saúde.

Nessa direção, reforça a importância do exercício do controle social por meio da participação da sociedade nos Conselhos e Conferências de Saúde. Uma vez que os entrevistados que apreendem a saúde como direito, participaram desses espaços de cidadania, e, a partir dessa experiência tomaram conhecimento do dever do Estado na garantia dos serviços de qualidade no âmbito de todas as políticas públicas e sociais, e da população fiscalizando a coisa pública, assim como, se tais políticas estão sendo executadas e os recursos aplicados (CORREIA, 2000).

Quando questionado aos participantes do estudo sobre o acesso à Secretaria de Saúde do Município de Mossâmedes, nota-se que as relações de amizade, os compromissos políticos orientam o atendimento das demandas. Pois, ao considerar a necessidade de recorrer à Secretaria Municipal de Saúde para resolução de alguma demanda de saúde, todos afirmaram que sim, em algum momento foi necessário lançar mão desse recurso. No entanto, não foi algo fácil uma vez que a metade dos entrevistados (50%) relataram dificuldades para encaminhar suas demandas junto a saúde municipal. O que chama atenção quando se considera a possibilidade de recorrer aos políticos, os participantes (10%) assumiram recorrer ao “jeitinho” para atender um interesse pessoal, lançando mão do privilégio, quase sempre,

²²⁸ Participante do sexo feminino, 29 anos, ensino superior completo (entrevista realizada dia 09/09/2019 na UBS Dioran Borges).

relacionado ao agendamento de exames ou de liberação de transporte. Ou seja, acionam individualmente os meios para tratar uma questão que é coletiva. Reafirmando assim a solução do problema pela via do “jeitinho”, ou do compadrio,

Sempre busco por conta própria, mas não é sempre que consigo resolver, aí vou atrás do prefeito e ele fala que vai me ajudar. Já tem três meses que deixei um pedido de exame com ele, mas até hoje nada (Participante 7).

Inicialmente busco por conta própria, mas quando não consigo resolver vou atrás do prefeito e faço ameaças, dizendo que vou denunciar no MP, aí da tudo certo. Isso acontece muito quando se trata do transporte (Participante 18).

Busco por conta própria, mas esses dias tive que ir atrás de um vereador para ele me ajudar, o povo nunca marcava meu exame, aí graças a Deus deu certo (Participante 4).²²⁹

Os casos relatados expressam situações corriqueiras, além de toleradas, são convertidas em estratégia individual pelos políticos e seus partidos, diante da ineficiência dos serviços de saúde, dando lugar à troca de favores, ao patrimonialismo, ao personalismo, reforçando o caráter individual da demanda atendida, constringendo ações coletivas, despolitizando a questão social e transformando o direito à saúde em benesse.

Não é possível pensar no privilégio como meio de acesso, quando a saúde é um direito constitucional. Essa relação é bastante benéfica para os políticos fisiologistas que tentam se manter no poder a base do clientelismo, da barganha. Cabe salientar que o clientelismo implica a troca de benefícios públicos por apoio político e votos (LEAL, 1975).

Para provocar mudança nessa realidade é necessária outra prática e conduta. Essa postura assumida pelos políticos implica no enfraquecimento das instâncias de participação popular como os Conselhos e Conferências de Saúde, que são espaços democráticos, da presença popular na política de saúde, no sentido de pressionar, exercer o protagonismo na defesa garantia do direito à saúde.

Ao serem indagados se conheciam algum princípio do SUS, e, se o mesmo cumpria a sua função, apenas 25% dos participantes afirmaram conhecer o princípio da universalidade. Desses, apenas 1% acredita que o princípio da universalidade cumpre o que determina a lei,

Conheço o princípio da Universalidade, mas acredito que ele não cumpre com sua função, porque não é sempre que todos conseguem atendimento, as vezes é preciso ficar mendigando para conseguir as coisas (Participante 11).

A Universalidade. No geral ela cumpre com sua função, mas existem muitas pessoas que não conseguem acessar os seus direitos, em especial o direito a saúde, justamente por não compreenderem a política como um direito (Participante 18).

A saúde é definida na Constituição Federal de 1988 como um direito de todos e dever do Estado. Todavia, a realidade é bastante contraditória. Diariamente nos deparamos com

²²⁹ Participante do sexo feminino, 64 anos, analfabeta (entrevista realizada dia 09/09/2019 na UBS Dioran Borges).

situações que contrapõem aos princípios do SUS, como a distribuição inadequada dos serviços, condições precárias de trabalho, recursos humanos insuficientes para responder as demandas da saúde, equipamentos obsoletos. Por vezes, o usuário não consegue apreender a saúde como um direito, acaba se deixando levar pela lógica do jeitinho, do favor e da benesse, tão arraigadas na sociedade, sobremaneira, nas pequenas cidades do país.

Nos municípios a realidade é complexa, pois, em diversas situações é explícita a negação do direito. Nesse sentido, mesmo que os usuários tenham noção dos seus direitos, em face das circunstâncias, buscam “ajuda” junto aos políticos, reforçando as relações de favor, do jeitinho. Isso está associado a formação histórica brasileira, resultante de um sistema de governo patrimonialista/assistencialista, que vem desde o Brasil Colônia. Uma vez que a formação do Estado brasileiro é marcada por uma cultura de tomadas de decisões sem a participação popular, influenciada pelo poder das oligarquias, que mantêm sob controle os instrumentos de decisão no âmbito econômico, político, social e cultural, ao monopolizar a autoridade e o prestígio em alguns desses setores ou em todos (VIEIRA, 1985). Observa-se que uma das características da sociedade brasileira, a dificuldade de compreender a separação entre as esferas pública e privada, e por vezes o poder público é exercido como se fosse privado.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Construir uma reflexão acerca da política de saúde é algo bastante desafiador, quando se leva em consideração a discussão em um pequeno município, como Mossâmedes, o desafio torna-se ainda maior. No entanto, é necessário estabelecer esse debate, conhecer os limites e possibilidades de efetivação do acesso ao direito à saúde. É inegável os avanços obtidos pelo SUS, com a ampliação da assistência à saúde para a coletividade, possibilitando, com isso, um novo olhar às ações, serviços e práticas assistenciais. Entretanto, é necessário reconhecer que a ampliação dos serviços públicos de saúde ocorreu de forma concomitante ao fortalecimento da rede privada. Aspecto que reforça a disputa pelo acesso ao fundo público, comprometendo a possibilidade de consolidação do SUS conforme seus princípios, e preservando as desigualdades no acesso aos programas, ações e serviços de saúde.

Em Mossâmedes em que pese a municipalização da saúde, foram desencadeadas estratégias relevantes que tornaram capazes de alterar a realidade local. Porém, constata-se que muitos usuários não tem a real dimensão do que é o SUS, e, impulsionados pela demora na realização de exames, cirurgias, tratamentos, e nas imensas filas, acabam reproduzindo o discurso neoliberal, que nada do que é público funciona. Com efeito, parcela dos

mossamedinos está convicta que a melhor solução para os problemas de saúde do município é transferir as responsabilidades do Estado para a iniciativa privada.

Por tratar-se de um município pequeno, onde todos se conhecem, de certa forma dificultou a coleta de dados ao utilizar a entrevista semiestruturada. Visto que muitas pessoas se negaram a participar por medo de serem identificados, mesmo sendo esclarecido pela pesquisadora da garantia do sigilo e da não identificação dos participantes, ou ainda que a participação na pesquisa não acarretaria qualquer prejuízo no atendimento. Em face da própria cultura política brasileira marcada pelo coronelismo, pelo centralismo, clientelismo e domínio das oligarquias, sobretudo, no interior do país, em que o público é tratado como posse de pequenos grupos de privilegiados, em que as trocas clientelísticas são vistas como garantia de sucesso político, ainda é muito forte a perseguição política contra os supostos adversários. Talvez, por isso, moradores do município e usuários do sistema público de saúde se mostraram reticentes em participar do estudo temendo alguma represália.

Todavia, ao conhecer percepção dos usuários sobre a saúde pública municipal, foi possível identificar que a participação da sociedade civil na elaboração e fiscalização da política é praticamente inexistente. Nessa direção, destaca-se o esforço do Ministério Público de Mossamedes por meio da realização de audiências públicas para discussão do papel dos Conselhos de Políticas Públicas, com vistas ao incentivo à participação e o fortalecimento desses espaços de democracia, na possibilidade de superação da cultura clientelista e autoritária que perpassa as relações das políticas sociais públicas, em especial a de saúde.

O pleno exercício do controle social torna possível a ruptura dessa lógica, tanto na democratização das decisões como na responsabilidade na gestão dessa política, no sentido de efetividade e compromisso com a coisa pública. Tem-se, assim, a possibilidade de construção de uma esfera pública, na medida em que os diferentes sujeitos coletivos buscam transformar sua participação em demandas coletivas, e de superação da cultura clientelista, personalista e autoritária que perpassa as relações das políticas sociais públicas.

Por fim, compreende-se, então, que o propósito deste estudo a partir da percepção dos usuários, é contribuir com os gestores no debate e planejamento da política de saúde, guiado pela participação popular na sua formulação, execução e fiscalização, dando transparências aos atos públicos, e tendo no horizonte, a universalização com acesso aos bens e serviços de saúde sem limitação ou impedimentos à toda a população.

REFERÊNCIAS

- BARRO, Fernando P. Cupertino de. **A municipalização, a saúde coletiva e a atenção primária**. 2012. Disponível em: <http://blogs.bvsalud.org/ds/2012/08/20/a-municipalizacao-a-saude-coletiva-e-a-atencao-primaria-em-saude/>. Acesso em 7 dez. 2019.
- BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social fundamentos e história**. 9ª ed. – Editora Cortez, São Paulo: 2011.
- BRASIL. Lei 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Seção 1. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>. Acesso em: 4 mar. 2019.
- BRASIL. Lei 8.080, 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990. Seção 1. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8080.pdf>. Acesso em: 4 mar. 2019.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 4 mar. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS**. – 2ª ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conselhos_saude_responsabilidade_controle_2e_dicao.pdf. Acesso em: 26 nov. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Para entender o controle social na saúde** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 178 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_controle_social_saude.pdf. Acesso em: 15 nov. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos**. 2ª ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_municipio_garantindo_saude.pdf. Acesso em 7 nov. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2004.
- BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e serviço social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. 1ª ed. São Paulo: Cortez, 2013.
- BRAVO, Maria Inês de Souza. Gestão democrática na saúde: O potencial dos Conselhos. In: BRAVO M. I. S, PEREIRA, Potyara A. **Política Social e democracia**. 3ª ed. São Paulo: Cortez, p. 43 – 65, 2007.
- BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: Ana Elizabete Mota; Maria Inês Souza Bravo; Roberta Uchôa; Vera Nogueira; Regina Marsiglia; Luciano Gomes; Marlene Teixeira. (Org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 3ª ed. São Paulo: Cortez, v. 1, p. 88 – 110, 2006.
- CORREIA, M. V. C. Que Controle Social? Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.
- CUNHA, Lincoln Ferreira da. **Retrospectiva Histórico-social de Mossâmedes**. Goiânia: Bandeirante Ltda, 2004.
- FAVARO, Tereza Cristina P. **Construção do Sistema Único de Saúde pelo Controle Social: A Experiência de Goiânia – Em Duas Gestões (1988 A 1996)**. Dissertação (mestrado). Departamento de Serviço Social. Programa de Pós Graduação Stricto Sensu. Mestrado em Serviço Social. UCG. Goiânia : 2009.

GERSCHMAN, Silvia. **Descentralização e a municipalização da saúde**. Entrevista concedida a Lúcia Ortiz. Políticas Públicas: proteção e emancipação. Revista Eletrônica de jornalismo científico. (s/d). Disponível em: <http://www.comciencia.br/dossies-1-72/reportagens/ppublicas/pp06.htm>. Acesso em: 29 out. 2019

LEAL, Victor N. **Coronelismo, enxada e voto**. São Paulo: Alfa-Omega, 1975.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4ª Ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 1996.

MINISTÉRIO PÚBLICO. **Promotoria de Mossâmedes promove capacitação técnica para conselheiros eleitos**. Disponível em: <http://www.mpggo.mp.br/portal/noticia/promotoria-de-mossamedes-promove-capacitacao-tecnica-para-conselheiros-eleitos#.Xdk2ruhKjIU>. Acesso em: 13 nov. 2019.

MINISTÉRIO PÚBLICO. **Relatório de avaliação das audiências públicas realizadas no Município de Mossâmedes no primeiro semestre de 2019**. Disponível em: http://www.mpggo.mp.br/portal/arquivos/2019/11/07/10_02_03_541_Relat%C3%B3rio_Avalia%C3%A7%C3%A3o_Audi%C3%Aancias_P%C3%BAblicas_v.final_tabelas_organizadas.pdf. Acesso em: 27 nov. 2019.

QUINTANA, Mário. **Lili inventa o mundo**. São Paulo: Global, 2005.

SAÚDE, Fundação Nacional de. **Cronologia Histórica da Saúde Pública**. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br:8080/cronologia-historica-da-saude-publica>. Acesso em: 7 jun. 2019.

VIEIRA, Evaldo Amaro. **Estado e miséria social no Brasil – de Getúlio a Geisel**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 1985.

SEGURIDADE SOCIAL E PREVIDÊNCIA NO BRASIL: UM ESTUDO SOBRE REABILITAÇÃO SOB A PERSPETIVA DO TERRITÓRIO

Piedra Dos Santos Roza (Universidade Estadual Do Paraná); Marília Gonçalves Dal Bello (Universidade Estadual Do Paraná); Virgílio Manuel Pereira Bernardino (Universidade Estadual Do Paraná); Neide Derenzo (Universidade Estadual Do Paraná)

RESUMO: O presente trabalho, é fruto de uma monografia, cujo o foco é o serviço prestado pelo Programa de Reabilitação Profissional presente como serviço na Agência de Previdência Social de Paranaíba, no ano de 2018. Nesse sentido, este trabalho busca refletir sobre a importância do Território na compreensão do processo de Reabilitação Profissional. Portanto, seus procedimentos metodológicos são pautados em pesquisa qualitativa e estudo de caso. Através da pesquisa, foi possível compreender a fundamental relevância do território para o processo de reabilitação, uma vez que, é nele que se encontra os equipamentos públicos e o espaço de subjetividade e vivências.

Palavras-chave: Reabilitação Profissional. Território. Equipamentos Públicos.

ABSTRACT: The present work is the result of a monograph, whose focus is the service provided by the Professional Rehabilitation Program present as a service at the Paranaíba Social Security Agency, in 2018. In this sense, this work seeks to reflect on the importance of the Territory in understanding the Professional Rehabilitation process. Therefore, its methodological procedures are based on qualitative research and case study. Through the research, it was possible to understand the fundamental relevance of the territory for the rehabilitation process, since it is there that the public facilities and the space of subjectivity and experiences are found.

Keywords: Professional Rehabilitation. Territory. Public Equipment.

1. INTRODUÇÃO

Para uma maior compreensão sob a Reabilitação Profissional, neste trabalho, será apresentado o serviço prestado pelo Programa de Reabilitação Profissional, cujo direcionamento central da discussão é o território. E nele, busca-se relacionar o trabalho e a rede de proteção social. Nesse sentido, este trabalho busca refletir sobre a importância do Território na compreensão do processo de Reabilitação Profissional.

Inscrita na Constituição Federal (CF) de 1988, a Seguridade Social, alinhada a concepção teórica inglesa de William Beveridge (PEREIRA, 2000), definiu-se no texto constitucional, provisões universais e igualitárias de provisões no campo das políticas de proteções sociais referentes a Previdência, Saúde e Assistência Social (PEREIRA, 2000).

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988, o Programa de Reabilitação Profissional (PRP) foi implementado no ano 2000 no Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), integrado a Perícia Médica em articulação com outros serviços da instituição, segundo o Art. 141 n° 3.048/99. O serviço prestado pelo Programa, possui como público alvo os contribuintes incapacitados para o mercado de trabalho por motivo de acidentes e doenças, muitas vezes acometidos pela precarização do trabalho. Assim o programa visa reinserir estes trabalhadores no mercado de trabalho em outras funções que não agrida sua saúde (BRASIL, 2016).

Importante ressaltar, que a Reabilitação Profissional (RP), inscrita como um serviço vinculado a Previdência Social, sob a perspectiva dos princípios da universalidade e da igualdade ainda é restrita aos trabalhadores urbanos. Essa característica segue uma tendência histórica posta para a Previdência Social, cujos primeiros direitos sociais, inscritos na Constituição Federal de 1934, destinaram-se aos trabalhadores urbanos, com vínculos formais de trabalho (RIZZOTTI, 2001).

Para tanto é descrito na Lei nº 8.213/1991, que Reabilitação Profissional é

[...] assistência educativa ou reeducativa e de adaptação ou readaptação profissional, [...] visando proporcionar aos beneficiários incapacitados parcial ou totalmente para o trabalho, [...] os meios indicados para o reingresso no mercado de trabalho e no contexto em que vivem (BRASIL, 1991).

O Manual de Reabilitação Profissional traz que a reabilitação não é um serviço isolado e que deve ter o apoio da rede para obter uma maior proteção aos reabilitados. Nesse sentido, é de grande relevância que a rede de proteção caminhe junto com o serviço de Reabilitação, visto que, quanto mais acesso a rede de proteção os reabilitados tiverem maiores as oportunidades para o avanço rumo a reinserção no mercado de trabalho.

Entretanto, é preciso considerar que, os serviços públicos, logo a rede de proteção aos

reabilitados, ainda estão distantes da população, sendo este ato denominada por Kowarick e Ant (1981) como cidadania invertida, ou seja, onde as demandas são maiores por equipamentos e serviços, é onde estão menos presentes (KOWARICK; ANT, 1981). Essa condição vincula-se a processos históricos nos países da América Latina, como é o Brasil.

Por aqui, não se constituiu o chamado Welfare State, ou seja, não se assistiu no país a configuração de políticas universais e igualitárias como nos padrões europeus. Aqui não se configurou uma burguesia com forte orientação democrática e nacionalista, voltada para o desenvolvimento de um capitalismo interno autônomo. Ao contrário, a democracia no Brasil equiparou-se a um modelo “restrito” aos membros das classes dominantes, que universalizam seus interesses de classe a toda nação, através do uso do Estado e seus organismos privados hegemônicos: posse da terra, meios de comunicação entre outros.

Assim o Brasil transitou da “democracia dos oligarcas” para a “democracia do grande capital”. A expansão monopolista se faz de um lado tendo a dominação imperialista e de outro a manutenção da desigualdade interna, desencadeando um distanciamento crescente entre Estado e classes subalternas.

Nos anos de 1990, no contexto da Reforma do Estado, sob a orientação neoliberal, o Brasil se depara com um contexto de acirramento dos retrocessos em relação as garantias de direitos sociais, previstos constitucionalmente; que aliados a intensificação da precarização das relações de trabalho, nos marcos da reestruturação produtiva pós fordista, imputa desafios ainda maiores à garantias previdenciárias. Se por um lado se cria um contexto favorável ao adoecimento, por outro, observamos reduções de direitos, sob a proposições das reformas.

Em relação a concessão pela Previdência Social, do benefício auxílio-doença, identifica-se um aumento de 1.895.880, em 2004, para 2.581.402 benefícios em 2013. Isso sinaliza para um incremento de aproximadamente 36% no período. Mais especificamente, o auxílio-doença acidentário, aquele cuja incapacidade é relacionada ao trabalho, sofreu acréscimo de concessão da ordem de 84%, enquanto o benefício de espécie não-acidentária (não relacionado ao trabalho) teve aumento de cerca de 32% (BRASIL, 2013).

Dados mais recentes divulgados pelo Ministério da Saúde, sobre as doenças e agravos relacionados a saúde do trabalhador referentes aos anos de 2015 a 2018, apontam, os Transtornos Mentais como uma das principais causas do adoecimento decorrente do trabalho. Em seguida, estão a Perda Auditiva Induzida por Ruído Ocupacional (PAIR) e por fim doenças ou alergias na pele (dermatose), (BRASIL, 2019). Esta expansão dos Transtornos Mentais vinculados ao processo de trabalho, vai na contramão de estatísticas sociais sobre as doenças do trabalho, pois até então, o predomínio dos dados estava voltado para o

adocimento do corpo. “Passa a ser uma informação que não se pode desconsiderar, pois revela uma alteração no paradigma epidemiológico do adoecer laboral” (BRASIL, 2016).

Considerando os dados apresentados, a condição de saúde e doença do trabalhador, passa pelas condições de trabalho, cujo monitoramento cabe a vigilância sanitária e epidemiologia, conforme definição da Lei Orgânica da Saúde 8080/1990. Portanto, atuar na contramão da precarização das condições de trabalho é também papel da política de saúde.

Assim, compreende-se a Saúde do Trabalhador, articula-se ao processo de reabilitação, como um processo dinâmico, cujos reflexos sociais, políticos e econômicos, influenciam nas diversas manifestações de doenças e agravos na saúde dos trabalhadores o que irá refletir no seu modo de viver, logo no seu ambiente familiar e comunitário. Sendo assim, a melhoria nas condições de saúde do trabalhador, passa pelos avanços e investimentos nas políticas econômicas e sociais, logo no seu potencial preventivo frente ao adoecimento decorrente das condições de trabalho (BRASIL, 2012).

Avançar na compreensão e na identificação dos determinantes sociais do processo saúde/doença implica a necessária reflexão sobre o território e sua relação com o trabalho. Conforme destaca o Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional (2016) do INSS, é necessário “[...] superar uma perspectiva de isolamento e fragmentação para a construção de um serviço calcado na ideia de Política Pública de Seguridade Social.” (BRASIL, 2016).

Tendo em vista o contexto de precarização do trabalho, compreender como se expressa a relação entre território e trabalho, com foco no fortalecimento das provisões no campo da Previdência Social, como política de prevenção, é de relevância fundamental como estratégia para a manutenção e reprodução da força de trabalho em suas relações sociais. Fortalecer essa perspectiva protetiva, implica em olhares sobre a diversidade territorial e nela os serviços públicos.

Importante destacar que o capital ao se apropriar do trabalho, tem seus territórios modificados em favor dos seus interesses de acumulação de lucros. Com o avanço da modernidade, importantes transformações se abateram sobre o espaço, no que diz respeito as relações sociais, a forma de produzir e o que é produzido. O espaço é tratado assim como a materialização dos modos de produção capitalista, inserido em um dado período histórico (NASCIMENTO, 2016).

Nesse sentido, a apropriação desse espaço produz inúmeras desigualdades sociais, uma vez que, associado ao processo de produção capitalista ocorrem expressivas alterações no espaço, que refletem no território. Assim, para mensurar todas as desigualdades presentes no território, “haveria que considerar desde as características naturais herdadas até as

modalidades de modificação da materialidade no meio geográfico” (SANTOS; SILVEIRA, 2001, p. 259).

Santos e Silveira (2001) no livro “O Brasil Território e Sociedade no início do século XXI”, defende que há “espaços luminosos” e “espaços opacos”, territórios com “fluidez” e outros com “viscosidade” e ainda há “espaços da rapidez” e “espaços da lentidão”. Estes autores apontam, que a necessidade de criar meios e condições para a circulações dos “homens”, dos produtos, de mercadorias, de trabalhos, da informação, do dinheiro, do controle e das ordens, definirá as possibilidades de abertura para a “fluidez”, sendo um “processo seletivo e não-igualitário”, fazendo com que estas regiões tenham maiores densidades de equipamentos para subsidiarem o fluido do capital. Entretanto, acaba-se gerando grandes “disparidades regionais e de renda” (SANTOS; SILVEIRA, 2001, p. 261).

Os “espaços da rapidez”, são notados, por sua relevância sob o ponto de vista material. Ou seja, lugares com maiores números e melhores estruturas de vias, veículos privados, transportes públicos, instituições públicas e privadas, variedade de mercadoria, de empregos e do consumo (SANTOS; SILVEIRA, 2001).

Neste viés, compreende-se que a luminosidade dada a determinado território é decorrente da grande “fluidez” do capital, onde prevalecem mais investimentos em indústrias e tecnologias, atribuindo-lhe maior “consistência técnica e política” (SANTOS; SILVEIRA, 2001, p. 264).

As características que se agregam ao território influenciam diretamente o processo, a quantidade, a proteção e as condições de trabalho, pois um território iluminado, rápido e fluido, pode estar vinculado a maiores possibilidades, ofertas e opções de empregos em comparação com os territórios, mais lentos, com menos emprego de tecnologias, e com menores possibilidades de oferta de trabalho no campo da indústria e da informática (SANTOS; SILVEIRA, 2001).

Avançar nessa discussão implica em olhares sobre o território e nele a oferta de serviços públicos territorializados, como são, as Unidades Básica de Saúde (UBS), Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e as Instituições de Ensino em especial as escolas de direcionadas para Ensinos de Jovens e Adultos (EJA), aqui delimitados por constituírem equipamentos territorializados.

No item abaixo, será apresentado o território de moradia dos trabalhadores, pesquisados. Trata-se do georreferenciamento dos reabilitados, que passaram pelo Programa de Reabilitação Profissional na Agência de Previdência Social de Paranavaí (APS), no ano de 2018. O universo da pesquisa foi de 43 reabilitados profissionais do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), residentes na cidade de Paranavaí no ano de 2018. Para tanto, adotou-

se como metodologia a pesquisa qualitativa, com foco no estudo de caso. Primeiramente, foram coletados dados dos reabilitados (idade, endereço, tipo de doença) disponibilizados pelo INSS. Posteriormente, realizaram-se visitas de campo nas residências de 43 trabalhadores, com a finalidade de checar os endereços disponibilizados como forma de garantir maior fidedignidade ao georreferenciamento dos dados. Os dados foram concedidos pelo banco de dados da APS, tendo como enfoque a malha urbana de Paranavaí e um Distrito (Sumaré).

Logo após, foram elaborados mapas através do software Qgis para representar as proteções e desproteções sociais territoriais dos reabilitados na cidade, tendo como base cartográfica, as demarcações territoriais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Paranavaí.

Para a materialização das representações cartográficas, foi necessário, em um primeiro momento, a visita nos territórios de moradia dos Reabilitados Profissionais para a checagem dos endereços disponibilizados pela Agência de Previdência Social. Esta metodologia garantiu mais consistência e precisão aos dados coletados.

2. Território e rede de proteção social ao reabilitado

A concepção de rede tem diversas definições e direcionamentos, quando o foco é a provisão de políticas públicas. O sentido a se ressaltar, a importância da integração, da articulação, da ampliação e da cooperação entre instituições governamentais, privadas e do terceiro setor no processo de reabilitação profissional. O trabalho em rede é potencializado através da perspectiva intersetorial, definido por Inojosa (2001) pela “articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas, visando o desenvolvimento social, superando a exclusão social” (INOJOSA, 2001, p. 105).

Como parte da rede de atendimento aos reabilitados, importante mencionar os equipamentos públicos, cuja perspectiva territorializada, possibilita localiza-los nos locais de moradia da população, como é a Unidade Básica de Saúde (UBS), o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e as escolas. Trata-se de equipamentos de referência para o atendimento dos trabalhadores em Processo de Reabilitação Profissional. Nessa direção a rede de proteção pública territorializada, deve compor, junto com o Serviço de Reabilitação Profissional do INSS, um aparo protetivo integrado, capaz de proporcionar prevenção e promoção, evitando possíveis desgastes e acidentes de trabalho (BRASIL, 2016).

Com base no conceito de Santos (2003), a compreensão de território ultrapassa traçados administrativos, colocando-se como chão onde acontecem as vivências e as

relações daqueles que o habita. Com base na dialética marxista, o autor subsidia o entendimento das expressões da historicidade derivada da conjugação entre materialidade territorial e as ações humanas. Isto é, trabalho e política. Sendo assim, o conhecimento de um território, a sua compreensão e a maneira como se materializa as expressões da questão social, são pontos centrais para orientar a compreensão sobre as relações de trabalho e na definição de prioridades a serem respondidas no campo da Reabilitação Profissional (SANTOS, 2003).

Vale ressaltar, que para muitos autores, como Oliveira (2002) e Silva (2013), as relações sociais advindas do processo de produção presente no espaço determinadas pelas relações de propriedade, delineiam os contornos territoriais, uma vez que, estas relações presentes no território não significam que são harmoniosas e homogêneas, pois seu desenvolvimento é cravado de resistência e uma luta contínua, para que o acesso seja efetivo.

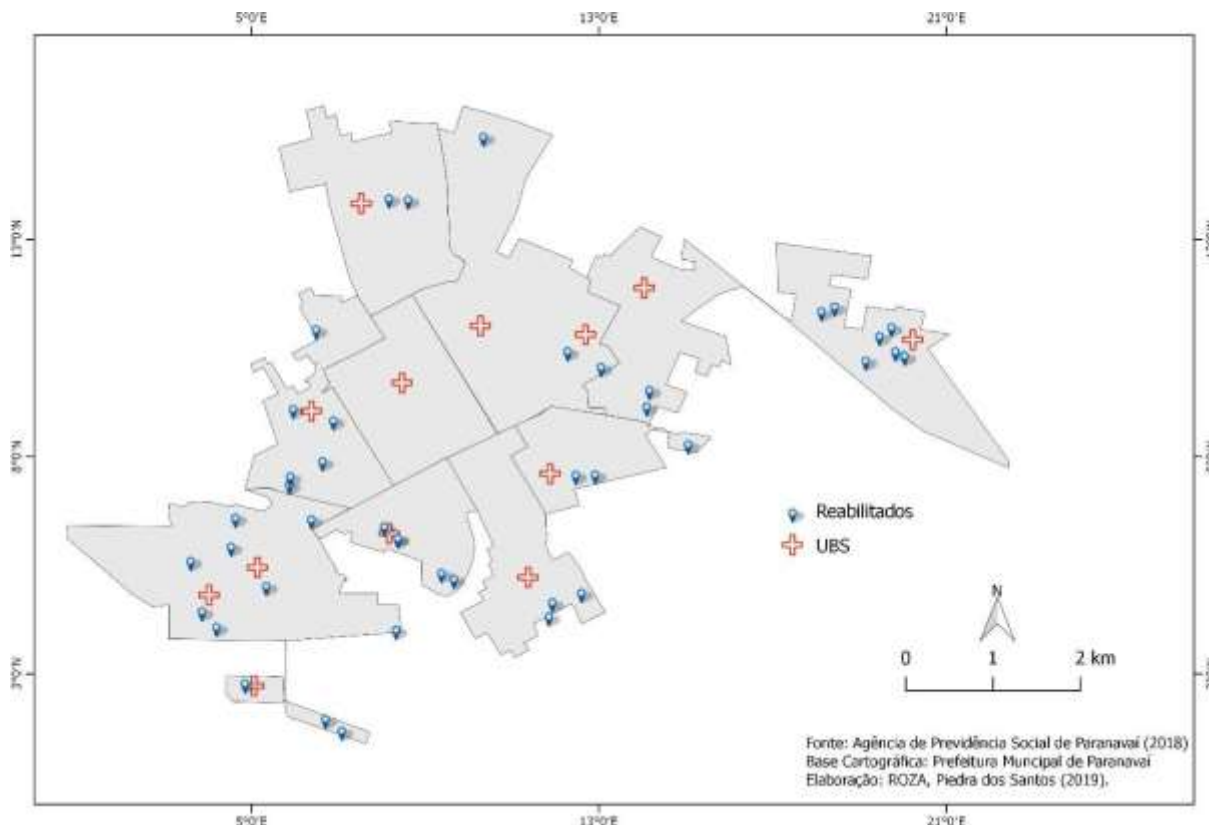
Nesse sentido, ao se falar dos vínculos e os elementos de subjetividade do território, Milton Santos (2002) traz que,

O território não é apenas o resultado da superposição de um conjunto de sistemas naturais e um conjunto de sistemas de coisas criadas pelo homem. O território é o chão e mais a população, isto é, uma identidade, o fato e o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é a base do trabalho, da residência, das trocas materiais e espirituais e da vida, sobre os quais ele influi. Quando se fala em território deve-se, pois, de logo, entender que se está falando em território usado, utilizado por uma dada população (SANTOS; SILVEIRA, 2001, p. 96).

Sob esse ponto de vista, o trabalhador tem na relação com o seu território de moradia, elementos que determinam as relações de proteção e desproteção, definidas pelas condições de trabalho e acesso aos serviços sociais públicos. Isso define-se pelo movimento do capital em suas particularidades regionais, entre os quais a relação de presença e ausência de indústria e comércio e ainda as condições de acesso, viabilizadas muitas vezes em parceria com o poder público, como é o acesso por estradas, a presença de transportes públicos, a distância entre local de moradia e do trabalho (KOWARICK, 1991).

A cidade de Paranaíba, localizada no Noroeste do Estado do Paraná, é município de médio porte, com predominância para a população urbana 77.728, em detrimento da rural com 3.862 mil habitantes. A oferta de empregos e a atividade econômica em sua maioria, concentra-se no setor de comércio; reparação de veículos automotores e motocicletas, em um total de 8.887 trabalhadores ocupados. Em seguida vem as Indústrias de transformação, com uma absorção de 5.229 trabalhadores; seguida da agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura com 4.893 trabalhadores. São atividades em sua maioria exigem esforços repetitivos, caracterizando um trabalho árduo, e mal remunerado. A renda média per

capita no município, segundo o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH-M, é de R\$ 852,66, estando abaixo do salário mínimo do Paraná de R\$ 1.383,80 (IPARDES, 2019).



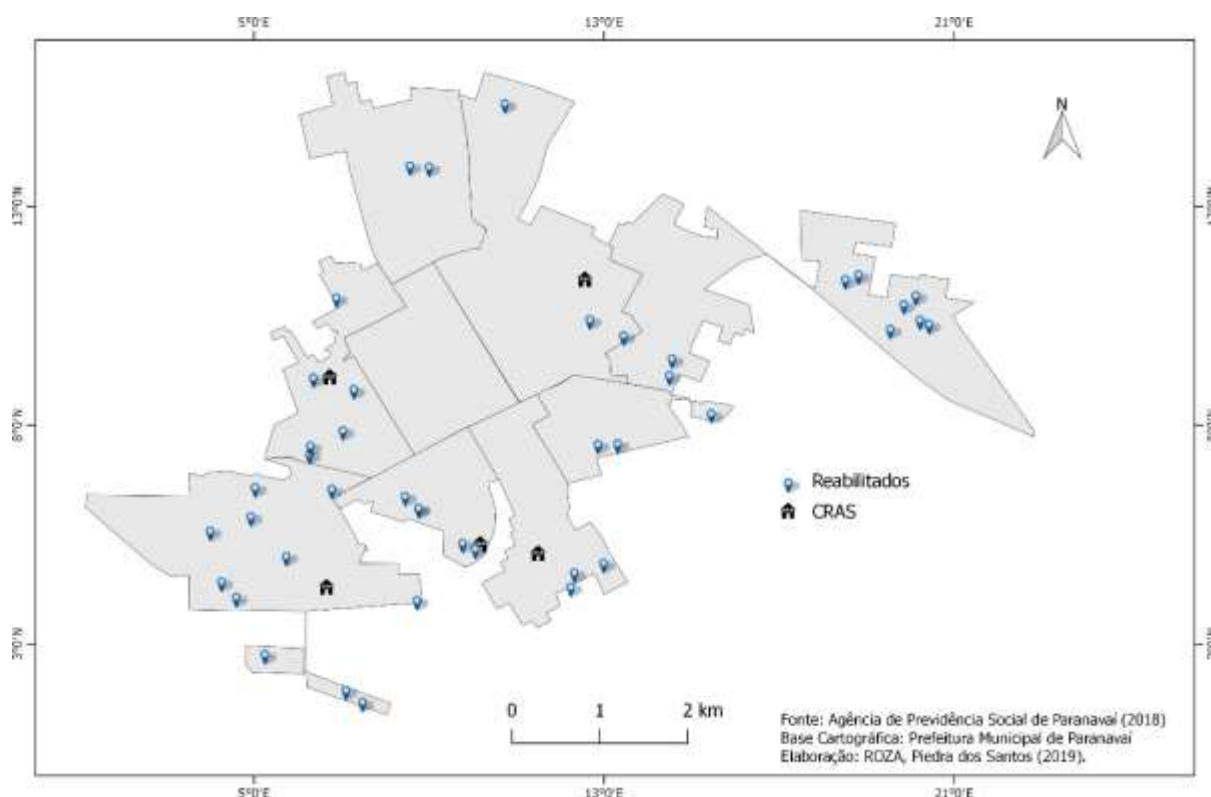
MAPA 1 – Território de moradia e Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Paranavaí.
Fonte: levantamentos de campo

Através do mapa, é possível observar a quantidade de UBS na cidade de Paranavaí, sendo de grande relevância para os trabalhadores que estão em Processo de Reabilitação Profissional. Esses equipamentos e neles os serviços de saúde básica prestados, são de extrema importância, visto que, os trabalhadores em reabilitação, estão com a saúde fragilizada e por isso devem ser acompanhados pela equipe de Estratégia Saúde da Família, para a promoção e prevenção de agravos.

Dessa forma, através do georreferenciamento e com as visitas ao campo, foi possível notar que as UBS estão presentes em todos os territórios, estando localizadas próximas ao local de moradia dos reabilitados. Algumas exceções foram identificadas, expressas, entre outras, pelas longas distâncias entre o lugar de moradia do reabilitado e a UBS. É o caso de um dos reabilitados residente no Jardim Oasis, que compõe território de abrangência da UBS do Ouro Branco, na região central.

Vale ressaltar, que mesmo nos territórios, com a presença das UBS, ainda é desproporcional em relação a concentração de reabilitados, sendo possível compreender pelo mapa 1, a discrepância entre quantidade de reabilitados no Distrito Sumaré (leste) em relação

a quantidade de UBS no mesmo lugar.



MAPA 2 – Território de moradia e Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) Fonte: levantamentos de campo

Em relação ao mapa 2, é possível comparar a presença de CRAS com as de UBS. Isso leva a compreender, que a distribuição territorial dos equipamentos é desproporcional na cidade de Paranavaí e seus distritos, uma vez que, o município atualmente possui apenas 4 CRAS, sendo que nenhum deles tem localização rural. Vale destacar, que além na pouca quantidade de CRAS em Paranavaí, uma das unidades, o CRAS Moema (sudoeste), foi fechado no segundo semestre do ano de 2019. Hoje dos 5 CRAS, restaram apenas 4! Já em relação ao número de UBS, a quantidade é quase 4 vezes maior em relação ao número de CRAS.

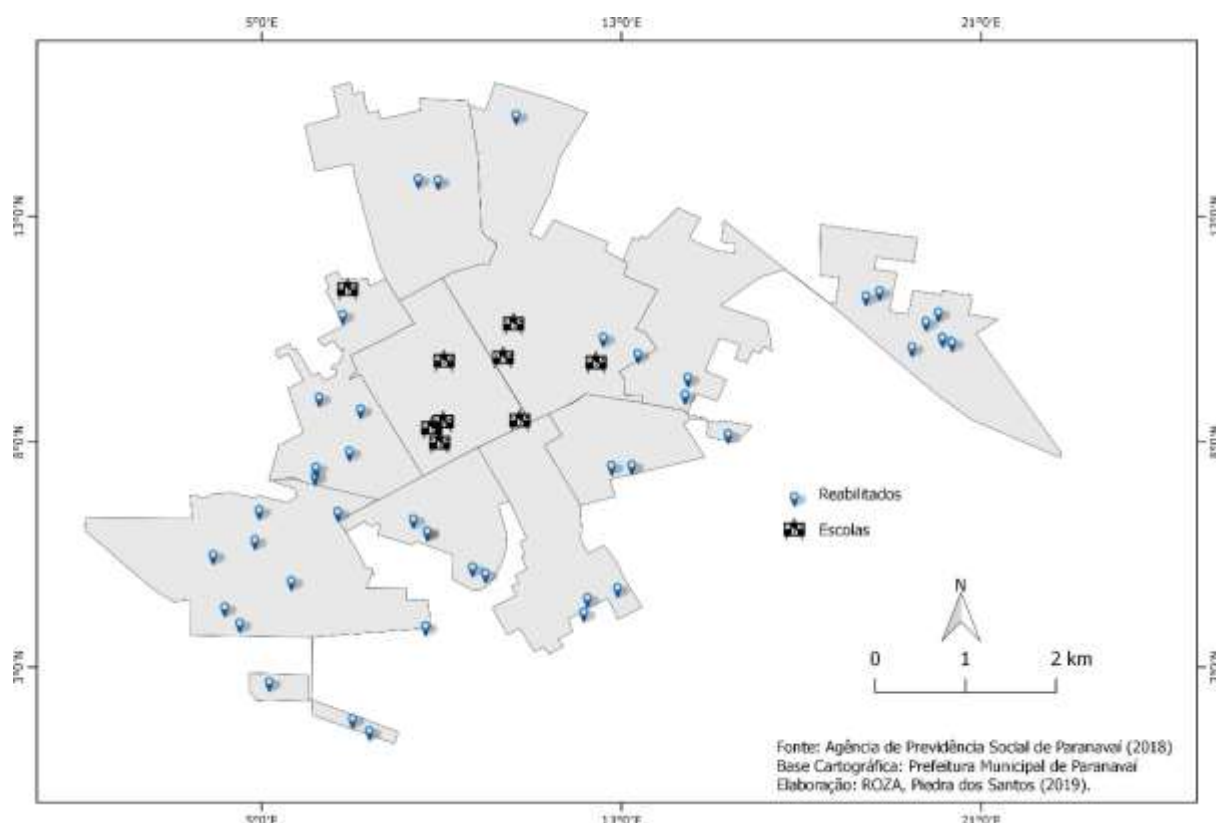
Ou seja, embora os CRAS sejam importante no processo de reabilitação, a presença bastante inferior dos equipamentos, dificulta o acesso da população ao equipamento e aos serviços. A distância entre as regiões distritais, como é a do Sumaré, onde tem grande concentração de reabilitados, chega a somar até 1 hora de locomoção de ônibus até um dos CRAS em Paranavaí.

Importante destacar que o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que organiza a gestão dos CRAS, desde 2004, foi criado a partir do modelo do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de um modelo de sistema mais recente quando comparado com o Sistema

Único de Saúde (SUS) que vem sendo construído desde os anos de 1980. Entretanto, ambos os sistemas tem como desafio a universalização dos direitos, conforme preconizam os princípios da Seguridade Social. O financiamento compatível com a ampliação de equipamentos e serviços em âmbito regionalizado, colocam-se como entraves para avanços nessa direção (LIMA, et al (Org), 2005, S/P).

Esse contexto em muito compromete o processo de reabilitação, pois o trabalhador se tivesse acesso aos serviços e as atividades desenvolvidas pelo CRAS, como é o trabalho social com famílias, poderia ter maiores possibilidades de socialização e fortalecimentos de vínculos, fragilizados diante de adoecimento.

Faz parte ainda da rede de proteção ao reabilitado as unidades de ensino. São entidades cujos serviços contribuem para potencializar a qualificação e o retorno dos trabalhadores em reabilitação para o trabalho.



MAPA 3 – Território de moradia e instituições de ensino de Paranavaí
Fonte: levantamentos de campo

No Mapa 3, é possível identificar a localização das instituições de ensino e o lugar de vivência dos reabilitados profissionais no município de Paranavaí. Vale destacar, que a escola é de fundamental relevância para a reabilitação profissional, pois ao se inserirem como trabalhadores em reabilitação, muitos voltam para as instituições de ensino para concluírem

seus estudos e/ou apreenderem uma nova função, que agrida menos a sua saúde. As instituições de ensino que mais acolhem os reabilitados são o EJA e CEEBJA, em sua maioria localizadas nas regiões mais centrais da cidade, bastante distante dos locais de moradia dos trabalhadores em reabilitação. Identifica-se aí o movimento intitulado por Kowarick (1991) de “cidadania invertida”.

Destaca-se que durante as visitas de campo, o deslocamento até os sujeitos da pesquisa, foi feito de ônibus coletivo, perfazendo um percurso aproximadamente 40 minutos do Centro até os bairros: São Jorge (oeste), Três conjuntos (sudoeste), Sumaré (leste) e Jardim Ipê (sudeste). O mais distante é o Distrito Sumaré, chegando a mais de uma hora o tempo de viagem, no leste da cidade. Em horários de “pico”, próximo as 18:00, quando há um maior fluxo de trânsito, o percurso até o centro onde está o Colégio Newton Guimarães (CEEBJA – área central), leva aproximadamente 1 hora por ser em horário de “pico”.

Na visita de campo, foi possível notar, que além do percurso realizado no ônibus do bairro para o centro, os reabilitados tinham que pegar outra linha de ônibus para chegarem até a instituição, uma vez que, a única instituição que não se localiza no centro é o Serviço Social da Indústria (SESI) que se localiza no bairro Morumbi (noroeste), cujo acesso demanda o acesso a duas circulares para chegarem até a instituição, resultando em um processo cansativo.

Santos e Silveira (2001), ao escrever sobre os espaços opacos e lentos, possibilita proximidades com os territórios intraurbanos em Paranavaí, demarcados nas regiões mais centrais pela fluidez, pela ampla presença de serviços médicos privados. Por outro, nas regiões mais periféricas, os territórios viscosos e lento, observados pelas distâncias, e dificuldades de acesso aos serviços públicos (SANTOS; SILVEIRA, 2001).

3. Considerações finais

O trabalho, ao propor refletir sobre a importância do território na compreensão do processo de Reabilitação Profissional, apresenta resultados que respondem ao objetivo proposto. Através do estudo realizado, foi possível compreender que o território é de fundamental relevância para a o Processo de Reabilitação Profissional, pois é nele que se encontra a rede de proteção social, permeada pelos usos e vivências do seu chão pelos que nele habitam. Os resultados alcançados trazem importantes indicativos sobre as discrepâncias em relação a presença ausência desses equipamentos, quando comparado com as necessidades dos reabilitados em seus territórios de moradia. Se nas regiões mais centrais, fluidas, observa-se maior proximidades dos equipamentos públicos, como são

as escolas. Isso, é inversamente proporcional as demandas, concentradas nas regiões mais periféricas de Paranaíba. Isso sinaliza para a importância da gestão pública olhar para os espaços mais opacos e menos fluidos da cidade, como estratégia para potencializar investimentos, no sentido de avançar rumo a universalização da reabilitação como política de seguridade social.

A partir dos dados coletados, compreende-se que embora a reabilitação profissional insere-se como parte das garantias de seguridade social, no Brasil muito ainda são os desafios para que se concretize no conjunto da rede de serviços públicos. Em tempos de retrocessos, os desafios são muitos! Temos nos deparado constantemente com ataques aos direitos sociais historicamente construídos. Passamos pela aprovação da Emenda Constitucional 95/2018, que aprovou o congelamento dos gastos públicos por 20 anos com saúde e educação, cujos orçamentos tem previsão legal. No campo da assistência social, em 2019, a redução orçamentária foi de 30%. São medidas que vem sendo sentida em todas as cidades brasileiras, mas principalmente nos municípios de menor porte, onde o desemprego e a precarização do trabalho, indicam maiores demandas para os serviços públicos.

No campo dos retrocessos é importante ainda mencionar, a revisão do Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional, no ano de 2018, que resultou na produção de um material tecnicista e sem embasamento teórico, desconsiderando a importância do trabalho, da rede de proteção social e o território para o Processo de Reabilitação Profissional.

Diante dos resultados alcançados propõe-se: o fortalecimento e a articulação dos movimentos sociais no sentido de resistir aos retrocessos das políticas e direitos sociais, principalmente nesse momento de avanços do conservadorismo e do neoliberalismo no Brasil; a defesa e resistência na defesa da previdência social como política de seguridade social, portanto compreendida em uma perspectiva de universalidade; ampla defesa da integração da reabilitação profissional a rede de serviços territorializados, pressupondo um amplo fortalecimento intersectorial dos serviços públicos territorializados e por fim a defesa da retomada da perspectiva territorial colocava-se como premissa da gestão da reabilitação profissional.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal; Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL. **Despacho Decisório nº 34 /DIRSAT/INSS**. Alteração no Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional – volume I, de 12/05/2016, atualizado pelos Despachos Decisórios nº 2/DIRSAT/INSS, de 24/11/2011, nº 1/DIRSAT/INSS, de 19/04/2016 e nº 2, DIRSAT/INSS, de 12/05/2016. Brasília, DF: Instituto Nacional do Seguro Social.
- BRASIL. **Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999**. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Brasília, DF, 6 maio 1999a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm>. Acesso em: 10 nov. 2019.
- BRASIL. **Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília, DF, 25 jul. 1991b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213cons.htm>. Acesso em: 9 set. 2019.
- BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Boletim Informativo do Ministério da Previdência Social**, 2013.
- BRASIL. **Sistema de Informação de Agravos e Notificações (SINAN)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 7 mar. 2019. Disponível em: <<http://portalsinan.saude.gov.br/o-sinan>>. Acesso em: 5 out. 2019.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, 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. Brasília, DF, 20 set. 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Saúde legis: sistema de legislação da saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em: 14 out. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017.
- BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social NOB/SUAS**. Brasília, 2005.
- BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Boletim Informativo do Ministério da Previdência Social**, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde do trabalhador e da trabalhadora**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. 136 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 41). Versão preliminar eletrônica. Disponível em: <<http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/caderno-atencao-basica-41-saude-trabalhador-trabalhadora>>. Acesso em: 11 nov. 2019.
- CASTELLS, Manuel. **A sociedade em rede**. São Paulo, Rev. Paz e Terra. (1998)
- COUTO, Berenice Rojas.; YAZBEK, Maria Carmelita.; RAICHELIS, Raquel. A Política Nacional de Assistência Social e o SUAS apresentando e problematizando fundamentos e conceitos. In: COUTO, B et. al. **O Sistema Único de Assistência Social: uma realidade em Movimento**. São Paulo: Cortez, 2012
- INOJOSA, Rose Marie. **Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade**. Cadernos Fundap, São Paulo, n. 22, p. 102-110, 2001.
- KOWARICK. Lúcio. **Cidade e cidadania: cidadão privado e subcidadão público**. São Paulo em perspectiva, 5(2):2-8, abril/junho, 1991.
- IPARDES – Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômica e Social. 2018. **Caderno Estatístico do município de Paranaíba**. Disponível em:



- <<http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=87700&btOk=ok>>.
Acessado em: 27 de nov. 2019.
- KOWARICK, Lúcio; ANT, Clara. **Violência: reflexões sobre a banalidade do cotidiano em São Paulo**. In: Boschi, R. *Violência e Cidade*. Rio de Janeiro, Zahar Ed., 1981
- MIOTO, Regina Célia Tamaso. **O trabalho com redes como procedimento de intervenção profissional: o desafio da requalificação dos serviços**. *Katálysis*, V5, N.1, jan./jun, 2001. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. UFSC/SC.
- PEREIRA, Potyara. **Trajetória da política social: das velhas leis dos pobres ao Welfare State**. São Paulo, Editora Cortez, 2000, p. 59 - 99.
- NASCIMENTO, Ana. **Trabalho e formação do espaço urbano**. 1. Ed. – Maceió: Coletivo Veredas, 2016.
- PAULA, Fernanda Cristina de. **Sobre a dimensão vivida do território: tendências e a contribuição da fenomenologia**. *GeoTextos*, vol. 7, n. 1, jul. 2011, p. 105-126.
- CARVALHO, Flávia Xavier. **As alterações no programa de reabilitação profissional do instituto nacional do seguro social (INSS): garantia ou supressão de direitos**. *Tese de doutorado* - Ponta Grossa: UNPG, 2018.
- RIZOTTI, Maria Luzia Amaral. **Estado e Sociedade Civil na História das Políticas Sociais Brasileiras**. *Semina: Ci. Soc. Hum.*, Londrina, v 22, p. 39-56, set. 2001.
- ROLNIK, Raquel. **Exclusão territorial e violência**. São Paulo: São Paulo em perspectiva, p. 100 – 111, 1999.
- SANTOS, Milton. **O espaço dividido: os dois circuitos da economia urbana dos países subdesenvolvidos**. São Paulo: Francisco Alves, 1979.
- SANTOS, Milton; SILVEIRA, Maria Laura. **O Brasil Território e Sociedade no início do século XXI**. p. 259 – 277, 2001.

A CONTRARREFORMA DO ESTADO E O PROCESSO DE DESMONTES DOS DIREITOS SOCIAIS: A EMENDA CONSTITUCIONAL 95/2016 E OS IMPACTOS NA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Pollyana Gonçalves Dos Inocentes (UFMA); Marcella Miranda Da Silva (CEUMA)

RESUMO: Este artigo tem como objetivo analisar a Contrarreforma do Estado e os impactos na Política de Saúde no Brasil. Para tanto esta produção, que parte de uma perspectiva crítica e dialética, tem como metodologia a pesquisa bibliográfica e documental em livros, artigos e documentos que trabalham a temática. O artigo apresenta os argumentos políticos e ideológicos que embasaram a Contrarreforma do Estado na América Latina e no Brasil, demonstra o processo histórico para reconhecimento da política de saúde como direito de todos e dever do Estado, por fim, apresenta o debate acerca do desmonte da política de saúde pública no Brasil após a aprovação da Emenda Constitucional 95/2016.

PALAVRAS-CHAVES: Contrarreforma do Estado; Direitos Sociais; Saúde; Emenda Constitucional 95

ABSTRACT: This article aims to analyze the State Counter-reform and the impacts on Health Policy in Brazil. For this purpose, this production, which starts from a critical and dialectical perspective, uses bibliographic and documentary research in books, articles and documents that work on the theme as a methodology. The article presents the political and ideological arguments that underpinned the Counter-reform of the State in Latin America and Brazil, demonstrates the historical process for recognizing health policy as a right of all and a duty of the State. Finally, it presents the debate about the dismantling of health. public health policy in Brazil after the approval of Constitutional Amendment 95/2016.

KEYWORDS: State Counter-reformation; Social rights; Cheers; Constitutional Amendment 95

1 INTRODUÇÃO

Este artigo tem como objetivo analisar a contrarreforma do Estado e os impactos na Política de Saúde no Brasil. Para realização desse estudo, adotou-se como método de análise o materialismo histórico e dialético. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada a partir de pesquisa bibliográfica e documental.

A discussão inicia com o debate acerca da contrarreforma do Estado, buscando apresentar de forma crítica os fundamentos políticos, teóricos e ideológicos que envolvem o debate sobre o tamanho do Estado e sua primazia, ou não, na oferta de políticas sociais para garantia dos direitos sociais de cidadania expressos na Constituição Federal de 1988 (CF de 1988).

Em seguida, faz uma incursão para demonstrar o percurso histórico da política de saúde desde sua vinculação com a política de previdência social até seu reconhecimento como direito de todo cidadão e responsabilidade do Estado, destacando o papel desempenhado pelo Movimento de Reforma Sanitária para ampliação do conceito de saúde e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na parte final, faz o debate sobre o desmonte da política pública de saúde no Brasil em decorrência da contrarreforma do Estado na década de 1990 e, mais recentemente, pelo estabelecimento de um novo regime fiscal a partir da aprovação da Emenda Constitucional 95/2016 (EC 95/2016) que congela por 20 anos os investimentos na política de saúde, educação e assistência social.

2 A CONTRARREFORMA DO ESTADO BRASILEIRO

O Brasil e a América Latina foram atingidos por uma dura crise fiscal nos anos 1980, acirrada pela crise da dívida externa e de práticas populistas na economia. O contexto de crise exigiu a necessidade imperiosa de reformar o Estado, através do disciplinamento fiscal, privatizações e liberalização comercial (BRESSER PEREIRA, 1996).

A causa fundamental dessa crise econômica foi a crise do Estado - uma crise que ainda não está plenamente superada, apesar de todas as reformas já realizadas. Crise que se desencadeou em 1979, com o segundo choque do petróleo. Crise que se caracteriza pela perda de capacidade do Estado de coordenar o sistema econômico de forma complementar ao mercado. Crise que se define como uma crise fiscal, como uma crise do modo de intervenção do Estado, como uma crise da forma burocrática pela qual o Estado é administrado, e, em um primeiro momento, também como uma crise política (BRESSER PEREIRA, 1996, p. 2).

Guerra (1998) ao analisar a proposta de reforma do Estado, destaca que são apontados três elementos que abalaram a legitimidade e a governabilidade do Estado: a crise fiscal, a crise do seu modo de intervenção e a crise de sua forma burocrática de administração.

Os efeitos da crise financeira e a explosão da crise da dívida externa nos países da América Latina nos anos 1980 reforçaram o discurso em defesa do modelo econômico que vinha sendo aplicado em alguns países desde meados da década de 1970 orientado pelos organismos internacionais²³⁰ e pelo governo dos Estados Unidos, no denominado Consenso de Washington²³¹ (SOARES, 2002).

O novo enfoque, chamado de ajuste estrutural, pretende desencadear as necessárias mudanças através de políticas liberalizantes, privatizantes e de mercado. A proposta desse ajuste resume-se, para o chamado curto prazo, em diminuir o déficit fiscal reduzindo o gasto público, aplicar uma política monetária restritiva para combater a inflação e fazer prevalecer uma taxa de juros 'real positiva' e um tipo de câmbio 'real adequado' (SOARES, 2002, p. 14).

A resposta à crise econômica dos anos 1980 foi o ajuste estrutural, o que significava reformar ou reconstituir o Estado, através de dois fenômenos impostos em todo o mundo – o modelo de administração pública gerencial e a globalização da economia, redefinindo as funções do Estado burocrático (BRESSER PEREIRA, 1996).

Segundo Bresser-Pereira (2005), para transcender a crise do Estado era necessário “[...] definir uma nova estratégia de desenvolvimento ou novo padrão de intervenção, no qual o Estado desempenhe um papel menor mas significativo, promovendo o desenvolvimento tecnológico, protegendo o ambiente e aumentando gastos na área social” (BRESSER-PEREIRA, 2005, *apud* PAULA, 2005, p. 119).

A proposta de Reforma do Estado brasileiro, encaminhada pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) e formulada por Bresser Pereira consistia em adequar o Estado brasileiro às exigências da globalização, implementando o modelo de administração pública gerencial, tido como moderno e eficiente sustentada pelo discurso de tornar a economia brasileira forte e atrativa ao capital estrangeiro.

Bresser-Pereira (1996) aponta o caráter cíclico e mutável da intervenção estatal, após as experiências de Estado mínimo, Estado social-burocrático e Estado neoliberal “caminhar-

²³⁰ Banco Mundial - Bird; Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID; Fundo Monetário Internacional - FMI.

²³¹ “Segundo Num, ‘o *Consenso de Washington*’ é um modelo de desenvolvimento de cunha neoclássico, elaborado pelo Banco Mundial, pelo Fundo Monetário Internacional e pelos *think tanks* de Washington e que, agora, passa como sendo a única interpretação nacional possível dos problemas da estabilização e do crescimento” (1992:48), ganhando força de doutrina constituída e aceita por praticamente todos os países capitalistas do mundo” (MOTA, 2011, p. 79).

se-ia para uma experiência social-liberal, pragmática e social democrática” (BEHRING, 2008, p.172).

Na visão de Bresser-Pereira (1996), o modelo de Estado social-liberal não intencionava atingir um Estado mínimo, mas reconstruir o Estado brasileiro, que manteria suas responsabilidades na garantia dos direitos sociais definidos no século XIX. Segundo o autor, em nenhum lugar do mundo o Estado mínimo ganhou legitimidade política, destacando o papel estratégico que as políticas públicas desempenham no capitalismo contemporâneo.

É um Estado social-liberal porque está comprometido com a defesa e a implementação dos direitos sociais definidos no século XIX, mas é também liberal porque acredita no mercado, porque se integra no processo de globalização em curso, com o qual a competição internacional ganhou uma amplitude e uma intensidade historicamente novas, porque é resultado de reformas orientadas para o mercado (BRESSER PEREIRA, 1996, p. 21).

A proposta de reformar o Estado consistia na desregulamentação dos direitos sociais conquistados pelos trabalhadores, resultado do amplo processo de lutas sociais e populares, tendo como objetivo a diminuição da intervenção estatal e a desresponsabilização do Estado no enfrentamento das expressões da questão social²³², além de transferir para o mercado e para a sociedade civil a responsabilidade pela oferta de serviços sociais (GUERRA, 2011).

Nesse contexto, os organismos internacionais retomaram tanto a discussão da questão social como a própria concepção de Estado mínimo, a partir do que os analistas chamam de novo consenso. O novo consenso implica em reformas sociais que tem como foco a pobreza.

O fim da ilusão do ajuste automático levou a uma ampliação do receituário: a necessidade de acompanhar as políticas de estabilização com reformas estruturais – desregulamentação dos mercados, privatização do setor público e redução do Estado. Esta doutrina liberalizante e privatizante tem no Banco Mundial seu principal porta voz e operador que faz sentir o peso das condicionalidades setoriais consequentes na negociação de projetos. A precedência do ajuste fiscal e a dissolução do sonho de sistemas de proteção social e inclusivos, na substituídos pela ação focalizada na pobreza, são peças centrais desta doutrina (MOTA, 2011, p. 85).

Houve algumas mudanças no discurso acerca do tratamento dado às desigualdades no Brasil a partir dos discursos formulados pelo FMI e o Banco Mundial. Assim, a pobreza foi utilizada como *mote* pelos organismos internacionais para o estabelecimento de novos condicionantes para a concessão de novos empréstimos aos países de capitalismo periférico, utilizando do discurso da “proteção específica aos excluídos do processo de produção”. Tal

²³² De acordo com Iamamoto (1998, p.27) “a Questão Social é apreendida como um conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade”.

política consistia em propostas de privatizações e da formação do cidadão em consumidor (MOTA, 2011).

A contrarreforma do Estado emergiu como um desdobramento do ajuste estrutural de acordo com as recomendações do Consenso de Washington à crise nos países da América Latina. No Brasil, a proposta de reforma incorporou inicialmente as recomendações neoliberais com a proposta de reduzir o tamanho do Estado e restringir outras medidas de atuação estatal (PAULA, 2005).

Após algumas experiências de países que realizaram o ajuste estrutural, aumentaram as críticas ao movimento neoliberal, principalmente por sua tendência em realizar o desmonte do Estado e das políticas sociais. Como consequência a aliança social-liberal migra para a esfera da terceira via²³³, e abandona o discurso de redução do Estado e transferência de suas funções pelos argumentos de reformar os institutos legais e estatais, na intenção de tornar o Estado mais administrável pelos burocratas (PAULA, 2005).

A interpretação da crise econômica era que esta decorria da crise fiscal do Estado, imprimindo um forte discurso ideológico fundamentado na falência do Estado para dar legitimidade ao projeto de (contra) Reforma do Estado brasileiro²³⁴.

A proposta de contrarreforma do Estado, justificada pela ideia de “crise fiscal do Estado” deve ser analisada dentro do contexto do processo de crise do capital nos anos 1970 e do processo global de adequação dos países ao modelo neoliberal produzido pelo Consenso de Washington.

Trata-se de uma crise global de um modelo social de acumulação, cujas tentativas de resolução têm produzido transformações estruturais que dão lugar a um modelo diferente – denominado de *neoliberal* – que inclui (por definição) a informalidade no trabalho, o desemprego, o subemprego, a desproteção trabalhista e, conseqüentemente, uma ‘nova’ pobreza. Ao contrário, portanto, do que se afirma, a reprodução em condições críticas de grandes parcelas da população faz parte do modelo, não impedindo a reprodução do capital. Essas condições não são uma manifestação de que o sistema estaria funcionando mal, e sim a contraface do funcionamento correto de um novo modelo social de acumulação (SOARES, 2002, p. 12).

O ajuste estrutural consistia em adequar a economia brasileira ao processo de globalização do capital, limitando os gastos públicos, repercutindo diretamente na oferta de políticas sociais e “esta etapa de crise do capital, uma das exigências é a supressão de alguns

²³³ Corrente criada por Anthony Giddens, apresenta o discurso do Estado como necessário, em que sua interferência não seja, nem máxima como no socialismo, nem mínima como no neoliberalismo.

²³⁴ Para Behring (2008), o projeto de contrarreforma do Estado brasileiro consistia em flexibilizar as relações de trabalho, adaptar e tornar o mercado brasileiro atrativo ao capital internacional.

dos direitos sociais, cuja operacionalização somente será feito com a mediação de mecanismos políticos” (MOTA, 2011, p. 96).

No contexto da contrarreforma do Estado, as políticas sociais são caracterizadas por meio de um discurso claramente ideológico, caracterizadas como paternalistas, responsáveis pelo desequilíbrio fiscal do Estado, devendo portanto ser acessadas via mercado. Nesta perspectiva, as políticas sociais deixam de ser entendidas como um direito social e passou a vivenciar o processo de desresponsabilização e desfinanciamento da proteção social por parte do Estado. Os cortes dos investimentos sociais vão configurando o Estado como mínimo para o social e máximo para o capital (NETTO, 2012).

Ao implementar o ideário neoliberal, o Estado brasileiro perde autonomia na formulação de suas políticas econômica, fiscal e social, passando a atender as orientações dos organismos internacionais, refuncionalizando o Estado para uma adaptação ao fluxos do capitalismo mundial, priorizando a estabilidade econômica e monetária e a diminuição com as políticas sociais.

A diminuição dos investimentos sociais públicos teve desdobramentos diretos na agudização das expressões da questão social, alterando a relação entre o Estado e a sociedade, valendo-se de um Estado mínimo e do mercado máximo. À medida que o Estado diminui sua intervenção e transfere para o mercado a responsabilidade pela oferta de serviços ocorre a mercadorização dos serviços sociais, ao transferir para sociedade civil ocasiona a refilantropização da questão social, “ou seja, o que se altera é a *modalidade de resposta à questão social*, agora ajustada aos imperativos da dinâmica passiva de inserção econômica no capitalismo contemporâneo, mas a partir dos vetores culturais e políticos marcantes da história brasileira” (BEHRING, 2008, p. 260).

3 A TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: a saúde como direito universal e dever do Estado

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) transcorreu um longo caminho até o reconhecimento da concepção ampliada de saúde e do princípio da saúde como direito universal e dever do Estado, e envolveu diversos aspectos políticos, sociais, econômicos, institucionais, estratégicos, ideológicos, teóricos, técnicos, culturais, dentre outros, o que torna muito difícil isolar a participação de cada um desses eventos em um momento definido (FLEURY; OUVENEY, 2012).



Destaca-se na trajetória histórica da saúde, a contribuição de um conjunto de eventos realizados e materializados em legislações específicas, que de alguma forma “pavimentaram” o caminho para a construção do SUS. Foi durante o processo histórico-econômico e político que marcou a conjuntura brasileira nos anos de 1930 que se dá início a intervenção do Estado na saúde, através da formulação da política de saúde, de caráter nacional assim como as demais políticas sociais, sendo consolidada no período de 1945 à 1964. A política de saúde no Brasil foi organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o setor de medicina previdenciária (BRAVO, 2007).

A medicina previdenciária teve como marco a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que substituíram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), criadas em 1923. O modelo previdenciário teve orientação contencionista, ao contrário do modelo abrangente das CAPs. Ou seja, em que pese a inclusão de outras categorias profissionais, houve nos IAPs uma redução da oferta de serviços prestados [...] um dos determinantes para a diminuição dos gastos foi, sem dúvida, o rápido crescimento dos assalariados urbanos (BRAVO, 2017, p. 26)

Até meados da década de 1960, a política de saúde no Brasil estava prioritariamente voltada à assistência médica previdenciária, limitada aos trabalhadores inseridos no mercado de trabalho assalariado formal e a saúde pública pautada no combate das endemias rurais. Com a instauração da ditadura militar no pós-1964, durante toda a primeira década do regime autoritário, configura-se um sistema de atenção estatal à saúde, privilegiando o setor privado, articulado às tendências da política econômica implantada.

Nesse período, uma parcela expressiva da população foi excluída dos serviços de saúde, sendo dada pouca importância às ações de saúde pública de caráter preventivo e interesse coletivo, devido o destaque dado ao setor privado na prestação de serviços de saúde, por meio do desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor de saúde, tendo o Estado como regulador do mercado de produção e consumo de serviços de saúde.

No Brasil, a década de 1980 foi marcada por uma profunda crise econômica evidenciada durante a ditadura militar, mas também foi um período de grande mobilização política de setores da sociedade civil, principalmente do movimento popular e de forças de resistência ao regime ditatorial. Nesse contexto, houve uma mudança no paradigma da saúde coletiva, através do Movimento Sanitário²³⁵ que vinha sendo construído desde a década de 1970.

²³⁵ “Chamamos de ‘movimento sanitário’ [...] o movimento de profissionais da saúde e de pessoas vinculadas ao setor que compartilha o referencial médico-social na abordagem dos problemas de saúde e que, por meio de determinadas práticas

Destaca-se nesse período a constituição do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), criado através da frente política dos secretários estaduais de Saúde da região Nordeste, por intermédio do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS)²³⁶, a primeira participação da previdência social em um programa de saúde pública – vivenciaram experiências expressivas de organização coletiva na correlação de forças (SCOREL, 2012).

Um marco importante da trajetória da política pública de saúde no Brasil foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), com a participação de cerca de 4.500 pessoas, entre profissionais e prestadores de serviços da saúde, profissionais dos quadros técnicos e burocráticos e, pela primeira vez, usuários do sistema de saúde para discutir os rumos da saúde no país. O relatório final da 8ª CNS consolidou as propostas do movimento sanitário, transformou-se em recomendações e serviu de base para o processo da reforma do sistema de saúde no processo da constituinte de 1988 (BRAVO, 2007).

Os ideais defendidos pelo projeto da Reforma Sanitária consistiam na democratização e universalização do acesso aos serviços públicos de saúde, considerada como direito social de todos e de responsabilidade do Estado, descentralização com controle social e unificação do sistema de saúde.

Em julho de 1987, visando a descentralização dos serviços de saúde, foi aprovado o decreto que criou os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS). O SUDS gerou uma polarização no interior do movimento sanitário, de um lado significava a tentativa do INAMPS em esvaziar a Reforma Sanitária, do outro lado uma estratégia para a implantação do SUS (SCOREL, 2012). A experiência dos SUDS, segundo o projeto de Reforma Sanitária “surgiu como uma estratégia ponte, uma estratégia transitória para a chegada ao Sistema Único de Saúde” (Cordeiro *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, p. 78).

A CF de 1988, no que tange ao sistema de proteção social, é a mais progressista, e nela a Saúde, integra o tripé da Seguridade Social (art. 194), conjuntamente com a Assistência Social e a Previdência Social, um “conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, a previdência e à assistência” (BRASIL, 1988).

políticas, ideológicas e teóricas, busca a transformação do setor saúde no Brasil, em prol da melhoria das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira, na consecução do direito de cidadania” (SCOREL, 2012, p. 341).

²³⁶ Criado em 1975-1976, para implantar uma estrutura básica de saúde pública em comunidades de até vinte mil habitantes, na região Nordeste (SCOREL, 2012. P. 345).

A saúde passou a ser considerada como direito de todos e dever do Estado, conforme art. 196 do texto constitucional, adotando o conceito ampliado de saúde. “O conceito de seguridade social foi instituído, pela Constituição de 1988, em garantia de direito à saúde, à previdência e à assistência social, considerado fundamental à estabilidade da sociedade democrática” (SIMÕES, 2012, p. 103).

A seguridade social traça um conjunto de princípios institucionais, denominados de objetivos da seguridade social, os quais devem ser alcançados através de suas ações, condicionados a cada uma das três instituições. Os princípios institucionais, previstos no texto constitucional são: a universalidade de cobertura e atendimento; uniformidade e equivalência das prestações; seletividade e distributividade; irredutibilidade do valor dos benefícios; equidade de participação do valor dos benefícios; equidade de participação no custeio; diversidade da base de financiamento; participação da comunidade na gestão administrativa (SIMÕES, 2012).

A assistência médica previdenciária foi extinta e foi construído um sistema de saúde unificado, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, democratizado direito do acesso à saúde a todos os cidadãos brasileiros. O INAMPS foi extinto e a previdência social assumiu “sua finalidade histórica de sistema de seguro social, para as situações de incapacidade laboral, temporária e definitiva” (SIMÕES, 2012, p. 131).

A Carta Magna declarou o direito à saúde como universal e não contributivo, previsto no art. 196. Com vistas a regulamentar os arts. 196 a 200 do dispositivo constitucional foi sancionada a Lei Orgânica da Saúde - LOS (Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, complementada pela Lei nº 8.412 de 28 de dezembro de 1990), criando o Sistema Único de Saúde - SUS, regido pelos princípios de descentralização, integralidade e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

A Lei 8.142/90 regulamentou a participação popular no processo de gestão do SUS e as transferências entre os entes federativos de recursos destinados à saúde²³⁷. A nova legislação instituiu ainda, as conferências e os conselhos de saúde, bem como sua estrutura e funcionamento (SIMÕES, 2012).

O art. 7º da LOS em consonância com as diretrizes previstas no art. 198 da CF/1988 prevê um conjunto de princípios e diretrizes que norteiam as ações e serviços públicos de

²³⁷ O então presidente Fernando Collor, sob orientação do projeto neoliberal, vetou os artigos que tratavam do financiamento e do controle social da Lei nº8080/1990, sendo necessária a publicação de uma lei específica para tratar sobre o financiamento e o controle social na política de saúde.

saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990).

As ações de saúde do SUS obedecem aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;
e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990).

O SUS é um sistema universal, destinado a todo e qualquer cidadão brasileiro, pobre ou rico, branco ou negro e mesmo aqueles que não o utilizam são beneficiados por ele, por meio de campanhas de vacina e ações de prevenção, vigilância sanitária, o controle do sangue e hemoderivados e eventuais atendimentos em hospitais de alta complexidade, como nos hospitais públicos universitários, que contam com os melhores especialistas do país (SIMÕES, 2012).

4 O DESMONTE DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: os impactos da Emenda Constitucional 95/2016

Apesar do reconhecimento da saúde como direito da população e dever do Estado, consagrado na CF de 1988 e regulamento na LOS, a partir da criação do SUS, sendo conquista das lutas sociais no período de redemocratização do país, iniciou-se na década de 1990, um processo de desmonte das políticas públicas, incluindo a política de saúde a partir



da adoção do projeto neoliberal e da contrarreforma do aparelho de Estado, orientado pelos organismos internacionais.

O sentido da “reforma” consistiu em retirar o Estado de suas funções produtivas, com a falácia de ajuste fiscal, sobretudo, com as supostas preocupações na área social. A década de 1990 chegou ao fim com uma forte contenção de gastos em todas as áreas, um ano de baixa execução orçamentária em programas sociais e de investimentos por parte do governo federal, exceto para o pagamento da dívida externa, acirrando os problemas sociais com o aumento da pobreza e do desemprego (BEHRING, 2008).

Um dos vilões do Orçamento da Seguridade e das contas públicas em geral, no contexto do duro ajuste fiscal brasileiro, é o mecanismo do superávit primário – e não o gasto previdenciário, tão desqualificado na mídia falada e escrita –, instituído após o acordo com o FMI, em 1999. O volume de recursos retidos para a formação do superávit primário tem sido muito maior que os gastos nas políticas de seguridade social, exceto a previdência social (BEHRING, 2008, p. 50).

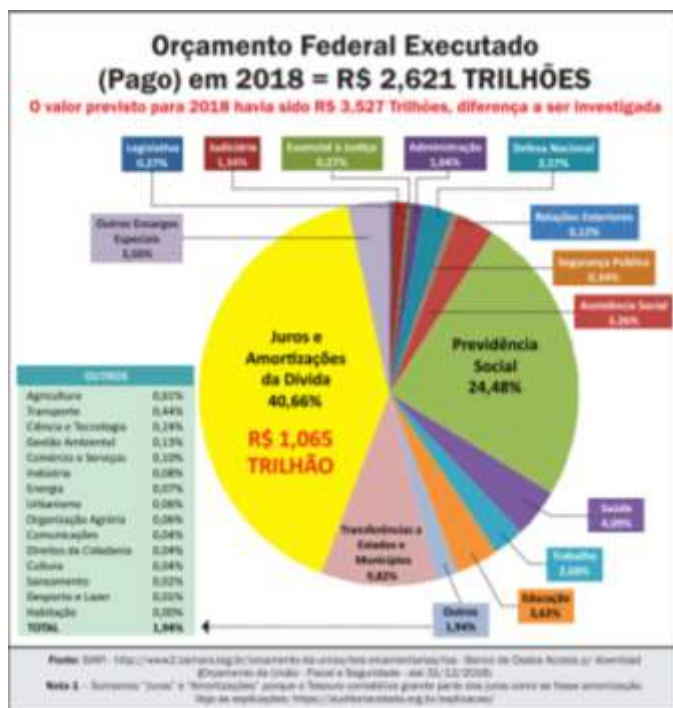
Diante disso, o que se viu foi a diminuição do investimento do Estado em políticas públicas fundamentais: saúde, assistência social, educação, cultura, meio ambiente, pesquisa científica, dentre outras, enquanto a crise fiscal aprofundada por custos com pagamento das altas taxas de juros da dívida externa. Referente à política de saúde na segunda metade dos anos 1990, consolida-se no país, o projeto de saúde articulado ao mercado ou projeto privatista, pautado no ajuste fiscal, apresentando como tendências a “contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central” (BRAVO, 2007, p. 35).

O que desejam e pretendem, em face da crise contemporânea da ordem do capital, é erradicar mecanismos reguladores que contenham qualquer componente democrático de controle do movimento do capital. O que desejam e pretendem não é ‘reduzir a intervenção do Estado’, mas encontrar as condições ótimas (hoje só possíveis com o estreitamento das instituições democráticas) para direcioná-las segundo seus particulares interesses de classe (NETTO, 2012, p. 88 - grifo do autor).

O projeto privatista caracterizou-se pelo caráter focalizado e seletivo do atendimento às populações em situação de vulnerabilidade social, desconcentração dos serviços e da negação da perspectiva da universalidade do acesso (BRAVO, 2007). Nesse modelo, ao Estado caberia apenas garantir o mínimo, deixado ao setor privado a responsabilidade pelo atendimento aos cidadãos-consumidores²³⁸.

Figura 1: Orçamento da União. Brasil. 2018

²³⁸ Para Mota (2011), reconceituação dos trabalhadores assalariados, reconceituados como cidadãos proprietários consumidores e/ou cidadãos pobres e assistidos.



Fonte: Auditoria Cidadã da Dívida

Diante desse contexto, nas proposições referentes à contenção do *déficit* público, a proposta apresentada pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), previa um conjunto de recomendações relativas ao ajuste estrutural e aos acordos para pagamento da dívida externa (MOTA, 2011).

[...] o FMI não altera os princípios da seguridade estabelecidos na Constituição de 1988, mas, a exemplo das demais propostas dos setores vinculados ao grande capital, propõe a separação das fontes de custeio, desvinculando a previdência da saúde e da assistência, procedimento este que amplia significativamente as oportunidades para o setor privado lucrativo, na esfera da saúde e da previdência (MOTA, 2011, p. 201).

A política de *superávit*, adotada em 1999, como exigência do FMI para redução da dívida externa do país, tem sido cumprida com percentuais maiores do que os exigidos, o que acarreta o aumento da dívida externa. No âmbito do Plano Real foi instituída a Desvinculação de Receitas da União – a DRU, mecanismo de manipulação orçamentária que desvincula 20% das receitas de impostos e contribuições sociais para a geração do superávit primário (BEHRING, 2008).

No que tange a expansão dos direitos sociais e políticos, a vinculação de recursos às políticas sociais é uma importante conquista prevista no art.165, §5º da CF/1988, que determina que a Lei Orçamentária Anual (LOA), compreende o orçamento fiscal, investimentos e o da seguridade social, e que permitiu que tais direitos fossem efetivados na prática. Outra questão relevante para o controle democrático da seguridade social é a

vinculação de recursos aos fundos públicos das políticas no orçamento, destacadamente no Fundo Nacional da Saúde (FNS), no Fundo do Regime Geral da Previdência Social (FRGPS) e no Fundo Nacional da Assistência Social (FNAS) (SALVADOR, 2011).

De acordo com a legislação, compõem o orçamento para o financiamento da seguridade social as contribuições previdenciárias e também os recursos orçamentários destinados a essa finalidade e que compõe um único orçamento, especificamente as contribuições sociais exclusivas – PIS, COFINS²³⁹ (SALVADOR, 2011).

Segundo Salvador (2011), o orçamento da seguridade social transformou-se em “letra morta” no dispositivo constitucional. O autor destaca que desde a promulgação da CF/1988, não houve uma ação efetiva no previsto no texto constitucional por parte dos governos até então. O que houve foi uma apropriação das contribuições sociais destinadas ao financiamento da seguridade social com alocação dos recursos nos serviços da dívida pública – pagamento de encargos, juros e amortizações e formação de caixa com a finalidade de garantir o *superávit* primário. Portanto, o montante de gastos da seguridade social, na verdade são despesas da área fiscal.

A incidência da DRU nos recursos da seguridade social tem sido nefasta, fazendo com que a mesma transfira recursos crescentes para o mercado financeiro, já que as fontes da seguridade – as contribuições sociais – vêm tendo um desempenho crescente em termos de arrecadação, em especial a COFINS, e estão sendo apropriadas para a formação do superávit primário e pagamento de serviços da dívida pública (BEHRING, 2008, p. 51).

Para além da alocação dos recursos da seguridade social no pagamento de juros, encargos e amortizações da dívida pública a DRU tem interferência direta na análise contábil, a partir do divulgado déficit da previdência social, ocasionado pela política social, apontada como a responsável pelo aumento das despesas públicas.

No contexto do ajuste fiscal, tem-se um processo crescente de perda e estagnação do financiamento da seguridade social. Nesse sentido, no contexto da chamada crise fiscal do Estado, acirra-se a disputa pelo fundo público, utilizando os pressupostos neoliberais de estatização, de desperdício e estímulo à dependência (BEHRING, 2008).

Os fundos sociais foram criados como forma de enfrentar a política fiscal no Brasil, que tradicionalmente priorizou a aplicação de recursos públicos na acumulação do capital, em detrimento das políticas sociais, submetidas à lógica do mercado. Assim, vincular recursos

²³⁹ Art. 239 da CF/1988 - PIS - Programas de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público – PIS/PASEP e a Leis complementares 7, de 07 de setembro de 1970, e 8, de 03 de dezembro de 1970; COFINS – Contribuição para Financiamento da Seguridade Social, instituída pela Lei Complementar 70 de 30/12/1991 (BRASIL, 1988).

significa, portanto, impedir essa prática, assegurando que parte da receita seja obrigatoriamente destinada à área social no plano legal (SALVADOR, 2011).

Os governos de Luiz Inácio Lula da Silva (2003/2010) e Dilma Vana Rousseff (2011/2016), ambos do Partido dos Trabalhadores (PT), que poderiam ter iniciado o processo de desmonte do Estado neoliberal no Brasil deram continuidade a política macroeconômica dos governos anteriores, preservando todas as características do neoliberalismo – subordinação ao capital estrangeiro, desregulamentação financeira, abertura comercial, desmonte de direitos trabalhistas e sociais, privatizações de empresas e serviços públicos. A política econômica adotada nos governos do PT preservava a hegemonia dos capitais financeiros, reiterando as determinações do FMI (BOITO JR, 2018).

No que tange a política de saúde, esperava-se que os governos petistas fortalecessem o projeto da Reforma Sanitária, que, nos anos 1990, foi totalmente abandonada, mas o que houve, foi a consolidação do projeto de saúde privatista ou articulado ao mercado. (BRAVO, 2007)

Diante de um cenário de crise política e econômica internacional e seus desdobramentos no Brasil, umas das primeiras ações foi o *impeachment* da presidenta democraticamente eleita Dilma Rousseff, por meio de um golpe parlamentar, se instituiu o governo ilegítimo de seu vice Michel Temer (PMDB). O *impeachment* assegurou a tomada dos rumos da política macro econômica do país, culminando na implementação de uma brutal política de ajuste fiscal que prevê reformas profundas na Previdência Social e na Legislação Trabalhista, entre outras.

A nova política macroeconômica prevê um conjunto de medidas nefastas à garantia de direitos sociais conquistados pelo projeto Constituinte de 1988. Dentre as medidas está a Proposta de Emenda Constitucional (PEC's 241/55), aprovada em 16 de dezembro de 2016, que prevê a implementação de um teto para os gastos públicos federais, conhecida como a PEC “do fim do mundo”, consolidada na Emenda Constitucional nº 95, instituindo o novo regime fiscal que com um limite para os gastos públicos federais por um período de 20 (vinte) anos, valendo, portanto, até 2036.

A PEC 55 determina um teto para as despesas primárias de cada poder e ente federativo, este teto será corrigido pela inflação (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA) do respectivo ano anterior, ao longo de vinte anos. A PEC 55 extingue a obrigatoriedade da aplicação mínima 15,0% previsto na EC 86 (art. 2º), mesmo num cenário de crescimento econômico, com aumento do Produto Interno Bruto (PIB) os governos ficam desobrigados a alocarem recursos no SUS, implicando perdas bilionárias de investimentos para a saúde pública [...] a PEC 55, não altera a política do superávit primário no país, que atualmente é responsável por se apropriar da riqueza do fundo público em 42,42 % do orçamento da Seguridade Social, isto significa que manterá os



privilégios do capital financeiro com juros e amortizações da dívida pública (DIESAT, nº42,2016).

As novas regras não permitem o crescimento das despesas totais e reais do governo, nem mesmo num cenário de crescimento econômico, com aumento do PIB, bem como desconsideram o crescimento demográfico, o que levará ao sucateamento das políticas sociais, especialmente a política de educação e saúde, impedito o acesso a bens e serviços de saúde e educação, portanto, dificultando a efetivação do direito à saúde e à educação no Brasil.

O novo regime fiscal (EC 95) representa um grave retrocesso à garantia da seguridade social presente na CF/1988 – os governos devem aplicar um percentual mínimo de sua receita na saúde, promovendo um verdadeiro desmonte da política social de saúde, inviabilizando a manutenção do SUS, que sem recursos inviabilizará estruturalmente seu funcionamento, atingindo diretamente os programas e projetos, para garantir o pagamento dos credores da dívida pública.

Na Nota Técnica nº 28 publicada em 2006, o Instituto Brasileiro de Pesquisa Aplicada (IPEA) aponta os impactos do congelamento do gasto federal com a saúde proposta pela PEC 241 (convertida na EC 95/2016) para do financiamento do SUS: a) desvinculação das despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) da receita corrente líquida; b) perda de recursos em relação às regras de vinculação das Emendas Constitucionais nº 29 e nº 86; c) redução do gasto público per capita com saúde; d) desobrigação de os governos alocarem mais recursos em saúde em contextos de crescimento econômico; e) provável aumento das iniquidades no acesso a bens e serviços de saúde; f) dificuldades para a efetivação do direito à saúde no Brasil (BRASIL, 2016).

Em outras palavras, um dos maiores problemas do novo regime fiscal, reside no fato de que ele não exclui do teto dos gastos o pagamento de encargos, juros e amortização da dívida pública, legitimando um esquema financeiro de aprofundamento da dívida pública.

Santos e Funcia (2019) apontam que, com a EC 95 a política de saúde que antes era subfinanciada, passou a ser desfinanciada. A consequência de congelar investimento em um sistema que já se mostrava insuficiente será a diminuição do atendimento das necessidades da população, com o risco de se tornar um sistema inoperante.

O processo iniciado na década de 1990, com adoção do ideário neoliberal e a contrarreforma do Estado, fortalecido no novo regime fiscal (2016) representam a instabilidade no financiamento da política de saúde, significa a ruptura dos princípios expressos na CF/1988 e na LOS/1990, fruto da luta dos movimentos sociais em prol do reconhecimento de cidadania.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O longo percurso histórico para o reconhecimento da saúde como uma política pública de responsabilidade do Estado e de caráter universal é constantemente tensionado pela dificuldade de garantir orçamento compatível para oferta de serviços de qualidade como previstos na CF de 1988 e na LOS/1990.

O SUS representa uma importante vitória da sociedade brasileira, o reconhecimento do acesso a serviços de saúde gratuitos de forma universal, integral, equânime, descentralizado, hierarquizado, regionalizado e com a participação direta da população e sob responsabilidade do Estado.

No Brasil, assim como no mundo, vivencia-se uma ofensiva (neo) conservadora que visa a retirada de direitos da classe trabalhadora, nega as conquistas sociais expressas na CF de 1988 e que incluem a mudança na natureza do Estado incidem diretamente nas condições de vida da população. Nesse sentido, é necessário o fortalecimento dos movimentos sociais, da sociedade civil organizada, dos trabalhadores em defesa do SUS público, gratuito e de qualidade.

REFERÊNCIAS

- BOITO JR, Armando. **Reforma e crise política no Brasil: os conflitos de classe nos governos do PT.** – Campina, SP: Editora da Unicamp/ São Paulo, SP: Editora Unesp, 2018.
- BEHRING, Elaine Rosseti. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos.** 2. Ed. – São Paulo: Cortez, 2008.
- BEHRING, Eliane. Acumulação capitalista, fundo público e política social. In: BOSCHETTI, I *et al.* (org). **Política Social no Capitalismo: tendências contemporâneas.** São Paulo: Cortez, 2008.
- BRASIL. **Nota Técnica nº 28: Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil.** Brasília: IPEA, 2016.
- _____. **LEI Nº 8.080, 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.
- _____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.**
- BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. **Da administração pública burocrática à gerencial.** Revista do Serviço Público, (47)1. Brasília, MARE, maio. 1996
- BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e a Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais/ Maria Inês Bravo.** – 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011
- _____. [et al.], (org). **Saúde e Serviço Social.** 3. Ed. – São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007.
- DIESAT. Editorial: Saúde do trabalhador em xeque. **Revista do DIESAT.** Nº 42. Desmonte das Políticas Sociais. São Paulo, setembro/2016.
- FALEIROS, V. de P. *et al.* **A Construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- GUERRA, Yolanda. **“Transformações sócio-econômicas, ideo-políticas e culturais: O Brasil (do) Real”.** In: a racionalidade hegemônica do Capitalismo no Brasil contemporâneo: uma análise da suas principais determinações. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP, 1998.
- IAMAMOTO, M. V. **A questão social no capitalismo.** Revista Temporalis – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Ano 2. Nº 3 (jan/jul.2001). Brasília: ABEPSS, Graffline, 2001.
- MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da crise e seguridade social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90.** - 6. Ed. São Paulo, Cortez, 2011.
- NETTO, José Paulo. **Crise do socialismo e ofensiva neoliberal.** – 5 ed. – São Paulo: Cortez, 2012. – (Coleção questões da nossa época; v 44).
- PAULA, Ana Paula Paes. **Por uma nova gestão pública: limites e potencialidades da experiência contemporânea/ Ana Paula Paes de Paula.** – Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.
- SALVADOR, Evilasio. Nota técnica: **Fundos Públicos que recebem recursos do Orçamento da Seguridade Social.** Brasília, CFESS, 2011.
- SANTOS, Lenir. FUNCIA, Francisco. **Emenda Constitucional 95 fere o núcleo do direito à saúde.** Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz. Rio de Janeiro, 2019.
- SIMÕES, Carlos. **Curso de Direito do Serviço Social.** – 6. Ed. – São Paulo: Cortez, 2012. – (Biblioteca básica do Serviço Social; v. 3).
- SORES, Laura Tavares. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina.** – 2. Ed. São Paulo, Cortez, 2002.

A IMPORTÂNCIA DO ASSISTENTE SOCIAL NO ÂMBITO HOSPITALAR: EXPERIÊNCIA NO CENTRO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO E READAPTAÇÃO DR. HENRIQUE SANTILLO – CRER.

Raquel De Oliveira Toledo Leme (Centro Estadual De Reabilitação E Readaptação); Ana Luiza M Serrano (Centro Estadual De Reabilitação E Readaptação); Maira Souza Silva (Centro Estadual De Reabilitação E Readaptação)

RESUMO: Este trabalho é fundamentado na experiência das assistentes sociais do Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação. O estudo busca proporcionar um conhecimento do trabalho desenvolvido, e da importância deste serviço para os pacientes, cuidadores e equipe multiprofissional, com ênfase nos direitos sociais que muitos não possuem conhecimento. É um estudo descritivo analítico, no qual foram utilizados material bibliográfico. Conclui que para a efetivação do agir profissional na busca do atendimento qualificado, interventivo, investigativo, é necessária a inserção e permanência do Setor sem perder de vista os princípios da ética profissional e a perspectiva de transformação da ordem social vigente.

Palavras-chave: Assistente Social. Direitos Sociais. Equipe Multiprofissional. CRER.

ABSTRACT: This work is based on the experience of social workers at the State Center for Rehabilitation and Readaptation. The study seeks to provide a knowledge of the work developed, and the importance of this service for patients, caregivers and the multidisciplinary team, with an emphasis on social rights, which many have no knowledge of. It is a descriptive analytical study, in which bibliographic material was used. It concludes that for the effectiveness of professional action in the search for qualified, interventional, investigative service, the insertion and permanence of the Sector is necessary without losing sight of the principles of professional ethics and the perspective of transforming the current social order.

Keywords: Social Worker. Social rights. Multiprofessional team. CRER.



1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho aborda a atuação do/a Assistente Social no âmbito hospitalar, no contexto do Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – CRER, situado em Goiânia – GO. O hospital é reconhecido pelo Ministério da Saúde como Centro Especializado em Reabilitação (CER) IV, por sua atuação na reabilitação de pessoas com deficiência física, auditiva, visual e intelectual.

O trabalho dos profissionais nesta instituição compreende a ação interdisciplinar da equipe, definida como a interação de várias disciplinas, numa relação de reciprocidade, mutualidade e diálogo. Sendo o assistente social parte integrante nesta equipe, o qual terá como desafio construir alternativas profissionais que superem as atividades técnico-burocráticas e focalizem a ação técnico-política viabilizando a participação popular, democratização das instituições, elevação da consciência sanitária e ampliação dos direitos sociais (Bravo, 1996).

O assistente social é responsável por atuar diretamente com os pacientes e suas famílias. A capacitação permanente do assistente social para atualização e fortalecimento do referencial teórico-metodológico e instrumentalização da análise e da intervenção na realidade social torna-se uma necessidade, e que, se faz necessário iniciar e ou dar continuidade no processo de humanização tendo como prioridade transmitir para equipe, pacientes e cuidadores/familiares, informações sobre os cuidados de saúde de uma maneira mais simples e humanizada, e estabelecendo um atendimento na busca da qualidade de vida das famílias e usuários desta unidade de saúde, considerando sempre os determinantes sociais de saúde.

O assistente social é um profissional que, com regularidade atua na relação direta com sujeitos, geralmente em situações de fragilidade e sofrimento, sendo exigido que este profissional tenha a percepção do outro como um ser completo, que necessita de forma equitativa da saúde física, mental e emocional.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo: Breve histórico.

O Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – CRER foi fundado em 25 de setembro de 2002, sendo o primeiro hospital de reabilitação do País e o primeiro hospital público do Centro-Oeste com o certificado de Acreditado com Excelência – Nível 3 da Organização Nacional de Acreditação (ONA). Idealizado através do modelo dotado pelo Instituto de Readaptação Gingras-Lindsay de Montreal, Canadá.

Desta forma, a proposta aos pacientes incapacitados é proporcionar uma qualidade e excelência na Reabilitação e Readaptação. O CRER é um “dinâmico hospital que oferece atendimento humanizado e especializado em reabilitação às pessoas com deficiência física, auditiva, visual e intelectual, exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde – SUS” (CRER, 2020).

Atualmente, é um Instituto com Sistema de Gestão da Qualidade certificado conforme a norma NBR ISO 9001: 2008, garantindo a padronização dos processos da Instituição, e assim, facilitando o acesso e controle das informações para todos os usuários, colaboradores, clientes e órgãos fiscalizadores.

Este Centro em referência é de responsabilidade e transparência, administrado pela sua gestora a Associação Goiana de Integralização e Reabilitação – AGIR, uma Organização Social (OS) com personalidade jurídica de direito privado e fins não econômicos, conforme os termos da Lei Federal 9.637/98 e Lei Estadual 15.503/05, sendo assim,

a AGIR reinveste no CRER todo recurso angariado através do contrato de gestão com a Secretaria Estadual de Saúde (SES), ou ainda através de doações recebidas, possibilitando sua manutenção, inovação e ampliação dos serviços prestados à sociedade (CRER, 2020).

Esta entidade se rege por um estatuto, por normas internas e pela legislação aplicável a ela, o qual possui como órgãos de deliberação superior a Assembleia Geral dos Associados, o Conselho de Administração e o Conselho Fiscal. Os Conselhos operam através de controle direto, por representação do Poder Público e da Sociedade Civil, juntamente com a direção da Associação Goiana de Integralização e Readaptação-AGIR. O Conselho da AGIR se atribui de:

Fixar o âmbito de atuação da Associação; aprovar o programa de investimentos e o orçamento geral; aprovar o regimento interno, que dispõe sobre estrutura, forma de gerenciamento, cargos e suas competências; fiscalizar o cumprimento das diretrizes e metas e contratar e dispensar os membros da Diretoria Executiva (CRER, 2020)

A AGIR proporcionou uma melhoria nesse Centro, expandindo significativamente a estrutura física que antes contava com 8.823m² para 33.275m² de área construída. A distribuição da ambiência do CRER deu-se através de:

50 consultórios, 20 leitos de UTI Adulto, 08 salas cirúrgicas, 8 leitos de recuperação Pós – Anestésica, 136 leitos de internação, 7 Ginásios de Reabilitação, 4 Piscinas de Hidroterapia, Centro de Diagnóstico, Laboratório de Marcha, Central de Materiais e Esterilização, Oficina Ortopédica, entre outros (Crer, 2020).

O CRER, através da administração AGIR, proporciona alguns parâmetros relevantes como a Missão, no intuito de oferecer excelência no atendimento à pessoa com deficiência, fundamentado no ensino e pesquisa e a Visão de ser referência nacional em reabilitação com gestão sustentável. Os Valores e Princípios são fundamentalmente:

Competência: buscar o conhecimento e o aprimoramento das habilidades, assegurando que nossas atitudes materializem os objetivos organizacionais.
Responsabilidade: adotar posturas de responsabilidade social e ambiental, que traduzam nossa dedicação e respeito à vida.
Ética: respeitar as normas com ações que denotem lealdade e transparência nas práticas cotidianas.
Renovação: revigorar continuamente nossas forças produtivas, objetivando a excelência. (CRER, 2020)

O CRER oferece ainda uma Política de Qualidade que busca “a melhoria contínua na assistência à Saúde das pessoas com deficiência, valorizando o cliente e promovendo a excelência nos processos” (Crer, 2020). Esta Política de Qualidade oferece ao cliente uma satisfação e a Promoção da gestão responsável dos recursos Institucionais, sejam eles, humanos, financeiros, patrimoniais e ambientais.

2.2 Política de Saúde

As mudanças ocorridas nas últimas décadas do século XX, em decorrência da crise capitalista, introduziram novas tecnologias com a utilização da robótica e microeletrônica que flexibilizaram produção, processo e mercado de trabalho. (IAMAMOTO,1999). A reestruturação produtiva, a globalização da economia e o neoliberalismo têm levado a transformações no processo de acumulação de capital em que a sociabilidade do capital ganha proporções devido à globalização financeira. Sob a ótica do neoliberalismo o Estado passa a reduzir seus investimentos no campo social, diminuindo sua intervenção nas políticas sociais, o que significa que o Estado é mínimo para as ações sociais.

Tem-se que “para a política social, a grande orientação é a focalização das ações, com estímulo a fundos sociais de emergência”. (BEHRING, 1998, p.187) Diante do exposto, a política de saúde tem sido colocada em segundo plano, recebendo um percentual mínimo de recursos públicos, o que tem dificultado a implementação do que foi idealizado no movimento de Reforma Sanitária.



Este Movimento teve como marco a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, em Brasília/DF, cujo temário central foi: I) A saúde como direito inerente à personalidade; II) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, em consonância com os princípios de integração orgânico institucional, descentralização, universalização e participação, redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, estados, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; III) Financiamento setorial (BRASIL, 1987).

Apesar dos avanços legais relativos à saúde garantidos pela Constituição Brasileira promulgada em 1988 e percebidos em seu artigo 196 que dispõe a saúde como direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988), da implantação do SUS nos anos de 1990 e pelas leis 8.080 de 19 de setembro de 1990 e 8.142 de 28 de dezembro de 1990, não se tem a materialização da política de saúde, consubstanciada nos dispositivos legais, o que se pode perceber diante do cenário de instituições públicas, que aponta limites na efetivação de direitos garantidos legalmente.

A política de saúde implementada na Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia tem como missão cuidar de forma integral da saúde do cidadão/cidadã, assegurando seus direitos e respeitando as diversidades em concordância com a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90 e 8142/90), que apresenta como princípios e diretrizes a universalidade do acesso aos serviços de saúde, a integralidade e a equidade na atenção, vigilância, prevenção e promoção da saúde.

Tem como um dos objetivos continuar a promover a saúde da população, garantindo acesso humanizado, resolutivo e de qualidade conforme os princípios do SUS, entendendo que a participação dos vários segmentos no processo de planejamento não finaliza com a apresentação desse instrumento, mas sim com a proposta de avaliação e monitoramento das ações, com efetiva participação de todos os envolvidos.

Ao se tratar do Sistema Único de Saúde (SUS), vale ressaltar que é um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo. Composto pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios, conforme determina a Constituição Federal, cada um tem suas corresponsabilidades. O SUS abrange desde um atendimento primário como por exemplo aferição de pressão arterial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito a toda a população do país.

A participação na gestão das ações e dos serviços da saúde conta com três esferas da Federação: a União, os Estados e os municípios. As ações e os serviços do SUS



englobam: “a atenção primária, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica”. (SAÚDE GOV, 2019)

Como destacado anteriormente, a Constituição Federal de 1988 garantiu a Saúde como direito de todos e dever do Estado. Antes, o sistema de saúde prestava assistência apenas aos trabalhadores vinculados à Previdência Social e os demais deveriam recorrer às entidades filantrópicas.

Portanto, entende-se que a Política de Saúde sofreu avanços nas últimas décadas, por se tratar de um país em desenvolvimento, tão desigual e com tantas contradições, porém a saúde no Brasil é um sistema universal, com valores de igualdade, democracia e justiça social.

2.3 Equipe Multiprofissional

A equipe Multiprofissional é um grupo de diversos profissionais com abordagens diferenciadas, porém trabalham juntos em prol de um único objetivo: Visar o paciente como um todo de forma humanizada.

O trabalho para ser eficaz necessita de um conhecimento geral por parte de todos os profissionais inseridos nesse objetivo, independente da clínica que for tratar, ou seja, se faz imprescindível que os profissionais, sejam eles Médicos, Enfermeiros, Psicólogos, Assistentes Sociais, Fisioterapeutas, Nutricionistas, Terapeutas Ocupacionais e até mesmo a Ouvidoria e Gestores, tenham conhecimento dessa necessária atuação dos profissionais como um grupo juntamente aos pacientes e seus familiares.

A Equipe deve buscar novos conhecimentos e trocas de informações entre eles (grupo) para proporcionar ao paciente um atendimento mais completo e digno. Tem um papel primordial no tratamento do paciente, sendo assim, deve haver uma interação e troca de experiências entre a equipe como um todo, fazendo-se necessário, uma harmonia de todos os setores da Instituição.

2.4 Relatos de experiência do Serviço Social no Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – CRER.

O assistente social independentemente do espaço sócio ocupacional no qual venha atuar, suas ações, atribuições e fazeres, devem ser orientados pela Lei de regulamentação Profissional, bem como, pelo Código de Ética Profissional, que trata sobre os direitos e deveres desta categoria.

O Serviço Social dispõe de um amplo campo de atuação, contudo, o assistente social deve ter uma postura responsável e coerente, levando-o a desempenhar sua atividade profissional de acordo com a ética e formação profissional. O trabalho torna-se mais exigente, uma vez que o assistente social está na produção evolutiva do capital, precisa ter um perfil analítico, consciente, ético-moral com atributos que lhe permita agir eticamente com capacidade de responder por seus atos (BARROCO, 2012).

O assistente social atua nas relações entre as classes, agindo por meios interventivos, colocando-se num “posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática” (CFESS, 2010).

Faz parte da atuação destes profissionais, inseridos nos hospitais, ter uma linguagem diferenciada, um simples exemplo é o termo usuário, que passa a ser chamado de paciente, e em alguns casos, pelo número do leito. Os assistentes sociais atuam em diversos espaços sócio ocupacionais na área da saúde, no referente ao espaço ocupacional no hospital, conforme descreve (BRAVO, 2009, p.29) é um profissional:

Colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios. Para tanto, o profissional utiliza-se das seguintes ações: plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientações previdenciárias.

Para o desenvolvimento da prática profissional do assistente social no CRER faz-se necessário: formação acadêmica em serviço social, situação regular junto ao Conselho da categoria na região e experiência em ambiente hospitalar.

Dentre as demandas do serviço social na Instituição estão: Acolhida/Anamnese Social que se trata da busca para identificar a realidade socioeconômica e sanitária dos pacientes, a fim de desvendar as questões sociais que possam impactar ou paralisar o tratamento, reforçando a importância da participação familiar neste processo e trabalhando os determinantes sociais da saúde dos pacientes, familiares e acompanhantes; Alta sendo através de atendimentos individuais ou coletivos, que é o momento em que após liberada alta pelo médico responsável, sinalizando via sistema, os profissionais que compõem a equipe multiprofissional seja dos postos (clínico, cirúrgico ou reabilitação) ou mesmo da UTI, se reúnem para tratar das particularidades individuais de cada paciente que irá de alta, e o



serviço social que já vem acompanhando o processo, realiza as buscas dos possíveis encaminhamentos proporcionando ao paciente uma alta segura e qualificada; Orientações acerca de seus direitos sociais, tais como: Benefícios de Prestação Continuada – BPC, de acordo com os critérios definidos na Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS para a concessão do benefício; compra de veículo com isenção de IPI, ICMS e IPVA conforme regras da Receita Federal e Secretaria da Fazenda Estadual; Passe Livre Municipal, Intermunicipal e Interestadual conforme legislação das Três Esferas; acompanhamento da visita dos familiares na UTI em conjunto com a Psicologia; visita social para pacientes admitidos para repasse das Normas e rotinas do CRER, além do levantamento das demandas sociais; contatos com as Secretarias Municipais de Saúde em Goiás para encaminhamentos de demandas/ pendências, otimizando a alta hospitalar, na perspectiva que o paciente seja acompanhado por uma rede de serviços após a saída da instituição hospitalar; Atendimento domiciliar através do Serviço de Atenção Domiciliar, chamado dentro da instituição de CRER EM CASA sendo realizado uma Avaliação quanto a aderência, participação, tudo que diz respeito a família/cuidador do paciente, sendo realizado visitas domiciliares quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social e/ou demais profissionais que solicitam intervenção deste setor; e emissões de relatórios sociais para encaminhamentos em geral: casa de apoio, abrigos, entre outros, solicitação de acompanhamento e suporte por parte dos Conselhos do Idoso, Tutelar, CRAS ou CREAS.

De acordo com o CFESS/ CRESS (2010) as principais ações a serem desenvolvidas pelo assistente social são:

- democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária;
- construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários, bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde;
- enfatizar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes por meio das abordagens individual e/ou grupal;
- facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação;
- conhecer a realidade do usuário por meio da realização de visitas domiciliares, quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos mesmos e esclarecendo os seus objetivos profissionais;
- conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social.
- fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde;

- organizar, normatizar e sistematizar o cotidiano do trabalho profissional por meio da criação e implementação de protocolos e rotinas de ação;
- formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários por meio do registro no prontuário único, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas em material de uso exclusivo do Serviço Social;
- elaborar estudos socioeconômicos dos usuários e suas famílias, com vistas a subsidiar na construção de laudos e pareceres sociais a perspectiva de garantia de direitos e de acesso aos serviços sociais e de saúde;
- buscar garantir o direito do usuário ao acesso aos serviços;
- emitir manifestação técnica em matéria de serviço social, em pareceres individuais ou conjuntos, observando o disposto na Resolução CFESS nº 557/2009.

Ainda, de acordo com o CFESS/CRESS, 2010 cabe a nós profissionais registrar os atendimentos sociais no prontuário único, com objetivo de formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas no prontuário social.

Entre os desafios observados como profissional nesta Instituição, destacamos alguns que consideramos de maior relevância para o assistente social, seja: Conhecer seus próprios limites e ter autocontrole; saber lidar com a ansiedade e angústia do paciente frente a um ambiente desconhecido; tentar situar paciente e família neste momento de mudanças para a vida de ambos; ter consciência que muitas vezes a família do paciente internado se transforma dependente do serviço, necessitando tanto de atendimento quanto o paciente; ter clareza que cada indivíduo é único e necessita de atenção específica para seu caso; ser ponte entre o paciente, família, Instituição e demais profissionais da área; saber como agir em casos de morte do paciente, agindo profissionalmente, porém, não se mostrando indiferente ao sofrimento da família.

Além de prestar todo o apoio e serviços do Setor, o assistente social também trabalha conscientizando os pacientes e familiares sobre as rotinas e normas da Instituição, ainda dispondo de atribuições específicas na área da saúde, o que constitui um instrumento importante na construção de estratégias para o exercício profissional e na busca de alternativas visando o entendimento das necessidades sociais apresentadas pelos usuários nos serviços de saúde.

3. CONCLUSÃO

Conclui - se que, para o sucesso na efetivação do agir profissional na busca do atendimento qualificado, interventivo, investigativo, é necessária a inserção e permanência neste setor sem perder de vista os princípios da ética profissional e a perspectiva de



transformação da ordem social vigente, onde se faz necessário também o engajamento de toda equipe multiprofissional, além da família (em alguns casos) e Estado proporcionando melhoria nos atendimentos via rede SUS – Sistema Único de Saúde.

A inserção do Assistente Social junto à equipe multiprofissional, ainda entre os diferentes espaços desta Instituição em referência (CRER), seja na Unidade de Terapia Intensiva – UTI ou mesmo nos postos – Clínico, Cirúrgico e Reabilitação, proporciona uma assistência humanizada e de qualidade aos usuários e familiares, considerando os direitos e necessidades de saúde destes.

O Serviço Social que realiza o acolhimento aos familiares dos pacientes, o acompanhamento social, a visita aos leitos (UTI e postos) para realização de atendimentos às demandas dos pacientes, no encaminhamento à rede sócio assistencial, na comunicação de alta, democratizando as informações, na desburocratização do acesso aos serviços, dentre outras atividades inerentes a essa categoria profissional.

Entende-se que o Assistente Social tem um olhar diferenciado sobre a realidade social e as condições de vida dos pacientes e seus familiares, possibilitando ainda considerar em sua singularidade e totalidade, imerso nas determinações micro e macrossociais, assim como, no intuito de contribuir para uma integração dos saberes das diferentes áreas de conhecimento e intervenção articulada que considere o paciente como sujeito de direitos, sob a ótica da integralidade da assistência.

Portanto, é fundamental, a inserção deste profissional em uma equipe multiprofissional no sentido de que o (a) Assistente Social junto a outros profissionais possa contribuir para uma assistência humanizada e de qualidade aos usuários e seus familiares, tendo como principal objetivo a atuação junto as demandas sociais que interferem ou influenciam na saúde do paciente.



REFERÊNCIAS

- BARROCO, Maria Lucia Silva. Código de Ética do/a Assistente Social comentado. São Paulo. Cortez 2012.
- BEHRING, Elaine Rosseti. Política social no capitalismo tardio. São Paulo, Cortez, 1998.
- BRASIL. Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde, 1987.
- _____. Constituição Federal. Brasília: Centro Gráfico do Senado, 1988.
- _____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- _____. 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.
- BRAVO, Maria Inês Souza. Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1996.
- BRAVO, M. Inês. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et al (Orgs.) SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: Formação e Trabalho Profissional 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.
- CONSELHO, Federal do Serviço Social. Parâmetros para atuação do assistente social: divisão preliminar. Brasília: CFESS, 2010.
- CRER, 2020.
- Disponível em: <<https://www.agirsaude.org.br/category/crer/>>. Acesso em: 05 jan. 2020.
- IAMAMOTO, Marilda Vilela. O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 2. ed., São Paulo: Cortez, 1999.
- SAÚDE GOV, 2019.
- Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>>. Acesso em 20 nov. 2019.



A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA/ SAE A PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS

Raquel Maíra Dos Santos Alves Militão (UFRJ - Universidade Federal Do Rio De Janeiro).

RESUMO: Este trabalho visa socializar como se dá atuação das assistentes sociais no atendimento a pessoas que vivem com HIV/AIDS. Discutiremos como acontece a intervenção nas demandas sociais recebidas no Serviço Social. Percebemos que o Serviço Social do SAE vem se configurando na perspectiva do fortalecimento do SUS, na concepção da saúde como direito de todos e dever do Estado.

PALAVRAS-CHAVE: Atuação; Demandas; HIV; Serviço Social.

ABSTRACT: This work aims to socialize how is performance of social workers in the care of people living with HIV / AIDS. We will discuss how happens intervention in social demands received in Social Work. We realize that the SAE Social Services has represented in the SUS strengthening perspective, the conception of health as a right of all and duty of the State.

KEYWORDS: Performance; Demands; HIV; Social Service.

1. INTRODUÇÃO

Para além da difusão de informações, ainda é insuficiente a discussão acerca do conjunto de problemáticas sociais e de saúde pública que estão por trás de cada abordagem conservadora e moralista sobre a AIDS, havendo muito a se revelar sobre alguns de seus aspectos, tais como: as práticas com hemoderivados; a forte e histórica discriminação dos grupos homossexuais, considerados “grupos de risco”; o turismo sexual etc. Mais importante ainda é que os estudos existentes pouco relacionam o fenômeno às tendências político-econômicas através das quais se desenvolveu a trajetória da AIDS ao longo das últimas quatro décadas, considerando todas as reconfigurações do capitalismo contemporâneo e suas repercussões nas múltiplas dimensões da vida social, o que nos faz destacar uma alteração considerável no perfil social da infecção pelo HIV, que vem atingindo cada vez mais a população mais pauperizada.

O fato é que entender a história da epidemia de HIV/AIDS²⁴⁰ passa pela análise do contexto sócio histórico das políticas públicas de enfrentamento das epidemias no Brasil, a partir de seus determinantes políticos e econômicos. Importante avançar para além da “história natural” da doença pensando que, nos termos de Galvão (2000, p.17) “[...] não há uma resposta médico-terapêutica para a AIDS, dissociada do cenário social mais amplo”. Isso porque as respostas à AIDS, sejam governamentais ou não governamentais, sempre fizeram parte do cenário macro do país, com fortes incidências da formação social brasileira e das formas históricas de enfrentamento político de questões relacionadas à saúde pública, dentre as quais aqueles referentes às grandes epidemias. É esta constatação que torna relevante uma apreensão histórico-política das respostas institucionais direcionadas à epidemia de AIDS no Brasil.

Não há exata delimitação do surgimento da doença, mas segundo Parker e Galvão (1996), os primeiros casos da AIDS foram descritos no ano de 1981. Inicialmente, detectou-se o aparecimento de uma deficiência da imunidade celular em homens jovens. Logo foram notificados casos em mulheres e crianças e, com o aparecimento de casos entre hemofílicos e transfundidos e depois entre usuários de drogas endovenosas, estabeleceu-se uma correlação direta com a transmissão sanguínea.

²⁴⁰ Sigla utilizada para a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida/AIDS (da origem em inglês: *Acquired Immunodeficiency Syndrome* - AIDS), é uma doença do sistema imunológico humano causada pelo vírus da imunodeficiência humana - HIV.

De acordo com o Ministério da Saúde (2018), a sigla HIV se refere ao Vírus da Imunodeficiência Humana. Causador da AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), ataca o sistema imunológico, responsável por defender o organismo de doenças. As células mais atingidas são os linfócitos T CD4+²⁴¹. E é alterando o DNA dessa célula que o HIV faz cópias de si mesmo. Depois de se multiplicar, rompe os linfócitos em busca de outros para continuar a infecção.

Desde sua descoberta, na década de 1980, o HIV mereceu atenção especial. Primeiro por sua alta taxa de mortalidade, depois pela infecção rápida e desgovernada e a seguir por sua ausência de cura. (KAHHALE ET AL, 2010, p. 26).

A AIDS foi, inicialmente, associada de forma estigmatizadora, a grupos de “risco”, tais como homossexuais, profissionais do sexo, dependentes químicos e hemofílicos, localizados em grandes centros urbanos. O resultado desta associação foi disseminar a falsa noção de que os que não “pertenciam” a estes grupos estariam a salvo da AIDS. Salientando que a AIDS diferencia-se drasticamente de outras epidemias pelas suas dimensões biológicas, psicológicas, sociais e econômicas, necessidades específicas que diferenciam o enfrentamento dessa doença na história da humanidade (MANN, 1993).

Além da carga física da doença, há um forte impacto psicológico na vida da pessoa que vive com HIV, que envolve a identificação dessa condição e o início do tratamento. A condição de HIV+ alia-se a crenças negativas e de fragilização dos sujeitos, incorporando sentimentos autodepreciativos relativos à morte, ao “fim da vida”, “sujeira”, “menos-valia”, culpa pela infecção, impossibilidade de conseguir relacionamento afetivo/amoroso, autoisolamento, dentre outros (KAHHALE ET AL, 2010).

Aliado aos confusos sentimentos – muitos deles provocados pela discriminação e preconceito – uma série de reações psicossociais também se manifestam, tais como: ansiedade e medo, perda da esperança, fatalismo, negação, sensação de falta de controle ou tentativa de racionalizar o controle das variáveis referentes ao tratamento, falta de desejo sexual/libido, tristeza, depressão.

A existência de tais questões faz com que muitas pessoas que vivem com HIV/AIDS caminhem solitária e silenciosamente, limitadas em suas possibilidades de direitos e de acesso aos meios de proteção, promoção e assistência, obrigando-as muitas vezes a

²⁴¹ Linfócitos T CD4+ é um leucócito que atua ativando e estimulando outros leucócitos a se multiplicarem e atacarem antígenos. Assim, coordenam a resposta imune. Os Linfócitos T CD4+ são as células atingidas pelo vírus HIV, causador da AIDS, por isso a doença torna o organismo vulnerável à infecções oportunistas.

esconder sua condição sorológica pelo medo de se expor e de padecer de preconceito ou discriminação, respostas provocadas pelo estigma. (KAHHALE ET AL, 2010)

Essa problemática deve ser, sobretudo, enfrentada no tratamento, principalmente, entendendo e respeitando a legitimidade das reações subjetivas dos usuários frente ao diagnóstico do HIV positivo, apreendendo suas queixas como componentes da complexidade humana.

No que se refere ao tratamento do HIV, é importante situar historicamente como se construíram esses serviços. Considerando que é dever do Estado combater epidemias com prevenção e tratamento, tem-se que, inicialmente, os serviços ofertados aos primeiros pacientes de HIV/AIDS no Brasil para o enfrentamento da epidemia, se deu nos hospitais gerais, pois de acordo com Fonseca (1994), tais locais se constituíram como espaço privilegiado para a assistência ao paciente de HIV/AIDS, em especial os Hospitais Universitários.

A situação aconteceu dessa forma porque naquela época, início da década de 80, a alta mortalidade atribuída à AIDS ainda se constituía num estigma que desestimulava outros serviços a se envolverem com o tratamento. “Frente a uma doença com processo clínico envolvendo grande sofrimento e tendo a morte como insígnia, os serviços exclusivamente ambulatoriais creditaram aos hospitais a responsabilidade sobre o acolhimento da demanda” (SCHILKOWSKY, 2008 APUD FONSECA, 1994, p.02).

Na década de 90, em função das diversas mudanças ocorridas no que diz respeito à história natural da infecção pelo HIV/AIDS, houve uma alteração na forma de tratamento. Observou-se que a AIDS assumiu a característica de doença crônica.

Ocorreu a diminuição da necessidade de internação dos pacientes e aumentou significativamente a demanda por serviços ambulatoriais. Desta forma, os serviços ambulatoriais se constituíram nos espaços mais adequados para o tratamento desses pacientes também pela natureza dos procedimentos envolvidos.

Ainda nos anos 90, o Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde propõe como estratégia a criação de outras maneiras de assistência à AIDS. Surgem os conceitos de: Serviço de Assistência Especializada (SAE), de caráter ambulatorial; de Hospital-Dia (H-D), com a proposta de oferecer procedimentos em caráter de semi-internação, como a administração de medicamentos, a realização de transfusões sanguíneas e de procedimentos diagnósticos e os Serviços de Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT), que possibilitariam ao paciente receber cuidados especiais da equipe de saúde em seu domicílio. Para esta



proposta acontecer, realizou-se inúmeros treinamentos e capacitações, atingindo profissionais de todo o Brasil.

No ano de 1992, no Rio de Janeiro, iniciou-se o atendimento às pessoas vivendo com HIV/AIDS nos Centros Municipais de Saúde (CMS). Segundo Schilkowsky (2008), o número de unidades envolvidas foi aumentando rápida e progressivamente: no primeiro semestre de 1993 eram 8 e, no ano seguinte, 15 os CMS a prestarem assistência aos novos e cada vez mais numerosos casos que procuravam estes serviços.

Nos dias de hoje, o cenário da rede de assistência ambulatorial do município compreende todos os Centros Municipais de Saúde, Postos de Assistência Médica (PAM) e Clínicas da Família, além dos serviços existentes em praticamente todos os Hospitais Gerais e Universitários e os Serviços de Assistência Especializada.

Segundo o Ministério da Saúde, os SAE consistem em “unidades assistenciais, de caráter ambulatorial, que fixam o paciente HIV/AIDS a uma equipe que o acompanhará ao longo de sua enfermidade” (BRASIL, 1994).

Dentro desse contexto, fizeram parte das recomendações do Ministério da Saúde para o tratamento do HIV/AIDS, a criação dos serviços ambulatoriais em HIV/AIDS. Tratam-se de serviços de saúde que realizam ações de assistência, prevenção e tratamento às pessoas vivendo com HIV/AIDS. Estes serviços possuem diferentes configurações institucionais: são ambulatorios gerais ou de especialidades, ambulatorios de hospitais, unidades básicas de saúde, postos de saúde, policlínicas e serviços de assistência especializados (SAE) em Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e HIV/AIDS.

Algumas de suas atividades principais são: cuidados de enfermagem; orientação e apoio psicológico; orientação e encaminhamentos sociais, atendimentos em infectologia, pediátrico, nutricional; controle e distribuição de antirretrovirais; orientações farmacêuticas, realização de exames de monitoramento; distribuição de insumos de prevenção; atividades educativas para adesão ao tratamento e para prevenção e controle de ISTs e HIV/AIDS.

Dito isto, é importante frisar que o Serviço de Assistência Especializada/SAE a pessoa vivendo com HIV/AIDS, setor onde são desenvolvidas as atividades que serão apresentadas neste trabalho, foi fundado em 1997 e encontra-se situado no Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/HESFA. O HESFA apresenta-se como unidade acadêmica docente-assistencial e integra hoje o Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ tendo a missão de atender com qualidade as demandas peculiares da Atenção Básica de Saúde (ABS) e dos Programas de Saúde da Família (PSF) e outros Programas

específicos de saúde, de âmbito preventivo e ambulatorial, dentro de uma perspectiva acadêmica enquanto Hospital Universitário. Desenvolve ações e atividades de Ensino, Pesquisa e Extensão dentro de uma perspectiva multidisciplinar e integrada.

Dentro desse contexto, se faz necessário pontuar que a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196 afirma que:

A saúde é 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. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988)

O artigo acima se enquadra no perfil do HESFA enquanto unidade de saúde e do SAE enquanto setor desta unidade de saúde, pois o mesmo busca atender às necessidades da população no âmbito da saúde de forma universal e igualitária, garantindo o exercício do direito ao atendimento hospitalar dos usuários. Tendo como objetivo atingir os padrões de qualidade para o setor saúde, bem como um atendimento humanizado respaldado nos direitos humanos e de acordo com as leis impostas pela Constituição Federal.

O SAE tem como objetivos prestar assistência integral ao paciente que vive com HIV/AIDS nos diversos estágios da doença; promover atividades de educação e prevenção de DST/AIDS; oferecer campo para ensino, pesquisa e extensão; realizar acompanhamento médico, psicossocial, nutricional e de enfermagem; reduzir a necessidade de internação hospitalar, em função de intervenção clínica precoce; estabelecer sistema de referência e contra referência com a rede SUS, que permita a continuidade do atendimento prestado pelo SAE em níveis mais complexos, de forma mais ágil e eficiente.

Atualmente a equipe multiprofissional é composta por três médicos infectologistas, uma enfermeira, uma psicóloga, uma nutricionista, duas assistentes sociais, três técnicas de enfermagem, dois auxiliares administrativos e uma estagiária em Serviço Social, que tem o setor como campo de estágio curricular obrigatório.

As atividades desempenhadas apresentam um enfoque de atendimento multidisciplinar e conta hoje com 900 prontuários ativos, entre adolescentes e adultos. A média de atendimento mensal é de 296 usuários.

Assim, a partir da proposta de socialização de experiências, este trabalho visa discutir a atuação das assistentes sociais no atendimento à pessoa vivendo com HIV/AIDS, considerando a análise específica da realidade de trabalho no Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS – SAE.

Procuramos apresentar a atuação do assistente social neste campo, num breve quadro descritivo. Para tal, passamos pela reflexão acerca da prática profissional do assistente social na saúde, numa atuação propositiva para o desenvolvimento de ações de intervenção profissional, a partir da sua leitura da realidade nas dimensões sociais, políticas, ideológicas, culturais e econômicas. Desta forma, trabalhando os determinantes sociais da saúde dos usuários e sua rede social de apoio e ainda respeitando os aspectos preconizados no Código de Ética do Serviço Social e do Projeto Ético-Político do Serviço Social.

2. INSERÇÃO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL

O conhecimento sobre essa realidade torna-se fundamental para situar o Serviço Social no contexto da política social de saúde, especialmente nesse campo de atenção à pessoa vivendo com HIV/AIDS. A análise e interpretação do trabalho profissional no âmbito institucional e suas propostas de enfrentamento da “questão social” só se tornam possíveis se reconhecida a realidade social em que atua o profissional, considerando seus determinantes políticos, econômicos, culturais e sociais. Alguns desses, minimamente reunidos aqui como parte do conjunto de conhecimentos que ajudam a explicar a realidade e subsidiar as estratégias de ação profissional.

Para isso, é importante conhecer o significado social da profissão no processo de produção e reprodução das relações sociais. Em linhas gerais, a reprodução de um modo de vida e trabalho e as suas contradições que envolvem o cotidiano da vida social. Conhecer, numa perspectiva crítica e de totalidade, as relações que produzem a vida material e a consciência (vida espiritual) dos sujeitos – como os homens pensam e se posicionam na sociedade, que passa pela leitura e interpretação da realidade em que atua a partir de uma perspectiva crítica e de totalidade que considere: os sujeitos sociais envolvidos, as lutas sociais, as relações de poder e os antagonismos de classe. (IMAMAMOTO, 2009)

O assistente social atua na formulação, planejamento e execução de políticas sociais, na perspectiva da defesa e ampliação dos direitos da população usuária dos serviços, a partir de ações predominantemente socioeducativas, com forte ocupação no Estado no âmbito das políticas públicas.

Cada espaço de trabalho do profissional é dotado de racionalidade e funções distintas, relações sociais particulares e sujeitos sociais diferentes. Assim, “[...] as incidências do trabalho profissional na sociedade não dependem apenas da atuação isolada do assistente

social, mas do conjunto das relações e condições sociais por meio das quais ele se realiza” (IAMAMOTO, 2009, p. 19).

Na política de enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS, o Serviço Social apresenta uma proposta de trabalho voltada para a abordagem socioeducativa, mas com dimensões assistenciais e de prevenção contribuindo para a melhoria do acesso ao serviço de saúde e na luta pela garantia dos direitos dos pacientes.

O Serviço Social desenvolve ações como: orientações ao indivíduo e suas famílias e grupos; acompanhamento da integralidade dos cuidados em saúde; promoção da integração dos serviços oferecidos pelo SAE. Realiza orientação individual e em grupo; entrevista, estudos e laudos sociais; acompanhamento de situações de saúde e sócio assistenciais dos usuários e seus familiares; promoção da integração dos serviços oferecidos pelo SAE, facilitando o acesso do usuário; assessoria em Serviço Social junto a outras instituições.

Desta forma, observa-se que o trabalho cotidiano se realiza na busca de estratégias que contribuam para:

- Buscar a participação dos usuários no processo de tratamento (continuado), contribuindo para o enfrentamento das situações cotidianas decorrentes da doença, bem como a garantia de seus direitos.
- Construir espaços coletivos que favoreçam a participação dos usuários, estimulando discussões e troca de experiências referentes ao cotidiano vivenciado, adoecimento, enfrentamento da epidemia, adesão ao tratamento e participação social.
- Desenvolver ações junto à equipe multiprofissional visando à identificação e reflexão de aspectos éticos, legais e psicossociais do processo saúde-doença.
- Estabelecer trabalho em rede junto a outras instituições de saúde e sócio assistenciais, a fim de garantir a integralidade dos cuidados e a qualidade dos serviços prestados, com forte articulação com os movimentos dos usuários²⁴².
- Buscar conhecimentos sobre o movimento da realidade, as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- Garantir o acesso dos usuários à rede de serviços e direitos de saúde ofertados, sem preconceito ou discriminação de qualquer natureza;

²⁴² O Serviço Social do SAE atua tecendo redes com: CRAS/CREAS; INSS; Secretarias Municipais de Saúde, de Assistência Social e de Transporte; Entidades Filantrópicas para pessoas vivendo com HIV/AIDS; Grupos de ajuda/ convivência para pessoas e familiares que vivem com HIV/AIDS; Programas Sociais; Academia da Universidade Estadual do Rio de Janeiro/UERJ Projeto Vida +; Agências do Vale Social e Rio Card Especial etc.

- Potencialização da participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento e defesa dos direitos sociais.

A atuação do serviço social neste campo tem colaborado para a adesão ao tratamento, a inclusão social e o acesso a benefícios dos usuários do serviço. O assistente social atua, principalmente, nos processos de entrada do usuário no serviço, identificação, acompanhamento e desligamento.

A entrada no serviço se dá com o acolhimento de novos pacientes que iniciarão o tratamento e se realiza a partir de: demanda espontânea, quando este toma conhecimento de que o serviço pode atender a uma de suas necessidades, mesmo que não crie vínculo com o serviço ou de encaminhamentos de outras instituições/serviços e/ou profissionais, que pretendem viabilizar o atendimento das necessidades.

O primeiro atendimento procura conhecer a realidade de vida dos sujeitos demandantes, contemplando os seguintes aspectos da vida social: contexto familiar e comunitário; condições habitacionais; situação de trabalho; situação previdenciária e assistencial; participação nas polícias públicas; aspectos culturais; etc.

Entre os principais recursos técnicos utilizados nesta fase, destacam-se o acolhimento, a entrevista social, o estudo social, o relatório social e o encaminhamento. Se expressa como síntese e articulação de informações que tenham interferência no seu tratamento, considerando o conceito ampliado de saúde.

O acompanhamento refere-se às ações dos assistentes sociais diretamente com os usuários em interação com os demais profissionais da equipe e outras instituições. É contínuo e se dá ao longo do tratamento, uma vez que novas informações sobre as suas condições de vida e trabalho vão sendo incorporadas ao longo do atendimento, indicando elementos para a (re) formulação de novas intervenções e subsidiando a pesquisa e o conhecimento sobre essa realidade.

As necessidades sociais dos usuários transformam-se em demandas profissionais e são reelaboradas na ótica institucional, o que exigirá competência crítica do profissional para decifrá-las e levá-las da esfera privada, estritamente individual, para uma dimensão coletiva e de fortalecimento da luta por direitos.

O Serviço Social trabalha com a perspectiva da educação em saúde, e garantia a acesso a bens e serviços que perpassam os direitos dos usuários demandantes. Muitas



vezes, atende demandas específicas relativas ao direito do adolescente, da mulher, do idoso, dos grupos LGBT, da pessoa que apresenta necessidades especiais; em sua atuação acadêmico-profissional oferece apoio técnico a pesquisas, supervisão direta de estágios em Serviço Social, tutoria e preceptoria às Residências Multiprofissionais²⁴³ bem como as ações do cotidiano da Instituição.

Refletindo um pouco a respeito das demandas levadas ao Serviço Social, concordamos com Amaral e Mota (1998, p. 25), que admitem que:

A composição e a dinâmica da intervenção das classes sociais e do Estado afetam a vida social e determinam mudanças no conjunto de práticas sociais, regulando as demandas, atribuindo ao Serviço Social a tarefa de reorganizar o trabalho, as competências e o contexto de divisão social, definindo se partem de uma necessidade real ou se são resíduos das demandas de mercado. (AMARAL E MOTA, 1998, p. 25).

Porém, de forma geral, as maiores demandas do Serviço Social referem-se a questões que dificultam ou impedem o acesso aos serviços de saúde, como: acesso a informações, orientação de benefícios e direitos, procedimento e dúvidas do tratamento das doenças, transporte e a própria falta de atendimento no que diz respeito aos outros serviços de saúde.

O conjunto de demandas e necessidades sociais apresentadas ao profissional exige deste uma competência teórico-metodológica crítica para ler a realidade e conectar a realidade particular dos pacientes ao contexto social comum em que se situam. Coloca-se aí a necessidade de situar os sujeitos na sua base social comum, combinando suas características específicas (gênero, raça-etnia, regionalidade, faixa etária, etc) à sua condição de classe social.

A competência crítica do profissional não se impõe como mera recusa ou denúncia do instituído, se apresenta como a capacidade de estabelecer um diálogo crítico com sua herança intelectual e com a auto representação, a fim de entender as tendências presentes no movimento da realidade, decifrando as manifestações particulares que incidem no campo que atua. A atuação profissional situa-se, assim, na defesa dos trabalhadores e no compromisso com a democracia, a liberdade, a igualdade e a justiça social e assume em sua direção social coletiva a luta pela afirmação dos direitos de cidadania, com projeto profissional crítico e inovador, baseado em valores e princípios radicalmente humanistas e no reconhecimento das necessidades e interesses dos sujeitos subalternizados socialmente (IAMAMOTO, 2009).

²⁴³ Destaque para as Residências Multiprofissionais em: Saúde da Mulher (HESFA/UFRJ), Saúde da Família (HESFA/UFRJ) e Saúde Materno-Infantil (Maternidade Escola/UFRJ).



O profissional deve acompanhar o movimento da história reunindo competências teórico-metodológica, ético-política e técnico-operacional capazes de decifrar o não dito e romper a aparência dos fatos, conhecer as vontades políticas dos sujeitos envolvidos.

Diante deste quadro, fica emergente a necessidade de propostas mais abrangentes que contemplem a complexidade da vida dos sujeitos, com estratégias que cheguem a populações mais atingidas pela epidemia, já que os processos de globalização propiciaram um tráfego intenso de pessoas infectadas. Tais propostas passam por:

- Fortalecer as estratégias de enfrentamento da epidemia como questão de saúde pública, com mobilização e controle social, como prevê uma política de saúde democrática;
- Romper barreiras sociais de estigma, discriminação e classe, fortalecendo as ações voltadas para os grupos sexualmente ativos (não só homossexuais masculinos), profissionais do sexo e usuários de drogas;
- Aprofundar a análise da relação entre AIDS e pauperização – já que a epidemia de HIV/AIDS vem atingindo as populações mais pauperizadas, a classe trabalhadora;
- Aprofundar a realização de estudos epidemiológicos que visem especificamente a determinação do(s) perfil(is) socioeconômicos da população afetada pelo HIV/AIDS.
- Entender o conjunto das expressões da “questão social” que perpassam o universo da epidemia de HIV/AIDS no Brasil.

Desta forma, o profissional de Serviço Social na divisão social do trabalho é chamado para “atuar nas instituições de saúde a fim de administrar a tensão existente entre as demandas dos usuários e os insuficientes recursos para a prestação dos serviços requeridos.” (OLIVAR e VIDAL, 2006, p. 149) e seu cotidiano de trabalho passa pela compreensão dos aspectos sociais, econômicos e culturais e na busca de estratégias para o enfrentamento destas questões das diversas expressões da “questão social”.

Os profissionais intervêm na dinâmica hospitalar, participando da equipe de saúde, como profissional que na divisão social e técnica do trabalho, intervêm nos aspectos sociais e nas necessidades e questões que perpassam a saúde da população e a relação paciente-família-instituição.

Cabe, portanto, ao profissional de Serviço Social demarcar seu campo e espaço de atuação dentro da unidade, fundamentando-se em seu Código de Ética profissional, na Lei que regulamenta a profissão, e se baseando no atual projeto ético-político profissional,

legitimando cada vez mais sua atuação dentro do setor, suas atribuições específicas e seus limites. Projeto este que se traduz em uma direção social de compromisso e defesa da classe trabalhadora, que atua nas expressões da “questão social”, desenvolvendo ações que possibilitem a efetivação deste projeto.

Desta forma, objetivamos contribuir para a formação da consciência crítica dos usuários, visando fortalecer sua participação na sociedade enquanto cidadãos e sujeitos da sua própria história; encaminhar providências e prestar orientação social aos pacientes e seus familiares.

Para um profissional comprometido com os interesses históricos da classe trabalhadora, diante das consequências da exploração do trabalho, que se concretiza nas diferentes expressões da questão social, coloca-se a exigência de um compromisso radical com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais; com a garantia dos direitos civis, sociais e políticos da classe trabalhadora; com a democracia e com a concretização de uma nova ordem social sem dominação-exploração de classe, etnia e gênero, numa articulação clara com as forças sociais, locais, regionais, nacionais e internacionais que compactuam com essa direção social.²⁴⁴.

3. CONCLUSÃO

A atuação do Serviço Social na equipe do SAE busca formular estratégias que vislumbrem reforçar experiências no setor que efetivem o direito social à saúde, articulando-se ao projeto da reforma sanitária e compromissado com os valores do código de ética da profissão.

Apesar dos limites institucionais sua proposta de trabalho busca dar respostas às demandas apresentadas construindo constantemente novos espaços de legitimação profissional e defesa dos direitos dos usuários. Com isso, procura atuar na perspectiva de fortalecimento do SUS, na concepção da saúde como direito de todos e dever do Estado, buscando demarcar suas atribuições dentro de seus princípios e diretrizes.

Na atualidade, as condições de pobreza estão cada vez mais acentuadas no cenário da epidemia de HIV/AIDS. Para além da segregação de classe, carrega desde seu surgimento, exacerbado preconceito, discriminação e restrições em sua sociabilidade, que

²⁴⁴ Princípios que constam no Código de Ética do Assistente Social.



caminha para o isolamento social ou formação de círculos sociais ligados à doença. Tais problemas acabam sendo potencializados pela condição de classe, repercutindo fortemente no tratamento.

Os processos sociais no campo da saúde não escapam das tendências mais amplas de relação entre política social e capitalismo, na relação mais ampla Estado-Sociedade, como uma realidade complexa e contraditória. Reafirma-se a via redistributivista ou compensatória como solução da desigualdade social e modalidade de enfrentamento das expressões da “questão social”, o que desconsidera seus limites, já que a natureza do modo de produção capitalista não prevê esta separação entre a esfera da produção e a vontade política (BEHRING, 1998). Aliados a esse conjunto de determinantes, os processos neoliberais confrontam os valores humanistas e seguem com uma força reguladora de lógica mercantil que envolve diferentes modalidades profissionais, inclusive as que se situam no campo da saúde.

Diante desta realidade é que o Assistente Social é chamado a dar respostas profissionais, sendo demandado a colocar em cena seus fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos e os procedimentos técnico-operativos, numa ação profissional que incorpora em sua face e conteúdo, elementos de um determinado momento histórico. Os desafios à profissão se situam fortemente no tensionamento entre necessidades sociais e possibilidades concretas de atendimento, sendo chamada a atuar nas manifestações da “questão social” que se expressam de forma transversal e na política de saúde, reunindo um conjunto de condições sociais que colaboram para determinar as condições de saúde das populações.

Compreendemos que tais questões podem ser analisadas de modo mais profundo se a tomarmos a partir de uma perspectiva macrosocial baseada numa análise crítica das relações sociais nas quais estão inseridas. Assim, podemos apreendê-las como mais uma expressão da “questão social” e de suas múltiplas determinações, caminho que acreditamos ser capaz de dar respostas aos desafios contemporâneos que envolvem o problema.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, Ângela Santana; MOTA, Ana Elizabete. **Reestruturação do capital, fragmentação do trabalho e Serviço Social**. In MOTA, Ana Elizabete. (Org.). **A nova fábrica de consensos**. Ensaios sobre a reestruturação empresarial, o trabalho e as demandas ao Serviço Social. São Paulo: Cortez, 1998.
- BEHRING, Elaine Rossetti. **Política Social no capitalismo tardio**. São Paulo: Cortez, 1998.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988.
- FONSECA, A. F. **Avaliação da Atenção a Pessoas com HIV/AIDS em Centros Municipais de Saúde-Rio de Janeiro**. Dissertação de Mestrado. ENSP. FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 1994.
- GALVÃO, Jane. **AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia**. Rio de Janeiro/São Paulo: ABIA/Editora 34, 2000.
- Histórico do Hospital Escola São Francisco de Assis**. Disponível em: <<http://www.hesfa.ufrj.br/indexhist.html>> Acesso em: 20 março 2019.
- IAMAMOTO, Marilda Villela e CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil**. 20. ed. São Paulo: Cortez, 2007.
- IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na cena contemporânea**. In: CFESS/ABEPSS. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.
- KAHHALE, E. P. et al. **HIV/Aids: enfrentando o sofrimento psíquico**. São Paulo: Cortez, 2010.
- MANN, J.[et al]. **A Aids no mundo**. Tradução: José Stalin Pedrosa e Lilá Rossi. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993.
- PARKER, R.; GALVÃO J. (ORG.). **Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume – Dumará: ABIA: IMS/UERJ, 1996.
- Relatório semestral de atividades do Serviço Social no SAE**, Hospital Escola São Francisco de Assis. Rio de Janeiro, 2019.
- VASCONCELOS, Ana Maria. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2009.
- _____. **Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde**. In MOTA, A. E. et al (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.
- SCHILKOWSKY, L. B. **As dimensões material, imaginária e simbólica do abandono de tratamento de HIV/AIDS: um estudo de caso em um Serviço de Assistência Especializada no município do Rio de Janeiro**. Dissertação de Mestrado. ENSP. FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2008.

A INTEGRALIDADE EM SAÚDE E O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ALTACOMPLEXIDADE

Renata De Sá Costa (Instituto Nacional De Cancer Inca)

Renata De Sá Costa – renatasa.costa@yahoo.com.br

RESUMO: O presente trabalho é fruto de TCC e tem por objetivo tecer reflexões acerca do princípio da integralidade na atuação de Assistentes Sociais de uma unidade de saúde de alta complexidade do SUS. Realizamos pesquisa bibliográfica sobre a trajetória da Saúde no Brasil e entrevistas com Assistentes Sociais. Apontamos a relação entre Saúde e Serviço Social e sua articulação entre Reforma Sanitária e o Projeto Ético Político da profissão. Por fim, relataremos os dados das entrevistas realizadas que buscaram analisar como se materializa o princípio da Integralidade no cotidiano profissional, bem como seus limites e possibilidades, para uma atuação ética.

Palavras- chave: SUS- Integralidade- Serviço Social- Alta Complexidade.

ABSTRACT: This work is the result of TCC and aims to reflect on the principle of integrality in the work of Social Workers in a high complexity health unit in SUS. We conducted bibliographic research on the trajectory of Health in Brazil and interviews with Social Workers. We point out the relationship between Health and Social Work and its articulation between Health Reform and the profession's Political Ethical Project. Finally, we will report the data from the interviews carried out that sought to analyze how the principle of Integrality materializes in daily professional life, as well as its limits and possibilities, for an ethical acting.

Keywords: SUS- Integrality- Social Work- High Complexity.

1- INTRODUÇÃO

O presente trabalho é fruto de um trabalho de conclusão de curso e visa entender como se materializa o princípio da Integralidade na alta complexidade²⁴⁵, com base na experiência de estágio curricular no em unidade de saúde de alta complexidade localizada no município do Rio de Janeiro a partir da atuação dos assistentes sociais da instituição. Bem como conhecer os desafios que os profissionais encontram no cotidiano para viabilizar e garantir esse princípio do SUS, bem como as possibilidades para uma atuação mediada pelo Projeto Ético Político do Serviço Social.

O campo onde ocorreu a pesquisa foi uma unidade de alta complexidade do Sistema Único de Saúde, onde realizamos estágio curricular supervisionado obrigatório. É uma instituição de referência no tratamento de doenças cardíacas de alta complexidade de adultos e crianças.

O dia a dia numa instituição de saúde, com destaque para uma de alta complexidade, mostra o quanto algumas doenças podem ser evitadas de chegar a alta complexidade, se diagnosticadas na Atenção Primária de Saúde, ou seja, as ações de saúde devem ser voltadas não somente para a cura, mas sim com foco na prevenção e promoção da saúde, o que preconiza o princípio da Integralidade.²⁴⁶

Na prática não é o que acontece, os usuários não são vistos em sua forma integral, mas sim fragmentada. Deste modo, as ações muitas vezes são curativas e não preventivas e, no caso da alta complexidade, os casos já são cirúrgicos, e vemos no dia a dia que algumas situações poderiam ser evitadas se tratadas precocemente. Por exemplo, a principal causa que leva os usuários à cirurgia de troca valvar é a Febre Reumática, causada na infância, e que se fosse tratada e diagnosticada na Atenção Básica, não levaria esse usuário até o atendimento de alta complexidade. E o Assistente Social inserido nesse lógica fragmentada precisa sempre estar atento para para viabilizar os direitos sociais através de um atendimento integral. A partir dessa reflexão, realizamos uma pesquisa com Assistentes Sociais com o objetivo de identificar como percebiam a integralidade em saúde a partir do seu atendimento.

²⁴⁵ O SUS **hierarquiza** o sistema público de saúde em três níveis: baixa (unidades básicas de saúde), média (hospitais secundários e ambulatórios de especialidades) e alta complexidade (hospitais terciários), de acordo com o quadro clínico do usuário, o mesmo é encaminhado através da Central de Regulação de Vagas (SISREG) ou pelo Sistema Estadual de Vagas (SER) para uma unidade especializada.

²⁴⁶ Cabe- nos destacar que o presente trabalho apesar de focar no princípio da integralidade, todos os princípios doutrinários como a universalidade e a equidade e como os de organização hierarquização, regionalização, descentralização e participação social são uma unidade e não se pode falar de um em específico sem entender que todos caminham articulados.

2- POLÍTICA DE SAÚDE E O SUS NA CONTEMPORANEIDADE E O ATAQUE DA OFENSIVA NEOLIBERAL

A Saúde, parte do tripé da Seguridade Social²⁴⁷, é política social e como tal acaba exercendo um duplo caráter: ao mesmo tempo em que é funcional ao Estado Capitalista, ela também atende às demandas dos trabalhadores. Com o acirramento da crise estrutural do Estado, em sua fase neoliberal, a retração do mesmo na provisão de políticas sociais favorece a iniciativa privada. A Saúde, assim como a educação, torna-se mercadoria bastante rentável. No Estado Capitalista as Políticas Sociais assumem basicamente duas funções, ao mesmo tempo em que visam atenuar os problemas sociais, fruto das lutas da classe trabalhadora, também favorece a acumulação e manutenção capitalista. Com isso, às Políticas Sociais ficam subordinadas à lógica econômica, no qual se prevê a valorização do capital financeiro, ampliação de mercado e a exclusão cada vez mais evidente dos direitos sociais. As políticas tornam-se mercadorias²⁴⁸.

A Saúde Pública no Brasil no decorrer dos anos passou por diversas fases, sendo elas: assistencialista,²⁴⁹ previdencialista²⁵⁰ e universalista, que vigora atualmente, “na letra da lei”, e se baseia na legislação que regulamenta o Sistema Único de Saúde. No entanto, não sem suas contradições. Para pensar a trajetória da política de saúde no Brasil é necessário o resgate de dois fatos históricos que marcaram sua consolidação: o Movimento de Reforma Sanitária e a VIII Conferência Nacional de Saúde, no bojo daquele.

Em 1988, com a publicação da Constituição, o SUS, com seus princípios, diretrizes e ações, é concebido passando a vigorar o modelo universalista de saúde brasileiro, estando vigente até os dias de hoje, legalmente.²⁵¹ O SUS é reconhecido por ser um dos mais avançados sistemas de saúde, com base no que dispõe os artigos 196 a 200 da Carta de 1988, porém na prática, o que se dá concretamente é um SUS longe do que é a proposta

²⁴⁷Vide lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências.

²⁴⁸A mercadoria é, antes de tudo, um objeto externo, uma coisa, a qual pelas suas propriedades satisfaz necessidades humanas de qualquer espécie. A natureza dessas necessidades, se elas se originam do estômago ou da fantasia, não altera nada na coisa. (MARX, 1996)

²⁴⁹ Assistencialista: a saúde era voltada para atenção das populações mais empobrecidas e carentes, sendo vista como caridade e tinha um foco curativo da doença, sem a intervenção estatal no enfrentamento da questão social.

²⁵⁰ Previdencialista: a saúde passa a incorporar os trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho. Momento histórico em que foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões, onde somente os trabalhadores e suas famílias tinham direito à uma atenção decente e diferenciada das demais pessoas que se encontravam desempregadas. O modelo previdencialista de saúde não eliminou o modelo assistencialista, porém foi uma forma que o Estado usou para regular e controlar ainda mais a classe trabalhadora.

²⁵¹ Vale a pena ressaltar, que embora esteja vigorando legalmente, o SUS está longe de se consolidar, no que propõe seus princípios e diretrizes. Enquanto propõe a universalidade do acesso, o que vemos na prática é a focalização desse acesso, o que evidencia as contradições entre o que está proposto e o que se dá efetivamente na prática.



constitucionalmente, com princípios cada vez mais focalizados e cada vez mais distante do que propõe a Reforma Sanitária e a VIII Conferência Mundial de Saúde.

Desde os anos 1990, a Saúde Pública Brasileira passa por um momento de desmonte e precarização, tendo em vista que seu projeto universalista é implementado em um cenário de desmonte do público estatal, e que se acirra na contemporaneidade. Desta forma, segundo Bravo (2006), dois projetos de saúde estão em disputa atualmente: o Projeto de Reforma Sanitária, no qual é defendida a universalização do acesso, um sistema de saúde público e de qualidade e bem como todos os princípios norteadores do SUS; e o Projeto Privatista, que vai de total oposição ao que propõe o SUS Constitucional, ou seja, com propostas focalizadoras, privatistas, seletivas de um direito público. O Sistema de Saúde passa por um período, desde os anos 1990, de retrocessos evidenciando o desafio que é, atualmente, a consolidação dos princípios da Reforma Sanitária.

A implementação do SUS, como preconizada na Constituição de 1988, é regulamentada nos anos 1990, pelas Leis Orgânicas Municipais contidas na Lei Orgânica da Saúde (LOS) formada pelas Leis n. 8080/90 e Lei n. 8142/90²⁵², que vão normatizar a organização, funcionamento das ações de saúde e a participação social dos usuários através dos Conselhos Gestores e Conferências de Saúde.²⁵³

Com base em todas essas leis e normatizações, o Sistema Único de Saúde passa a um novo modelo de atenção e entendimento da saúde no Brasil. Deste modo, pretende-se transformar os serviços de saúde, com base nos princípios doutrinários que regem esse sistema: a universalidade, a integralidade e a equidade.

Muito se fala da universalidade e da equidade, mas o princípio da integralidade vem sendo o centro do debate na saúde nos dias atuais, pois segundo Mattos (2003), “a Integralidade ainda é um princípio que não se concretizou na vida de muitos brasileiros”. O debate da integralidade em saúde é desafiador na atual conjuntura da saúde instaurada em nossa sociedade neoliberal e isso vai rebater diretamente na atuação dos assistentes sociais, embora compreendamos que este princípio não pode ser refletido sem estar articulado aos outros dois anteriores.

²⁵² É importante ressaltar que a aprovação das Leis 8080/90 e 8142/90 foi um avanço para a saúde pública na década de 1990, frente ao momento de crise vivenciado pelo Estado nesse período sob governo de Fernando Collor, apesar de toda a demora na aprovação e vetos que sofreram tais leis, devido aos interesses divergentes com relação à concepção de saúde, foi aprovada e publicada devido também aos movimentos sociais principalmente.

²⁵³ Os Conselhos e Conferências são mecanismos de controle social previstos na Lei 8142/90. Todavia, precisamos refletir criticamente acerca destes espaços, pois há em disputa três concepções de Conselhos, conforme nos aponta Bravo (2007): Espaço de Disputa, conforme a concepção Gramsciana, Espaços de Consenso, concepção habermasiana, e Espaço de Cooptação, identificando os conselhos como espaços apenas burocráticos e institucionalizados. (Ver “A participação dos Trabalhadores nos Conselhos” in: Saúde, Trabalho e Democracia, 2007).

A equipe onde foi realizada a pesquisa, que conta com 12 assistentes sociais, trabalha com a concepção ampliada de saúde, contemplada na Lei Orgânica da Saúde²⁵⁴, e, desse modo, buscam reconhecer quais são os determinantes sociais do processo saúde-doença que demandam e possibilitam a atuação do Serviço Social.

O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social. É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas às necessidades apresentadas pelos usuários. (BRAVO; MATOS, 2004).

A lógica da fragmentação instaurada no âmbito da saúde faz com que o usuário não seja visto em sua totalidade, sendo dividido por especialidades, por exemplo, e em um hospital essa lógica fica evidentemente clara, embora essa lógica não tenha sido pensada na sua construção, mas é como se dá concretamente no cotidiano. E o assistente social também é inserido nessa lógica fragmentada, precisando em sua atuação com base no Projeto Ético Político da profissão, superar e suspender o cotidiano²⁵⁵ profissional para no atendimento ao usuário, viabilizar os direitos sociais.

4. DESAFIOS COTIDIANOS À MATERIALIZAÇÃO DO PROJETO ÉTICO-POLÍTICO PROFISSIONAL ARTICULADO AO PROJETO DE REFORMA SANITÁRIA

Com o intuito de dar voz e ouvir dos profissionais os desafios e possibilidades para uma atuação profissional ética e norteada pelos Projetos de Reforma Sanitária e Projeto Ético-Político profissional, assim como também saber desses profissionais como se materializa o princípio da integralidade no cotidiano profissional e como ele é entendido e interpretado por esses profissionais, foi realizada uma pesquisa de campo com a equipe de Serviço Social da unidade. Esta pesquisa não visa dar respostas, mas sim contribuir com o debate do Serviço Social na saúde, assim como também entender como se dá a articulação entre o Projeto Ético Político e Projeto de Reforma Sanitária, num contexto de precarização do trabalho profissional, cortes de verbas e desmonte do SUS.

²⁵⁴ "A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País" (BRASIL, 1990: art. 3º). Portanto, saúde não é meramente ausência de doença, somente em sua visão biologicista.

²⁵⁵ O cotidiano tal como Lukács o descreve, é marcado pela heterogeneidade, imediatividade, superficialidade, logo a suspensão desse cotidiano se torna um desafio nessa sociedade atual.



Dentro desse contexto, o profissional que se encontra na intervenção vem enfrentando enormes desafios para, dentro de todo esse cenário neoliberal, buscar estratégias para uma atuação condizente com os princípios da profissão, bem como os princípios sanitários, que na saúde precisam ser vistos com uma unidade.

A pesquisa foi realizada com os Assistentes Sociais de uma unidade de alta complexidade do SUS, aprovada pelo seu respectivo Comitê de Ética em Pesquisa, atendendo aos fundamentos éticos e científicos pertinentes. Participaram da pesquisa uma amostra 5 (cinco) Assistentes Sociais do universo de 12 que atuam na instituição. Houve a tentativa de sensibilizar todos os (as) assistentes sociais da equipe acerca da importância das suas respostas para a pesquisa, porém como a participação dos (as) mesmos (as) é voluntária e não obrigatória e também por conta do tempo para finalização deste trabalho, analisamos as 5 (cinco) entrevistas realizadas. O critério para participação na pesquisa foi somente ser Assistente Social do da referida instituição.

Os Assistentes Sociais responderam a perguntas acerca do seu ano de formação, vínculo com a instituição, carga horária, a respeito de sua intervenção profissional articulada aos princípios e diretrizes do SUS, o princípio da integralidade em específico e também como ele se materializa na sua intervenção. Também discorreram sobre os limites e possibilidades para uma atuação articulada aos princípios do Projeto Ético Político e Projeto de Reforma Sanitária. E por último se participam de algum coletivo ou movimento de saúde.

Os eixos de análise serão trabalhados na perspectiva de contribuir para uma reflexão acerca dos princípios do SUS, especificamente a Integralidade, e também conhecer como tais princípios se materializam no dia a dia do Assistente Social, numa unidade de saúde alta complexidade do Ministério da Saúde.

Como primeiro eixo de análise, temos o ano de formação dos Assistentes Sociais da equipe. Foi constatado que todos se formaram depois do Movimento de Reconceituação do Serviço Social, ou seja, a profissão passa por um profundo amadurecimento teórico- crítico em seu interior, onde a maioria dos Assistentes Sociais se posicionou contra o conservadorismo enraizado desde a gênese da profissão. Os anos de formação citados compreendem o período de 1997, 2000, 2001, 2003 e 2004, logo se acredita que os mesmos se formaram em instituições onde já havia ocorrido a revisão curricular com base nas diretrizes e orientações da ABEPSS de 1996. É a ABEPSS (Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social) responsável pela coordenação e articulação do projeto de formação profissional, nos níveis de graduação e pós-graduação.



Em 1996 a ABESS (Associação Brasileira de Escolas de Serviço Social), passa a se chamar ABEPSS, com a justificativa da “defesa dos princípios da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão e da articulação entre graduação e pós-graduação, aliada à necessidade da explicitação da natureza científica da entidade, bem como a urgência da organicidade da pesquisa no seu interior.” E essa definição passa a direcionar a formação em Serviço Social, sendo discutida frequentemente em espaços democráticos, com a participação da categoria, inclusive dos estudantes.

A proposta das Diretrizes Curriculares da ABEPSS aponta para a formação de um perfil profissional com “capacitação teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa para a apreensão teórico-crítica do processo histórico como totalidade. Considerando a apreensão das particularidades da constituição e desenvolvimento do capitalismo e do Serviço Social na realidade brasileira. Além da percepção das demandas e da compreensão do significado social da profissão; e o desvelamento das possibilidades de ações contidas na realidade e no exercício profissional que cumpram as competências e atribuições legais” (ABEPSS, 2014).

Logo, é de fundamental importância o controle da implementação dessas diretrizes nos cursos de Serviço Social, na formação profissional e bem como sua defesa por parte dos profissionais e estudantes, garantindo assim, uma formação de qualidade, com compromisso ético e político. O que vai rebater diretamente na atuação do Assistente Social já ocupando os espaços sócio ocupacionais faz- nos refletir que ter uma formação crítica direciona uma intervenção ética e condizente com as leis e documentos que regulamentam à profissão.

Como segundo eixo de análise, tomaremos por base o vínculo dos entrevistados e a carga horária na instituição e como tais condições rebatem diretamente na atuação profissional. Todos os entrevistados são funcionários públicos estatutários, assim como toda a equipe de Serviço Social da instituição, diferentemente do cenário atual em que podemos ver grande número de Organizações Sociais na área da saúde e grande ameaça de privatização da saúde pública. Podemos observar também que o Estado ainda continua sendo o maior empregador da categoria, pois é no campo das políticas públicas que os profissionais exercem seu trabalho.

Num cenário de vínculos de trabalho fragilizados, onde o profissional assume uma posição de polivalência na lógica da reestruturação produtiva, acentuando a exploração da classe trabalhadora, estar em uma unidade pública garante a esses Assistente Sociais entrevistados a estabilidade do emprego e, sendo assim, os mesmos podem se posicionar perante a instituição quando diz respeito àquilo que não é de acordo com o que defende o Serviço Social, lutando em favor dos trabalhadores. Ou seja, o vínculo de trabalho rebate na intervenção do profissional de forma direta. Hoje em dia, o campo das políticas públicas e dos



direitos sociais sofrem grande ameaça, com as medidas e projetos de lei, já sofre com a estagnação dos gastos públicos por vinte anos e isso vai rebater diretamente na intervenção do Serviço Social.

Com relação à carga horária de trabalho na instituição, os Assistentes Sociais relataram trabalhar 30 horas semanais, como previsto na lei nº 12.317, de 27 de agosto de 2010, fruto de grande luta da categoria. Somente uma Assistente Social entrevistada relatou que além das 30 horas também faz 12 horas, como plantão extra. A luta da categoria para conseguir regulamentar a jornada de trabalho de 30 horas, e sem redução salarial, objetiva melhores condições de trabalho para o profissional frente a um cenário de restrição de direitos. Sabemos que sua regulamentação por parte das instituições ocorre de forma gradativa. Muitas empresas criaram estratégias para não cumprir tal lei, como por exemplo, contratam Assistentes Sociais, com outro cargo, mas exercendo as mesmas funções, o que legalmente “possibilita” o profissional pode cumprir carga horária maior, embora possamos considerar exercício ilegal da profissão.

No terceiro eixo de análise vamos começar a abordar a intervenção profissional articulada aos princípios do SUS, e em especial o princípio da Integralidade. Como primeira pergunta “Você viabiliza na sua intervenção profissional as diretrizes e princípios do SUS? De que modo?”. Obtivemos tais respostas:

-Na minha intervenção profissional procuro de acordo com as diretrizes e princípios viabilizar o acesso do usuário aos serviços e benefícios oferecidos, inclusive articulando com a rede de serviços, através de articulação com o INSS, o CRAS. No atendimento realizamos educação em saúde, procurando esclarecer a rotina da instituição, socializar os direitos sociais de forma igualitária, integral, promovendo a preservação da autonomia e participação do usuário, de forma igualitária e universal. (ASS 1)

-Sim. Através da escuta e acolhimento e garantia de acesso aos direitos institucionais e extrainstitucionais articulando redes. (ASS 2)

-O assistente social no seu fazer profissional não viabiliza as diretrizes, pois essas devem ser garantidas pelo Estado. Trabalhamos na perspectiva de garantir direitos previstos na lei, orientando e encaminhando, articulando com outros níveis de atenção à saúde. (ASS 3)

-O SUS, no seu conjunto de ações e instituições, não concretiza. Percebemos isso no cotidiano, questões como falta de acesso, falta de medicamentos, demora para consultas, sucateamento. Por outro lado, o quanto é possível, trabalhamos com estes princípios e diretrizes sempre observados. (ASS 4)

-Na intervenção direta com os usuários, de maneira a viabilizar acesso a direitos sociais, de maneira equânime, e a partir da perspectiva político-pedagógica do trabalho do serviço social, discutindo com a população a partir da singularidade das situações apresentadas, o caráter coletivo de suas demandas e a desigualdade que as engendram. (ASS 05)

As falas das ASS 1 e ASS 05 ressaltam principalmente os princípios da Universalidade, Integralidade e Intersetorialidade das Políticas Sociais. Através das suas falas exemplificadas demonstram suas atuações e o dia a dia na instituição. Para além do encaminhamento aos

serviços, devemos ressaltar o papel pedagógico de educação em saúde, do Assistente Social, que por vezes passa despercebido no atendimento.

O processo de educação em saúde possibilita ao usuário refletir com base na realidade social, buscando superar qualquer tipo de alienação e senso comum. Muitas vezes na rotina do dia a dia, essa dimensão pedagógica fica em segundo plano, pois em primeiro plano o profissional procura atender a demanda trazida pelo usuário e com a grande demanda de trabalho faz o atendimento numa lógica de orientação imediata.

A fala da ASS 3 reflete a ideia de que os princípios e diretrizes do SUS devem ser garantidos pelo Estado. Sabemos que na atual conjuntura a ideia do privado sobrepõe ao público, os interesses do Estado estão vinculados aos interesses do mercado e isso rebate diretamente nas Políticas Sociais e nos serviços públicos. Com isso, na prática os profissionais não se veem responsáveis em ter uma prática de acordo com as diretrizes do SUS, já que o próprio Estado não investe e nem valoriza tal política.

Na fala da ASS 4 podemos relembrar o que já foi abordado nos capítulos anteriores, onde Bravo (2013) discorre a respeito do SUS possível, ou seja, os interesses privados são incorporados ao modelo defendido pelo Movimento de Reforma Sanitária. Diante da crise na saúde, falta de investimento, demora no atendimento e etc., os profissionais assumem uma postura de se adaptar à realidade e tem sua prática dentro do que é possível perante a realidade. Sabemos que não podemos solucionar todos os problemas, porém também não podemos cair no fatalismo e manutenção dos *status quo*²⁵⁶.

Ainda no terceiro eixo de análise, refletiremos agora sobre as respostas dos Assistentes Sociais com relação ao princípio da Integralidade e em quais ações em suas atuações esse princípio se materializa, na perspectiva da articulação entre a teoria e prática em busca da defesa dos princípios do SUS como um todo. Para isso realizamos tais perguntas: “O que você entende por integralidade em saúde?” “Suas ações, enquanto AS, visam à integralidade? Como ela se efetiva na prática cotidiana? Exemplifique.” Tivemos como respostas da primeira questão:

-Entendo por integralidade o acesso a rede de serviços públicos e a viabilização do acesso aos direitos sociais. Ter saúde significa qualidade de vida, através de um conjunto de direitos como alimentação, moradia, educação, trabalho... (ASS 1) -Acolher, ação multiprofissional, acesso aos três níveis de atenção e etc. (ASS 2) -Na perspectiva da visão ampliada de saúde prevista na LOS sobre os condicionantes sociais que perpassam o processo saúde e doença, não trabalhamos na perspectiva da visão reducionista biologicista. Na visão do sistema, o mesmo deve estar preparado para atender

²⁵⁶ Status quo quer dizer manter as coisas como estão em seu estado atual, sem mudanças ou tentativas de mudanças.

a necessidades da população, o Estado deve estabelecer um conjunto de ações que contemplem os três níveis de atenção: primário, secundário e terciário (vão desde a prevenção à assistência curativa, nos diversos níveis de complexidade. (ASS 3)

-Lei 8080, art. 7º, inciso II- Funcionamento dos 3 níveis de atenção de forma integrada, garantindo o acesso de forma articulada, propiciando à paciente assistência integral em saúde (referência e contra referência). (ASS 4)

-A compreensão de que o processo de saúde/doença é resultado das condições das relações sociais e que portanto a intervenção em saúde precisa atuar também sobre os determinantes sociais desse processo. (ASS 05)

Quatro Assistentes Sociais citaram em suas respostas que entendem o princípio da Integralidade como o acesso aos três níveis de atenção, Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, que segundo Mattos (2003) é um dos sentidos que tal princípio assume e é esse sentido que vemos na CF de 1988. Com base no modelo de hierarquização do SUS, o usuário deve ter atendimento de forma integral, desde a atenção primária até a alta complexidade, se for necessário, com práticas que visem à noção de totalidade do ser social, buscando superar a lógica da fragmentação latente nos hospitais.

Vale a pena ressaltar que, todas as ações que visam à integralidade têm por base a noção de totalidade e de saúde ampliada sendo fundamental no atendimento ao usuário, pois para além da doença que está acometido num determinado momento, outros determinantes sociais afetam esse processo de saúde- doença, como citado pelas ASS 03 e ASS 05 em suas falas.

Como exemplos de como o Princípio da Integralidade se materializa na intervenção profissional dos Assistentes Sociais da instituição, tivemos como respostas:

-Sim. Ao atuar numa Unidade de alta complexidade, terciária, procuro identificar ao realizar a entrevista social, as expressões da questão social e intervir de forma a viabilizar o acesso aos direitos sociais. Exemplo de casos frequentes na unidade é a situação do usuário que precisa fazer cirúrgica cardíaca necessitar de perícia médica para acessar o auxílio doença. Temos uma articulação com rede social local e a equipe técnica da unidade tem parceria direta com o INSS para atualização de informações sobre benefícios e serviços previdenciários uma vez por ano. Nosso atendimento torna-se cada vez mais qualificado e ao encaminharmos para acessar o benefício, nossos usuários mesmo residentes de outros locais (inclusive da Baixada Fluminense) consegue acesso à perícia médica hospitalar e ao benefício do auxílio doença. (ASS 1)

-Sim. Ex. 1: Paciente internado realizo articulação com outras áreas/médicos, psicologia, etc., para garantir atendimento integral. Ex. 2: Articulação com postos de saúde para atendimentos em níveis primário e secundário. (ASS 2)

-Sim, a unidade no ambulatório já tem trabalhado na lógica da contra referência (entre os níveis de atenção em saúde). Nosso trabalho se realiza, na orientação ao usuário sobre os níveis de atenção e onde ele está inserido (alta complexidade), articulação com a rede e encaminhamentos. (ASS 03)

-Sim. Pacientes atendidos na unidade estão sendo encaminhados para acompanhamento clínico na Atenção Básica. O Serviço Social realiza sempre que necessária articulação com a rede de Atenção Básica dos diversos

municípios para garantir ou facilitar este acesso, bem como esclarecimento aos usuários sobre os níveis de atenção. (ASS 4)

-A partir da avaliação e discussão com o usuário da situação apresentada, busca-se articulação com outros serviços, por exemplo o suporte da rede básica, e políticas sociais que tenham relação com a questão de saúde apresentada. Também na produção de conhecimento sobre o trabalho demonstrando através de pesquisa a importância da garantia da integralidade na saúde. (ASS 05)

Todas as Assistentes Sociais relataram que buscam a integralidade em suas ações e exemplificaram relatando a articulação entre os diferentes níveis de atenção em saúde. Bem como a intersetorialidade, como citado pela ASS 1, que relata os encaminhamentos ao INSS (Instituto Nacional do Seguro Social), por exemplo. Apesar de estarmos na saúde, dialogamos diretamente com as demais políticas e serviços sociais, da Assistência e Previdência Social.

No quarto eixo de análise das entrevistas, analisaremos as respostas das seguintes perguntas: “Aponte os principais desafios e as possibilidades na garantia do princípio da Integralidade no seu trabalho como AS, uma unidade de alta complexidade.” “Quais os desafios postos na sua atuação como AS, na articulação entre o Projeto Ético Político Profissional e o Projeto de Reforma Sanitária, frente ao sucateamento da Saúde Pública, atualmente?”. Como resposta da primeira pergunta citada tivemos:

-Ao iniciar uma exposição sobre os desafios e as possibilidades como assistente social para viabilizar o acesso ao princípio da integralidade, preciso explicitar que a garantia de princípios do SUS deve ser papel do Estado e não do Assistente Social. Posso colocar que os desafios têm relação com o contexto de crise do Estado capitalista, o que atinge diretamente a política de saúde na materialização dos seus princípios e diretrizes e inclusive os usuários dos serviços sociais. No referente às possibilidades compreendo que a saúde assim como as demais políticas sociais, precisam desenvolver um trabalho articulado e em rede. Ainda, se faz necessário a participação do Assistente Social nos movimentos de luta pela saúde. (ASS 1)

- Desafios conjuntural- falta rede cardiológica para atenção primária e secundária. Na unidade, rigidez da atuação médica. 2- Possibilidades: Hospital possui profissionais e infraestrutura de trabalho. (ASS 2)

-O grande desafio diz respeito a rede de serviços de saúde, ao estrangulamento na alta complexidade e as dificuldades do atendimento integralizado por ausência de recursos, profissionais e vagas nos outros níveis de atenção. (ASS 3)

-Desafios: a) Filas do SISREG x Acesso de forma desigual, desrespeitando os critérios b) falta de especialidades na rede (ASS 4)

-A oferta de serviços público com a qualidade e na quantidade que a demanda exige é uma das principais dificuldades. O avanço das regulamentações das políticas sociais brasileiras é uma possibilidade posta, porém há um grave descompasso entre a regulamentação e a efetivação dos direitos sociais através das políticas sociais, cada vez mais ameaçadas no atual contexto de crise. (ASS 05)

Como visto anteriormente, os profissionais entrevistados entendem a Integralidade, predominantemente como acesso aos diferentes níveis de atenção em saúde, logo como

principais limites na materialização desse princípio no cotidiano, os mesmos citaram a falta de uma rede de serviços que possam atender esses usuários nos diferentes níveis de forma integral. A falta de especialistas em cardiologia nas unidades de atenção primária e de média complexidade dificulta o acompanhamento desse usuário, quando o mesmo se encontra liberado da alta complexidade, que está estrangulada na marcação de consultas, não atendendo toda a demanda.

As filas do SISREG (Sistema de Regulação de Vagas) só aumentam e parecem não andar, como citado na resposta da ASS 4. A entrada na alta complexidade deveria se dar unicamente por essa via, porém na prática não é o que acontece, os critérios com relação ao acesso não são cumpridos, fazendo com que o tempo de espera dos usuários seja absurdo, frente à sua necessidade de saúde. A fala da ASS 05 reforça o cenário de crise em que a saúde se encontra atualmente.

Analisando a resposta da ASS 1, devemos destacar sua resposta, quando ela diz que é papel do Estado a garantia do princípio da Integralidade e não do profissional. Essa fala nos remete ao que tratou Carlos Montãno (2004) em um artigo para o XI CBAS (Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais) que tem o título “Garantir direitos: um dever do Assistente Social”, onde ele realiza exatamente essa crítica. Ele defende em seu texto que o profissional deve viabilizar os direitos garantidos pelo Estado. Montãno (2004), nesse texto, defende que:

Conquistar Direitos é tarefa e resultados das lutas de classes e sociais em geral; Garantir Direitos Sociais é dever (constitucional) do Estado; Participar na luta pela garantia/ampliação desses Direitos, isto sim, é dever do assistente social. Num duplo sentido: Dever da profissão (e, portanto, de cada profissional), na medida em que aparece como normativa do nosso Código de Ética (vide os “Princípios Fundamentais”). Dever individual, para aqueles profissionais engajados no projeto ético-político hegemônico na categoria. (MONTAÑO, 2004)

Os interesses do Estado, hoje em dia, na garantia dos direitos sociais estão cada vez mais distantes. A lógica e os ideais neoliberais influenciam diretamente as decisões do Estado e conseqüentemente decisões vão na direção do lucro e manutenção dessa ordem. Muitas vezes o profissional, assume uma postura na direção da garantia de direitos e assim acaba frustrado por não poder dar as respostas que gostariam, pois esbarram nos limites do próprio sistema. É muito difícil a posição do profissional para não se tornar messiânico e também fatalista, como apontado por Iamamoto (2005), por isso reconhecer os limites é fundamental, porém ficar parado diante deles também não é a solução.

Com relação à segunda pergunta desse eixo de análise, questionamos “Quais os desafios postos na sua atuação como AS, na articulação entre o Projeto Ético Político



Profissional e o Projeto de Reforma Sanitária, frente ao sucateamento da Saúde Pública, atualmente?” As respostas foram:

- Participo do movimento de luta pela saúde no interior da instituição e já fiz parte do grupo de mobilização de greve com os companheiros de outras áreas e os usuários, inclusive mobilizando e esclarecendo para a população usuária o desmantelamento dos direitos sociais, inclusive do acesso ao SUS com a escassez de verba do governo para o financiamento de serviço de saúde essenciais. De forma geral, a luta para materializar o PEP e o Projeto de Reforma Sanitária no combate ao sucateamento da saúde pública envolve a mobilização da categoria profissional e os usuários do SUS no cotidiano do processo de trabalho. (ASS 1)
- Articulação com os movimentos de resistências dentro e fora da unidade (como sindicatos, Fórum de Saúde, conselhos e etc. (ASS 2)
- Vivemos uma situação difícil, sucateamento do público e privatização da saúde e precarização dos direitos conquistados o que interfere diretamente na nossa intervenção. (ASS 3)
- Desafios: a) Filas do SISREG x Acesso de forma desigual, desrespeitando os critérios b) falta de especialidades na rede. (ASS 4)
- Contribuir para efetivação de direitos sociais na escassez de investimentos públicos. (ASS 05)

Com base nas respostas, fica evidente que o sucateamento da Saúde Pública reflete diretamente na intervenção profissional e sendo assim, a articulação dos princípios do Projeto Ético Político e Movimento de Reforma Sanitária e que os profissionais reconhecem tal situação.

Fica evidente que para tal articulação a categoria precisa se unir e juntos pensar em estratégias de luta no combate aos ataques que a saúde, assim como todas as políticas sociais vem sofrendo. A organização da categoria se dá nos espaços micro, como no próprio local de trabalho, como também num âmbito mais amplo, no campo dos coletivos e movimentos sociais. Logo, é fundamental a presença desses profissionais nesses espaços. Fortalecer tais projetos é de fundamental importância na defesa de um SUS público e de qualidade para toda a população.

O último eixo de análise se propõe a saber se os profissionais participam de algum coletivo ou movimento social em favor da Saúde Pública. Somente uma Assistente Social referiu já ter participado, mas que no momento estava afastada desses espaços, e uma outra disse que não participa ativamente de nenhum movimento ou coletivo, mas que está sempre indo a atos e passeatas em defesa dos SUS e de seus princípios.

A militância não deve se confundir com a atuação profissional, momento este que direcionou os princípios do Código de 1986, que apontava um “como fazer”, um basismo e um militantismo, nos quais, equivocadamente, à época, a categoria pensava expressar o projeto de intenção de ruptura com o conservadorismo. Todavia, a mesma é central na luta

pela saúde, de modo a nos fortalecermos coletivamente nas disputas dos espaços de gestão e controle social da política.

Segundo Iamamoto (2005), no interior da categoria é possível observar pilares para atuação do profissional, quais sejam, as dimensões teórico- metodológicas, técnico operativas e ético-política, que são complementares e fundamentais na intervenção profissional do Assistente Social. Porém, se vistas isoladamente, possuem limites para transporem as problemáticas da vida social, ocasionando três armadilhas, o tecnicismo, o militantismo e o tecnicismo²⁵⁷.

A fundamentação teórico-metodológica é fundamental para uma intervenção crítica pois a partir dessa fundamentação é possível buscar alternativas para o enfrentamento das expressões da questão social. O engajamento político nos movimentos por parte da categoria também é de fundamental importância, transpondo o campo da ação profissional, mas sim pensando nos movimentos organizados da sociedade. O tecnicismo, nos dias atuais, vem como uma exigência do mercado de trabalho para qualificação profissional, porém somente da técnica não é possível ter uma atuação ética e condizente com os princípios da profissão. A intervenção do Assistente Social deve ter como base essas dimensões articuladas, pois se vistas isoladamente trazem armadilhas para o exercício profissional.

Esperamos também que esta pesquisa possa contribuir com outros colegas estudantes que queiram estudar os princípios do SUS, com destaque para a integralidade. Na certeza de que é necessário ainda muita luta para a viabilização dos direitos nesta conjuntura que, face à aprovação de contrarreformas, como a Reforma Trabalhista e a Reforma da Previdência tende a se acirrar, criminalizando ainda mais a pobreza e violando direitos historicamente conquistados pela classe trabalhadora.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção deste trabalho, como já mencionado na introdução, se deu a partir de inquietações que se apresentaram no campo de estágio, uma unidade de saúde de alta

²⁵⁷ Com relação ao tecnicismo, devemos refletir que somente a partir da teoria (academia) não é possível fazer a revolução, sem dados da realidade, que vão dar subsídios na construção de novas produções teóricas. A mesma ideia se aplica ao militantismo, o mesmo não dá resposta se visto isoladamente, o profissional necessariamente para fazer parte da militância tem por obrigação articulá-la ao seu trabalho e carga horária e entender que funciona de forma complementar a ação profissional. Já em relação ao tecnicismo, frente a exigência do mercado, do como fazer, vem se evidenciando no interior da categoria. É impossível, por exemplo, realizar uma entrevista social só com base na técnica de aplicação da entrevista, pois a partir das demandas do usuário, cabe-nos refletir criticamente sobre, para assim suspender do cotidiano o que necessariamente necessita de um acúmulo teórico, para assim realizar um atendimento integral e ético.



complexidade do SUS, com relação ao princípio da Integralidade em específico, mas também aos demais princípios como sendo um todo. Nossas inquietações versaram sobre como esse princípio se materializa no cotidiano da intervenção dos Assistentes Sociais no atendimento aos usuários. Não nos coube neste trabalho apenas encontrar respostas e definições para tal princípio, mas sobretudo saber e analisar como a categoria desta instituição entende e como através de suas ações buscam a viabilização do mesmo, com os limites e possibilidades que se apresentam no cotidiano.

Realizar uma pesquisa é de fundamental importância para entender a realidade do grupo em questão e também possibilita repensar a intervenção de forma crítica e articulada aos documentos que regulamentam e dão norte à intervenção.

A produção teórica a respeito o princípio da Integralidade, como um dos princípios do SUS, ainda é muito escassa, principalmente dentro da categoria dos Assistentes Sociais. Estudar e analisar como esse princípio se materializa numa unidade de saúde de alta complexidade e articulá-lo a intervenção do Assistente Social, foi desafiador, face a produção teórica existente.

Com relação ao princípio da Integralidade, não nos coube nesse trabalho defini-lo, mas sim trazer as diferentes definições e concepções que ela assume para os profissionais de Serviço Social dessa instituição do SUS em questão. O que é mais curioso é que segundo Mattos (2003), muitos profissionais já realizam ações que visam à integralidade, mas não as reconhece, por ser um princípio que compreende múltiplas definições, cabe-nos refletir acerca de cada uma delas e entender que a definição desse princípio não é unívoca.

Para tratar da Integralidade foi indispensável retomar o debate da Política de Saúde, fazendo um regaste histórico, desde seu modo assistencialista até o universal, abordando os principais pontos, como as lutas do Movimento Sanitário, até a atual conjuntura de crise da Saúde Pública no Brasil. Pudemos observar que o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Ético Político Profissional tem muito em comum, em seus princípios. Logo, a importância que eles funcionam como uma unidade de ação na saúde, na atuação do Assistente Social é fundamental, embora a conjuntura seja tão perversa e oposta ao que propõe esses projetos.

Por fim, concluímos que a articulação aos movimentos que defendem a Saúde Pública, efetivação do SUS e Movimento Sanitário é fundamental, não somente por parte dos profissionais, mas sim também da população usuária dessa política, valorizando a participação social, que dão voz às dificuldades e limites enfrentados no dia a dia, nas unidades públicas de saúde no Brasil. Pois somente a partir de uma consciência sanitária, a



partir da democracia e de um amplo movimento de massas (BRAVO, 2006) é possível construir um movimento contra- hegemônico, em face da crise o capital, de luta e defesa do SUS.



REFERÊNCIAS

- ABEPSS. **Projeto ABEPSS Itinerante. Estágio Supervisionado em Serviço Social:** desfazendo nós e construindo alternativas. Mimeo, 2014.
- BRASIL, Diário Oficial da União. Lei nº 8080/90. **Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Brasília DF, 19 de setembro de 1990.
- _____, **Constituição da República Federativa do Brasil.** São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo S.A., MESP, 1988, artigos 196 a 200.
- _____. Lei 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.**
- BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de saúde no Brasil.** In: MOTA, Ana Elizabete et al, (Orgs). Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez; OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.
- _____, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. **A saúde no Brasil: Reforma Sanitária e a ofensiva neoliberal.** In: BRAVO, Maria Inês e PEREIRA, Potyara A. P (Org.). Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.
- _____, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio de Castro. **Reforma Sanitária e projeto ético-político do serviço social: elementos para o debate.** In: BRAVO, Maria Inês Souza. (Et al), (Org.). Saúde e serviço social. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.
- _____, Maria Inês Souza; ANDREAZZI, Maria de Fátima; MENEZES, Juliana Souza Bravo. **Organizações Sociais na atenção à saúde: um debate necessário.** Apresentação de trabalho na VI Jornada de Políticas Públicas, UFMA, 2013.
- CFESS. **Código de Ética do Assistente Social.** Brasília: CFESS, 1993.
- IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e Formação Profissional.** São Paulo: Cortez, 2005.
- MARX, Karl. **O Capital: Crítica da Economia Política.** In: Os Economistas. São Paulo: Nova Cultura, 1996.
- MATTOS, Ruben Araújo. **Integralidade e a Formação de Políticas Específicas de Saúde.** In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (org.). Construção de Integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde. 1 Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.
- MONTAÑO, Carlos. **Garantir Direitos: Um Dever do Assistente Social.** XI CBAS, 2004.
- NETTO, José Paulo. **Cinco notas a propósito da questão social.** In: Temporális. Brasília: ABEPSS, 2001.

POLÍTICA DE SAÚDE E INTERSETORIALIDADE: ESTRATÉGIAS, DESAFIOS E POSSIBILIDADES PARA O SERVIÇO SOCIAL NA PERSPECTIVA DE GARANTIA DE DIREITOS

Richardson Cramolichi (Unesp - Universidade Estadual Paulista - Câmpus Franca); Ana Joice Silva Peraro ((Unesp - Universidade Estadual Paulista - Câmpus Franca); Josiani Julião Alves De Oliveira ((Unesp - Universidade Estadual Paulista - Câmpus Franca)

RESUMO: O presente artigo busca apresentar um conjunto de estratégias e possibilidades na atuação do Serviço Social no âmbito da política de saúde, em especial a construção do processo da intersectorialidade entre os setores e atores sociais, como ferramenta na busca pela efetivação de garantia de direitos dos usuários que dependem exclusivamente desta política pública, além de abordar os desafios a serem superados nos espaços sócio-ocupacionais de trabalho em saúde. Sendo o método do materialismo histórico dialético, a investigação caracteriza-se como pesquisa bibliográfica e documental, na perspectiva de uma análise crítica da realidade pesquisada.

Palavras chave: Saúde, Serviço Social, Intersectorialidade, Garantia de Direitos.

ABSTRACT: This article aims to present a set of strategies and possibilities in the performance of Social Work in the context of health policy, in particular the construction of the process of intersectorality between sectors and social actors, as a tool in the pursuit of the enforcement of users' rights. that depend exclusively on this public policy, besides addressing the challenges to be overcome in the socio-occupational spaces of health work. Being the method of dialectical historical materialism, the research is characterized as bibliographic and documentary research, from the perspective of a critical analysis of the reality researched.

Keywords: Health, Social Work, Intersectorality, Guarantee of Rights.

1. INTRODUÇÃO

Ao contextualizar e discutir sobre estratégias e possibilidades na perspectiva de garantia de direitos, no campo da saúde hoje no Brasil, é fundamental considerarmos antes, todo o contexto histórico e político em que a política de saúde foi construída no país, que se deu por meio de um processo lento e árduo de muitas lutas, movimentos e reivindicações pela garantia de um sistema público de saúde, onde sabemos que só foi reconhecido e legitimado de fato, como política pública de direito do cidadão e dever do Estado, através da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

Partindo desse princípio de garantia de direitos, temos a partir de 1988, de fato a conquista e a promoção de um sistema público de saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS), porém, não se pode afirmar que essa política pública tenha real efetividade, qualidade e universalidade na oferta e no funcionamento dos serviços de saúde no Brasil.

Assim, pensar em saúde e o trabalho a ser desenvolvido nesta política pública hoje no Brasil requer muito mais que cuidar e tratar paliativamente do doente e da doença, ou simplesmente curar a ferida.

É necessário pensar que o binômio saúde/doença se trata de uma questão mais ampla e genérica, onde se deve considerar que tal problemática estão implícitas de certa forma as condições e a qualidade de vida das pessoas, que estão submetidas às mazelas e as expressões da questão social de um sistema econômico capitalista, que conseqüentemente gera pobreza, extrema desigualdade social e a falta de acesso a bens e serviços.

Para uma compreensão mais abrangente da questão social, Iamamoto (1998, p.27), a expressa como sendo:

Um conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade.

É neste contexto que a atuação do Serviço Social se faz necessária e fundamental na política de saúde, considerando a pluralidade de demandas advindas das mazelas da questão social que vem sendo postas no cotidiano dos espaços ocupacionais do assistente social e que de alguma forma demandam a necessidade do planejamento estratégico para lidar com a diversidade de situações.

Assim, segundo orientações do Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, por meio dos Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (2014, p.27),

atribui-se uma gama de ações para o Serviço Social no âmbito da Política de Saúde assim como:

[...] compreende-se que cabe ao Serviço Social - numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito à saúde [...]

Para tanto, se torna fundamental refletir hoje quais estratégias e possibilidades, podem ser adotadas nos espaços de trabalho em saúde, tanto na atenção com a prevenção no processo de adoecimento, como no tratamento, levando-se em conta os múltiplos fatores biopsicossociais que são determinantes e que de alguma forma, interferem e influenciam direta ou indiretamente na saúde das pessoas.

Neste sentido, portanto, não dá para se pensar em apenas uma forma absoluta de conhecimento, no trato do processo saúde/doença, nos espaços do trabalho em saúde na contemporaneidade, que darão respostas e a promoção da resolutividade de tantas complexidades desta problemática, mas pensar que é fundamental complementar e unir as mais variadas áreas do saber, com vistas para a construção de um processo interdisciplinar na busca pela pelo alcance de resultados com maior eficiência e eficácia.

A política de saúde não deve ser vista e operacionalizado como independente de outras políticas públicas, se faz necessário pensar que a Saúde pode ser aquela que pode agregar todas as outras políticas públicas e sociais, construindo e mediando assim, a intersetorialidade, entre as outras políticas.

Deste modo, se faz necessário, portanto, a construção constante de estratégias no trabalho em saúde que integre, articule e formule ações, para que esta prática cotidiana nos espaços sócio-ocupacionais em saúde, não se limite e não seja tratada numa perspectiva pontual, paliativa e de forma segregada entre os conhecimentos e sobretudo, seja pensada, como espaços de trabalho que integrem, proporcionem e oportunizem necessariamente no dia a dia, a construção de novas idéias e pensamentos coletivos e assim, se torne constantemente um campo de aprendizado, não se restringindo apenas em ações cotidianas e pontuais.

Neste sentido, Sarreta (2012, p.3) discute e propõe a importância de estratégias e ações para a formalização e efetivação de um processo contínuo de educação permanente em saúde, para os profissionais que atuam diretamente nesta política não se limitando e não se restringindo especificamente a resolutividade de problemas imediatos.

Além disso, Sarreta (2012, p.2), traz o debate e também os desafios e aponta o processo de educação permanente em saúde, a formação dos trabalhadores e cita possíveis reflexões para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), tomando como base e referencial, o contexto do movimento da Reforma Sanitária no Brasil, a Constituição Federal de 1988, Lei 8.080 - LOS de 1990, além da 12ª Conferência Nacional de Saúde.

O conjunto de estratégias aqui exposto neste sentido se configura em ações para o Serviço Social na saúde, assim como refere o Conselho Federal de Serviço Social - CFESS por meio dos Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (2014, p.28), sendo:

- buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde;
- estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais;
- tentar construir e ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;
- elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde.

É fundamental e ainda se torna de suma importância destacar tais ações e estratégias, no fortalecimento do campo em educação permanente em saúde, ao passo em que as políticas públicas de direito, vem enfrentando, diante da atual conjuntura socioeconômica que o país vem atravessando na contemporaneidade, quando temos retrocessos, desmontes e o sucateamento das políticas sociais no Brasil.

Vasconcelos (2001, p.14), aponta em seus estudos, o papel do Estado brasileiro em relação às políticas sociais:

O Estado brasileiro tem papel central na reprodução da questão social, através de uma política econômica que privilegia uma minoria e de políticas sociais – forma de política pública – regressivas, no que se refere ao financiamento, aos benefícios e serviços, o que historicamente não vem contribuindo para a redução das desigualdades sociais.

É possível mencionar por meio de diversas literaturas em relação aos ajustes neoliberais no país, certa desresponsabilização do Estado, perante as políticas sociais, pois desde a década de 1990, não se via tantos percalços e idéias reducionistas para com os direitos sociais no Brasil, onde a política pública de saúde entre outras, caminham para uma vulnerabilização, fragilização, fragmentação e visíveis percas de direitos já conquistados.

São ações e estratégias como a intersetorialidade entre outras, que se tornam ferramentas essenciais para a construção de idéias no coletivo, alternativas, criticidade e

reflexão para a defesa e o enfrentamento das problemáticas vivenciadas hoje no país, frente a tantas desconstruções de direitos.

A participação da comunidade nas ações e execuções dos serviços públicos de saúde, por meio dos conselhos de direitos, conferências municipais, também se configura e se torna mecanismo fundamental na busca pela defesa de direitos, cabendo, aos profissionais das políticas públicas em especial o Serviço Social, despertar o interesse da plena participação dos usuários.

A participação segundo a OPAS – Brasil (Organização Pan-America de Saúde), é conceituada como:

Participação é um conceito polissêmico, e conforme a natureza dos processos participativos, é estudado em suas diferentes dimensões, de acordo com os tipos de envolvimento de participantes no processo de decisão política, as diferentes atitudes ou propósitos das instituições ao promover processos participativos, os diversos graus de envolvimento dos participantes e outras. Participar é uma forma de exercer direitos políticos e sociais, se dá de forma individual ou coletiva, de apoio ou pressão, direta ou indireta e é direcionada a influenciar decisões que contemplem os interesses coletivos e o exercício da cidadania. A participação é um importante instrumento para o aprofundamento e amadurecimento da democracia.

Desta forma, diversos autores demonstram que, através desses espaços participativos que envolvem os atores sociais, tem influenciado e refletido em tomadas de decisões nas políticas públicas.

2. A POLÍTICA DE SAÚDE E A IMPORTÂNCIA DA INTERSETORIALIDADE

Desde os primórdios dos debates, movimentos e lutas para construção de uma política pública de saúde de direitos do cidadão e dever do Estado em fomentá-la, já era discutido que o contexto da saúde não poderia ser vista e tratada como um problema pontual e remediada apenas por meios medicamentosos. Era portanto, preciso ser compreendida, como um processo e por um contexto mais amplo e deveria ser pensada na totalidade de suas causalidades. Fundamentando a totalidade, nos apoiaremos nas categorias em Marx, onde, Prates (2016, p.90) infere: “A totalidade mais do que a junção de fatores diversos é sua interconexão porque a unidade dos diversos muda o sentido do todo e da parte, é reconhecer o universal no particular e vice-versa [...]”

Partindo desse pressuposto, torna-se fundamental destacar que o Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986, p.4), já contextualizava em seus temas, a discussão



do processo saúde/doença, considerando que vários fatores biopsicossociais são determinantes, condicionantes e que influenciam direta ou indiretamente para o processo saúde/doença, entendida como:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

Consequentemente nos faz refletir que a inexistência e ou a ineficiência, de tais fatores por meio da efetivação de políticas públicas e sociais, comprometem a qualidade de vida das pessoas e interferem direta ou indiretamente no processo saúde/doença como um todo. Não obstante, nos remete a necessidade da existência de outras políticas públicas de direito, que de fato deverão garantir o mínimo de acesso a outros direitos sociais, para que a saúde não seja comprometida.

Além disso, é necessário pensar e considerar que conquistas para garantia de direitos, advém de processos e no caso das políticas públicas, é fundamental que haja uma rede, ou seja, uma dependendo da outra, para que os direitos sociais sejam pelo menos, minimamente garantidos de fato.

Para tanto, é fundamental refletir também que não basta somente que existam outras políticas públicas, se as mesmas não dialogarem entre si e se não houver um compromisso entre as áreas, mas é preciso que haja articulação entre elas, considerando os vários determinantes citados anteriormente, que influenciam no processo saúde/doença e que não estão sob a atenção e o alcance da política pública de saúde em resolvê-los, pois ultrapassam as suas competências e seu campo de atuação.

Discutir em relação à importância de estratégias, possibilidades e maneiras de efetivar de fato a garantia de direitos por meio das políticas públicas, como o direito à política pública de saúde com qualidade, não é uma preocupação e uma discussão tão recente, considerando que, a mesma está garantida em lei, é perceptível contudo que é passível de muitos entraves e fragilidades em sua formalização e concretude, ao longo de seu trajeto no seu funcionamento e na sua execução.

Neste sentido, é notório perceber que, desde o relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), antes mesmo da promulgação da Constituição Federal de 1988, já era reconhecido e pensado na necessidade de estratégias e dentre elas, a preocupação com vistas para a construção de um trabalho intersetorial. Tal estratégia, já estava abarcada em sua redação, quando apontava a importância da integralidade das políticas sociais e das ações, para a construção de uma saúde pública mais efetiva.

Desta forma, o relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986, p.4), traz também, explícitos tais apontamentos, como estratégia fundamental da política pública de saúde, afirmando a importância de integralidade das políticas setoriais, assim, entendida como:

Esse direito não se materializa, simplesmente pela sua formalização no texto constitucional. Há, simultaneamente, necessidade do Estado assumir explicitamente uma política de saúde consequente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitem efetivá-las.

A própria Constituição Federal de 1988, vem legitimar posteriormente, por meio do art.194, a garantia da segurança social através da Seguridade Social, compostas pelas políticas públicas de saúde, assistência social e previdência, apresentando uma proposta e a perspectiva de integralidade de ações entre elas.

O processo da intersectorialidade é conceituado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) 1996, como sendo:

Uma relação reconhecida entre parte ou partes do setor saúde com parte ou partes de outro setor, que foi estabelecida para realizar ações ou solucionar um problema para atingir resultados de saúde de forma que esta parceria seja mais efetiva, eficiente ou sustentável que o setor saúde atuando sozinho.

Não obstante, a Lei Orgânica de Saúde (LOS) – Lei 8080/1990, através do art. 12 e 13, afirma em seu conteúdo a implantação e a importância de comissões intersectoriais de forma hierarquizada a um conselho nacional, articuladas com o ministério respectivo e também, por representantes da sociedade civil. Logo, essas comissões tem o objetivo de articular programas de interesse para a saúde, introduzindo a participação das variadas áreas, no qual, não façam parte do Sistema Único de Saúde (SUS), integralizando-as.

A portaria de nº 2.446 de 11 de novembro de 2014, do Ministério da Saúde, também, considera e destaca a necessidade da articulação das ações entre as políticas sociais, como forma e estratégia de reproduzir ações com qualidade no trabalho em saúde, com vistas para um trabalho intersectorial, na construção do coletivo e também na formação de uma rede de atenção em saúde, paralelamente com outras políticas setoriais (saúde, assistência, educação, habitação,...) na perspectiva de garantia de proteção e participação social.

Além disso, ainda por meio desta portaria, a mesma ressalta em seus princípios, a ação de intersectorialidade como um processo de articulação dos saberes, potencialidades e experiência dos sujeitos a partir da participação de intervenções coletivas, pois estabelece vínculos e corresponsabilidades entre os atores sociais envolvidos em uma determinada causa em comum.

O trabalho intersetorial entre as políticas públicas também pode ser compreendido e visualizado muitas vezes como um processo de construção de uma rede que se interconecta entre setores públicos e os mais diversos atores sociais de um determinado território em comum, para facilitar e alcançar resultados com maior efetividade e precisão, no sentido de proporcionar uma possível melhoria na qualidade de vida das pessoas referenciadas naquele espaço e que dependem exclusivamente da oferta das políticas públicas daquele local.

Turck (2001, p.60) apresenta a concepção de um trabalho em rede:

[...] trabalhar em rede social é, antes de tudo construir um processo de cidadania. É suplantando todos os processos de exaltação ao individualismo, postos na sociedade contemporânea. É desenvolver um processo de solidariedade.

O trabalho em rede tem sido usado a partir do processo de descentralização das esferas públicas, estabelecido através da Constituição Federal de 1988 (Título III - Da Organização do Estado; Capítulo II- Da União; Art. 23) e posteriormente pelas respectivas legislações de cada área, quando os mesmos abarcam a co-responsabilização de cada ente federado em suas ações, e cada um criando estratégias e possibilidades de integralidade de suas ações, entre setores públicos de forma territorializada.

Com o processo de descentralização das políticas públicas e também pela garantia da participação e do controle social nas ações públicas em cada esfera de governo, os municípios, adquirem certa “autonomia” de decisões, por meio do poder local. Logo, o processo de trabalho intersetorial se torna mais palpável e concreto, à medida que facilita uma maior proximidade e autonomia entre os atores sociais, para um meio de construção de uma rede fortalecida com diálogos, podendo vislumbrar planejamentos, implantações, implementações de protocolos, fluxogramas de atendimento, bem como, tomada de decisões em conjunto, além de outras infinitas possibilidades.

Ainda nesta lógica, também há outras possibilidades para um trabalho intersetorial na atualidade considerando a lógica da territorialização no campo das políticas públicas, haja vista, que torna-se uma importante ferramenta favorável para a construção, aproximação e comunicação entre os atores sociais, num determinado território, no qual pode possibilitar e proporcionar uma gestão integrada e compartilhada dos recursos disponíveis, oferta de benefícios, serviços, programas e projetos entre as áreas envolvidas.

Nesta lógica ainda, o processo de descentralização das políticas públicas também pode ser entendido num contexto mais amplo e genérico como um processo intersetorial, a partir do momento que os entes federativos devem manter uma inter-relação entre os mesmos, ou seja, estabelecendo uma dinâmica constante entre eles. Este movimento de



conectividade e ligação entre os entes na contemporaneidade, se traduz também, por meio da efetivação de espaços coletivos das instâncias de controle (conselhos, conferências, comissões intergestoras bipartite, tripartite entre outras).

Por fim, o contexto do presente estudo traz as possibilidades, contudo, se tais ações não surgirem numa formação de um trabalho intersetorial, ou de uma rede, com uma perspectiva horizontalizada, coletiva e crítica entre os atores sociais que a compõe, esta, não surtirá os efeitos desejáveis, se partirem dos princípios da hierarquização ou até mesmo da existência de um “líder”, fazendo com que as intervenções e ideias, venham ser pensadas de forma verticalizadas.

3. CONSIDERAÇÕES

Diante de todo o contexto, já explicitado aqui anteriormente, em relação à importância de estratégias para o Serviço Social na perspectiva de um trabalho intersetorial no campo da saúde, contemplado por meio das amplas legislações que afirmam a necessidade da complementariedade de ações dos diversos setores e atores sociais que compõem de alguma forma uma rede de serviços, como forma ferramentas e possibilidades para a perspectiva de garantia de direitos, é nítido e perceptório que tais estratégias ainda são muito utópicas na realidade.

O que se pode perceber na realidade são ações muito pontuais, fragmentadas e segregadas entre as políticas públicas e atores sociais, caminhando de forma isolada e segmentada.

O que parece hoje na verdade se configura apenas como uma rede de relacionamentos ou de meros contatos, onde os atores sociais e as políticas públicas apenas se conhecem, até dialogam e interagem, mas não se efetivam como ações integralizadas de maneira efetiva e não se concretizam como possíveis estratégias e possibilidades. Muitas vezes, os atores sociais nem mesmo se conhecem e até mesmo nem sabem que existem, a exemplo de novos equipamentos de atendimentos que vem surgindo na atualidade tanto nas áreas de saúde, assistência social, educação, além de outros, que não se comunicam, mesmo tendo uma demanda em comum entre as mesmas.

Neste contexto, Faleiros (1999, p.25), relaciona as dificuldades da construção e efetividade e concretude de um trabalho intersetorial e/ou em rede, quando infere:

A rede é uma articulação de atores em torno, vamos nos expressar assim, de uma questão disputada, de uma questão ao mesmo tempo política, social, profundamente complexa e processualmente dialética. Trabalhar em rede é

muito mais difícil do que empreender a mudança de comportamento, bastando para isto um bom marketing, ou realizar a intervenção no meio, ou estimular o eu, e mesmo reivindicar serviços. É a superação do voluntarismo e do determinismo, da impotência diante da estrutura e da onipotência da crença de tudo poder mudar.

Assim, tal situação, se coloca como desafio para o âmbito das políticas públicas de se integrarem, articularem e difundirem as idéias no intuito de proporcionar resultados mais efetivos, com eficiência nas ações, produzindo uma melhora na qualidade de vida das pessoas, por meio de tais estratégias, uma vez que as mesmas já estão garantidas nas legislações, cabendo aos profissionais, colocá-las em prática.

Cabe-nos remeter e a parafrasear Vasconcelos (2017), em um Seminário de Serviço Social do Conjunto CFESS/ CRESS, no município de São José do Rio Preto/SP, em que a mesma referia que o usuário que atendemos é único, para todos os serviços, sendo na saúde, na assistência social, na educação e isso nos faz refletir, a importância desse conjunto dos atores sociais das mais variadas áreas para possíveis intervenções em comum, não perdendo o foco da especificidade das ações de cada uma delas.

É fundamental ressaltar que no cotidiano do exercício profissional do assistente social tais demandas e as estratégias aqui mencionadas, principalmente quanto à formação do processo do trabalho intersetorial entre as políticas públicas e sociais e que conseqüentemente também estão relacionadas no Projeto Ético Político do Serviço Social, se configuram como desafios permanentes para o Serviço Social no âmbito da política de saúde.

Não obstante, as perspectivas e estratégias podem ser inúmeras no cotidiano de espaços de trabalho do assistente social, no entanto, o processo de construção do trabalho intersetorial na perspectiva da formalização em rede se torna uma das ferramentas primordiais na afirmação e efetivação de direitos para a sociedade que necessita de políticas públicas e sociais mais eficazes e eficientes.

I

REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: 1988 – texto constitucional de 5 de outubro de 1988 com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais de n.1, de 1992, a 32, de 2001, e pelas Emendas Constitucionais de Revisão de n. 1 a 6, de 1994, - 17. Ed. – Brasília: 405 p. – (Série textos básicos, n. 25).
- BRASIL. **Lei 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 18055.
- BRASIL. **Lei 8.142** de 28 de dezembro de 1990. Dispõe da participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, 1990.
- BRASIL. **Lei nº 8.662** de junho de 1993. Código de Ética profissional do Assistente Social. Brasília: 1993.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. **Orientação Acerca dos Conselhos e do Controle Social da Política de Assistência Social**. SUAS – Sistema Único de Assistência Social. Brasília: MDS, 2006.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília: MDS, 2004.
- BRASIL. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº335, de 27 de novembro de 2003. Afirma a aprovação da “**Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS**”: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde.” Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS em 13 de fevereiro de 2004. **Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como Estratégia do Sistema Único de Saúde para a Formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: Ed. UFRJ , 1996.
- BRAVO, M.I.S; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. Política de saúde no Rio de Janeiro: algumas reflexões a partir dos anos 1980. In: BRAVO, Maria Inês Souza. et al. Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde. Rio de Janeiro: UERJ: Rede Sirius, 2007.
- CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. **Educação permanente em saúde**. 2.ed. In: Dicionário da educação profissional em saúde. Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. 2.ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. 478 p. Disponível em:
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília, 2014.
- FALEIROS, V. de P. **Estratégias em Serviço Social**. Vicente de Paula Faleiros – 2. Ed. – São Paulo: Cortez, 1999.
- GOHN, M. G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas públicas. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2., p. 20-31, mai./ago., 2004.
- IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social no processo de reprodução das relações sociais**. In: IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. Relações Sociais e Serviço Social no Brasil. São Paulo: Cortez; Lima/Peru: CELATS, 1982. p. 71-123.

- IAMAMOTO, M. V. A questão social no capitalismo. **Revista Temporalis da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS**. Ano II, Nº3. Janeiro à Junho de 2001.
- MACHADO, M. H. Trabalhadores de saúde e sua trajetória na reforma sanitária. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, DF, v.3, n.1, p.32-40, mar.2006.
- MERHY, E. E. **O trabalho em saúde: olhado as experimentando o SUS no cotidiano**. 4.ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.446, 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, 2014.
- OMS. Conferência de Halifax, Canadá: **Ação Intersectorial para a Saúde: Pilar da Saúde para todos no século XXI**. Canadá, 1996.
- OMS. Organização Mundial de Saúde. Relatório mundial de saúde, 2006: trabalhando juntos pela saúde. Brasília: Ministério da Saúde , OMS, 2007. Disponível em <<https://www.opas.org.br/mostrantp.cfm?codigodest=586>>. Acesso em: 20, dez., de 2019.
- OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Participação Social**. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=1798:participacao-social&Itemid=748>. Acesso em: 20 mar. 2019.
- PRATES, J.C. **O método e a teoria marxiana**. Marx hoje e a transformação social. 1.ed. v.1. São Paulo: Outras Expressões, 2016.
- SARRETA, F. O. **O trabalho em saúde: desafios da educação permanente em saúde**. UNESP – Franca, 2012.
- SARRETA, F.O. **Educação permanente em Saúde para os trabalhadores do SUS**. 1 ed. São Paulo: Cultura Acadêmica da Fundação UNESP, 2010. v. 1. 200 p. Disponível em <<http://www.culturaacademica.com.br/catalogo-detalhe.asp?etl-id=65>>. Acesso em: 20, dez., de 2019.
- TURCK, M. da G. M. G.. **Rede Interna e Rede Social: o desafio permanente na teia das relações sociais**. Porto Alegre: Tomo Editoriel, 2001.
- VASCONCELOS, A. M. **Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde**. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.
- VASCONCELOS, A. M. de. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. São Paulo: Cortez, 2002.

SAÚDE EM DIÁLOGOS: RODA DE CONVERSA SOBRE PREVENÇÃO DE ABORTAMENTO INSEGURO JUNTO A MULHERES EM SITUAÇÃO DE POBREZA.

Viviane Aparecida Siqueira Lopes (UFF - UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE).

RESUMO: Este artigo apresenta relato de experiência referente ao desenvolvimento de ação de educação em saúde, junto a mulheres em situação de pobreza, usuárias dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), visando refletir sobre perspectivas e limites para a prevenção de abortamentos inseguros. Tal experiência condiz com a realização de rodas de conversa, para as quais as usuárias presentes nos CRAS, previamente selecionadas, foram convidadas a participar. As rodas de conversa contaram em média com 25 mulheres. Foram sinalizados limites no processo de prevenção, em especial, de ordem cultural e organizacional.

PALAVRAS-CHAVE: Abortamento. Educação em saúde. Pobreza. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT: This article presents an experience report referring to the development of health education actions with women in poverty, users of the Social Assistance Reference Centers (CRAS), aiming to reflect on perspectives and limits for the prevention of unsafe abortions. Such experience is consistent with the holding of conversation circles, for which the users present in the CRAS, previously selected, were invited to participate. The conversation circles averaged 25 women. Limits were signaled in the prevention process, in particular, cultural and organizational.

KEYWORDS: Abortion. Health education. Poverty. Unified Health System.

1. INTRODUÇÃO

O abortamento inseguro constitui situação sanitária relevante por sua alta incidência a nível mundial e nacional, sendo fortemente relacionado à presença de pobreza e/ou vulnerabilidade social. Assim, é fortemente condicionado por condições econômicas, sociais, culturais e organizacionais.

O abortamento é definido como:

“a interrupção da gravidez até a 20ª ou 22ª semana e com produto da concepção pesando menos que 500 g. Aborto é o produto da concepção eliminado no abortamento.” (BRASIL, 2011, p. 29)

O abortamento inseguro é o aborto realizado por iniciativa da mulher, motivada pelo desejo de interromper a gravidez que não planejou, por meio de sondas e medicamentos abortivos, utilizados pela própria mulher de modo solitário ou com auxílio de outras pessoas, sem conhecimento técnico ou recursos tecnológicos necessários. Em consequência disso, o aborto é uma das principais causas de mortalidade materna no país, tendo a curetagem pós-abortamento como um dos procedimentos obstétricos mais realizados pelo Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2014).

No Brasil, segundo documento do Ministério da Saúde, o aborto inseguro atinge, especialmente, mulheres pobres e marginalizadas, devido à presença de:

“vulnerabilidades como desigualdades de gênero, normas culturais e religiosas, desigualdades de acesso à educação, e múltiplas dimensões da pobreza – com a falta de recursos econômicos e de alternativas, a dificuldade de acesso à informação e direitos humanos, a insalubridade, dentre outros. (BRASIL, 2014, p. 7)

Nessa perspectiva, Cisne, Oliveira e Castro (2018) analisam as determinações sociais ao abortamento, partindo da inserção das mulheres no mundo do trabalho, as quais são destinadas as atividades da esfera reprodutiva, enquanto aos homens recaem as da esfera produtiva. Assim, historicamente, vêm cabendo às mulheres o trabalho doméstico (“do lar”) não remunerado e a responsabilidade com os filhos. A esse respeito, as autoras afirmam:

É preciso pensar, dentro dessa dinâmica, a possibilidade da maternidade, na medida em que ela coloca para o cotidiano das mulheres dificuldades com o emprego – principalmente se estiverem no campo informal, sem direito à licença maternidade e demais direitos trabalhistas – e, por muitas vezes, resulta no seu retorno ao espaço doméstico para criação de seus filhos (as), já que esta responsabilidade é quase que unicamente delas, não sendo compartilhada com a maioria dos homens. (CISNE; OLIVEIRA; CASTRO, 2018, p. 454)



As autoras supracitadas também destacam a superexploração da força de trabalho feminino, que se encontra, na maioria das vezes, associada a empregos localizados em níveis mais à margem do mercado de trabalho, ou seja, mais precários e mal remunerados; associado ao “trabalho procriativo de gerar e cuidar de todo o desenvolvimento físico, emocional e educacional das crianças”. (CISNE; OLIVEIRA; CASTRO, 2018, p. 454). Assim, as mulheres ficam sujeitas à jornada de trabalho extensiva, intensiva e intermitente. Esse contexto promove a decisão pelo abortamento.

Aos limites econômicos e aos aspectos relativos à autonomia feminina, como realizar ações para seu desenvolvimento intelectual ou outras que lhe deem satisfação pessoal, também é agregada a desigualdade presente nas relações conjugais, nas quais os homens, em geral, tomam posse sobre a vida das mulheres, seus corpos e os produtos de seus corpos, mediante obrigações sexuais assumidas pela mulher com o casamento. (GUILLAUMIN, 2014). Assim, muitas vezes, diante da ausência de possibilidade de contracepção e aborto – por questões econômicas, limites de acesso aos métodos contraceptivos gratuitamente, não legalidade do aborto, ausência de informação e limites culturais --, a esposa tem o número de filhos que esposo lhe impôs e/ou desejou. Em caso da ocorrência de mais uma gravidez que ultrapasse a conveniência do homem, é comum que este lance a responsabilidade sobre a mulher. Em ambas as situações, a responsabilidade com o filho recai sobre a mulher. Assim, “a situação do aborto, por tanto tempo clandestino, existindo sem existir, confirmava tal relação, constituindo-se como o recurso das mulheres cujo homem não desejava o filho, bem como daquelas que não o desejavam.” (GUILLAUMIN, 2014, p. 36).

Segundo a Organização Mundial da Saúde/OMS (2013), estima-se que ocorram 22 milhões de abortamentos inseguros por ano, sendo 98% deles nos países de economia periférica. Esses abortos resultam em 47 mil mortes por ano, concentrando dois terços deles no continente africano (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2018). Além disso, 3 em cada 4 abortos provocados nos países de economia periférica acontecem de forma insegura (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013). No Brasil, dados do Ministério da Saúde afirmam que a maior incidência de abortamento é apresentada por países em desenvolvimento, sendo uma das principais causas de mortalidade materna no mundo. Para esta fonte, “estima-se que ocorram, considerando apenas o Brasil, mais de um milhão de abortamentos induzidos ao ano, sendo uma das principais causas de morte materna no País”. (BRASIL, 2011, p. 5)



O município de Campos dos Goytacazes/RJ, onde foi desenvolvida a ação de educação em saúde abordada neste artigo, apresenta elevado número de internações motivadas por abortos. Em 2018, ocorreram 680 internações por abortamento, sendo 379 abortos espontâneos e 301 abortos registrados como "outras gravidezes que terminam em aborto". (DATASUS, 2018).

Em termos de raça/cor, do total de internações por abortos, cuja cor/raça do paciente foi informada, aproximadamente 69,2% foram internações de mulheres negras ou pardas. Do total de internações por abortos, registrados como "outras gravidezes que terminam em aborto", cuja cor/raça do paciente foi informada, aproximadamente 70,6% foram internações de mulheres pretas ou pardas. Do total de internações por abortos registrados como "espontâneos", cuja cor/raça da paciente foi informada, aproximadamente 68,2% foram internações de mulheres pretas ou pardas. Assim, há uma sinalização de que estes abortos ocorreram preponderantemente junto a segmentos da população mais empobrecidos, nos quais predominam indivíduos pretos ou pardos. (IPEA, 2011; BEHRING; BOSCHETTI, 2008).

Diante do exposto, as ações educativas foram desenvolvidas a partir do reconhecimento da vulnerabilidade social e pobreza presentes no cotidiano das mulheres participantes das rodas de conversa, buscando, pela vivência conjunta e troca de experiências, a reelaboração de conhecimentos e a promoção de ações de prevenção ao abortamento inseguro. Nesse sentido, este trabalho adotou a concepção dialógica de educação em saúde.

Segundo Maciel (2009:774), "durante séculos o método de educação empregado era a mera transmissão de conhecimentos sem reflexão crítica"; partia-se do pressuposto de que a mente do educando era como um recipiente onde seriam depositados conhecimentos que deveriam ser decorados. Ao transpor para o setor da saúde, essa perspectiva se assemelha à educação em saúde realizada de forma tradicional. Nesta, são transmitidas informações, de modo prescritivo, para evitar doenças, sem questionamentos sobre os limites e possibilidades que condicionam a incorporação de tais conteúdos pelos indivíduos. Fatores sociais, culturais e econômicos não são considerados, ficando os indivíduos culpados, de modo individual, pela não aplicabilidade das orientações e conhecimentos recebidos. Nessa perspectiva tradicional, não é considerado o contexto no qual o indivíduo se insere; portanto, não abarca a compreensão da vulnerabilidade e de suas várias dimensões: individual, institucional e social.

A vulnerabilidade individual está associada a fatores como: a) falta de informação e de medidas educativas sobre as formas de transmissão e prevenção de doenças; b) baixa

motivação ou sensibilização pessoal para aceitar os riscos de adoecimento; c) baixo poder de confiança ou estima para adotar medidas preventivas e hábitos mais seguros. A vulnerabilidade institucional refere-se ao desenvolvimento ou não de ações voltadas para a prevenção e assistência à saúde, em maioria, realizadas pelo poder público. A vulnerabilidade social envolve a presença de questões sociais e econômicas que condicionam o processo saúde-doença. (BRASIL, 2005).

A partir da formulação do Sistema Único de Saúde, com a referência ao conceito ampliado de saúde, que remete `a saúde como resultante das condições de vida,

as ações educativas em saúde passam a ser definidas como um processo que objetiva capacitar indivíduos ou grupos para contribuir na melhoria das condições de vida e saúde da população, devendo ainda estimular a reflexão crítica das causas dos seus problemas bem como das ações necessárias para sua resolução. (MACIEL, 2009, p. 774)

A autora supracitada defende o modelo de educação em saúde denominado “modelo dialógico ou radical”, adotado como norteador das ações da presente experiência. Esse modelo se caracteriza pelo diálogo bidirecional entre as duas partes envolvidas no processo educativo - profissional e indivíduo ou comunidade. Sua radicalidade constitui na ruptura com práticas educativas tradicionais, que enfocavam o aspecto individual, não reconhecendo as multideterminações que envolvem o processo de prevenção. Valoriza-se o saber popular, o estímulo e o respeito à autonomia do indivíduo no cuidado de sua saúde e a participação social. Essa perspectiva de educação em saúde reconhece o processo de adoecimento, para além do agente biológico causador, sendo condicionado

por uma série de aspectos de ordem física (predisposição genética, grau de imunidade), socioeconômica (presença ou não de pobreza e vulnerabilidade social), cultural (valores, hábitos e costumes) e psíquica (presença ou não de saúde mental, incluindo depressão e stress). (LOPES; RANGEL, 2014, p. 819)

Entre estes aspectos, a vulnerabilidade social, situação de pobreza e fatores culturais ganham destaque neste trabalho. Pobres, para Rocha (2006),

são aqueles com renda se situando abaixo do valor estabelecido como linha de pobreza, incapazes, portanto, de atender ao conjunto de necessidades consideradas mínimas naquela sociedade. Indigentes, um subconjunto dos pobres, são aqueles cuja renda é inferior à necessária para atender apenas as necessidades nutricionais. (ROCHA, 2006, p. 13)

O governo brasileiro assume, como parâmetro para classificação de níveis de pobreza, o salário mínimo, definindo como indigente o grupo populacional com renda de até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo domiciliar per capita; e como pobres, o grupo com renda de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo domiciliar per capita. (IPEA, 2005).

A vulnerabilidade diante ao processo saúde-doença está associada à presença de risco de adoecimento, que não necessariamente se relaciona à pobreza, podendo estar relacionada, por exemplo, a hábitos inadequados à saúde. Entretanto, a vulnerabilidade social possui forte correlação com a pobreza, por esta favorecer a ampliação dos riscos e/ou reduzir a capacidade dos indivíduos de reverter os riscos. Assim,

[...] as situações de vulnerabilidade social devem ser analisadas a partir da existência ou não, por parte dos indivíduos ou das famílias, de ativos disponíveis e capazes de enfrentar determinadas situações de risco. (KATZAM *apud* BRASIL, 2007, p. 14-15).

Nessa perspectiva, Carmo e Guizardi (2018) afirmam que o ser humano vulnerável:

É aquele que, conforme conceito compartilhado pelas áreas da saúde e assistência social, não necessariamente sofrerá danos, mas está a eles mais suscetível [...] não alcançando patamares mais elevados de qualidade de vida [...]. Assim, ao mesmo tempo, o ser humano vulnerável pode possuir ou ser apoiado para criar as capacidades necessárias para a mudança de sua condição. (CARMO; GUIZARDI, 2018, p. 6).

Assim, esta experiência reconheceu a vulnerabilidade associada a contextos individuais e, sobretudo, coletivos, buscando promover mudanças no que diz respeito à prevenção almejada bem como conhecer as vivências e representações a elas referentes.

Torna-se importante a realização de ações de educação em saúde visando informar, debater e refletir sobre a prevenção de abortamentos inseguros, junto a grupo de mulheres em situação de pobreza, a partir do resgate do saber popular, compreendendo as vivências e/ou dificuldades enfrentadas pelas mulheres que condicionam a efetivação da mencionada prevenção.

2. AS RODAS DE CONVERSA NOS CRAS CUSTODÓPOLIS E MATADOURO: dinâmica, resultados e discussão.

2.1 Dinâmica e Resultados

O desenvolvimento de rodas de conversa sobre prevenção de abortamento inseguro faz parte das ações de um projeto de extensão-pesquisa da Universidade Federal Fluminense, do Departamento de Serviço Social de Campos²⁵⁸, desenvolvido no período de março a dezembro de 2019, em quatro Centros de Referência da Assistência Social (CRAS)

²⁵⁸ Este projeto foi aprovado em plenária do Departamento de Serviço Social de Campos, da Universidade Federal Fluminense, realizada em 14 de março de 2019.



do município de Campos dos Goytacazes/RJ. Estes CRAS foram previamente selecionados a partir de diálogo com a coordenação do CRAS/ Secretaria de Desenvolvimento Humano e Social do mencionado município, a partir de suas condições estruturais (espaço físico, em especial) para receber o projeto e do interesse de sua equipe profissional em estar levando o debate do tema em questão às usuárias de seus serviços.

As mulheres foram convidadas a participar enquanto esperavam por seus atendimentos nos CRAS. A participação, portanto, foi espontânea. Cada roda de conversa contou, em média, com 25 mulheres.

Os diálogos foram gravados e registrados em diário de campo, a partir do consentimento das usuárias participantes da roda de conversa ao assinarem Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os registros foram transcritos para fins de análise.

Durante as rodas de conversa, o tema ‘aborto’ causou constrangimento, ocorrendo raros relatos confirmando a realização de aborto induzido, de modo clandestino, ou seja, sem suporte de equipe profissional em instituições legalmente criadas para este fim. No Brasil, o aborto por iniciativa da mulher é considerado ilegal (BRASIL, 1940), sendo, portanto, comum sua realização de modo inseguro. (FUSCO; ANDREONI, SILVA, 2008).

A insegurança do aborto se constitui pela possibilidade de complicações advindas de um procedimento provocado por remédios abortivos, por introdução de sondas, etc., sendo comum a presença de infecções e hemorragias.

O constrangimento das mulheres durante as rodas de conversa foi expresso pelo silêncio e olhares para baixo, quando a roda era iniciada, e pela pressa em afirmar que tomavam contraceptivos ou que eram ‘operadas para não ter mais filhos’. Foi possível deduzir que o fato do aborto ser criminalizado dificultava a conversa e trazia um conflito moral.

Entretanto, uma das mulheres, afirmou a realização de aborto inseguro:

“Eu já fiz e não passei mal não. Eu fiz mesmo porque eu quis. Eu não queria ter o filho. Na época eu tinha uns três filhos. [...]Foi a questão mesmo de sustentar.”. (M 1)

E, corroborando com o fato de ser comum a prática do aborto inseguro, várias mulheres presentes nas rodas mencionaram conhecer alguma pessoa que tenha realizado o aborto por iniciativa própria, de modo inseguro.

Em relação às dificuldades em possuir vários filhos, foi declarado:

“Ah! Porque filho é caro. Botar filho no mundo é complicado! (M 6).

“A criação é difícil.” (M 7)

Os relatos de usuárias, apresentados nas duas rodas de conversa cujo tema foi prevenção do abortamento inseguro, sinalizaram a presença de limites relacionados à prevenção de gravidezes não planejadas, incluindo dificuldades no acesso à cirurgia para 'laqueadura de trompas'. Foram mencionadas dificuldades referentes ao parceiro não concordar com o uso de preservativos; ao esquecimento de tomar o contraceptivo oral; à não disponibilidade de contraceptivos orais pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e a dificuldades de acesso ágil à cirurgia de laqueadura de trompas pelo SUS.

No que diz respeito ao uso de preservativos, foi ressaltado:

"Usar camisinha é difícil. Os homens não aceitam!" **(M 1)**

Em relação ao uso contínuo de contraceptivo oral, foi afirmado:

"Eu usei até anticoncepcional, mais aí um dia eu tomava outro dia não tomava." **(M 1)**

"Geralmente, a pílula que todo mundo toma e não faz mal nenhum, não dá cisto e umas coisas assim, eles [profissionais dos serviços SUS] não dão." **(M 5)**

Três mulheres mencionaram dificuldades para o acesso à cirurgia de 'laqueadura de trompas', sendo questionado por uma das mulheres o critério de 'possuir ao menos dois filhos' para o acesso à referida cirurgia pelo Sistema Único de Saúde (SUS):

"Eu queria falar uma coisa em relação ao que a senhora acabou de falar, em números de abortos provocados, em números de gravidez indesejada, às vezes eu nem culpo a mulher ou o homem, eu culpo os governantes [...] já fui várias vezes lá no centro da saúde da mulher, lá para fazer o planejamento para operar, sendo que já tem quase um ano, agora que eles me liberaram a cirurgia lá para os Plantadores [hospital]. [...] Mas aí, o que acontece? O exame já tinha vencido, eu tive que repetir agora os exames [...] Eu acho assim errado, porque desde o momento em que a gente é maior de idade e sabe o que quer da vida da gente, eles tinham que pegar, você quer? Vai lá e opera. Não tem que esperar ter três filhos, não tem que pedir marido para operar, porque não desmerecendo os homens daqui, muita das vezes o filho é da mulher, o filho não é de homem. [...] Então quem tem que tomar essa decisão de que quer ou não é a gente [...]. Pra eu conseguir o que eu consegui hoje é uma luta, então tipo assim, eu não sou contra ou a favor de quem faz [o aborto]. Eu não faço, mas eu tenho muito medo de engravidar até lá, eu tomo a injeção, mas eu acho muito errado a culpa desses abortos, dessas gravidez indesejada ser nossa, é desses governantes da gente, porque se eu quero operar cheguei lá e falei: 'eu quero', eu sei o que eu quero da minha vida, opera e pronto acabou, não fica perguntando marido, se pode se não pode, porque também eu acho que muitas vezes esse é o erro". **(M 2).**

"Não é tão fácil como as pessoas falam: 'Oh! Vou indicar você para ir pra lá e fazer, porque passa o exame e o exame passa (em referência ao vencimento do exame)." **(M 3)**

"Se eu quisesse, eu não posso, tenho 29 anos e um (01) filho". **(M 4)**



Algumas mulheres participantes da roda de conversa não quiseram comentar sobre o tema, afirmando que eram operadas. A laqueadura de trompas foi apresentada como uma saída diante da possibilidade de uma gravidez não planejada.

Nas rodas de conversa realizadas, foram informados (ou recordados), partindo do conhecimento das mulheres presentes: todos os métodos contraceptivos existentes, sendo ressaltado o uso adequado dos mesmos; os critérios para acesso à cirurgia de 'laqueadura de trompas'; os serviços de saúde que realizam o planejamento familiar no município de Campos dos Goytacazes e distribuídos preservativos.

Foram levantados questionamentos sobre o trabalho da mulher na educação dos filhos e nos cuidados em geral; sobre o trabalhar fora de casa e cuidar de filhos; sobre a negociação do uso de preservativos com os parceiros e sobre os cuidados com a saúde ginecológica por mulheres em todas as faixas etárias.

2.2 Discussão

O 'abortamento'/'aborto' por iniciativa da mulher é fenômeno comum no Brasil e no mundo. Entretanto, esse tema ainda constitui um tabu, havendo pouca disponibilidade das mulheres em abordá-lo, o que corrobora com Cisne, Oliveira e Castro (2018), que afirmam o caráter velado da prática do aborto. As rodas contaram com média de 25 mulheres, mas somente poucas mulheres se dispuseram a comentar mais detalhadamente suas vivências. As demais apenas afirmavam o uso correto de contraceptivos ou a realização da cirurgia de 'laqueadura de trompas'.

Houve o reconhecimento de que o trabalho com a criação e cuidados gerais com os filhos vem sendo uma tarefa das mulheres; muitas vezes, sendo estas que também cuidam de netos para que filhas possam trabalhar fora de casa. Nessa perspectiva, as implicações de gênero, que retratam a direção dada pela ideologia patriarcal, se fazem presentes, corroborando com a análise elaborada por Guillaumin (2014).

Outro aspecto mencionado foi o custo financeiro que um filho implica, limitando o orçamento familiar e intensificando a situação de pobreza vivenciada.

Entretanto, também houve o reconhecimento de que é difícil não ocorrerem gravidezes não planejadas, pois é comum o uso inadequado dos métodos contraceptivos; o não comprometimento dos homens na prevenção destas gravidezes e o não comprometimento do poder público com a agilidade no acesso à cirurgia de laqueadura de trompas pelo SUS.

Houve a sugestão de que não seja considerada a opinião do parceiro, mas apenas a da mulher envolvida, devido à responsabilidade para com os filhos ser, frequentemente, apenas dela.

É importante ressaltar que demandas foram lançadas à gestão pública, relacionadas à maior disponibilidade dos métodos contraceptivos, em especial, ao contraceptivo oral e injetável e também à maior agilidade no processo de acesso à cirurgia de 'laqueadura de trompas'.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A roda de conversa configurou-se como espaço de troca de informações e experiências, com participação importante das mulheres.

No contexto dessa prática, a prevenção do abortamento inseguro se mostrou perpassada por vários fatores limitadores. Os homens não se envolvem com a prevenção de gravidezes não planejadas; as mulheres não usam adequadamente os métodos contraceptivos; a cirurgia pelo SUS envolve critérios que são questionados pelas mulheres presentes nas rodas de conversa e o acesso à cirurgia pelo SUS envolve um longo processo, o que gera a perda de validade de exames já realizados e a possibilidade de novas gravidezes enquanto as mulheres aguardam.

Desse modo, o aborto, muitas vezes, ainda se constitui uma alternativa possível, mesmo que seu preço venha a ser a vivência de sérias complicações e, em alguns casos, a morte.

Faz-se necessário, portanto, o enfrentamento da presença de abortos inseguros, com a discussão de seus motivos, descriminalizando-os e criando estratégias de ações que contribuam com para melhores condições de saúde e de vida para as mulheres.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Aspectos Conceituais da Vulnerabilidade Social**. Brasília: MTE; DIEESE, 2007. Disponível em: <https://docplayer.com.br/8044969-Aspectos-conceituais-da-vulnerabilidade-social-convenio-mte-dieese.html>. Acesso em: 13 abr. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Oficina de aconselhamento em DST/HIV/Aids para a atenção básica**: Brasília, série manuais n. 66, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acons_ind_atenbasica01_web.pdf. Acesso: 13 abr. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica**. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. 2018. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qibr.def>
- BRASIL. Presidência da República. **Código Penal. Decreto lei n. 2.848, de 07 dezembro de 1940**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm
- BEHRING, ER; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. 4ª. ed., São Paulo: Cortez, 2008. (Biblioteca básica do serviço social; v. 2). Cap. 5: Item 5: Expressões da questão social e política social no Brasil, p. 184-191.
- CISNE, M. **Gênero, divisão sexual do trabalho e Serviço Social**. São Paulo: Outras Expressões, 2012.
- CISNE, M.; OLIVEIRA, GMJC; CASTRO, V.V. Aborto inseguro: um retrato patriarcal e racializado da pobreza das mulheres. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 452-470, set./dez. 2018.
- CARMO, ME; GUIZARDI, FL. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, 2018: e00101417. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n3/1678-4464-csp-34-03-e00101417.pdf>
- FUSCO, CLB; ANDREONI, S; SILVA, RS. Epidemiologia do aborto inseguro em uma população em situação de pobreza – Favela Inajar de Souza, São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, n. 1, 2008: 78-88. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rbepid/2008.v11n1/78-88/pt>
- GUILLAUMIN, C. Prática do poder e ideia de natureza. In: FERREIRA, V. et al. (Org.). **Patriarcado Desvendado: teorias de três feministas materialistas**. Recife: SOS Corpo, 2014.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA. **Radar social**. Brasília: IPEA, 2005.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA. **Retrato das desigualdades de gênero e raça**. 4ª. ed., Brasília: IPEA, 2011. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/retrato/pdf/revista.pdf>
- LOPES, VAS; RANGEL, EM. Hanseníase e vulnerabilidade social: uma análise do perfil socioeconômico de usuários em tratamento irregular. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 817-829, out-dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0817.pdf>
- MACIEL, Marjorie Ester Dias. Educação em saúde: conceitos e propósitos. **Revista Cogitare Enfermagem**, Paraná, 14(4):773-776, out/dez 2009.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde**. 2. ed. Genebra, 2013. Disponível em:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/7/9789248548437_por.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevención del aborto peligroso**. 19 fev. 2018. Disponível em: < <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>>. Acesso em: 13 fev. 2019.

ROCHA, S. **Pobreza no Brasil**: afinal do que se trata? Rio de Janeiro: FGV, 2006.

SERVIÇO SOCIAL E JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO ACERCA DA EFETIVIDADE SOCIAL DESTES PROCESSOS PARA AS PESSOAS COM DOENÇA ONCO-HEMATOLÓGICAS ATENDIDAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Zilda Cristina Dos Santos (Unesp - Universidade Estadual Paulista - Câmpus Franca);
Agnaldo De Sousa Barbosa (Unesp - Universidade Estadual Paulista - Câmpus Franca).

RESUMO: A judicialização da saúde questiona se o Sistema Único de Saúde contempla o princípio de integralidade. Esta pesquisa de doutorado objetiva: identificar as demandas judiciais das pessoas com doença onco-hematológicas e descrever o seu perfil sócio demográfico; analisar as decisões judiciais. O cenário é a Unidade de Oncologia Dona Aparecida do Penfigo da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Foram realizados revisão de literatura, pesquisa de campo e entrevista semi-estruturada. Participaram da pesquisa médicos, assistentes sociais, advogados e usuários. A pesquisa evidenciou que a judicialização é o meio estratégico para o acesso a saúde.

Palavras Chaves: Serviço Social. Judicialização. Sistema Único Saúde.

ABSTRACT: The judicialization of health questions whether the Unified Health System contemplates the principle of integrality. This doctoral research aims to: identify the legal demands of people with onco-hematological disease and describe their socio-demographic profile; analyze judicial decisions. The scenario is the Oncology Unit Dona Aparecida do Penfigo of the Federal University of Triângulo Mineiro. Literature review, field research and semi-structured interview were carried out. Doctors, social workers, lawyers and users participated in the research. The research showed that judicialization is the strategic means for access to health.

Keywords: Social Work. Judicialization. Unified Health System.

1- INTRODUÇÃO

O acesso às políticas sociais na atualidade tem sido cada vez mais reivindicado por meio da judicialização devido estas serem pontuais e imediatas e não atenderam a totalidade social e direitos estabelecidos pela Constituição Federal de 1988. Dessa forma:

A Judicialização significa que algumas questões de larga repercussão política ou social estão sendo decididas por órgãos do Poder Judiciário, e não pelas instâncias políticas tradicionais: o Congresso Nacional e o Poder Executivo – em cujo âmbito se encontram o Presidente da República, seus ministérios e a administração pública em geral. Como intuitivo, a judicialização envolve uma transferência de poder para juizes e tribunais, com alterações significativas na linguagem, na argumentação e no modo de participação da sociedade. O fenômeno tem causas múltiplas. Algumas delas expressam uma tendência mundial; outras estão diretamente relacionadas ao modelo institucional brasileiro (BARROSO, 2008, pág.4).

A judicialização no Brasil é uma circunstância da omissão do poder público em cumprir com as promessas constitucionais que são regidas por normas programáticas e diretrizes para o governo. Quando estas normas e diretrizes não são cumpridas permite que o Juiz, a partir do conhecimento da causa, decida sobre seu acesso. Isso acontece porque as normas constitucionais permitem interpretações diversas deduzindo a pretensão, subjetividade e objetividade. O papel da Constituição é defender os princípios e valores fundamentais da vida, e, com isso a judicialização não decorre do Judiciário e sim do Constituinte (BARROSO, 2008)

No caso, a judicialização da saúde é fenômeno derivado da forma como são organizadas as normas constitucionais no Brasil; as estatísticas demonstram que, desde 2008 até presente ano, sua intensificação produz impacto no orçamento público a ordem de R\$ 1bilhão anuais. Neste cenário:

A saúde e o direito são campos bastante politizados no Brasil. As instituições jurídicas e sanitárias têm sido testemunhas desse processo, que influencia decisivamente as sociabilidades e o estabelecimento de estratégias de reivindicação de direitos pelos atores sociais. (ASENSI; PINHEIRO, 2015, pág. 09).

A judicialização do direito à saúde envolve diversos serviços públicos e privados tais como o fornecimento de medicamentos, disponibilização de exames e cobertura de tratamento de doenças. Devido à realidade de que o Sistema Único de Saúde (SUS) não consegue contemplar a perspectiva da universalidade e integralidade, o Poder Judiciário tem sido protagonista no acesso ao direito à saúde. O recurso à judicialização tem sido uma prática cada vez mais presente na realidade dos usuários do SUS, principalmente no tange às pessoas com doença oncológica.

Nesse sentido, Asensi reflete sobre o fenômeno da judicialização no Brasil –em face da efetivação dos direitos – e aponta que:

Ao partir do pressuposto de que o direito existe para se realizar, a ideia de efetividade significa o desenvolvimento concreto da função social do direito. Ela representa a materialização, no mundo dos fatos, dos preceitos legais e simboliza a aproximação, tão íntima quanto possível, entre o dever-ser normativo e o ser da realidade social” [...]. Portanto, busca pensar o desenvolvimento dos direitos na prática, de modo a superar a perspectiva formalista que se traduz na mera eficácia jurídica. (ASENSI, p.25, 2010)

Diante desse quadro, a Justiça brasileira vem cada vez mais se capacitando e se organizando para lidar com a temática da efetivação do direito à saúde, organização essa que se dá a partir de parâmetros e diretrizes para atuação judicial em saúde, tais como a recomendação nº 31 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ)²⁵⁹. Tal recomendação, assim como outras (Resolução nº107, nº 36 do Conselho Nacional de Justiça e da Declaração do I Encontro do Fórum Nacional do Judiciário), tem o intuito de sistematizar a dinâmica de promoção de acesso à saúde, instruindo como elaborar as ações e possibilitar melhor apreciação dos profissionais do Judiciário sobre o assunto. São três atores sociais que fazem parte da judicialização da saúde – Judiciário, sociedade e a gestão pública em saúde (municipal, estadual ou União).

Com efeito, no Brasil não há uma padronização dessa atuação. Tem-se as recomendações do CNJ, mas cada estado atua de acordo com diretrizes regionalizadas. No entanto, existe características em comum das ações para efetivação do direito à saúde, tais como: foco curativo das demandas – ênfase nos medicamentos, tratamentos, próteses –, predomínio das ações individuais, tendência ao deferimento final e antecipação de tutela. Em razão de problemas envolvendo orçamento e gestão, o CNJ sugere evitar a reprodução de uma visão medicalizada de saúde e destaca a importância do trabalho multiprofissional, como os de assistente sociais, psicólogos e fisioterapeutas; de igual maneira, recomenda-se evitar a condição de refém do argumento econômico de restrição, em alusão às estratégias governamentais relacionadas ao contingenciamento de gastos, o que pode influenciar no condicionamento do direito à disponibilidade de recursos.

Diante deste cenário, recorrer à justiça tem sido a estratégia utilizada pelos usuários com doenças onco-hematológicas e seus familiares para reivindicar acesso a um tratamento oncológico diferenciado. Dessa forma são protocolados processos de medicamentos via

²⁵⁹ Recomendação Nº 31 de 30/03/2010 - Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde.



judicial na expectativa que a justiça promova o acesso a medicamentos não padronizados pelo SUS. No caso das doenças onco-hematológicas não há nenhuma medicação incluída na Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC).

Neste contexto, parte-se do princípio de que a integralidade envolve a garantia do fornecimento de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos e coletivos em todos os níveis de assistência. Já o princípio de equidade envolve a intenção de reduzir as desigualdades sociais dos usuários do SUS. O princípio da universalidade, com base em Asensi, (2010, p.42):

O princípio da universalidade diz respeito ao reconhecimento da saúde enquanto um direito fundamental de todo e qualquer ser humano, cabendo ao Estado garantir as condições indispensáveis a seu pleno exercício e o efetivo acesso à atenção e à assistência à saúde em todos os níveis de complexidade. Portanto, tal princípio pressupõe uma relação em que os cidadãos têm um direito que se configura como um dever do Estado, sem qualquer possibilidade de restrição à sua universalidade.

Destaca-se que os princípios constitucionais que estão ligados à dignidade da pessoa humana são uma tentativa de amenizar as "ressonâncias" da repressão do período militar. Contudo, a focalização das políticas de saúde e falta de estruturação constitucional do SUS podem ser considerados fatores intensificação da judicialização. Portanto, é a partir dos princípios constitucionais e políticas de saúde que o assistente social busca estratégias para contribuir para a melhor condição de vida e dignidade no processo saúde-doença- cuidado.

Tendo em vista os argumentos acima apontados com base na literatura sobre o tema, esta pesquisa tem a perspectiva de propiciar a reflexão acerca do direito de acesso à saúde de pessoas com doenças onco-hematológicas; as formas de intervenção disponíveis no SUS e aquelas reivindicadas no processo de judicialização da saúde em um hospital de ensino federal do Estado de Minas Gerais.

2- SERVIÇO SOCIAL E JUDICIALIZAÇÃO: análise da prática profissional

A formação multiprofissional com perspectiva interdisciplinar visa integrar conceitos e construir em conjunto objetos de novas investigações, absorvendo os condicionantes do processo saúde-doença-cuidado e sinalizando para a busca de alternativas e de resolutividade de acordo com a política de saúde. Assim, está em consonância com o projeto profissional do Serviço Social, bem como, a busca pela materialidade do entendimento do sujeito em sua totalidade. Trata-se de um desafio da formação de trabalhadores para o SUS que nos remete a um instigante processo de procura e contribuição sobre o fenômeno de

Judicialização da Saúde, com o fim de cooperar para a mudança de sua postura diante do contexto envolve este fenômeno.

Neste sentido, o *lócus* da investigação do objeto a ser estudado compreende o espaço de uma Unidade de Oncologia de um Hospital de Ensino Federal no Estado de Minas Gerais. Como profissional do referido setor, tenho observado que o acesso a medicamentos oncológicos tem sido efetivado por meio da estratégia da judicialização. A justificativa do médico assistente para tal solicitação tem como fundamento a não adaptação das pessoas com doença oncológica aos medicamentos padronizados pelo Sistema Único de Saúde. Neste cenário, a judicialização inicia-se mediante solicitação do médico assistente que esclarece ao usuário e sua família a necessidade do medicamento diferenciado para aquela patologia. Após prescrição, relatório médico, cópia de exames e artigo científico que comprovem a eficácia da medicação solicitada. Após esse procedimento, o paciente e sua família passam por atendimento social no qual é feita uma avaliação social (padronizada pelo Ministério Público Federal de Minas Gerais), sendo emitido um relatório social que será anexado junto a documentação médica. Em posse dessa documentação, o usuário e sua família são orientados a procurar o Ministério Público Federal (MPF) com o propósito de ajuizarem a ação. Formalizado o processo judicial junto ao MPF, é solicitado ao usuário ou familiar responsável que deixe uma cópia da abertura do processo no Setor de Serviço Social da Oncologia, o qual informará ao setor Jurídico do Hospital e ambos os setores acompanharão o usuário e sua família no processo.

Visando nortear a atuação do assistente social nas demandas judiciais em saúde, o Conselho Federal de Serviço Social publicou em 2011 um documento com a finalidade de contribuir para a sistematização do trabalho do assistente social no Judiciário. O documento “Atuação de assistente social no sistema sociojurídico: subsídios para reflexão” permite ao profissional compreender qual sua contribuição e atuação no processo de demandas judiciais da saúde.

Nesse ínterim, a atuação do assistente social junto ao Poder Judiciário constitui em espaço de ação tanto na dimensão sociojurídica quanto no processo de efetivação do direito à saúde. O debate sobre o *lócus* do jurídico ganha, no cenário contemporâneo, gradativo relevo na concretização da dimensão técnico-operativa do serviço social, na medida em que desenvolve significativa intervenção no cotidiano das diversas instituições onde atuam assistentes sociais. Esse movimento tem demandado sua problematização no cerne da representação da categoria, sobretudo pela interferência no cotidiano profissional dos



espaços sócio-ocupacionais, mas também pela nítida impositividade do 'jurídico', que cerca as demandas inerentes ao sociojurídico.

A atuação com demandas sociojurídicas prevê o redirecionamento ético e político para análise da realidade social a partir da perspectiva de totalidade em meio contradições sociais, que, no caso específico do direito à saúde, a totalidade social envolve os determinantes e condicionantes sociais da saúde como moradia, acesso a medicação, educação, transporte, trabalho dentre outros.

A reflexão sobre o direito à saúde se dá a partir do direito positivado; os direitos são construídos a partir das relações sociais concretas e das necessidades sociais historicamente construídas pela divisão de classes. A efetivação do direito na realidade depende das relações de forças, das formas de organização política, da força das tradições culturais e disputas ideológicas.

Na política de saúde a dinâmica de exploração *versus* dominação se expressa a partir das relações de trabalho existentes na operacionalização dos serviços, que conta com privatização e terceirização. E a partir dessa estrutura de limite da atuação social do Estado, ensejado pela Reforma do Estado iniciada em meados da década de 1990, que fatores como a burocratização impacta no acesso universal à saúde, bem a hierarquização interna da gestão dos serviços de saúde, que resulta numa sistematização dos serviços de saúde a partir da seleção de prioridade para serem tratadas. E ainda neste cenário, o artigo 199 da Constituição Federal de 1988 define sobre a assistência à saúde complementar a partir dos serviços privados de saúde e justifica a criação dos planos de saúde em razão do SUS não dar conta da totalidade.

A ampliação e consolidação do poder fazem com que haja o agravamento das expressões da questão social, e isso reflete diretamente na atuação do assistente social também na atenção básica em saúde, já que este trabalha com as implicações dessas expressões. Martinelli (2006, p. 03) afirma que:

É fundamental que reconheçamos a importância de nossa profissão ao abrir espaços de escuta para estes sujeitos que, muitas vezes, nem, sequer são alcançados por outras profissões. Com frequência somos nós, assistentes sociais, os interlocutores deste segmento que praticamente já não mais interessa a quase ninguém. Homens de rua não votam, imigrantes estão sem trabalho, anciãos não são produtivos sob o ponto de vista do mercado, enfim este é o segmento pensado por muitos como uma população sobrando, sem inserção no mercado de trabalho.

Assim, como indica Iamamoto (2007, p. 20):

Um dos maiores desafios que o assistente social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de

trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano.

A atuação do assistente social no Judiciário se dá na perspectiva de avaliação da realidade social a partir instrumentos e atribuições privativas, como o estudo social, conforme, CFESS (2011, p. 24):

Em consonância com o conceito de estudo social de Miotto (2001), Rey (2009) enfatiza que o estudo social precisa estar sedimentado como o agir profissional que dá origem ao relatório/laudo/avaliação e, por consequência, é ação privativa do/a profissional de serviço social. Lembra que a Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social (8.662/1993), em seu artigo 5º, estabelece quais são suas atribuições privativas e, no item IV, consta: “realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social” (Coletânea de Leis, CRESS, 2009). Não é citado o termo ‘estudo social’ na lei, nem como competência (artigo 4º), nem como ação privativa (artigo 5º). Entretanto, concebendo-se o estudo social como ação interventiva que deverá produzir uma opinião técnica, em matéria de serviço social, e que sua materialidade se dá por meio de documento produzido pelo/a profissional, considera-se que está contemplada na lei a exclusividade ao/à assistente social.

E, ainda, de acordo com Martinelli (2006, p. 14):

Somos profissionais cuja prática está direcionada para fazer enfrentamentos críticos da realidade, portanto precisamos de uma sólida base de conhecimentos, aliada a uma direção política consistente que nos possibilite desvendar adequadamente as tramas conjunturais, as forças sociais em presença. É neste espaço de interação entre estrutura, conjuntura e cotidiano que nossa prática se realiza. É na vida cotidiana das pessoas com as quais trabalhamos que as determinações conjunturais se expressam. Portanto, assim como precisamos saber ler conjunturas, precisamos saber ler também o cotidiano, pois é aí que a história se faz, aí é que nossa prática se realiza.

Neste sentido, Mota (2006) observa que o processo de cooperação envolve atividades especializadas, saberes e habilidades que mobilizam, articulam e põem em movimento unidades de serviços, tecnologias, equipamentos e procedimentos operacionais. E é partir desse processo que se observam as particularidades da inserção do trabalho dos (as) assistentes sociais no processo de trabalho coletivo no SUS.

Principalmente porque os direitos sociais deveriam ser ofertados e de acesso facilitado, conforme as necessidades forem surgindo, ou, numa melhor perspectiva, a de prevenção. No entanto, a realidade brasileira mostra que o direito para ser acessado precisa de imposição, considerando que isso só acontece porque o Estado não cumpre com os princípios constitucionais, imposição dada pela justiça para acesso dos direitos de forma individual, pois na perspectiva coletiva a resposta é dada por meio das políticas sociais que são imediatistas e seletivas, contribuindo para que os direitos sociais se tornem benefícios que percam a perspectivas de totalidade e universalidade.



Assim, a problemática a ser estudada visa compreender o processo de efetivação do direito a saúde de pessoas com doença onco-hematológica de um hospital federal de ensino por meio de encaminhamento de demandas judiciais em saúde. Para tanto, o primeiro passo será a descrição do perfil sociodemográfico das pessoas com doença onco-hematológica e suas percepções sobre as contribuições e/ou limitações dessas políticas para atender suas necessidades, bem como será abordado a contribuição do assistente social para efetivação do direito. Irá ser descrito ainda a experiência de pessoas com doença onco-hematológica que solicitaram medicamentos ou procedimentos via justiça para melhor efetividade do seu tratamento oncológico.

A temática é de grande relevância, pois visa conhecer atuação do assistente social junto às pessoas com doença onco-hematológica, assim como a contribuição da justiça na vida destas pessoas. Enquanto pesquisadora, destaca-se a preocupação com a realidade apresentada na área da saúde, num espaço em que culturalmente se tem como viés de práticas imediatistas e curativas, e que necessita cada vez de práticas intersetoriais.

2. 1- Características Gerais da pesquisa

Esta pesquisa é a nível de doutorado, tem como objetivo geral: Compreender o processo pela efetivação do direito à saúde de pessoas com doença onco-hematológicas de um hospital ensino federal por meio do encaminhamento de demandas judiciais, no período de 2016 a 2018.

E objetivos específicos: Identificar e mapear as demandas judiciais das pessoas com doença onco-hematológicas e descrever o perfil sócio demográfico deste público. Analisar as decisões judiciais no atendimento às demandas em saúde e identificar o diagnóstico clínico para judicializar. Identificar em que condições a judicialização garante o acesso dos usuários com doenças onco-hematológicas aos medicamentos. Compreender a atuação do assistente social na busca pela efetivação do direito à saúde as pessoas com doença onco-hematológica. Identificar e compreender as percepções e o itinerário terapêutico dos usuários com doença onco-hematológica e ou seus familiares no processo de demandas judiciais em saúde.

Trata-se de um estudo de caso em que serão empregados os métodos quantitativo e qualitativo com o objetivo de compreender o processo pela efetivação do direito à saúde, por meio da judicialização de medicamentos, de pessoas com doença onco-hematológicas de um



hospital federal de ensino superior do Estado de Minas Gerais, no período de 2016 a 2018.

Na abordagem qualitativa Martinelli (1999, p. 35) ressalta que

Os pressupostos da pesquisa qualitativa são contrários ao modelo experimental e adotam métodos e técnicas de pesquisa próprios. Estão em evidência nessa perspectiva o método clínico, o método histórico-antropológico, que captam os aspectos específicos dos dados e acontecimentos no contexto que acontecem. Deixam a verificação das regularidades para se dedicarem a análise dos significados que indivíduos dão às suas ações, no espaço que constroem as suas vidas e suas relações, ou seja, à compreensão do sentido dos atos e das decisões dos atores sociais, assim como os vínculos das ações particulares com o contexto social mais amplo em que estas se dão. Há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, entre o sujeito e o objeto, entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito.

Assim, espera-se que com a abordagem qualitativa os participantes possam trazer à tona o que pensam sobre os problemas a serem pesquisados a partir de sua realidade social, envolvendo dessa forma os seus sentimentos, valores, crenças, costumes e práticas sociais cotidianas.

Para a coleta de dados quantitativos buscar-se-á identificar o perfil dos usuários e das demandas judiciais por medicamento para tratamento de doenças onco-hematológicas.

A combinação de dos dois métodos torna-se necessária nesta pesquisa pois oportunizará uma compreensão ampliada do objeto de pesquisa.

As abordagens quantitativas e qualitativas exigem teoria e métodos próprios e se prestam a fins de natureza diferenciada: as primeiras visam a dimensionar e a quantificar os dados de processo ou resultado. E as segundas são apropriadas para aprofundar a história; captar a dinâmica relacional de cunho hierárquico, entre os pares ou com a população; compreender as representações e os símbolos e dar atenção, também, aos sinais evasivos que não podem ser entendidos por meios formais. (MINAYO, 2010, p. 369)

A combinação dos dois métodos (qualitativo e quantitativo) na investigação de mesmo objeto de estudo é definida, por Minayo (2010), por *triângulo de métodos* e seu objetivo consiste em proporcionar um olhar detalhado do fenômeno a partir de coletas de dados em diferentes momentos.

Com a finalidade de se atingir os objetivos propostos neste projeto, a pesquisa desenvolver-se-á a partir das seguintes fases. Como primeira fase será realizada uma revisão bibliográfica sobre o tema com o intuito de proporcionar a atualização e ampliação dos aportes teóricos da pesquisa a partir dos seguintes descritores: judicialização da saúde por medicamentos; acesso a serviços oncológicos no SUS; doenças onco-hematológicas; política nacional de atenção oncológica.

Na segunda fase será realizada uma pesquisa documental a partir dos processos judiciais que estão presentes no setor de oncologia do hospital federal de ensino superior no

Estado de Minas Gerais (2016-2018). A pesquisa documental consiste em reunir os documentos, em descrever ou transcrever eventualmente seu conteúdo e efetuar uma primeira ordenação das informações para selecionar aquelas pertinentes aos objetivos do estudo. Após a constituição do corpus documental procederemos à análise de conteúdo (LAVILLE e DIONNE, 1999).

A pesquisa documental tem como finalidade a construção de um perfil dos usuários e das demandas judiciais por medicamento oncológico. Para a construção do perfil serão coletadas as seguintes variáveis: sexo; idade; condição socioeconômica; diagnóstico clínico; tipo de tratamento; tipo de medicamento receitado; valor do medicamento; valor do tratamento; tipo de representado; tipo de representante; e resultado da ação judicial. Por questões éticas, os nomes dos usuários serão mantidos em sigilo.

Na terceira fase da pesquisa, mas ainda se utilizando da pesquisa documental a partir dos processos judiciais presentes no referido setor de oncologia, será realizada uma análise de conteúdo dos argumentos de defesa e do agente judicial para a concessão ou negação do pedido de medicamento. Os discursos jurídicos de ambos os atores serão analisados por meio de categorias temáticas proporcionando identificar e mapear os critérios utilizados por ambos no processo judicial até a sua fase final.

Na quarta fase da pesquisa serão aplicadas entrevistas semiestruturadas entre os atores acompanharam e/ou acompanham os usuários em seu tratamento de saúde e demandas judiciais. Sendo assim, foi entrevistados médicos; advogados e assistentes sociais. Assim para aplicação das entrevistas foi realizada a apresentação e a explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos referidos sujeitos, esta pesquisa foi aprovada pela Comitê de Ética e Pesquisa- CEP da Universidade Estadual Paulista “ Julio Mesquita Filho” sob o número do CAAE 73003317.7.0000.5408.

De acordo com Minayo (2008, p. 64):

Entrevista, tomada no sentido amplo da comunicação verbal e no sentido restrito da coleta de informações sobre determinado tema científico, é a estratégia mais usada no processo de trabalho de campo. Entrevista é acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador. Ela tem o objetivo de construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes com vistas a estes objetivos.

Ressalta-se que as entrevistas semiestruturadas constituem-se de um roteiro previamente elaborado, o qual em sua própria dinâmica da entrevista permite a inserção de temas vinculados ao objeto de pesquisa (MINAYO, 2010).

O *roteiro* desdobra-se em vários aspectos essenciais e em tópicos permitindo

contemplar a abrangência das informações esperadas. Os tópicos funcionam somente como lembretes, ao pesquisador que deverá memorizá-lo, quando em campo. Corresponde mais a uma orientação para o andamento da interlocução; o roteiro deverá ser construído de maneira flexível contribuindo para a inserção de novos temas e questões trazidas pelo interlocutor segundo sua ótica de relevância. (MINAYO, 2010, p. 191)

A pesquisa respeitará os princípios elencados na Resolução 510/16, resguardando a integridade do sujeito da pesquisa, desenvolvendo-se dentro dos padrões éticos. Deve assim, trabalhar para contribuir para o fortalecimento do trabalho multiprofissional na saúde, ampliar o acesso a informações e serviços, para produção de conhecimento do tema abordado e para dar visibilidade ao trabalho do assistente social em equipe multiprofissional.

2. 2 Resultado Parciais

A pesquisa em tela trata da minha vivência enquanto assistente social da Clínica de Onco-Hematologia do Hospital de Clínicas da UFTM ²⁶⁰. Nesse espaço atuei desde 2010 enquanto residente multiprofissional do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Posteriormente a esse vínculo de 2012, continuei minhas atividades com vínculo pela Fundação de Ensino Pesquisa de Uberaba MG.

No ano de 2012 implantei de forma efetiva o Serviço Social nessa Clínica, apesar do setor de Serviço Social existir há mais de trinta anos no Hospital de Clínicas da UFTM. Em 2015 iniciou-se a discussão entre a equipe sobre a judicialização desses pacientes, visto que o protocolo ofertado pelo SUS não atendia/não atende as necessidades desses pacientes, principalmente pelo protocolo que está desatualizado há mais de dez anos.

As reuniões eram compostas pelos seguintes profissionais: assistentes sociais (no caso eu), médicos, advogados (do setor jurídico do HC-UFTM) e gestor formado em administração. O objetivo dessas reuniões era construir um protocolo para fluxo da judicialização com diálogo e parceria com Ministério Público Estadual e Federal. As demandas da judicialização partiam/partem da equipe quando se esgotam as alternativas de tratamento ofertado pelo SUS e é verificada também a sobrevida com qualidade de vida para os usuários.

²⁶⁰ O HC-UFTM atende 27 municípios que compõem a macrorregião Triângulo Sul do Estado de Minas Gerais como único hospital que oferece atendimento de alta complexidade, 100% pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Recebe, ainda, pacientes de outras regiões de MG e de diversos estados brasileiros. Responde por 73% de toda a média e alta complexidade da macrorregião e por 100% da alta complexidade na mesma área, com exceção do tratamento de câncer (<http://www2.ebserh.gov.br/web/hc-ufm/historia>).

Dessa forma, diferente de outros lugares, a judicialização da saúde nessa instituição parte da equipe médica e dos assistentes sociais, que orientam e dão subsídios para que o paciente busque o seu melhor tratamento. A partir dos diálogos dessa reunião, ficou definido para esse processo que se precisaria do relatório médico, receituário, dois artigos científicos comprovando a eficiência e eficácia da medicação, preenchimento do formulário específico do Ministério Público por parte dos médicos, relatório social (feito pelos assistentes sociais do HC).

É importante ressaltar que concomitante a esse início de diálogo e construção, o HC-UFTM passava por uma reestruturação com implantação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), que é uma forma de privatização da saúde pública que tanto administra os recursos humanos quanto faz a gestão do Hospital. Com as transformações societárias, econômicas, política e social ocorridas a partir desse ano de 2015, o processo de judicialização ficou sob responsabilidade dos médicos e assistentes sociais e as famílias. Uma das abordagens com a família era potencializá-las para exigir seus direitos, sobretudo enfrentar o excesso de burocratização que tem esse processo.

Considerando isso, essa pesquisa envolveu a participação dos atores de processo de judicialização com ênfase nas pessoas com doença onco-hematológica, visto que é um público esquecido pelo Sistema Único de Saúde, pois esses pacientes têm algumas peculiaridades diferentes dos demais com câncer. Dessa forma buscaram-se entrevistar os médicos, assistentes sociais e usuários desse processo.

Vale destacar aqui que ao analisar o número de processos nos anos de 2016, 2017, 2018, verificou-se uma média de dez processos anuais. Foram conseguidos oito participantes, pois desse número de aproximadamente trinta, muitos faleceram, outros não tiveram condições de responder porque tiveram sua doença agravada pela falta da medicação e outros não quiseram participar da pesquisa.

A pesquisa traz ainda a análise socioeconômica dos participantes da pesquisa na categoria de usuários, verifica-se a partir dela que os usuários dos serviços de saúde pública de onco-hematologia pertencem à classe média/baixa, com baixa escolaridade, sendo apenas um dos participantes considerado classe média pela estratificação social. A maioria, 62, 5% dependem do transporte público, sobretudo para tratamento de saúde, o que mostra que não é apenas a medicação, pois o setor de transporte da saúde pública também tem que acompanhar essas demandas.

Verificou-se ainda que é uma doença que acomete tanto adultos jovens como pessoas idosas. Mostra mais uma relevância em tentar preservar a qualidade de vida e uma vida economicamente ativa.

No diálogo com usuários ainda foram feitas as seguintes perguntas, as quais encontram-se em análises de conteúdo, sendo estas: Qual sua percepção da contribuição da justiça para seu tratamento de saúde? Como você se vê neste processo? E o que você entende sobre o direito à saúde?

No que diz respeito às entrevistas com profissionais de saúde participaram desta pesquisa um assistente social, oito médicos e um advogado que atuam no Hospital de Clínica UFTM no processo de judicialização. Para o (a) assistente social foi feito o seguinte questionamento: Relate sobre como o assistente social do Hospital atua no processo de judicialização de medicamentos para usuários com doença oncológica. Na sua percepção, relate por que é necessário a participação do assistente social do hospital nesse processo. Como é realizada a abordagem do assistente social ao usuário e sua família e as reações das mesmas durante as fases que constituem o processo. Na sua avaliação, qual sua opinião sobre a contribuição da justiça para efetivação no direito à saúde no que diz respeito às pessoas com doença oncológica. - Na sua opinião, quais os impactos que a judicialização da saúde promove na vida das pessoas com doença oncológica? resposta. Na sua opinião, quais os impactos que a judicialização da saúde para acesso a medicamento de doenças oncológicas promove no Sistema Único de Saúde. Em relação ao tema judicialização de medicamento para usuários com doenças oncológicas, há algo mais que, como assistente social de um hospital federal universitário, gostaria de registrar por considerar relevante para a pesquisa

Para o advogado(a) que atuam nesta temática foi feito as seguintes questões: Relate sobre como o advogado do Hospital atua no processo de judicialização de medicamentos para usuários com doença onco-hematológica. Na sua percepção, relate por que é necessário a participação do advogado do hospital nesse processo. Como é realizada a abordagem do advogado ao usuário e sua família e as reações das mesmas durante as fases que constituem o processo. Na sua avaliação, qual sua opinião sobre a contribuição da justiça para efetivação no direito à saúde no que diz respeito às pessoas com doença onco-hematológica? .Na sua opinião, quais os impactos que a judicialização da saúde promove na vida das pessoas com doença onco-hematológica? Na sua opinião, quais os impactos que a judicialização da saúde para acesso a medicamento de doenças onco-hematológicas promove no Sistema Único de Saúde. Relate sobre os argumentos jurídicos que utiliza na defesa do usuário para ter acesso

a medicamento de alto-custo não disponibilizado pelo SUS. Na sua percepção, como a justiça vem se posicionando frente aos processos instaurados pelos usuários de doenças onco-hematológicas do hospital. 9- Em relação ao tema judicialização de medicamento para usuários com doenças onco-hematológicas, há algo mais que, como advogado de um hospital federal universitário, gostaria de registrar por considerar relevante para a pesquisa?

Para os profissionais médicos, segue os seguintes questionamentos: há quanto tempo vem trabalhando como médico no setor de oncologia deste hospital universitário? De acordo com sua conduta clínica quais os critérios que utiliza para solicitar medicamentos não padronizado pelo SUS? Parte dos medicamentos prescritos precisam ser judicializados para que os pacientes tenham acesso. Como você descreve o papel do médico neste processo?. Comente um pouco sobre qual o perfil de usuário aqui da unidade, ao qual tem acompanhado e que faz uso de medicamentos judicializados. Para os usuários que fazem uso de medicamento judicializado, quais os efeitos terapêuticos que esse tipo de medicamento em relação do medicamento ofertado pelo Sistema Único de Saúde para o problema vivenciado pelo usuário. Na sua opinião, quais os impactos que a judicialização da saúde promove na vida das pessoas com doença onco-hematológica?. Na sua opinião, quais os impactos que a judicialização da saúde para acesso a medicamento de doenças onco-hematológicas promove no Sistema Único de Saúde. Em relação ao tema judicialização de medicamento para usuários com doenças onco-hematológicas, há algo mais que, como médico, gostaria de registrar por considerar relevante para a pesquisa?

3- CONCLUSÃO

A referida pesquisa está em andamento, na fase de análise de conteúdo e dados e construção da discussão teórica que será feita a partir de autores clássicos e artigos atuais que discorram sobre a saúde, judicialização, dentre eles: Maria Inês Souza Bravo, Jairnilson Paim, Felipe Dutra Asensi, Ana Elizabete Mota, Boaventura Sousa Santos, Luís Roberto Barroso dentre outros.

Até a presente a construção os resultados da pesquisa e a literatura mostram que a justiça tem contribuído para efetividade do direito à saúde, sobretudo sendo essencial a judicialização no tratamento das pessoas com doenças onco-hematológicas. Bem como evidencia ainda que judicialização da saúde tem que ser inserida na agenda política bem como atualização de protocolos e medicamentos que tratam as pessoas com doenças



oncológicas, considerando não apenas o aspecto econômico envolvido neste processo mas a dignidade da pessoa humana.

REFERÊNCIAS:

- ASENSI, F. D. **Indo Além da Judicialização**: Ministério Público e a saúde no Brasil. Rio de Janeiro : Escola de Direito do Rio de Janeiro da Fundação Getulio Vargas, Centro de Justiça e Sociedade, 2010
- ASENSI, F.D; PINHEIRO, R. **Judicialização da saúde no Brasil**: dados e experiência. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2015
- BARROSO, L. R. **Da falta de efetividade a judicialização excessiva**: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. *Revista Jurídica UNIJUS*, Minas Gerais, v. 15, p. 13-38,2008..
- CFESS. **Atuação de assistentes sociais no sociojuridico subsídios para reflexão**. Conselho Federal de Serviço Social, Brasília, 2011.
- IAMAMOTO, M.V. **O Serviço Social na Contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2007.
- LAVILLE, C.& DIONNE, J. **A construção do saber**: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Artmed; Belo Horizonte: UFMG, 1999
- MARTINELLI, M. L. (orgs). **Pesquisa Qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras Editora, 1999.
- MARTINELLI, M.L. **Reflexões sobre o Serviço Social e o Projeto Ético Político Profissional**. Disponível em: <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/69/67>.>Acesso em: 10/06/2019.
- MOTA, A. E. et al. **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.



IX CONASSS
CONGRESSO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE
XII SIMPSSS
SIMPOSIÓ DE SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE

30 anos do SUS: Território de Lutas e o Serviço Social na Saúde
Edição virtual, 22 a 24 de setembro de 2020

1096

EIXO: QUESTÃO AGRÁRIA, URBANA, AMBIENTAL, ÊNFASE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL

SUSTENTABILIDADE E SAÚDE NA ÓTICA DO SERVIÇO SOCIAL: MEDICINA TRADICIONAL EM COMUNIDADES RIBEIRINHAS NO AMAZONAS

Débora Cristina Bandeira Rodrigues (Ufam - Universidade Federal Do Amazonas); Maria Isabel Barros Bellini (Pontifícia Universidade Católica Do Rio Grande Do Sul); **Evelyn Barroso Pedrosa** (Ufam - Universidade Federal Do Amazonas); Thamirys Souza E Silva (Ufam - Universidade Federal Do Amazonas)

RESUMO: O artigo é fruto de reflexões sobre sustentabilidade e saúde com enfoque na medicina tradicional os quais se constituem em desafios neste século XXI, sobretudo para atuação do Serviço Social. O objetivo da reflexão apresentada é analisar a sustentabilidade na saúde das comunidades ribeirinhas no Amazonas com ênfase na medicina tradicional, na ótica do Serviço Social. A discussão encontra-se pautada em resultados de pesquisas bibliográficas, documental e empírica, os quais possibilitaram o levantamento do “saber-fazer” da medicina tradicional, associado ao modo de vida dos comunitários, com suas particularidades e complexidades na trajetória desses sujeitos, os quais têm suas bases nas práticas socioculturais em diferentes áreas, como: agricultura; pesca; extrativismo, sempre pautados na conservação dos recursos naturais, centrada numa ética de sustentabilidade.

Palavras-chaves: Serviço Social; Sustentabilidade; Saúde; Amazônia.

ABSTRACT: The article is the result of reflections on sustainability and health with a focus on traditional medicine, which are challenges in this 21st century, especially for the work of Social Work. The purpose of the presented reflection is to analyze the health sustainability of riverside communities in Amazonas with an emphasis on traditional medicine. The discussion is based on the results of bibliographical, documentary and empirical research, which made it possible to survey the “know-how” of traditional medicine, associated with the community's way of life, with its particularities and complexities in the trajectory of these subjects, which are based on socio-cultural practices in different areas, such as: agriculture; fishing; extractivism, always guided by the conservation of natural resources, centered on an ethics of sustainability.

Keywords: Social Service; Sustainability; Cheers; Amazon.

1. INTRODUÇÃO

A crise estrutural do capital tem agudizado às expressões da questão social, como também revelado a barbárie cotidiana que assola sem trégua a classe trabalhadora. Segundo Boschetti (2017), tem-se aumentado as demandas ao Serviço Social, sobretudo no que se refere à supressão dos direitos sociais principalmente no atual (des)governo. Importante ressaltar que o Serviço Social é uma profissão que se constituiu historicamente e que se realiza no movimento do real, relacionada à totalidade concreta e ao desenvolvimento do modo de produção capitalista.

Diante deste contexto, colocam-se hoje novos desafios na agenda do Serviço Social, diante da barbarização do capital no atual contexto de particularização do avanço acelerado do reacionarismo e do conservadorismo no Brasil (BOSCHETTI, 2017), sendo o exercício profissional do Serviço Social na área socioambiental uma das demandas para os Assistentes Sociais, haja vista na contemporaneidade a requisição de profissionais das diversas áreas do conhecimento científico para atuarem nas diferentes expressões da questão social, formulando e implementando propostas para o enfrentamento da desigualdade social em diferentes âmbitos, seja a nível nacional, regional/local, como também um olhar diferenciado para as particularidades da atuação profissional no contexto local, sem desconsiderar o global.

Considerando este cenário, é que se colocam reflexões teórico-prático, resultantes do projeto de pesquisa financiado pelo CNPq/MCTI edital 025/2015-2018, intitulado: *Montagem da paisagem do conhecimento: uma estratégia de resgate, valorização e proteção de conhecimentos de ervas e plantas medicinais em comunidades tradicionais na Amazônia*, vinculado ao Grupo Interdisciplinar de Estudos Socioambientais e Desenvolvimento de Tecnologias Sociais na Amazônia²⁶¹ (Grupo Inter-Ação) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Importante destacar que a base do projeto foi de natureza interdisciplinar, envolvendo profissionais e acadêmicos das áreas de Serviço Social e Psicologia, bem como área de botânica.

No âmbito deste debate, os assistentes sociais no século XXI tem sido cada vez mais requisitados a contribuir no plano teórico-prático na área socioambiental, os quais têm

²⁶¹ O Grupo Inter-Ação objetiva desenvolver ações de sustentabilidade socioambiental que contribuam para o desenvolvimento da região e inclusão social seja na área urbana ou rural, na capital e no interior do Estado do Amazonas. O grupo está vinculado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) e ao Diretório 5.0 do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

problematizado a questão socioambiental ao mesmo tempo em que constroem propostas efetivas de intervenção nesse campo de trabalho, adequadas a cada nova realidade histórico-política de cada sociedade (Silva, 2010). Assim, o artigo apresenta reflexão sobre sustentabilidade e saúde nas comunidades ribeirinhas citando resultados teóricos, de projetos de pesquisas e experiências desenvolvidas nos *locus*.

2. SUSTENTABILIDADE: DILEMAS E DESAFIOS

Na metade do século XX, houve um processo de identificação em torno das transformações ambientais, ocasionadas a partir das identificações das grandes catástrofes ambientais, bem como o surgimento de novas reflexões acerca da crise ecológica em escala global, governantes e sociedade são requisitados para (re)pensar novas formas de discussão e ação concreta na relação entre sociedade e natureza, contribuindo para processo de construção de alternativas que possam reduzir os impactos causados pelo homem ao meio ambiente nas diferentes sociedades, em âmbito global.

Na perspectiva apresentada por Leff (2009), a dinâmica da modernidade é posta em movimento pelo capital, o modo de produção capitalista é fundado na propriedade privada dos meios de produção, na maximização dos lucros privados em curto prazo, isso repercutiu no esgotamento progressivo dos recursos naturais e na degradação dos ecossistemas.

Nas sociedades capitalistas ocidentais tem-se a necessidade de produzir sempre mais, garantindo o processo produtivo, onde o desenvolvimento e crescimento estão interligados para garantir que a produção e o lucro sejam cada vez maiores. Neste modelo de produção a natureza assume relevância econômica para o desenvolvimento da sociedade, atribuída como valor de mercado com a capacidade de gerar produtos de exploração mercadológica.

Neste artigo, tomar-se-á como marco de discussão e referência as primeiras discussões em torno das questões ambientais a partir dos estudos de Ignacy Sachs em 1973, no qual realizou pesquisas e reflexões acerca do ecodesenvolvimento, apresentando propostas pautadas numa política de desenvolvimento que considera os recursos e saberes de populações tradicionais localizadas em áreas ricas em sociobiodiversidade, respeitando assim o saber tradicional nas formas de uso e manejo dos recursos naturais.

O ecodesenvolvimento, conforme Sachs (2002) se constitui em uma estratégia para proteger áreas ecológicas naturais ricas, que estavam se tornando insustentáveis pelo modo de produção capitalista, por esse motivo esta corrente teórica objetiva construção de um

caminho para a conservação da biodiversidade, preocupada, não somente com o planejamento global, mais também o regional e participativo em nível local e amplo.

Para o ecodesenvolvimento o ponto de partida é o local/rural ou urbano, postula uma visão em longo prazo para toda humanidade, no plano instrumental convida que se projetem novas modalidades de crescimento, aproveitando as contribuições culturais das populações, bem como o aproveitamento dos recursos naturais (SACHS, 2002). Este é um modelo que vai totalmente contra o modo de produção capitalista, não tendo sido vigorado nos debates internacionais sobre Questão Ambiental e Meio Ambiente, pensando alternativas de desenvolvimento para todas os tipos de sociedades, considerando seus recursos e populações.

Nos anos de 1970, emerge uma nova corrente que adquire visibilidade nos debates internacionais, pois se pautou em manter o modo de produção capitalista, garantindo reconciliação do crescimento e desenvolvimento econômico com a preservação do meio ambiente, sendo denominado de Desenvolvimento Sustentável, o qual ganhou maior visibilidade em 1980, na União Internacional para a Conservação da Natureza e dos Recursos (UICN) por conta da publicação da “Estratégia Mundial para a Conservação” na qual passou a reconhecer a legitimidade dos povos no desenvolvimento econômico e social.

O conceito Desenvolvimento Sustentável, segundo Bellen (2006), buscou uma nova maneira da sociedade de se relacionar com seu ambiente como forma de garantir a sua continuidade e a do meio externo. Este conceito possibilitou a discussão em diversas esferas e de conferências internacionais como: o relatório sobre os limites do crescimento, publicado em 1972, a declaração de “Cocoyok”, em 1974, o relatório da Fundação Dag-Hammarskjöld, em 1975, e, finalmente, a Conferência da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, em 1992, esses são alguns marcos históricos nas discussões em torno do desenvolvimento sustentável.

A partir do aprofundamento dos debates em âmbito internacional e conseqüente repercussão, junto aos agentes locais, organismos internacionais e políticos, a discussão em torno da sustentabilidade ganha destaque efetivo em seus diversos componentes, sejam eles econômicos, culturais, sociais ou ambientais. Porém, mais do que nunca é preciso reiterar e assegurar a existência sustentável no planeta no processo de construção de novas perspectivas de desenvolvimento, que não privilegie a exploração dos recursos naturais, humanos e o lucro. (LEFF, 2015; SILVA, 2010; CHAVES, 2015).

Sendo assim, no século XXI a questão da sustentabilidade assume significativa relevância nas discussões em torno das problemáticas do desenvolvimento e possíveis alternativas segundo Silva (2010), visto que o crescimento econômico pautado no modo capitalista de produção não proporcionou e não tem proporcionado melhoria na qualidade de vida da maior parcela da população, do mesmo modo que não têm adequado os padrões de explorações e consumo dos recursos naturais. Diante disso, o debate da sustentabilidade caminhou ao lado das discussões sobre “questão ambiental” e essa ao lado da questão social.

Na ótica apresentada por Cavalcanti (2009), a sustentabilidade é a mudança no sistema de vida de um grupo para que o ecossistema se mantenha para seus sucessores, significa à manutenção de um sistema que dará suporte a vida nas esferas orgânicas e inorgânicas, obedecendo às leis da natureza e não a do consumo nos moldes capitalista.

Diante do exposto, observa-se que a sustentabilidade assume conotações distintas dependendo de qual corrente teórica é adotada por pesquisadores e estudiosos da temática, neste caso pode assumir diferentes interesses dependendo de fatores econômicos e sociais envolvidos, assumindo, ainda, diversas perspectivas a nível global, nacional e local. Neste trabalho a base teórica encontra-se fundamentada na ótica de Sachs (2002), CHAVES (2015) e Rodrigues (2015).

Neste século XXI as sociedades precisam traçar uma mudança no que concerne ao consumo em larga escala, limitando a produção de produtos gerados pelo sistema vigente, onde não haja somente um equilíbrio ambiental, mais que estejam pautada nas diferentes dimensões que compõem a realidade, deste modo à sustentabilidade é referenciada a partir do estabelecimento de cinco dimensões bases, interligadas entre si:

Sustentabilidade Social: Refere-se a um processo de desenvolvimento que leve a um crescimento estável com distribuição equitativa de renda, gerando, com isso a diminuição das atuais diferenças entre os diversos níveis na sociedade e a melhoria das condições de vida das populações.
Sustentabilidade Ambiental: A principal preocupação é relativa aos impactos das atividades humanas sobre meio ambiente [...] Significa ampliar a capacidade do planeta pela utilização do potencial encontrado nos diversos ecossistemas, ao mesmo tempo em que mantém a sua deterioração em um nível mínimo.
Sustentabilidade Geográfica: Pode ser alcançada por meio de uma melhor distribuição dos assentamentos humanos e das atividades econômicas.
Sustentabilidade Cultural: Está relacionada ao caminho da modernização sem o rompimento da identidade cultural dentro dos contextos espaciais específicos.
Sustentabilidade Econômica: Abrange a alocação e distribuição eficiente dos recursos naturais dentro de uma escala apropriada [...] se refere à manutenção do capital em todas as suas formas. (SACHS, 2002, p. 34-39).

Para Sachs (2002), as dimensões da sustentabilidade possibilitam um olhar à frente, envolvendo não apenas o ambiente, mas outros pontos que juntos contextualizam a



sustentabilidade, no qual devem atender as necessidades sociais da população promovendo o acesso a bens e serviços, buscando à eficácia das dimensões de forma ampla e equitativa, resguardando riquezas naturais, visando formas de uso e manejo que assegurem usufruto das gerações presentes e futuras de acordo com a cultura e trajetória de cada grupo social.

O alcance de um desenvolvimento com sustentabilidade, de acordo com Cavalcanti (2009), requer a observância dos princípios da austeridade, da simplicidade, da sobriedade e de não consumo de bens dos santuários naturais da floresta e da sociedade, pois estes devem ser resguardados para as sociedades futuras.

Deste modo, na contemporaneidade, emerge a necessidade de um paradigma que adote a relação homem-natureza diferenciada do predominante modo de produção capitalista, em que haja conexão entre a ciência com os saberes tradicionais constituídos da apropriação das culturas tradicionais em relação ao seu ambiente de origem, é preciso um reposicionamento dos valores científicos e tecnológicos construídos na modernidade, promovendo a (re)valorização e a não exclusão das demais formas de saberes.

3. SAÚDE NO CONTEXTO NEOLIBERAL: BREVE DEBATE ACERCA DA MEDINA TRADICIONAL

No contexto latino-americano no final dos anos 1980 foi possível ver os efeitos drásticos nas políticas de ajuste neoliberal no continente, a Organização Mundial da Saúde no Brasil (OMS) segundo Soares (2009), no início de 1990 destacou-se os descuidados nas obras de saneamento ambiental, como também o precário estado de infraestrutura de saúde, e desabastecimento de água, fatores estes que podem converte-se em epidemias, bem como a extrema situação de pobreza, que de acordo com as Nações Unidas era uma das principais causas de morte em toda a América Latina.

O indicador social mais evidente em toda América Latina nos anos de 1990 foi o de saúde, que apresentou uma taxa crescente de diversidade e superposição de situações e problemas diferentes. Soares (2009) aponta alguns fatores de acordo com a Organização Pan-americana de Saúde como: um quadro epidemiológico que não melhorou; a mortalidade ocasionada por doenças transmissíveis não foi homogênea nos países; mortalidade por doenças não transmissíveis correspondem a dois terços de toda América-latina e Caribe; o saneamento básico era um fator determinante na morbi-mortalidade por doenças transmissíveis dentre outros.

De acordo com a autora supracitada os indicadores de saúde demonstraram uma péssima condição nos acessos a serviços básicos, principalmente nas periferias das grandes cidades. Sendo este dado ainda mais agravante nas áreas de difícil acesso territorial, como na região norte do país, em que o deslocamento ocorre na maioria dos municípios por via fluvial, e a distância entre as comunidades e municípios do Amazonas chegam a ser de horas ou até mesmo dias de viagem de barco.

Há uma disparidade na diferença urbano-rural, em que muitos brasileiros chegam a desconhecer o que seja cidadania, isso se torna mais evidente quando se leva em conta as carências ao acesso a bens e serviços sociais como saneamento básico, habitação, assistência médica e educação os quais dependem de investimento do setor público.

Alguns desses fatores podem ser vistos até hoje na sociedade brasileira, nas comunidades ribeirinhas é possível destacar o não acesso ao saneamento básico, o precário estado de infraestrutura de saúde, muitas comunidades contam com postos de saúde sem médicos e medicamentos, contam apenas com agentes comunitários, agentes de saúde e técnico de enfermagem, o acesso à água potável é feito por um poço artesiano nas comunidades, onde em caso de problemas com poço da comunidade estes passam a utilizar água do rio.

Importante frisar, diante deste cenário que as propostas nas mudanças relacionadas ao papel do Estado brasileiro repercutiram efetivamente segundo Bravo (2007) nas políticas de saúde e no Serviço Social, como nas reformas no setor da saúde e as reformulações no sistema de proteção social. Do lado social segundo Soares (2009) o país foi pego na sua caminhada tardia de montagem do bem-estar social, o país é atingido pelo desenvolvido e subdesenvolvido, em que a pobreza estrutural foi praticamente excluída dos benefícios do desenvolvimento do passado, no país as políticas de ajuste se deram em grande intensidade principalmente nos anos 1990.

Nessa conjuntura política e social, houve um movimento significativo para a saúde coletiva e para o Serviço Social, no que se refere ao debate teórico e a incorporação das temáticas como Estado e as políticas sociais dentro dos fundamentos da corrente teórica do marxismo. Acontece também o avanço do movimento sanitário na elaboração de propostas para fortalecer o setor público em oposição ao modelo produtivo privado, foi realizado a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) foi um importante marco histórico da política pública de saúde no país (BRAVO, 2007).

No que tange a Proteção Social no país, a Constituição Federal de 1988 continua sendo a mais progressista em todo o país, onde a saúde juntamente com a assistência e a previdência social integram o tripé da Seguridade Social. Segundo Bravo (2007), está conquista ocorreu por um processo de luta, foi visível a polarização entre dois blocos antagônicos, um que defendia a privatização dos serviços públicos e o outro que defendia a democratização do acesso, a universalidade das ações e a descentralização do controle social, aqui tem se como premissa básica a saúde como um direito de todos e dever do Estado.

Sendo o conceito de saúde adotado na política do país e no presente artigo, o estabelecido na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata de 1978, em que saúde é um:

estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores.

Na perspectiva de saúde como completo bem-estar, considerando a realidade de vários povos tradicionais que neste século XXI utilizam plantas medicinais como forma de prevenção e tratamento de doenças, sendo que esses povos realizam a junção desses saberes com o conhecimento técnico científico, resguardando traços marcantes dos saberes tradicionais, a Organização Mundial de Saúde (OMS), no final da década de 1970 criou o Programa de Medicina Tradicional no qual recomendou o desenvolvimento de políticas públicas aos estados membros para que facilitasse a integração da medicina convencional alternativa com a medicina tradicional nos sistemas nacionais de atenção a saúde, bem como promover o uso dessa integração.

Um marco importante na retomada ao uso de plantas medicinais foi à Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde em Alma-Ata²⁶² realizada em 1977 em Genebra pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), visando uma ação de urgência entre os governos, profissionais das áreas de saúde e dos povos tradicionais do mundo, na qual recomendassem e promovessem uma:

formulação de políticas e regulamentações nacionais referentes à utilização de remédios tradicionais de eficácia comprovada e exploração das possibilidades de se incorporar os detentores de conhecimento tradicional às atividades de atenção primária em saúde, fornecendo lhes treinamento correspondente (OMS, 1978, p. 11).

²⁶² Conferência realizada pela Organização Mundial da Saúde em 1977, resultando na Declaração de *Chiang Mai* tendo como emblema “**Salvem plantas que salvem vidas**”.



Deste modo a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1991, já reforçava a importância e a contribuição da medicina tradicional na prestação de assistência social e da assistência sanitária, solicitando a intensificação dos estados-membros na utilização da medicina tradicional como fonte de emprego na fabricação de remédios tradicionais com eficácia científica, até mesmo que estes produtos naturais utilizados na fabricação poderiam e podem ainda ser conduzidos para o descobrimento de novas substâncias terapêuticas.

No contexto nacional, o Brasil é o país de maior biodiversidade do planeta, com uma diversidade étnica, cultural, social, ambiental com um potencial valioso no que diz respeito ao conhecimento tradicional associado ao uso e manejo de plantas e ervas medicinais. Deste modo, o Brasil tem um acervo de conhecimentos e tecnologias tradicionais nas formas de uso e manejo de plantas e ervas medicinais, resultantes da prática de tradição oral entre os povos tradicionais por várias gerações (BRASIL - Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, 2006).

Nesse sentido, têm-se, no Brasil, algumas iniciativas que acenam na direção da valorização e resgate do conhecimento sobre plantas medicinais e de regulamentação e incentivo a medicina tradicional, sendo possível elencar algumas políticas públicas de saúde criadas no Brasil voltado para a inclusão da medicina tradicional no Sistema Único de Saúde:

a) Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS), aprovada em 2006 que regulamenta o uso da fitoterapia na rede pública de saúde.

b) Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos - decreto presidencial nº 5.813, de 22 de junho de 2006.

c) Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e cria o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos - Portaria Interministerial Nº 2.960 de 09/12/2008.

d) Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta - instituída pela Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011.

Estas políticas e programa visam o respeito às diversidades e particularidades de cada região, reconhecendo que existem várias práticas e saberes tradicionais que norteiam a medicina tradicional destes povos que possuem formas particulares e diversificadas de uso e manejo de plantas medicinais dentre outras práticas integrativas.

3.1 Prática Profissional do Serviço Social: limites e perspectivas de atuação



À prática profissional precisa ter o conhecimento das relações que perpassam as expressões da questão social, esta por sua vez estará embasada no triplo movimento dialético:

da crítica, da construção de conhecimento 'novo' e de nova síntese no plano do conhecimento e da ação num movimento que vai do particular para o universal e retorna ao particular em outro patamar, desenhando um movimento em espiral na relação ação/conhecimento/ação.(OLIVEIRA, 2009, p. 37)

Segundo Oliveira (2009) a prática profissional é a especificidade de cada assistente social, esta se caracteriza sempre como uma nova fonte de riqueza, pois a partir dela é possível desenhar novos estudos e elaborar pesquisas para diferentes áreas que o profissional esteja inserido.

Esta compreensão se constitui de forma concreta na prática do assistente social na área socioambiental e de forma particular no cenário Amazônico, no qual demanda deste profissional um olhar para as particularidades sobre o modo de vida, a cultura, o território, compondo um cenário social diferenciado, composto por diferentes povos que habitam a vasta região amazônica.

Baseado nesta perspectiva de análise, os profissionais possuem nas mãos um universo a seu favor, possibilitando (re)construções do saber social, político e técnico-operativo que abarcam o seu fazer profissional, possibilitando-o a uma reflexão crítica do seu exercício profissional cotidiano, mesmo com tantas incertezas e desafios constantes no seu dia a dia (Oliveira, 2009).

Segundo Carvalho (2007) é na vida cotidiana, nas transformações que se consolidam e se perpetuam a prática profissional, que se faz presente todos os dias no trabalho desenvolvido pelos Assistentes Sociais. É neste palco que se encontram e processam as mediações entre o global e o local, o particular e o coletivo nas relações sociais de reprodução e dominação postas e ignoradas nesse mundo moderno e líquido da vida cotidiana.

Nesse contexto, os assistentes sociais no seu cotidiano profissional irão atuar junto às necessidades sociais da classe que vive do trabalho, tendo como base o projeto ético político da profissão com todos os princípios, normas, práticas e valores que legitimam a profissão. Sendo estes requisitados para atuar nas diferentes mazelas sociais geradas e acentuada pelo modo de produção capitalista, buscando uma ruptura com a ordem social vigente (Carvalho, 2007; Silva, 2010).

3.2 Comunidades Ribeirinhas e Medicina Tradicional: estudo nas Comunidade de São Lázaro e Santa Luzia em Caapiranga/AM

O município de Caapiranga compõe os 62 municípios do Estado do Amazonas e inicialmente tem sua história ligada ao município de Manacapuru. Segundo o IBGE (2015) em 1786 índios da etnia Mura fundaram uma aldeia no local que recebeu o nome de Manacapuru e foi elevado à categoria de município apenas em 1981. A denominação Caapiranga tem origem Tupi e significa folha vermelha, usada pelos índios nas pinturas corporais durante os festejos e rituais. O município recebeu este nome devido à grande quantidade dessa planta encontrada no local²⁶³

Adentrando aos domínios da experiência, o estudo aponta os dados de duas comunidades (São Lázaro e Santa Luzia) localizadas no município de Caapiranga no Estado do Amazonas.

A comunidade de São Lázaro foi oficialmente fundada no ano de 1980 e os primeiros moradores foram Sra. Francisca de Oliveira Sales e o seu esposo o Sr. Luiz Ferreira Sales que ainda moram no local. Vieram das proximidades do Município de Coari/AM a convite do dono das terras correspondente a comunidade, Sr. Amadeu Lima, com a finalidade de construir a casa própria e de alternativa de trabalho para o desenvolvimento da agricultura. A comunidade recebeu esse nome em homenagem ao Santo Padroeiro da região, uma vez que a maioria dos moradores locais são cristãos católicos.

Em relação à infraestrutura da comunidade de São Lázaro é básica, sendo formada por uma (1) escola, um (1) posto de saúde, um (1) centro social, dois (2) campos de futebol, uma (1) igreja católica e um (1) telefone público. Atualmente, a comunidade tem aproximadamente 172 moradores entre adultos, crianças, adolescentes e idosos, totalizando 43 famílias, conforme descrito na tabela 01.

Tabela I: Moradores por Faixa etária da comunidade São Lázaro

Moradores	Faixa etária	Nº de moradores
Homens	18 a 59 anos	55
Mulheres	18 a 59 anos	45
Crianças	0 a 10 anos	44
Adolescentes	11 a 17 anos	17
Idosos	Acima de 60 anos	11
Total		172

Fonte: Grupo Inter-Ação, 2019.

²⁶³ www.caapiranga.am.gov.br

Santa Luzia é uma comunidade ribeirinha situada no Igarapé do Bararuá sob jurisdição do Município de Caapiranga, no Estado do Amazonas. Foi fundada em 1980 com a chegada de 3 famílias: do Sr. Elois Batista, Dona Maria Solidade e Sr Azamor. Essas famílias buscaram nesta região oportunidade de moradia própria para o trabalho na agricultura e desenvolveram na comunidade, roçados para produção da farinha e também plantio para o cultivo de outras espécies.

A comunidade é chamada entre os comunitários como Bararuá, possui 30 casas, das quais apenas 26 estão ocupadas com 26 famílias, e têm em média 98 moradores entre adultos, crianças, adolescentes, conforme a tabela 2:

Tabela II: Moradores por Faixa etária da comunidade Santa Luzia

Moradores	Faixa etária	Nº de moradores
Homens	18 a 59 anos	27
Mulheres	18 a 59 anos	25
Crianças	0 a 10 anos	30
Adolescentes	11 a 17 anos	16
Total		98

Fonte: Grupo Inter-Ação, 2019.

O sistema de saúde local das comunidades é composto conforme quadro 1:

Quadro I – Profissionais de Saúde das Comunidades.					
Comunidade de São Lázaro			Comunidade de Santa Luzia		
Características	Profissionais	Quantidade	Características	Profissionais	Quantidade
Possui 1 posto de saúde, no qual atuam (cinco) profissionais.	Técnico de Enfermagem	1	Existe 1 posto e este se encontra em funcionamento há 15 anos.	Agente de Enfermagem	1
	Agente de endemias	1		Agente de saúde	1
	Agente de saúde	2			
	Agente comunitária	1			
	Total	5		Total	2
Observação					
Há 9 (nove) anos a comunidade não recebe atendimento médico e odontológico pela secretária de saúde do município de forma sistemática, mas esporadicamente, de acordo com moradores, uma vez em 2019. Importante destacar que, a comunidade tem recebido atendimento médico-odontológico a partir do estabelecimento de parcerias com a ONG “Asas de Socorro” e comunidades cristãs que fazem atendimento em comunidades ribeirinhas eventualmente, com profissionais da área da saúde como voluntários. Em caso de urgência é necessário o deslocamento dos comunitários para a comunidade de São Lázaro, que dispõe de uma “ambulância” (voadeira com motor 15Kwa) do posto de saúde, para que seja realizado deslocamento do paciente até o município de Manacapuru/AM.					

Fonte: Grupo Inter-Ação, 2019.



Sendo assim os limites de acesso à proteção, promoção - assistência na área da saúde humana conta com a inexistência de postos de saúde em muitas comunidades, agentes comunitário de saúde sem recursos, os casos graves são encaminhados para cidade com transtorno para família levando até 18 horas para o deslocamento dependendo da localidade das comunidades ribeirinhas, que também leva-se em conta a distância da sede associada a falta de transporte e recursos.

Neste contexto, historicamente, com base na cultura local, os povos tradicionais da Amazônia construíram formas de prevenção e tratamento de doenças, a partir de uma relação de simbiose homem-natureza e de um profundo conhecimento dos recursos naturais disponíveis. Importante ressaltar que estes conhecimentos tradicionais, nas suas formas de uso e difusão dos saberes sobre medicina tradicional está pautado nos conhecimentos indígenas, chegando no século XXI principalmente a partir da tradição oral (RODRIGUES, 2015).

3.3 Medicina Tradicional e Plantas Mediciniais

A cultura é produto da história, dos acontecimentos e influências vividas pelos homens, que criam e recriam a vida através do tempo e que prevalecem em determinada região. Deste modo, cada sociedade tradicional tende a desenvolver seus próprios sistemas de conhecimento que são aplicados em suas diversas atividades, técnicas, na natureza e na apropriação dos recursos naturais.

Para Leff (2015), cada comunidade tradicional possui uma ética ambiental ecológica de conservação de toda diversidade biológica o que implica no uso e manejo sustentável dos recursos naturais. As práticas socioculturais dos povos tradicionais esta relacionada ao modo de agir e pensar de acordo com a formação ideológica da cada sociedade que tende a estabelecer seus sistemas culturais com significações e normas sociais que atendam aos seus costumes.

Desse modo, as plantas medicinais possuem uma grande importância na cultura e no modo de vida das comunidades ribeirinhas da Amazônia, seja na medicina e no preparo de medicamentos caseiros, na alimentação e para usos estéticos. Nas comunidades estudadas foram identificadas 91 espécies nas formas de uso, manejo e aplicações medicinais. Em relação à percepção da importância do conhecimento sobre plantas medicinais para os comunitários, afirmam:

“Esse conhecimento sobre plantas medicinais é importante por que quando não tem remédio você se apegar a planta e a Deus e na hora resolve, ajuda muito com a dor” (Entrevistado 2, Comunidade São Lázaro).

“É muito importante para saúde das pessoas é uma farmácia que Deus deixou aqui” (Entrevistado 13, Comunidade Santa Luzia).

“Esse momento é muito importante porque nós do interior é nossa chance de se tratar, e a gente toma com fé em Deus e dá certo”. (Entrevistado 10, Comunidade Santa Luzia).

De acordo com Antonio et al (2013), as populações por meio de seus curadores e do uso autônomo, acumularam experiências e vasto conhecimento a seu respeito. Para o referido autor, por muitos anos esses recursos naturais são considerados apenas como fonte empírica para expansão de tecnologias científicas, atrelada ao desenvolvimento industrial e à necessidade de mercado para busca de novas patentes, desconsiderando, em muitos momentos, a riqueza cultural imaterial construída por séculos (ANTONIO et al 2013).

Sobre o repasse de conhecimento tradicional para fora da região e até mesmo para outros países, os comunitários relataram:

Vieram uns americanos, tinha uma brasileira traduzindo e me pediram folhas de agrião pra garganta. (Entrevistada 14, Santa Luzia)
Chegou um pessoal aqui, eram estrangeiros com tradutores, e só falavam de planta e receitas. (Entrevistada 17, Santa Luzia)

É importante ressaltar a dificuldades destes sujeitos ao acesso de bens e serviços sociais nas áreas rurais do Amazonas, que é uma região marcada pela agricultura familiar tradicional, campo de trabalho da maioria dos sujeitos da pesquisa. Importante frisar, que a pobreza e a exclusão social não se remete apenas a insuficiência de renda, conforme Fonseca (2012), incluem fatores como: insegurança alimentar e nutricional; insuficiência no acesso e permanência de políticas públicas e sociais como a educação e saúde; baixo atendimento de serviços de energia elétrica; acesso precário a água; moradia e saneamento básico.

Desta forma, é possível verificar os fatores listados na vida dos comunitários de São Lázaro e Santa Luzia, mesmo com a falta destes recursos, estes sujeitos constroem no interior da comunidade relações socioculturais de parentesco, pautado na necessidade de produção e reprodução do grupo familiar, no ritmo próprio das atividades produtivas e agrícolas, acionando saberes e transformando os recursos naturais disponíveis para as suas necessidades básicas de sobrevivência nos aspectos da realidade local e de vida, buscando assim o bem-estar social tanto do grupo doméstico familiar como da comunidade.

4. CONCLUSÃO

Os processos contemporâneos de acumulação capitalista, conforme Boschetti (2017), continuam realizando suas vontades em ampliar as taxas de lucros a todo custo, assegurando assim as bases sociais de reprodução do capital. A partir disso, nota-se o empobrecimento das condições de vida e a destruição de direitos conquistados no qual revelam os processos de expropriação ao qual a classe trabalhadora vem sendo colocada.

Assim, o artigo abordou o não acesso a saúde, enquanto uma das expressões da questão social, aliada a sustentabilidade, como também aponta os árduos desafios colocados não somente ao Serviço Social na área socioambiental, como toda a sociedade que vive no processo de desgularrementeação dos direitos sociais, políticos e civis em pleno século XXI.

No contexto global deste início do século XXI, esses conhecimentos assumem valor não mensurável, ainda, não apenas para aos povos que os detêm, mas, sobretudo, para o avanço da ciência, tecnologia e inovação, pelo potencial existente para construção de propostas concretas de modos de vida pautados na sustentabilidade econômica, cultural, social e ambiental.

Para além da perspectiva de sustentabilidade e promoção da saúde, as plantas em comunidades tradicionais da Amazônia, assume caráter de significativa relevância, tendo em vista a identificação dos conhecimentos tradicionais associados ao uso da biodiversidade, enquanto forma de resgate, valorização, prevenção e tratamento de doenças identificadas nas áreas.

A partir dos dados de pesquisa foi possível identificar os principais resultados: a) identificação de 91 espécies vegetais; b) conhecimento tradicional sobre o uso medicinal das mesmas; c) 59 espécies possuem indicação técnica sobre suas propriedades e uso; d) construção de estratégia local e efetiva de proteção dos conhecimentos tradicionais sobre plantas medicinais durante décadas, sem que ele tenha sido escrito, pautado na tradição oral de repasse e difusão do conhecimento aos filhos, por meio da memória coletiva; e) o atual sistema que confere direitos de propriedade intelectual não abrange a diversidade sociocultural dos povos tradicionais e a forma como produzem e transferem seus conhecimentos baseados em princípios de coletividade e transmissão oral Intergeracional e intergeracional.

Por fim, no que concerne ao uso de plantas medicinais pelos povos tradicionais não indígenas da Amazônia, estes se constituem enquanto práticas milenares de uso e manipulação de recursos genéticos vegetais desenvolvidos entre as gerações, com base na

cultura indígena, e repassadas através da oralidade e do saber-fazer desses povos. Esta prática revela um processo complexo de construção para prevenção e tratamento de saúde no contexto comunitário da Amazônia, pautado em formas de práticas singulares condizentes com a cultura local, com utilização de recursos naturais disponíveis.

REFERÊNCIAS

- ANTONIO, G.D.; TESSER, C.D.; MORETTI-PIRES, R.O. **Contribuições das plantas medicinais para o cuidado e a promoção da saúde na atenção primária**. Interface (Botucatu), v.17, n.46, p.615-33, jul./set. 2013.
- BELLEN, Hans Michael Van. **Indicadores de Sustentabilidade**: uma análise comparativa. 2 ed. – Rio de Janeiro: FGV, 2006.
- BOSCHETTI, Ivanete. **Agudização da barbárie e desafios ao Serviço Social**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 128, p. 54-71, jan./abr. 2017. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.093>
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. **Lei nº 8.080, 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 providência. Brasília – DF, 1990.
- BRASIL. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. **Boas Práticas Agrícolas (BPA) de plantas medicinais, aromáticas e condimentares**. Ed. preliminar Marianne Christina Scheffer, Cirino Corrêa Júnior; Coordenação, Maria Consolacion Udry, Nivaldo Estrela Marques e Rosa Maria Peres Kornijezuk. – Brasília: MAPA/SDC, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - Departamento de Assistência Farmacêutica. Brasília – DF, 2006
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social: desafios atuais**. Temporalis, ano VII, n. 13, p. 121-150, jan-jun, 2007.
- CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. O Conhecimento da Vida Cotidiana: base necessária à prática social. In: CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. NETTO, José Paulo (Org.). Cotidiano: conhecimento e crítica. 7º ed. - São Paulo: Cortez, 2007.
- CAVALCANTI, Clóvis. **Sustentabilidade da Economia**: paradigmas alternativos de realização econômica. In: CAVALCANTI, Clóvis (Org.). *Desenvolvimento e Natureza: Estudos para uma sociedade sustentável*. 5 ed. São Paulo: Cortez; Recife, PE: Fundação Joaquim Nabuco, 2009.
- CHAVES, Maria do P. Socorro Rodrigues; RODRIGUES, Débora Cristina Bandeira. **Desenvolvimento Sustentável**: limites e perspectivas no debate contemporâneo. Interações: Revista Internacional de Desenvolvimento Local. Vol. 8, N. 13 p.99-106, St. 2006.
- CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE Alma-Ata. **Declaração de Alma-Ata**. URSS, 6-12 de setembro de 1978.
- FONSECA, Ana Furtado. **Do Bolsa Família ao Brasil sem Miséria**: o desafio de universalizar a cidadania. In: *Políticas Sociais, desenvolvimento e cidadania*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2012.
- IBGE: **Instituto Brasileiro de Geografia Estatística**: Caapiranga/Amazonas. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=130083>. Acesso dia 26 de dezembro de 2019.
- LEFF, Enrique. **Ecologia, Capital e Cultura**: a territorialização da racionalidade ambiental. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.
- OLIVEIRA, Simone Eneida Baçal de. 1. ed. **Conhecimento e prática profissional**: o saber fazer dos assistentes sociais em Manaus: EDUA, 2009.

RODRIGUES, Débora Cristina Bandeira. **Conhecimentos Tradicionais e mecanismos de proteção**: estudo de caso nas comunidades de Ebenézer e Mucajá em Maués/AM. 1. ed. – Manaus: Edua, 2015.

SOARES, Laura Tavares. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2009. (Coleção Questões da Nossa época; v.78) (p, 11 a 70).

SACHS, Ignacy. **Caminhos para o Desenvolvimento Sustentável**. 2 ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2002.

SILVA, Maria das Graças e. **Questão Ambiental e Desenvolvimento Sustentável**: um desafio ético-político ao Serviço Social. São Paulo: Cortez, 2010.



IX CONASSS
CONGRESSO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE
XII SIMPSSS
SIMPOSIÓ DE SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE

30 anos do SUS: Território de Lutas e o Serviço Social na Saúde
Edição virtual, 22 a 24 de setembro de 2020

1115

**EIXO: SERVIÇO SOCIAL, FUNDAMENTOS, FORMAÇÃO E TRABALHO PROFISSIONAL
NA SAÚDE**

O SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL SÃO JULIÃO: DA LEPROA AO PREMUS

Alexandra Bazana Da Silva Costa (PREMUS/UFMS); Estela Márcia Rondina Scandola (PREMUS/UFMS)

RESUMO: Este artigo objetiva contextualizar o espaço sócio-ocupacional do Serviço Social no Hospital São Julião, considerando o processo histórico da profissão e sua relação com a política de atendimento às pessoas acometidas pela lepra, o reordenamento das ex-colônias e a chegada do Programa de Residência Multiprofissional em saúde. Foi realizado um estudo que aborda o encontro entre o processo histórico da profissão, da política de saúde e do enfrentamento da hanseníase buscando compreender os movimentos que deram base às ações técnico-operativas utilizadas. Foi utilizada a metodologia qualitativa com base documental reunindo diferentes formas de acesso às fontes primárias e secundárias. O Serviço Social no âmbito da saúde possibilita uma visão mais abrangente das demandas dos pacientes, isso porque a categoria possui a capacidade de se reinventar considerando as particularidades do meio onde é exercida.

PALAVRAS-CHAVE: Hospital São Julião. Serviço Social. Lepra. Hanseníase. Residência Multiprofissional.

ABSTRACT: This article aims to contextualize the socio-occupational space of Social Service at São Julião Hospital, considering the historical process of the profession and its relation with the policy of assistance to people affected by leprosy, the rearrangement of the ex-colonies and the arrival of the Health Multiprofessional Residency Program. The study was carried out approaching the encounter between the historical process of the profession, the health policy and the fighting against Hansen's disease towards the comprehension of the movements that gave basis to the used technical-operational actions. The qualitative methodology was used with documental basis, uniting different forms of access to the primary and secondary sources. Social Service, in the health field, enables a wider vision of the patient's demands, because the category owns the capacity of reinventing itself, considering the particularities of the environment where it is practiced.

KEYWORDS: São Julião Hospital; Social Service; Leprosy; Hansen's Disease; Multiprofessional Residency.

1. INTRODUÇÃO

Este artigo contextualiza o espaço sócio-ocupacional do Serviço Social no Hospital São Julião, considerando o processo histórico da profissão e sua relação com a política de atendimento às pessoas acometidas pela lepra, o reordenamento das ex-colônias e a chegada do Programa de Residência Multiprofissional em saúde.

O Hospital São Julião iniciou suas atividades como Asilo-Colônia, ou simplesmente leprosário. A fundação em 05 de agosto de 1941 fazia cumprir parte da política nacional de profilaxia da lepra e, em especial, o Decreto 16.300/1923 que regulamentava o Departamento nacional de Saúde Pública e, posteriormente, pela Lei 610/1949 que fixava normas para profilaxia da lepra. Foi gerido pelo Governo Federal até 1956, sendo referência para a política de contenção da lepra por meio das internações compulsórias de pessoas acometidas pela doença.

Obrigava (no sentido mais literal da palavra) o hanseniano a ser internado nos leprosários existentes na época, não importava as circunstâncias que se encontrava o paciente ou os métodos usados para convencê-los. Muitos sucumbiam a falsas promessas de cura feitas por médicos em outros hospitais. (ROCHA e ALFEU, 2006, p.17-18)

No período de 1956 até o ano de 1970 a responsabilidade pelo antigo Asilo-Colônia passa a ser do então Governo do Estado de Mato Grosso (AARH, s/d). Esse período, embora necessite de levantamentos e pesquisas que possam evidenciar os acontecimentos à época, no âmbito do estado teve legislações nacionais importantes como o Decreto nº 968 de 1962, que instituiu “Normas Técnicas Especiais para o Combate à Lepra no País” (Brasil, 1962). No entanto, como afirma Carvalho (2015), a emissão do Decreto não garantiu, em si, a eliminação da internação compulsória, pois ainda a considerava como uma medida a ser efetivada quando necessária pelo Estado e era de grande apelo social.

A história do Hospital São Julião, portanto, está diretamente vinculada à política brasileira que foi sendo executada de acordo com a legislação em cada período. No decorrer de sua história, a lepra foi temida e mal interpretada, e os equívocos sobre a doença foram muitos. O conhecimento acerca da lepra esteve alicerçado no processo histórico de estigmatização sob forte influência de dogmas religiosos que, aliados à ação do Estado resultou na segregação dos acometidos pela doença.

Durante muito tempo a única forma de combate à doença foi o isolamento por parte da ação legal dos profissionais e serviços de saúde ou na forma de auto isolamento no caso dos funcionários públicos ou quem tinha condições financeiras e sanitárias para fazê-los (Brasil, 1962). Cunha (2010) afirma que a solução encontrada para esse “problema” da



sociedade era tornar esses cidadãos reclusos, afastados do convívio familiar e da sociedade, inclusive com aparato policial por meio de guardas armados. Com a promessa de cura, foram levados para locais conhecidos como leprosários, cuja principal característica era a distância dos centros-urbanos.

No âmbito do Serviço Social, a profissão que foi regulamentada em 1957 (Brasil, 1957) com forte cariz da igreja católica e, portanto, vivia o conflito entre o controle apregoado pelo Estado, que nem sempre condizia com a prestação de assistência aos pobres necessitados, com valores caritativos. No caso da hansen, a possibilidade é que esse manejo da realidade ficava a cargo também de assistentes sociais que estivessem trabalhando junto às pessoas acometidas por essa doença. Como afirma Vieira (2008, p.71) ao referir-se à realidade dos hospitais-colônia, os profissionais utilizavam-se de estratégias nas “interações com os sujeitos coletivos e individuais no enfrentamento da morte social”.

Conforme afirma Kisnerman (2001), a profissão nasceu a partir de duas forças que não podem ser dissociadas: a filantropia e as mulheres. O autor ratifica que as escolas de formação embasadas em valores cristãos encontravam nas mulheres um forte caráter humanista que, na maioria das vezes, atuavam estrategicamente diante das situações de forma a garantir condições melhores para as pessoas atendidas. Pode-se, portanto, considerar que, diante da morte social trazida pela lepra, as assistentes sociais atuavam no manejo entre a morte social e a intermediação na viabilização de direitos, mantendo as condições impostas socialmente aos demandatários do agir profissional.

O contexto sócio histórico do Serviço Social, seus movimentos contraditórios, as políticas sociais com suas forças instituintes e aquelas avessas aos direitos sociais, possibilitam compreender a atuação profissional a partir não somente das correntes filosóficas que dominavam a profissão, sobretudo os valores constituintes do cotidiano técnico-operativo.

No caso do Hospital São Julião, campo da nossa pesquisa, a sua história tem a ver com a política brasileira e a atuação do voluntariado da Operação Mato Grosso, no ano de 1970, que é considerada “verdadeiro divisor de águas da história do Hospital São Julião”. Os jovens voluntários oriundos da Itália foram trazidos pelo Padre Franco Delpiano, trabalharam sobretudo na manutenção e reconstrução do hospital, deixando para trás o extremo abandono sofrido pela colônia por parte dos até então responsáveis, ou seja, os governos Federal e Estadual. A atuação desses jovens voluntários deu início a Associação de Auxílio e Recuperação de Hansenianos (AARH) que passa a ser a responsável pela reorganização, reestruturando os pavilhões e construindo novas unidades de atendimento (AARH, s/d).



Além dos voluntários do exterior havia também muitos voluntários trazidos pelos religiosos que trabalhavam no interior do hospital, sendo que especialmente da Itália também vinham doações financeiras que possibilitaram a construção de instalações abrindo o hospital para novos serviços, como afirma Pinto (2018, não paginado).

Inicialmente o centro cirúrgico, onde nós abrimos para outras cirurgias além de reabilitação [das sequelas da hanseníase], também iniciaram os consultórios médicos que foi quando se começou o serviço de oftalmologia. Após, se consolidou a Unidade Fenegró que abriu outro leque de atendimento no hospital que é referência para internação de HIV, para tuberculose e para hanseníase. E depois outro marco foi a Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI).

Esse depoimento condiz com o período em que o Brasil também passava por mudanças nas suas políticas públicas, especialmente na saúde e na profissão de Serviço Social. Como afirma Bravo (1996), anos de 1980 foram marcados pela atuação dos movimentos contra a ditadura militar e por uma nova Constituição brasileira. Esses movimentos foram impactados e impactaram o movimento dos assistentes sociais como categoria. A autora assevera que não houve, no Movimento da Reforma Sanitária, maciça participação da categoria dos Assistentes Sociais, posto que as contradições entre o projeto da Reforma Sanitária e o projeto privatista caritativo estavam presentes na categoria. No entanto as organizações da profissão já apostavam em uma nova configuração da atenção à saúde que desembocou na criação do SUS. Observa-se, nessa situação que um movimento interno e externo ao Hospital São Julião que iam se complementando. É nesse processo que vai se desenvolvendo a instrumentalidade do Serviço Social.

Ribeiro e Silva (1988, p.54), em seu trabalho de conclusão de curso, tendo a Constituição Federal já promulgada e o SUS em germinação, ao se posicionarem sobre o papel dos(as) assistentes sociais no trabalho de enfrentamento da hanseníase afirmam a necessidade do comprometimento dos profissionais com a mudança da realidade, ou seja, seu engajamento no cotidiano e nas lutas sociais, atuando a partir de todos os instrumentos legais à disposição dos profissionais “sobretudo na área política para transformar progressivamente todas as causas que provocam uma injusta e desumana situação de pobreza e miséria, fonte primária de quase todas as doenças endêmicas”.

Não há, portanto, no pensamento da maioria das e dos autores, possibilidades de analisar a atuação profissional se não se considerar o movimento que ocorre na sociedade como um todo. As contradições que se aprofundam ou se acomodam no interior dos espaços sócio-ocupacionais podem ser compreendidas considerando a realidade cotidiana e a



inserção política dos assistentes sociais nos processos sócio históricos da profissão e nos movimentos sociais (Scandola, 2016).

Mesmo considerando que a maturidade da institucionalização da categoria e da sua base teórico-metodológica como afirma CFESS (2010), citando Bravo (1998), ainda é insuficiente a produção do conhecimento no que condiz às “demandas postas à prática em saúde”. Com a Constituição Federal de 1988 e a concepção do tripé da Seguridade Social – Saúde, Previdência e Assistência social – novas demandas de conhecimento constituiu-se em desafios da categoria, às políticas sociais e, especificamente à atenção às pessoas afetadas pela hanseníase.

No caso da hanseníase ficou evidente que parte da atenção às pessoas acometidas pela doença tinha a ver com saúde, sendo que com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) a responsabilidade passa a ser de toda a rede de atenção, assim como novas demandas para a Assistência Social. As ex-colônias ainda são compostas por um significativo número de usuários que, conforme Lima (2013), contando ainda com pacientes em que foram esgotadas todas as possibilidades de retorno ao convívio familiar. Trata-se de pessoas que tiveram a doença e que foram internados nos hospitais entre 1920 e 1986, ou seja, tanto vítimas da internação compulsória como do estigma. Até a Constituição Federal e a implantação do SUS e do Sistema Único de Assistência Social, a ex-colônia executava as duas políticas sem dissociá-las como tal.

Iniciou-se a partir daí a ação sistematizada da Política de Assistência Social. Tanowe (2018) afirma que a presença da assistência social pública, em Campo Grande - MS, já ocorria de acordo com as demandas apresentadas pelo Serviço Social do Hospital São Julião. Apoiava basicamente com passagens intermunicipais e interestaduais e documentos. Com a implantação da Constituição Federal de 1988 foi-se delineando as responsabilidades do SUS e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e novas exigências foram sendo operadas no Hospital São Julião.

A hanseníase é uma doença crônica, não é como uma pneumonia que trata uma semana e sara. Fazia internação e, de mês em mês, você tinha que justificar porque o paciente continuava internado. Ainda tinha muitas pessoas que estavam sem família e que há muito tempo moravam nas dependências do São Julião. Os auditores do SUS vinham aqui para fazer a auditoria. O SUS não permite que o paciente fique um ano internado. A ILPI começou quando os médicos desligavam do SUS. Ainda não se chamava ILPI, eram os pacientes sociais. Depois, quando veio a Tipificação do SUAS é que teve esse nome (Tanowe, 2018, sem paginação)

As mudanças que ocorreram na sociedade e na política da hanseníase tiveram incidência no Hospital São Julião, como assegura Dobashi (2018, sem paginação)

Como Secretária de Saúde do Município a primeira coisa que eu fiz, foi tirar o ambulatório geral dos hospitais, passando o atendimento às unidades básicas. E daí eu tive que parar de atender também porque o que eu fazia era atenção básica, eu fazia eletro, eu medicava pessoas que tinham doença pulmonar crônica, gente que tinha insuficiência cardíaca, insuficiência renal.

Esse depoimento coaduna com a informação registrada pelo Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan) (2004) várias mudanças foram sendo operadas nas ex-colônias a partir das mudanças da política da hanseníase e da própria institucionalização do SUS. No caso do Hospital São Julião, ocorreu a abertura para diferentes serviços ofertados, sobretudo sendo referência na formação de profissionais em parceria com universidades. No entanto, deixou de ser porta de entrada para a atenção básica, especialmente para a hanseníase, muito embora continue respondendo e tenha serviços especializados nessa patologia.

A experiência de internação prolongada e a relação bastante forte com as universidades abriram as portas para o projeto UCCI e, na sequência a implantação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PREMUS). Os aprendizados com as demais residências em clínica médica, oftalmologia e cenário de prática para odontologia, além das visitas técnicas de estudantes e pesquisadores transformou não somente os integrantes da instituição, como também o seu cotidiano e a perspectiva de mudança da sua missão, ou seja, desde colônia de leprosos a hospital escola.

A chegada da residência trouxe mudanças importantes ao hospital, como afirma Maddalena (2018),

foi, sem dúvida, um marco a chegada da Residência e que nós demoramos a entender. Nós que somos da área da retaguarda a gente não consegue enxergar. Às vezes a gente se pega observando alguns probleminhas que são trazidos pela quantidade de pessoas.

As transformações que vem ocorrendo no hospital, do ponto de vista das políticas de saúde e educação, o abona para se tornar um hospital-escola. Dobashi (2018) afirma que rumam para esse propósito realizando ações: “começamos organizando as comissões. Estamos esperando que o Ministério da Educação (MEC) venha fazer a vistoria. Estamos preenchendo todos os requisitos”.

A implantação do PREMUS, em 2014, trouxe o cenário diverso pois exigiu articulação interinstitucional entre a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, titulara da especialização e com tutores e professores, Escola de Saúde Pública “Dr. Jorge David Nasser” que participa no campo pedagógico, secretaria acadêmica e parte do financiamento, tutores e professores e o Hospital São Julião que é o âncora do funcionamento com as

preceptorias, estrutura logística e física. É constituída por seis profissões sendo Serviço Social, Psicologia, Nutrição, Farmácia, Fisioterapia e Enfermagem.

Haddad (2012) ao referir-se sobre relevância dos Programas de Residências Multiprofissionais quer seja para o SUS como também para o Serviço Social, afirma que dentre os desafios colocados está em trazer para a política de saúde o que está demandado na sociedade. Refere-se que “o encontro entre as necessidades de saúde e a oferta de serviços, são aspectos particularmente afeitos à atuação do Serviço Social”.

É nessa perspectiva da autora que pode-se afirmar que o Serviço Social nas residências multiprofissionais em saúde, não somente respondem à política de saúde, mas também às demais, especialmente aquelas da seguridade social com vistas à atenção com integralidade dos sujeitos sociais. Nesse sentido recuperar o histórico das profissões e como foram se constituindo no hospital em resposta às políticas públicas, em suas novas configurações a partir da Constituição Federal de 1988, torna-se imperativo para compreender e aperfeiçoar as práticas de ensino, pesquisa e extensão que ocorrem nas residências.

A busca do histórico da profissão nos instiga a buscar também a forma como se dá e aprimora o seu fazer profissional, considerando que o Serviço Social é parte integrante da divisão social do trabalho. Buscando afirmar-se como uma profissão na sociedade que, tem no senso comum como um trabalhador que executa a terminalidade das políticas sociais, tem se constituído como uma categoria que é dotada das dimensões ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa em um processo permanente e dialético entre essas esferas (Mendes, 2004).

A discussão aqui iniciada se configura no sentido de buscar situar o Serviço Social no campo profissional na perspectiva de Iamamoto (2009), ou seja, ao considerar as novas exigências e requisições da atuação do assistente social, a partir do surgimento de novos espaços ocupacionais de trabalho, sem desfazer-se do seu histórico.

Por isso o objetivo desse artigo é contextualizar o Serviço Social no Hospital São Julião, considerando este como espaço sócio-ocupacional desde a atenção às pessoas acometidas pela lepra à chegada do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde.

Para responder a esse objetivo, a metodologia utilizada foi qualitativa, posto que essa abordagem não se preocupa em quantificar, mas em tentar explicar os significados das relações sociais, consideradas essenciais e resultantes da atividade humana. (Minayo, 2004).

A base de dados para a realização da pesquisa foi documental, sendo subsidiada por levantamento em diferentes setores do Hospital, biblioteca e sala do Serviço Social. A busca exploratória também indicou a biblioteca da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), pois o Hospital São Julião foi campo de estágio em Serviço Social para acadêmicas da referida instituição. Nessa biblioteca foram encontrados quatro registros de trabalhos de conclusão de curso no banco de dados eletrônico. No entanto, acesso físico ou eletrônico de conteúdo foi de apenas três.

Além desses, o projeto do setor de Serviço Social em desenvolvimento chamado “Memoriais dos Trabalhadores do São Julião”, possibilitou aproximar do histórico institucional a partir do conteúdo das entrevistas.

O primeiro trabalho foi organizar o banco de dados, pois as fontes foram encontradas em diferentes locais e, não havendo nenhum trabalho anterior que tratasse do tema, a organização foi, em si, uma forma exploratória de pesquisa constituindo-se em dificuldades diversas na sua organização.

A partir daí realizou-se a leitura em profundidade buscando o contexto e os conteúdos que tratavam da presença do Serviço Social na instituição. Com isso, foi possível evidenciar os conteúdos que tratavam da atuação de assistentes sociais e os contextos em que se ocorreram.

2. DESENVOLVIMENTO

A presença do Serviço Social no Hospital São Julião não está sinalizada com precisão. Segundo Tanowe (2018), há o registro de duas Assistentes Sociais nos livros de recursos humanos. No entanto, ao procurar nos bancos de dados do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), entre o final dos anos 1970 e início de 1980, apenas um registro foi encontrado. As informações são de que essa assistente social concluiu o curso depois de sair do trabalho na instituição. Pedrosa (2018) informa a presença de assistentes sociais desde sua chegada para trabalhar no hospital, em 1979.

Segundo Damasceno (2018) houve no hospital, entre os anos de 1970 e o início de 1980, a presença de duas assistentes sociais: “Vinham na Kombi que traziam os demais da cidade pra cá”. Não soube precisar se eram do serviço público ou se eram contratadas pelo hospital, mas enfatizou as diferentes formas de atuação:

[...]ela pegava no pé, por exemplo, quando vinha calçado pra fazer, ela dizia que tinha que passar por ela primeiro pra ver para depois



mostrar para o médico e depois pôr no pé do paciente. E eu sei tudo né. Aí tinha que mostrar pra ela. Ela incomodava, não era brava. Nem parecia ser assistente social.

Aí veio outra que não lembro nome, mas uma benção de Deus aquela assistente social para todos os hansenianos e para tudo. A gente falava pra ela que tinha hanseniano que não era aposentado que trabalhava na roça. Ela ia, arrumava tudo, aposentava (Damasceno, 2018, sem paginação).

Houve também a presença de uma assistente social italiana que veio no âmbito da Operação Mato Grosso no final dos anos 90. Essa profissional atuava há 25/30 anos na periferia de Turim, região acometida com problemas relacionados ao uso de drogas. A assistente social italiana veio para o Brasil conhecer o Serviço Social desenvolvido no hospital, aqui não atuava na profissão e sim no voluntariado como os demais, ou seja, se envolvia em todos os trabalhos necessários de manutenção e cuidados (Maddalena, 2018).

Tanto Pinto (2018), quanto Pedroso (2018) declaram que a profissional desempenhava o papel de resolvidor de problemas como os documentos que não tinham, o contato com a família, os recursos financeiros emergenciais como também algumas condições quando iam sair do hospital após longa internação “para poder retornar pra vida deles”.

Também era imputado ao assistente social a função de intermediação das regras institucionais junto àqueles que as desobedeciam, considerados rebeldes:

Ela nos ajudava com os rebeldes, aqueles que eram super rebeldes e que não tinham para onde mandar. Ou a gente mandava para diretora, que era a Irmã Silvia ou a gente mandava para o Serviço Social. (Pedroso, 2018, sem paginação)

Diferentes outras demandas institucionais também eram dirigidas à assistente social como o trato com os problemas com os próprios trabalhadores do hospital, emergências sociais que chegavam ou documentos mais técnicos que se faziam necessários. Suarez (2018) afirma que havia uma assistente social que atuava de forma voluntária no hospital, realizava atendimentos pontuais de acordo com as necessidades dos pacientes e da própria instituição quando esta precisava de algum relatório ou algo específico.

De acordo com Dobashi (2018) a atribuição do assistente social era limitada ao atendimento tradicional do Serviço Social “perguntava se tem família, onde estava a família, perguntava sobre os documentos, ajudava muito nessas coisas”. Ainda no que se refere ao acesso à aposentadoria afirma que umas das freiras que fazia as aposentadorias e que “todo mundo era aposentado”.

A descrição da atuação dos profissionais à época imprimia características próprias do Serviço Social em suas contradições: ações imediatas, contenção de conflitos, elaboração de



relatórios, encaminhamentos a outros serviços, retomada de vínculos com a família, providências de documentações e aposentadorias. As descrições condizem com Martinelli (2005) ao afirmar que o Serviço Social foi engendrado e desenvolvido em um cenário de lutas de classe e uma teia de relações contraditórias. O surgimento dos primeiros assistentes sociais serviu como uma estratégia de controle social, na prática, agentes intermediadores entre a burguesia e o proletariado, haja vista que as grandes demandas são interpostas por interesses antagônicos das classes sociais e a profissão transita paradoxalmente entre tais classes.

Coimbra (2018), Depieri (2018) e Dobashi (2018) são afirmativos que o Serviço Social chegou ao hospital somente há pouco mais de 30 anos, ou seja, meados de 1980. A primeira contratação de profissional de Serviço Social reconhecida pela maioria ocorreu no ano de 1986, a assistente social Erica Tanowe, que permanece na função até a data atual.

Eu estava sozinha aqui e aí comecei a implantar algumas documentações. Os pacientes chegavam e iam fazer a entrevista. Eu lembro que tinha um termo que foi eu que fiz. Eu acho que eu sempre fui um pouco envolvida com a questão da gestão sem saber. Por exemplo, eu me preocupei em fazer um termo de responsabilidade porque os pacientes internavam e ninguém assinava nada. É o termo que tem até hoje e 30 anos se passaram (TANOWE, 2018, sem paginação).

No que condiz às atribuições, Tanowe (2018) reitera que, por vezes, o Serviço Social é levado a executar atividades que não são de sua competência exclusiva, mas está no âmbito das necessidades institucionais. Muitas ações são atribuídas ao Serviço Social pela falta de pessoal ou porque não se sabe ainda como fazer. Considerando também a época e a urgência dos casos, o trabalho era desenvolvido de forma a dar respostas imediatas à quantidade de necessidade que as pessoas internadas tinham.

Aquela ideia do serviço social [para] o trabalho de fortalecimento de vínculo, reinserção social, nem falava nessas palavras ainda [...] tinha muita demanda. 'Trocentos' encaminhamentos (TANOWE, 2018, sem paginação).

Observa-se, portanto que além das características de atendimento direto às necessidades dos demandatários do Serviço Social, outra inserção adveio da necessidade institucional que foi o trabalho na gestão. Carmo e Cardeal (2000, p.40), corroboram com essa afirmação, declaram que o Serviço Social inserido no Hospital São Julião identificou-se com os objetivos da Instituição, havendo uma relação direta com a direção do hospital e articulação com os demais setores da instituição, o que também certifica a capacidade da profissão no

que tange à ação de intersetorialidade e intrasetorialidade, característica da atuação da categoria.

Segundo Moraes (2018), em 1992 foi aberto o campo de estágio em Serviço Social na instituição em convênio com a então FUCMAT, hoje UCDB. “Não conhecia o hospital, mas vim disposta a abrir o campo de estágio. Sabia que atendia pessoas com hanseníase e era com este público que eu estava disposta a trabalhar”. Ainda na fase de estagiária foi contratada como auxiliar social e, após terminar o curso, como assistente social.

Observa-se que a temática da hanseníase foi fundamento não somente dos estágios como da produção do conhecimento organizado pelos Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC). Nesse período de 21 anos entre a realização dos três trabalhos de conclusão em Serviço Social, várias mudanças tinham ocorrido no hospital, seja pela ampliação dos serviços ofertados como também a institucionalização das políticas sociais. A institucionalização do SUS e do SUAS foi um marco importante pois foi-se identificando com mais precisão as responsabilidades entre a saúde e a assistência social. Enquanto os dois primeiros TCC's tratavam do hospital e da atenção à saúde, o terceiro inaugurou a discussão sobre o hospital e a Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) cuja normatização está a cargo da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), especialmente no que se refere à tipificação.

Carmo e Cardeal (2000, p. 37) reiteram que a tendência do Serviço Social da época era a integração nas equipes multiprofissionais, relatam que a ação isolada do assistente social se tornara incapaz de por si só encaminhar as necessidades do usuário. O assistente social e os demais membros da equipe multiprofissional desenvolvem o trabalho em um plano de colaboração e embora a liderança da equipe seja exercida pelo médico, nenhuma linha vertical de autoridade subordina o assistente social a esse.

Lima (2013, pg. 32) afirma que a história do Serviço Social no hospital foi de forma crescente em todos os sentidos, reiterando a atuação do Serviço Social de forma interdisciplinar, ou seja, em consonância com os demais profissionais que visem o mesmo objetivo, que é o bem estar do ser humano. Afirmou também que a prática profissional do assistente social propicia ao usuário um acolhimento de forma humanizada.

Na atualidade e realidade do Hospital São Julião não é diferente, o assistente social em sua atuação articula-se com as equipes de saúde e com as demais instituições e setores do hospital, ou seja, trabalha na intra e intersetorialidade. Além da relação direta com a gestão, atua junto a ouvidoria, na realização de ações socioeducativas, também na elaboração de

cartilhas e folders, além do envolvimento junto aos serviços na UCCI e demais rotinas institucionais.

Verificou-se que a presença dos estagiários na instituição possibilitou à profissão, ao hospital e a temática da hanseníase maior visibilidade no Hospital São Julião e, no que se refere ao Serviço Social significou o início das produções de conhecimento. Os TCC's são as fontes de conhecimento documental sobre o Serviço Social até a chegada do Programa de Residência em Saúde (PREMUS).

A inserção do assistente social nas Residências Multiprofissionais significou um desafio para a categoria, segundo dados do Ministério da Saúde, o curso de Serviço Social representa a terceira maior categoria em número de bolsas financiadas (BRASIL, 2006). No caso do PREMUS, realizado entre UFMS, ESP-MS e HSJ, desde 2014 há uma mudança significativa na presença do Serviço Social. Além de quatro (4) profissionais residentes, sendo dois R1 e dois R2, foram agregados novas funções e campos de trabalho com preceptores, tutores, professores, orientadores, além da coordenação da residência que é realizada por assistente social.

As Residências Multiprofissionais em Saúde (REMUS) tornaram-se campos férteis no que se refere à produção de conhecimento, quer seja ele prático ou científico. Moreira e Oliveira (2006) asseguram que o conhecimento produzido nas residências ainda é predominantemente na atenção hospitalar, pois esse espaço é o mais intensificado no Brasil. Durante a residência os assistentes sociais se aproximam de uma vertente mais científica da profissão, pois possibilita a participação em eventos da saúde e específicos da categoria, sendo que nesses espaços necessitam produzir trabalhos e promover a socialização do conhecimento, além de conviver com diferentes áreas profissionais.

A elaboração do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) na modalidade de artigo científico tem se constituído em uma das produções importantes de conhecimento no Hospital São Julião a partir do PREMUS. A necessidade de submissão a uma revista científica para obtenção do certificado de conclusão da residência tem corroborado para ser um aprendizado na lida com o mundo acadêmico e a socialização do conhecimento. Com isso, cumpre-se também a função social de disseminação do conhecimento.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mudanças que ocorreram no hospital desde a sua inauguração foram na sua estrutura física, no seu quadro de pessoal, na oferta de serviços e na relação com as



diferentes políticas públicas como a saúde, educação e assistência social. Em todas elas é considerada a particularidade histórica, a experiência com internação de longa duração e a humanização do cuidado. E isso também foi a base das mudanças que ocorreram em setores em que há assistentes sociais.

A trajetória histórica do Serviço Social foi marcada por constantes transformações permeadas por inúmeras contradições, onde desenvolveu a capacidade de se transformar, de se reinventar considerando as particularidades do meio onde é exercida. Analisando o contexto é fato que o Serviço Social está intrinsecamente associado ao sistema capitalista, pois é nesse sistema que se produzem as desigualdades, especialmente as de classe, gênero, raça e etnia, orientação sexual, origem territorial, geração, de deficiência, dentre tantas que vão se apresentando. No contexto da lepra, a própria legislação instituiu a internação compulsória dos mais pobres, condenando-os à morte social, dessa forma fica explícito que a internação compulsória tinha um sólido caráter de classe.

No cenário apresentado nesse trabalho, o Serviço Social surgiu como um agente de controle social e de trabalho técnico a serviço das exigências das políticas sociais, no sentido de manter a ordem e o funcionamento institucional. Na perspectiva estudada os fora da ordem eram os internados resultantes da apartação realizada pelo Estado e sedimentada na sociedade aos acometidos pela lepra/hansen.

Quando citamos as contradições inerentes à profissão do assistente social, consideramos todo o processo histórico pelo qual a profissão passou e tem passado, pois, é devido a esse processo de ruptura política e teórica, que a profissão constrói suas bases para o exercício profissional. Não é diferente no interior dos hospitais, do sistema de saúde, da formação profissional e, por conseguinte, no PREMUS/HSJ/UFMS/ESP.

Conforme os autores estudados e a realidade apreendida, o profissional assistente social, em sua atuação, é sujeito a um conjunto de determinantes externos que impõem limites socialmente objetivos, como também a sua própria constituição como ser social. Não se trata, portanto, somente a conquista de um projeto profissional coletivo visando o cotidiano do mercado de trabalho, mas também exigem-se estratégias políticas e profissionais que alavanquem as bases de apoio no interior do espaço ocupacional para que também outras categorias profissionais e os próprios movimentos se movam em similares princípios éticos e políticos.

O Serviço Social ao longo de sua história ocupou diversos espaços ocupacionais e, no Hospital São Julião teve sua história entrelaçada com a lepra, hoje denominada hanseníase

e, atualmente com os destinos desenhados para as ex-colônias. O percurso do Serviço Social também se deu nessas bases. As mudanças nas políticas sociais pós Constituição Federal de 1988 foram disparadoras de novas instrumentalidades na perspectiva técnico-operativa, transitando em diferentes políticas sociais a partir de suas novas configurações e objetivos.

Nesse sentido torna-se impossível realizar a dissociação da categoria dos assistentes sociais, do SUS e dos movimentos sociais, haja vista que, estão interligados e o avanço ou retrocesso de um deles implica diretamente no outro. Os jogos de forças entre a privatização do SUS em seu processo instituinte têm na contramão os movimentos de resistência que, por dentro do sistema constroem avanços nas formas de intervenção nos processos de saúde – doença e dentre eles, está à abertura, manutenção e consolidação do PREMUS.

REFERÊNCIAS

- Associação de Auxílio e Recuperação dos Hansenianos (AARH). **Site** (sd). Disponível em: http://www.saojuliao.org.br/public_html/en/aarh.htm . Acessado em 12 mar. 2019.
- BRASIL. Decreto nº. 16.300 de 31 de dezembro de 1923. Aprova o regulamento do Departamento Nacional de Saude Publica. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1910-1929/D16300.htm. Acessado em 12 de mar. 2019.
- BRASIL. Lei 610 de 13 de janeiro de 1949. **Fixa normas para a profilaxia da lepra.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1930-1949/L0610.htm Acessado em 12 mar. 2019.
- BRASIL. **Lei 3252 de 27 de agosto de 1957.** Regulamenta o exercício da profissão de Assistente Social. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l3252.htm Acessado em 11 de fev. de 2019.
- BRASIL. **Decreto nº 968, de 7 de maio de 1962.** Baixa Normas Técnicas Especiais para o Combate à Lepra no País e dá outras providências. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/historiadahanseniose/media/Decreto968.pdf> Acessado em 12 de mar. 2019.
- CARMO NETO, L. CABRAL, M. SANDES, J. (orientador). **Perfil socioeconômico do portador de hanseníase do Hospital São Julião.** Campo Grande, MS, 2000. 47p.
- COIMBRA, D. In: **Projeto Memoriais dos Trabalhadores do São Julião.** COSTA, A.B.S. SCANDOLA, E. M.R.(orgs). 2018. Não publicado.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL-CFESS, Código de ética do assistente social. **Brasília: Conselho Federal de Serviço Social,** 1993. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/> Acessado em 27 de fev. de 2019.
- Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Brasília, 2010. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros para a Atuacao de Assistentes Sociais na Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros%20para%20a%20Atuacao%20de%20Assistentes%20Sociais%20na%20Saude.pdf) . Acessado em 08 de mar de 2019.
- CUNHA, V. S. **Isolados ‘como nós’ ou isolados ‘entre nós’?:** a polêmica na Academia Nacional de Medicina sobre o isolamento compulsório dos doentes de lepra. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.17, n.4, out. Dez. 2010, p.939-954.
- DAMASCENO, J. In: **Projeto Memoriais dos Trabalhadores do São Julião.** COSTA, A.B.S. SCANDOLA, E.M.R.(orgs). 2018. Não publicado.
- DEPIERI, E. In: **Projeto Memoriais dos Trabalhadores do São Julião.** COSTA, A.B.S. SCANDOLA, E.M.R.(orgs). 2018. Não publicado.
- DOBASHI, B.F. In: **Projeto Memoriais dos Trabalhadores do São Julião.** COSTA, A.B.S. SCANDOLA, E.M.R.(orgs). 2018. Não publicado.
- HADDAD, A.E. Apresentação. In: BELLINI, M.I.B.; CLOSS, T.T. (orgs). **Serviço Social residência multiprofissional e pós-graduação: a excelência na formação do assistente social.** 2012.
- IAMAMOTO, M. V. et al. **Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social.** Serviço Social, p. 341-375, 2009.
- KISNERMAN, Natalio. A cien años de la primera escuela de trabajo social. **100 Anos de Serviço Social,** 2001.
- LIMA, W.C. B. ASSUNÇÃO RIBEIRO, M. A. (orientador). **Acolhimento de idosos em instituição de longa permanência e hanseníase.** Campo Grande, MS, 2013. 59 p.
- MADDALENA, B. In: **Projeto Memoriais dos Trabalhadores do São Julião.** COSTA, A. B.S. SCANDOLA, E. M.R.(orgs). 2018. Não publicado.
- MARTINELLI, M. L. **Serviço Social: identidade e alienação.** 9.ed. São Paulo: Cortez, 2005.
- MENDES, J. M. R. **Tendências teóricas, epistemológicas e metodológicas para a formação profissional do assistente social no Brasil.** La Cuestión Social y La Formación

- Profesional En Trabajo Social En El Contexto de Las Nuevas Relaciones de Poder y La Diversidad Latinoamericana, Buenos Aires, Espacio Editorial, 1ª. Edição, p. 117-132, 2004.
- MINAYO, M. C. Pesquisa Social: Teoria Método e Criatividade. 24ª Edição. Rio de Janeiro. 2004
- MORAIS. M. In: **Projeto Memoriais dos Trabalhadores do São Julião**. COSTA, A.B.S. SCANDOLA, E.M.R.(orgs). 2018. Não publicado.
- MOREIRA. K.F.A. e OLIVEIRA. J. L.C. **Narrativa da Residência Multiprofissional em Saúde: desafios para a Universidade Federal de Rondônia (Unir)**. Ministério da Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde: Experiências, avanços e desafios. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 414 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- PEDROSO. C. In: **Projeto Memoriais dos Trabalhadores do São Julião**. COSTA, A.B.S. SCANDOLA, E.M.R.(orgs). 2018. Não publicado.
- PINTO. C. In: **Projeto Memoriais dos Trabalhadores do São Julião**. COSTA, A.B.S. SCANDOLA, E.M.R.(orgs). 2018. Não publicado.
- RIBEIRO C. M. e SILVA C. N. CRUZ M.J. R. (orientadora). **Hanseníase e Sociedade**. Campo Grande, MS, 1988. 61 p.
- ROCHA, D e ALFEU. C. **Confissões para o esquecimento**. Campo Grande, MS 2006. Hospital São Julião.
- SUAREZ. M. In: **Projeto Memoriais dos Trabalhadores do São Julião**. COSTA, A.B.S. SCANDOLA, E. M.R.(orgs). 2018. Não publicado.
- SCANDOLA, E.M.R. - **Fundamentos ideopolíticos dos planos de enfrentamento ao tráfico de pessoas de Portugal e do Brasil à luz do Serviço Social** [Em linha]. Lisboa: ISCTE-IUL, 2016. Tese de doutoramento. [Acessado em 08 de janeiro de 2019] Disponível em: [www:<http://hdl.handle.net/10071/11962>](http://hdl.handle.net/10071/11962).
- TANOWE. E. In: **Projeto Memoriais dos Trabalhadores do São Julião**. COSTA, A.B.S. SCANDOLA, E.M.R.(orgs). 2018. Não publicado.
- VIEIRA, M.L. Hanseníase x lepra: o paradoxo da morte social. **Cadernos do Morhan. A prática do Serviço Social no Morhan**. 2008. Disponível em [http://www.morhan.org.br /views/upload/caderno_03.pdf](http://www.morhan.org.br/views/upload/caderno_03.pdf) . Acessado em 11 de fev. de 2019.

ANÁLISE DOS TRABALHOS DE CONCLUSÃO DE CURSO EM SERVIÇO SOCIAL NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

Ana Maria Santana De Alcântara (Universidade Federal De São Paulo); Cristhiene Montone Nunes Ramires (Universidade Federal De São Paulo); Nadjane Bezerra Do Amaral Prilip (Universidade Federal De São Paulo).

Resumo: A Residência Multiprofissional em Saúde forma profissionais para uma atuação diferenciada no SUS, já que pressupõe construção interdisciplinar dos profissionais e educação permanente; apresentamos um levantamento dos trabalhos científicos realizados pelos residentes do Serviço Social como parte da exigência para conclusão. O objetivo foi caracterizar a produção do Serviço Social nos TCC's dos Programas de Residência Multiprofissional. O levantamento evidenciou que a temática prevalente relaciona-se com Seguridade Social, atrelando a formação teórica com o exercício profissional. Além do título, consideramos que o TCC visa a iniciação do residente no campo da pesquisa e merece aprimoramento e visibilidade.

Palavras Chave: Residência Multiprofissional em Saúde, Serviço Social, pesquisa científica

Abstract: The professionals graduated from the Multiprofessional Healthy Residency are prepared to have differentiated actions on SUS, once it assumes an interdisciplinary construction from healthy professionals and permanent education; we present a survey of the scientific works accomplished by the residents from Social Services as part of their demand to course conclusion. The objective was to characterize the production of Social Services on the TCCs from Multiprofessional Healthy Residency Programs. The survey has evidenced that the prevalent thematic is related to Social Insurance, interlacing a theoretical graduation with the professional exercise. Transposing the certification, we have considered that the TCC is oriented to resident induction at field research and it deserves improvement and visibility.

Key Words: Multiprofessional Healthy Residency, Social Service, Scientific Research



1. INTRODUÇÃO

A Residência Multiprofissional em Saúde, regulamentada pela Lei 11.129 de 2005, baseia-se numa proposta de criar programas específicos na área da saúde que contemplam ensino-serviço-comunidade, com finalidade de formar profissionais em espaços prioritários de atuação do SUS. Além dos profissionais terem uma formação orientada pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde com conhecimento, habilidade, manejo do trabalho em equipe de modo que, o tratamento na rede de saúde pública seja de fato integralizado, eles são protagonistas de um saber que transcende a política a nível territorial.

A formação na Residência Multiprofissional em Saúde está inserida na modalidade pós-graduação *latu sensu*. Converge na perspectiva de mudanças no pensar e agir trazendo dessa forma, novos rumos e diretrizes aos dispositivos da política pública de atenção à saúde. A materialização da RMS deve acontecer sob o exercício de supervisão da prática dotada de corpo técnico-profissional fortalecido de experiência teórico-metodológica vivenciada na prática, e que estejam comprometidos com a formação de novos profissionais para a operacionalização da política do SUS (Ministério da Saúde, 2006).

Como parte integrante do Projeto Pedagógico da RMS, o residente tem como exigência para a obtenção do título de especialista a elaboração de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) que pode ser apresentado na modalidade monografia ou artigo científico.

Nesse sentido, entendemos que a dimensão da produção de conhecimentos do Serviço Social objetiva a reflexão do fazer profissional, materializando as tendências teórico-críticas do pensamento social, visando a ruptura com posturas teóricas conservadoras e reafirmando o compromisso profissional com a classe trabalhadora. “É neste processo de recusa e crítica do conservadorismo que se encontram as raízes de um projeto profissional novo, precisamente nas bases do que está se denominando projeto ético-político.” (NETTO, 1999. p. 01)

O levantamento teve o objetivo de caracterizar a produção do Serviço Social nos TCC's dos Programas de Residência Multiprofissional.

2. METODOLOGIA

Caracterização do Estudo - foi realizada uma pesquisa de caráter exploratório e descritivo, através de levantamento retrospectivo dos Trabalhos de Conclusão de Curso apresentados

como exigência para a obtenção do título de especialista nos Programas de Residência Multiprofissional, nos Programas que incluem o profissional Assistente Social em sua equipe multiprofissional.

Crítérios de Análise - o levantamento foi realizado levando em conta as Linhas de Pesquisa organizadas pelo NAE - Núcleo Assistencial Estruturante do Serviço Social, equipe responsável pela elaboração, revisão e aplicação do Projeto Pedagógico dos Programas de Residência, bem como os critérios de avaliação dos TCC's estabelecidos pelo Colegiado da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade.

Caracterização quanto às Linhas de Pesquisa:

- Serviço Social e Seguridade Social - estudo e análise das políticas de Seguridade Social (assistência social, saúde e previdência social) com ênfase no Sistema Único de Saúde - SUS.
- Serviço Social e Educação em Saúde - estudo dos processos educacionais voltados para a promoção da saúde, bem como para a prevenção, proteção e cuidados no plano individual e coletivo.
- Formação e Prática em Serviço Social na RMS - estudos sobre as práticas profissionais, a partir de uma perspectiva sócio-histórica e sobre as questões da formação e intervenção profissional do assistente social.

Caracterização quanto aos critérios de avaliação da Comissão de Residência Multiprofissional - Título, Referencial Teórico, Objetivos, Material e Método, Resultados e Discussão, Conclusão, Referências Bibliográficas, Formatação e Apresentação Geral.

Crítérios de Inclusão - trabalhos entregues dos Programas de Cardiologia, Envelhecimento, Oncologia, Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde Mental, Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial das turmas de 2013 à 2016, anos que a entrega se deu através de arquivos eletrônicos. Dos 50 (cinquenta) residentes de Serviço Social que concluíram o Programa, foi possível avaliar 37 trabalhos entregues. Foram eliminados da pesquisa 04 (quatro) trabalhos sem cópia eletrônica na secretaria, 03 (três) trabalhos não entregues, 06 (seis) trabalhos que ainda se encontram em fase de elaboração através de prorrogação de prazo de entrega.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O desenvolvimento científico em Serviço Social, para além das discussão teórica, deriva majoritariamente das experiências práticas nos espaços sócio ocupacionais do profissional. Sendo a Residência Multiprofissional uma modalidade de ensino em serviço, o levantamento demonstra dados relevantes frente aos interesses teóricos dos residentes dos Programas de Residências.

Dentre os espaços de atuação do residente, o hospital universitário quartenário de atendimento conveniado ao SUS, caracteriza-se no principal espaço ocupacional dos residentes, excetuando-se o Programa de Saúde Mental que tem os serviços de referência em atenção básica como principais campos de estágio.

Nesse sentido, entende-se que a vinculação da RMS com a academia pressupõe um espaço privilegiado para a produção de pesquisa científica, mesmo que pensar na própria prática nem sempre é vista como produção de conhecimento na área de Serviço Social.

Os dados foram informatizados em programa EXCELL e apresentados em forma tabular ou gráfico, por meio de frequência absoluta (n) e frequência relativa (%), além de variáveis apresentadas através da média simples de valores.

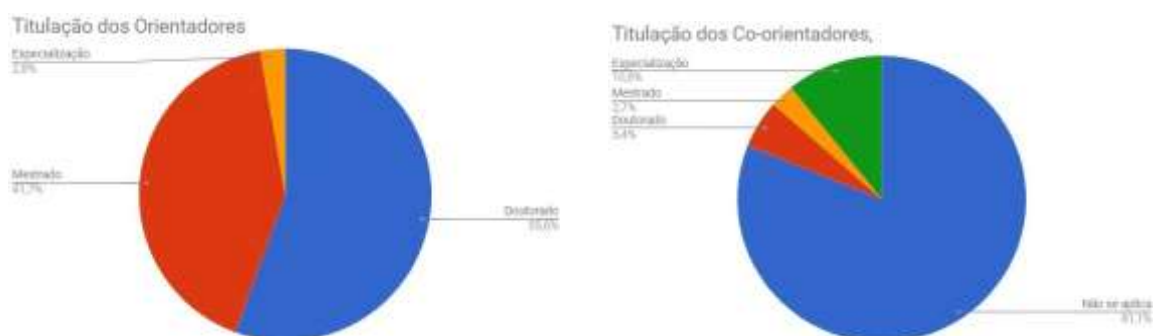


Gráfico 1 e 2 - Distribuição dos trabalhos, conforme titulação dos orientadores

Os dados acima apresentam a titulação dos orientadores e co-orientadores. Dos 37 trabalhos avaliados, mais da metade 20 (55,6%) dos orientadores têm titulação de doutorado, 15 (41,7%) de mestre e 1 (2,8 %) de especialista, apesar do regimento geral do programa de residência multiprofissional determinar que o orientador do TCC deve ter no mínimo, título de Mestre. Quando necessário, a elaboração do TCC poderá contar com a participação de um co-orientador, preferencialmente preceptor do programa. A maior parte dos trabalhos 30 (81,1%) não houve co-orientadores. Os que contaram com co-orientadores, 4 (10,8%) têm titulação em especialização, 2 (5,4%) tem doutorado e 1 (2,7%) tem mestrado.

Os dados deste estudo podem refletir o investimento que os profissionais que aceitam realizar a orientação fazem em sua educação.

Outra hipótese que justifica o número de orientadores com doutorado é o incentivo financeiro que proporciona melhora de salário em função de plano de carreira oferecido aos servidores concursados.



Gráfico 3 - Distribuição dos trabalhos, conforme quantidade de trabalhos concluídos por Programa

Quanto a produção científica entregue ao término do programa multiprofissional, de 2013 a 2016, 12 (32,4%) foi do programa de Saúde Mental, 7 (18,9%) do programa de Urgência e Emergência, 6 (16,2%) do programa de Saúde da Criança e do Adolescente, 5 (13,5%) do programa de Envelhecimento, 4 (10,8%) Oncologia e 3 (8,1%) do programa de Cardiologia.

Os programas com maior número de vagas ocupadas são proporcionais a produção científica entregue. O programa de Cardiologia apresentou o menor número de produção científica no período analisado uma vez que esse programa somente esteve ativo por 2 turmas com 2 vagas, respectivamente.

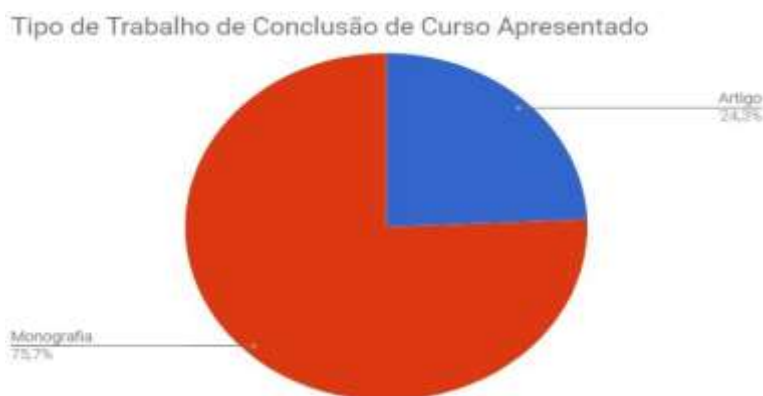


Gráfico 4 - Distribuição dos trabalhos, conforme tipo de trabalhos apresentado

O residente devendo apresentar, individualmente, o trabalho de conclusão de curso para a obtenção do título de especialista, pode optar em produzir a pesquisa na forma de uma monografia ou um artigo científico. De acordo com esse critério, o tipo de trabalho de conclusão de curso desta pesquisa demonstra que a maior parte 28 (75,7%) optou por Monografia, seguido por Artigo Científico 9 (24,3%).

Estes dados podem refletir a intenção dos residentes em utilizar os material produzido para a continuidade da sua titulação acadêmica, podendo agregar / continuar a pesquisa na dissertação de mestrado ou doutorado.

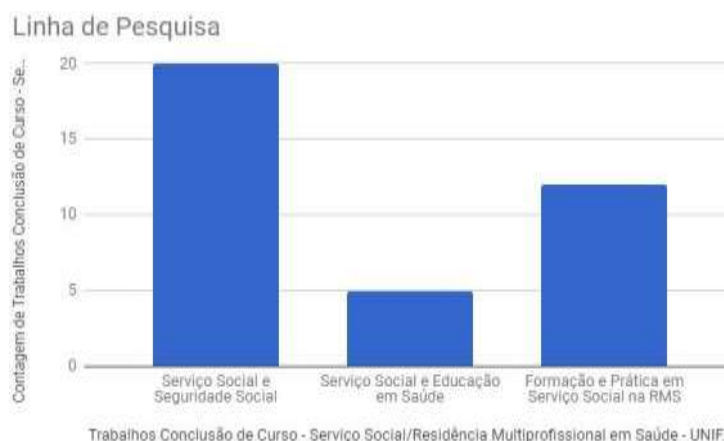
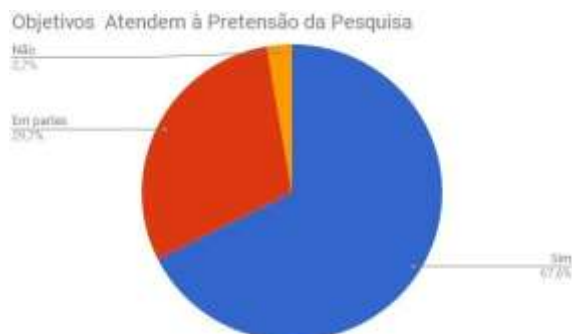
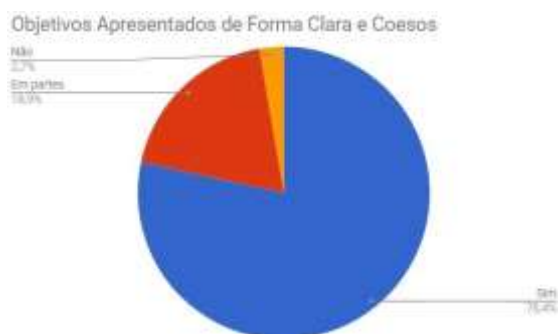


Gráfico 5 - Distribuição dos trabalhos, conforme Linha de Pesquisa do Programa e Objetivos

Em relação a caracterização quanto às linhas de pesquisa, grande parte (20) 54,1% enquadra-se em Serviço Social e Seguridade Social, 12 (32,4%) em Formação e Prática em Serviço Social na RMS e 5 (13,5%) em Serviço Social e Educação em Saúde. Serviço Social e Seguridade Social com maior escore possivelmente está relacionada às intervenções que os residentes realizam junto aos atendimentos com os usuários, despertando o desejo para esta linha de estudo.



Gráficos 6 e 7 - Distribuição dos trabalhos, conforme Natureza dos Objetivos

Com relação aos objetivos do trabalho, 29 (78,4%) apresentaram de forma clara e coesos, 7 (18,9%) em partes e 1(2,7%) não apresentou objetivos, evidenciando uma clareza, da maior parte dos residentes em relação as temáticas escolhidas para os estudos. Em relação a atenderem a Pretensão da Pesquisa, dos trabalhos concluídos, 25 (67,6%) responderam ao proposto, 11 deles (29,74%) responderam em partes e, apenas 1 (2,7%) pesquisa não atendeu ao objetivo proposta após a sua conclusão.

Temáticas Prevalentes	n	%
Políticas de Saúde	24	25,26%
Serviço Social na Saúde / Prática Profissional	18	18,95%
Residência Multiprofissional em Saúde / Trabalho Multiprofissional	9	9,47%
Envelhecimento Populacional	6	6,32%
Família	4	4,21%
Reforma Psiquiátrica	4	4,21%
População em situação de rua em SP	3	3,16%
Violência Contra Criança e Adolescente	3	3,16%
Gênero	3	3,16%
Outros Específicos da área	21	22,11%

Tabela 1 - Distribuição dos trabalhos, conforme temáticas prevalentes no Referencial Teórico

Podemos notar que as temáticas mais abordadas nos trabalhos referem-se às questões da prática profissional do Assistente Social na Saúde, que se mostram relevantes ao debate da apreensão dos determinantes sociais e as relações com o adoecimento. O profissional se coloca como categoria comprometida com os valores democráticos, incessante na luta pela efetivação da cidadania e dignidade da vida humana, se armando de elementos teóricos e dados da realidade para subsidiá-lo nas práticas profissionais (IAMAMOTO, 2001), seja no momento de formação ou na perpetuação do conhecimento em seu exercício profissional na superação da dicotomia teoria-prática. Dessa maneira, nota-se o elevado número de trabalhos elaborados no tocante a prática profissional, como

as diversas Políticas de Saúde 24 (25,26%), o Serviço Social na Saúde 18 (18,95%) e a Residência Multiprofissional em Saúde 9 (9,47%), bem como os temas específicos das áreas que correspondem a 21 (22,11%) trabalhos.

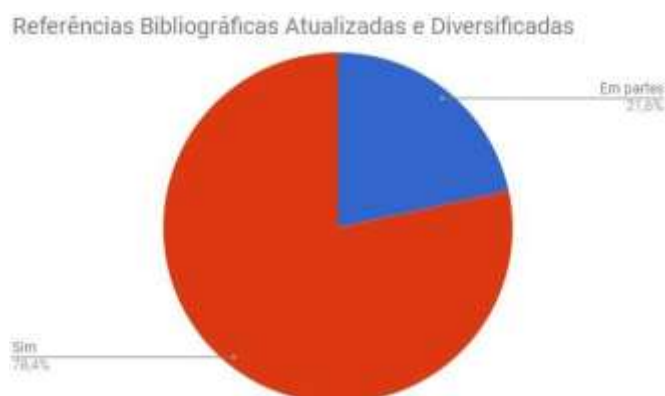


Gráfico 8 - Distribuição dos trabalhos, conforme Referências Bibliográficas

Verifica-se o predomínio 29 (78,4%) de referências bibliográficas diversificadas e atualizadas com até 10 anos de publicação, 8 (21,6%) em partes. Estes dados podem refletir que os temas pesquisados são contemporâneos e vigentes, bem como podemos observar que algumas bibliografias que tiveram sua publicação há mais tempo, referem-se a autores clássicos pertinentes aos temas.

Autores do Serviço Social	n	%
Maria Vilela lamamoto	13	16,88%
CFESS	11	14,29%
Maria Lucia Martinelli	9	11,69%
Maria Inês Bravo	7	9,09%
Maria Cecilia S Minayo	6	7,79%
Maria Carmelita Yasbek	6	7,79%
José Paulo Neto	5	6,49%
Não consta	5	6,49%
José Augusto Bisneto	5	6,49%
Eduardo Mourão Vasconcelos	4	5,19%
Aldaisa Sposati	3	3,90%
Yolanda Guerra	3	3,90%

Tabela 2 - Distribuição dos trabalhos, conforme Autores do Serviço Social

Os autores específicos do Serviço Social mais citados são Maria Vilela Iamamoto 13 (16,88%), publicações do CFESS 11 (14,29%), Maria Lucia Martinelli 9 (11,69%) e Maria Inês Bravo 7 (9,09%). Além dos dados apresentados acima, outros autores foram citados em 1 ou 2 trabalhos, como Ana Maria Vasconcelos, Ivanete Boschetti, Elaine R Behring, Amélia Cohn, Vicente de Paula Faleiros, Karl Marx, Robert Castel, Friedrich Engels, Maria Lucia Silva Barroco, György Lukács, Potyara AP Pereira, Balbina Ottoni Vieira, Raquel Raichelis, entre outros.

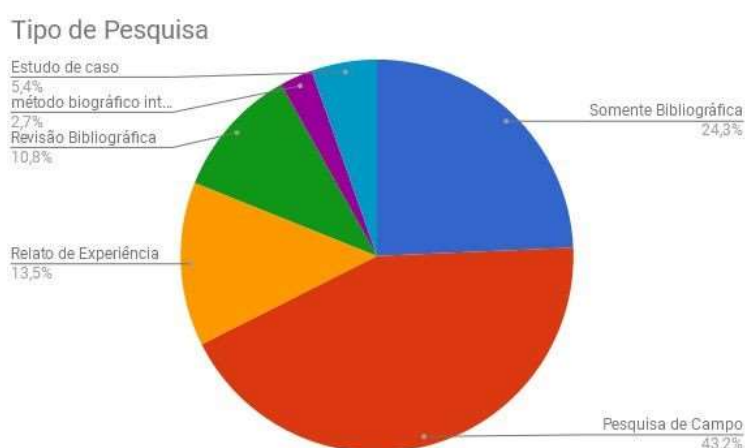
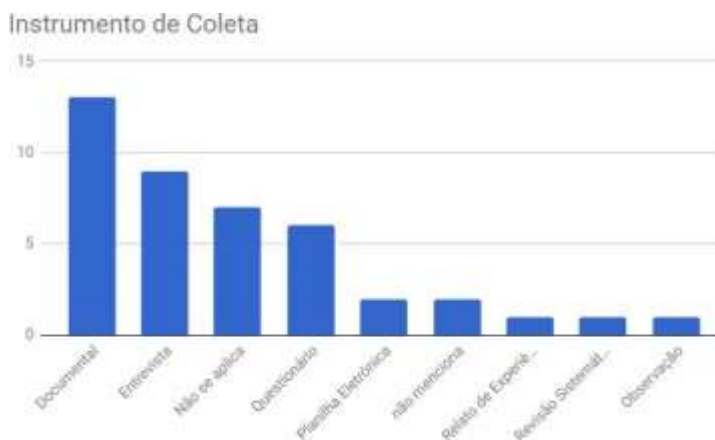


Gráfico 9 - Distribuição dos trabalhos, conforme Tipo de Pesquisa

O gráfico apresenta os trabalhos elaborados conforme o tipo de pesquisa desenvolvidas. Grande parte 16 (43,2%) utilizou a Pesquisa de Campo, 9 (24,3%) somente Bibliográfica, 5 (13,5%) Relato de experiência, 4 (10,8%) Revisão Bibliográfica, 2 (5,4%) Estudo de Caso e 1 (2,7%) Método Biográfico Interpretativo.

A hipótese para esse achado é que a pesquisa de campo é o tipo de pesquisa que pretende buscar a informação diretamente com a população pesquisada, exigindo do pesquisador um encontro mais direto, (GONSALVES,2001) em concordância com a modalidade de pós graduação em residência multiprofissional onde a especialização se caracteriza, majoritariamente, por ensino em serviço

Gráfico 10 - Distribuição dos trabalhos, conforme Instrumento de Coleta



Nota-se que os instrumentos de coleta mais utilizados nos trabalhos são Documental (13), Entrevista (9) e Questionário (6), em virtude da escolha metodológica em pesquisas em Serviço Social serem majoritariamente qualitativas. Evidencia-se também a grande quantidade de trabalhos que não utilizaram instrumento de coleta (7), tendo como delineamento a pesquisa bibliográfica.

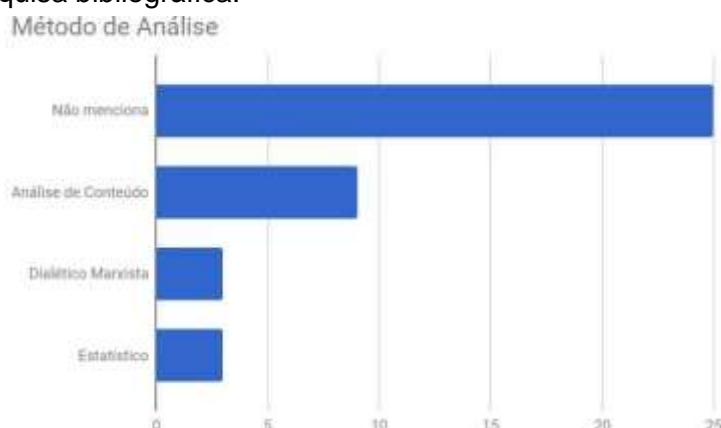


Gráfico 11 - Distribuição dos trabalhos, conforme Método de Análise

O método de análise mostra-se bastante deficiente quando o levantamento mostra que 25 dos trabalhos avaliados não menciona, no processo metodológico, o tipo de análise realizada na pesquisa. Dentre os trabalhos que citam o método escolhido, 9 realizaram análise através da análise de conteúdo, muito utilizado em pesquisa na área das ciências sociais, 4 através do método dialético marxista, corroborando o projeto ético político da profissão e 4 com método estatísticos.

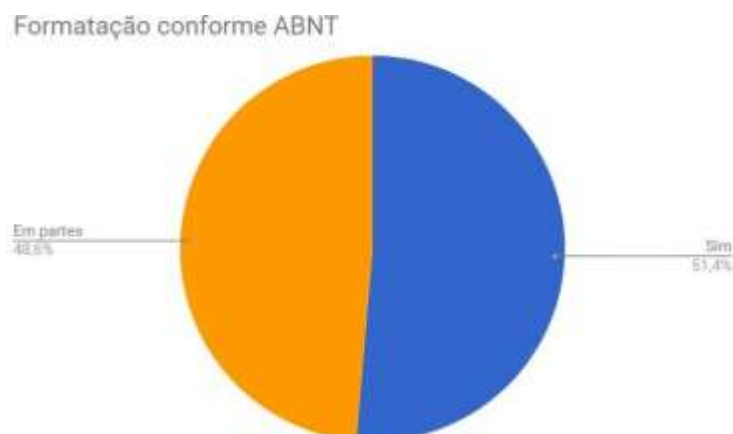


Gráfico 12 - Distribuição dos trabalhos, conforme Formatação

Chama a atenção a quantidade expressiva de trabalhos que não atendem em sua totalidade à formatação nas normas da ABNT, normativa exigida para a entrega do TCC na Coordenação da Residência da Unifesp, sendo que 48,6% dos trabalhos necessitam de correções para uma possível publicação, bem como foram mal avaliados nesse quesito.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cumprindo seu objetivo de ser um espaço para o ensino em serviço, a Residência Multiprofissional como formadora de profissionais com conhecimentos na área da Saúde Pública, vem desenvolvendo pesquisas que contribuem para a dinâmica da Instituição e com o aprimoramento científico da categoria profissional. E para além da prática em si, desenvolve pesquisas que avançam na perspectiva da melhoria da qualidade dos serviços de saúde ligados ao SUS.

De acordo com os dados do levantamento apresentado, a linha de pesquisa que ocupa maior interesse entre os residentes/pesquisadores é a de que trata sobre o Serviço Social e a Seguridade Social; o que demonstra a preocupação e o interesse por temas relacionados à prática e demandas da realidade cotidiana. Mesmo desenvolvendo metodologias de pesquisa diversas, boa parte se aproximam da realidade vivenciada pelos sujeitos com os quais atuam.

Diante de tais apontamentos, é possível afirmar que os residentes do Serviço Social em questão possuem uma preocupação efetiva em relação à articulação entre a teoria e a prática; procurando reflexões à partir do seu cotidiano. A Saúde Pública se mostra como um terreno fértil para a produção do conhecimento.

Em relação aos procedimentos metodológicos dos trabalhos avaliados, evidente fragilidade se coloca em aspectos como definição clara e coesa de objetivos da pesquisa, na



escolha e utilização do método de análise dos dados e em partes da formatação da apresentação dos trabalhos nas normas exigidas.

Por fim, não podemos esquecer que a pesquisa no Serviço Social é um dos procedimentos teóricos-metodológicos que deve fazer parte do cotidiano profissional e se configurar como instrumento para o repensar da prática profissional e não apenas como mero campo para obtenção de títulos.



REFERÊNCIAS

- GONSALVES, E. P. Conversas sobre iniciação à pesquisa científica. Campinas, SP: Alínea, 2001.
- IAMAMOTO, M. V. O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2001.
- ETTO, J.P. A construção do projeto ético-político do Serviço Social. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. Editora Cortez, 2007.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento. São Paulo: Hucitec, 2010
- MINISTÉRIO DA SAÚDE . Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília, 2006.

A INTERSETORIALIDADE E OS DESAFIOS DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NO CONTEXTO DO SUS

Cibele Ferreira Cezar (UFS)

RESUMO: A redução do Estado no enfrentamento das expressões da questão social repercute diretamente na vida da classe trabalhadora e na formação profissional dos assistentes sociais. A intersectorialidade assume, nos dias atuais, um local estratégico nas orientações das ações em saúde e requisita a formação de profissionais comprometidos com essa prática. Diante disso, o presente artigo tem como objetivo desenvolver uma reflexão sobre a intersectorialidade e os desafios na formação profissional dos assistentes sociais no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de pesquisa teórica, a partir da revisão de literatura, a qual recorreu a livros, revistas e artigos.

Palavras-chave: Assistente Social. Formação Profissional. Intersectorialidade. SUS.

ABSTRACT: The reduction of the state in coping with expressions of the social issue has a direct impact on the life of the working class and the professional training of social workers. Intersectoriality assumes, nowadays, a strategic place in the orientations of health actions and demands the formation of professionals committed to this practice. Given this, this article aims to develop a reflection on the intersectoriality and challenges in the professional training of social workers in the context of the Unified Health System (SUS). This is theoretical research, based on literature review, which used books, magazines and articles.

Keywords: Social Worker. Professional Formation. Intersectoriality. SUS.

1. INTRODUÇÃO

A atuação profissional dos assistentes sociais nas políticas públicas é um espaço estratégico de intervenção. Até os dias atuais, a política de saúde absorve um grande número dessa categoria profissional, a qual deve ter conhecimento das mudanças e das novas demandas que são requisitadas com atual proposta do modelo de saúde, a partir da institucionalização do SUS.

No Brasil, a Lei Orgânica da Saúde (LOS) foi instituída na década de 1990, como uma das propostas do Projeto de Reforma Sanitária, entendido como um novo modelo de atenção à saúde da população brasileira, na perspectiva da universalidade de acesso, independentemente de contribuição e apresentou um novo conceito, que compreende que os fatores determinantes e condicionantes interferem na saúde da população.

Essa política possui princípios e diretrizes que regulamentam o seu funcionamento, dentre esses, destacam-se a universalidade, a equidade e a integralidade. Esse modelo atual de saúde pública no Brasil inspirou-se em propostas defendidas durante vários anos, que resultou na incorporação de reivindicações do movimento sanitário.

Diante disso, o debate da intersetorialidade é afirmado dentro dessa política como uma ferramenta para o fortalecimento do atendimento integral dos usuários. Pois mesmo com a conquista de um sistema público de saúde nos aparatos normativos, que propõe um atendimento de forma universal, depara-se com um cenário de mudanças que coloca como desafios várias propostas de desmontes das conquistas efetivadas no âmbito da política de saúde e das outras políticas sociais que repercutem na qualidade de vida da população e consequentemente na saúde da classe trabalhadora.

Dessa forma, o debate da formação profissional precisa fazer parte das discussões que envolvem o direito à saúde pública de qualidade. Nesse sentido, este artigo tem como objetivo desenvolver uma reflexão sobre a intersetorialidade e os desafios na formação profissional dos assistentes sociais no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esse trabalho propõe apresentar uma reflexão acerca da formação dos assistentes sociais, na tentativa de apresentar a necessidade dessa discussão nos espaços de construção dos profissionais, na perspectiva de uma formação em consonância com os princípios do SUS e consequentemente, com a defesa do Projeto Ético-Político dos assistentes sociais.

Nesse sentido, buscar-se-á discutir, a partir de revisão bibliográfica, a ação intersetorial, considerada ferramenta importante para consolidação da política social na



perspectiva de efetivação dos direitos sociais dos usuários do SUS, bem como os debates relacionados à formação profissional dos assistentes sociais.

A intersectorialidade apresenta diferentes definições, entretanto, as discussões realizadas no presente artigo terão como referência a seguinte perspectiva:

A intersectorialidade é a articulação entre as políticas públicas por meio do desenvolvimento de ações conjuntas destinadas à proteção social, inclusão e enfrentamento das expressões da questão social. Supõe a implementação de ações integradas que visam à superação da fragmentação da atenção às necessidades sociais da população. Para tanto, envolve a articulação de diferentes setores sociais em torno de objetivos comuns, e deve ser o princípio norteador da construção das redes municipais (CAVALCANTI; BATISTA; SILVA, 2013, p.1-2)

Dessa forma, compreende-se que a ação articulada entre diversos setores propõe um atendimento mais global das demandas que se apresentam nos diferentes espaços de atuação dos assistentes sociais. Com isso, objetiva desenvolver ações compartilhadas na perspectiva do enfrentamento das expressões da questão social²⁶⁴ vivenciadas pelos sujeitos usuários das políticas públicas.

Trata-se de pesquisa teórica, a partir da revisão de literatura, a qual recorreu a livros, revistas e artigos, com exploração de materiais de produção de conhecimento que abordassem a presente temática no âmbito do SUS.

A fim de refletir e apresentar o assunto em questão, este trabalho está estruturado em dois tópicos: Inicialmente, com a discussão das particularidades do Serviço Social como profissão em saúde, em seguida propõe um debate no âmbito da formação, com algumas questões que ressurgem na atual conjuntura, que interferem diretamente na relação do assistente social, enquanto trabalhador e inserido na divisão sócio técnica do trabalho. Posteriormente, são apresentadas algumas considerações finais.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 O Serviço Social como profissão em saúde

²⁶⁴ A questão social diz respeito ao conjunto das expressões de desigualdades engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposto à apropriação privada da própria atividade humana – o trabalho – das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos. [...] expressa, portanto, disparidades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando em causa as relações entre amplos segmentos da sociedade civil e o poder estatal (IAMAMOTO, 2001, p. 17).



A década de 1930 ficou demarcada como o período de surgimento do Serviço Social no Brasil. Desenvolvido a partir de influências europeias, todavia ainda não possuía um significativo número de assistentes sociais na área da saúde. Porém, Bravo e Matos (2009) ressaltam que esses profissionais começaram a ser requisitados na saúde no contexto do Brasil apenas a partir de 1945, em um cenário de mudanças do capitalismo e no período histórico em que o conceito de saúde se amplia, tornando necessária a inserção de outros profissionais para atuar na área.

Os autores mencionados afirmam ainda que, a partir da década de 1950, ocorrerem no Brasil as propostas de medicina integral, preventiva e comunitária, mas os/as assistentes sociais ainda eram concentrados em trabalhos realizados nos hospitais e ambulatórios e que só posteriormente foram inseridos nos centros de saúde.

Na década de 1960, houve profundas alterações, a partir de questionamentos críticos ao Serviço Social tradicional. Porém, em 1964, o Brasil inicia um período denominado de *Ditadura Militar* que suprimiu o processo de crítica, tendo em vista a neutralização dos atores sócio-políticos que estavam envolvidos no compromisso com a democratização da sociedade e do Estado (BRAVO; MATOS, 2009).

Conforme os citados autores, a profissão na área da saúde vai receber as interferências da modernização nas políticas sociais, que estava consolidando uma ação na prática curativa, com técnicas de intervenção, burocratização das atividades, psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios. Essas ações foram realizadas na assistência médica previdenciária, destacando-se, assim, como o maior empregador dos profissionais.

Cabe ressaltar que o Serviço Social atravessa as décadas de 1970-1980 com um debate acerca da democratização do país, do movimento de reconceituação²⁶⁵ em torno do fazer profissional e da luta por direitos sociais.

Assim, ratifica-se que a trajetória histórica das políticas de saúde brasileira trouxe diversos modelos de atenção, e como consequência das discussões e formas de se pensar a estrutura e as diretrizes de saúde que atendessem as reais necessidades da sociedade brasileira, houve a criação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com o estabelecimento desse sistema na Constituição Federal de 1988, a política de saúde foi afirmada como direito de todos e como dever do Estado, e o significado de saúde

²⁶⁵ O movimento de reconceituação é "[...] dominado pela contestação ao tradicionalismo profissional, implicou um questionamento global da profissão: de seus fundamentos ídeo-teóricos, de suas raízes sociopolíticas, da direção social da prática profissional e de seu modus operandi" (IAMAMOTO, 2013 p.205).

tornou-se mais amplo, considerando diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença (BRASIL, 1988).

Ressalta-se que conseqüente a essa mudança do modelo de saúde ofertado a população brasileira, com garantias no texto constitucional, o Serviço Social perpassa esse período conjuntamente com o movimento de reconceituação, com efeito, esse debate em torno da Reforma Sanitária brasileira, que viabilizou o alcance de um novo modelo de saúde com garantias legais no texto constitucional de 1988 e posteriormente, reafirmado em outros aparatos normativos.

Destaca-se que a década de 1980 foi um período importante no debate do Serviço Social, pois esse momento é fundamental para entender a profissão hoje. O movimento de reconceituação trouxe um conjunto de mudanças com outra direção política e ideológica na profissão, reafirmados em seu Projeto Ético-Político voltado para a defesa da classe trabalhadora.

Dito isso, afirma-se que há uma relação entre o Projeto Ético-Político do Serviço Social e o Projeto de Reforma Sanitária, pois de acordo com Matos (2017, p.104) “[...] ambos os projetos têm em comum: defesa dos direitos inalienáveis do homem, defesa do público, do Estado laico e democrático, dentre outros” (apud BORGES, 2017, p. 79).

O SUS foi regulamentado em 1990, pela Lei Orgânica da Saúde (LOS), reafirmando o novo modelo de atenção à saúde da população brasileira, sob o aspecto da universalidade de acesso e possibilitou que os cidadãos fossem assistidos em suas necessidades de saúde, independentemente de contribuição.

Diante dessas reflexões, que trouxeram um rápido debate sobre a inserção dos assistentes sociais na política de saúde, vale ressaltar que, conforme relata Borges (2017), os assistentes sociais estão inseridos nos processos de trabalho em saúde e historicamente esse setor tem sido o maior empregador dos assistentes sociais.

O Conselho Nacional de Saúde trouxe a partir da Resolução nº 218/97, a inserção de 13 profissões de saúde, sendo que uma delas é o Serviço Social. Destaca-se que essa profissão é uma das especializações do trabalho coletivo, dentro da divisão social e técnica do trabalho, que participa do processo de produção e reprodução das relações sociais (IAMAMOTO, 2013).

Nos últimos anos, vivencia-se um momento de transformações decorrente do atual estágio do capitalismo que, conseqüentemente, trouxe mudanças para o mundo do trabalho e o assistente social também é atingido por essas modificações. As referidas alterações se agravam com as políticas de ajustes do Estado, com a desresponsabilização nas políticas

sociais universais e com vários retrocessos nos direitos sociais, conquistados historicamente pela classe trabalhadora (RAICHELIS, 2009).

Diante desse contexto, a questão social se apresenta com novas configurações e manifestações, que repercutem na vida dos usuários das políticas públicas sociais e no mercado de trabalho dos profissionais.

Dessa forma, ressalta-se que historicamente o profissional de Serviço Social está ligado à questão social e foi na intervenção do Estado nas expressões da questão social, por intermédio das políticas sociais, que levou a institucionalização e legitimação da profissão no Brasil. Assim, a compreensão no debate do Serviço Social afirma que “[...] a matéria-prima do trabalho do assistente social (ou da equipe interprofissional em que se insere) encontra-se no âmbito da questão social em suas múltiplas manifestações” (IAMAMOTO, 2013, p. 100).

Diante disso, registra-se que até os dias atuais, a intervenção profissional do assistente social nas políticas sociais é o seu principal espaço de atuação e a maior parte dessa relação se dá nas questões que envolvem violação de direitos, em que os usuários demandam informações e orientações para que possa ter acesso aos bens e serviços públicos (BEHRING; BOSCHETTI, 2016).

Assim, vale ressaltar que “[...] a construção e consolidação dos princípios da Reforma Sanitária permanecem como desafios fundamentais na agenda contemporânea da política de saúde” (CFESS, 2010, p.21). Dessa forma, as discussões que envolvem o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Privatista precisam ser consolidadas na formação dos assistentes sociais, visto que essa disputa ainda se faz presente nos dias atuais e requer conhecimento desse debate, pois o projeto privatista está retomando espaços, com retrocessos, que reafirmam a mercantilização da saúde e colocam em risco o fortalecimento da fragilização do acesso universal da saúde como direito de todos e dever do Estado.

É notório que o governo tem investido cada vez mais em propostas que ratificam o seu descompromisso com as políticas sociais, fortalecendo o mercado e ausentando-se de suas responsabilidades, com “[...] ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social” (BRAVO, 2001, p. 18).

Assiste-se a um desfinanciamento brutal das políticas sociais e a Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016, a qual congela os gastos sociais com saúde e educação por um período de 20 anos, destaca-se como um dos retrocessos, que repercute no agravamento das consequências na qualidade e oferta dos serviços à população e fortalece os sistemas privados.

Bravo (2001) afirma que dentre os vários retrocessos na desresponsabilização do Estado, considera a questão do desfinanciamento como a mais séria, pois interfere diretamente na concretização dessas políticas.

Apesar dos avanços durante a sua implantação, o SUS ainda apresenta muitos desafios na sua efetivação e coloca em segundo plano a proposta de um sistema universal quando reafirma em várias propostas que o SUS é destinado a quem não tem acesso aos sistemas privados (BRAVO, 2001).

Desse modo, no contexto atual de contrarreformas²⁶⁶, observam-se diversas estratégias de fragilização do sistema público universal, fortalece o projeto privatista do cidadão consumidor, um Estado fragilizado para as demandas sociais e distante das suas responsabilidades e da consolidação do projeto de Reforma Sanitária.

Dito isso, vale salientar que a área da saúde é parte constitutiva do trabalho em serviço e as mudanças que vem ocorrendo, também interferem no trabalho dos profissionais que atuam nesse setor. Dessa forma, os assistentes sociais, assim como os demais trabalhadores sofrem com essas determinações (BORGES, 2017).

Portanto, diante desse cenário atual, há uma necessidade de um perfil profissional propositivo, com capacidade de entender as expressões concretas da questão social que se apresentam nos espaços profissionais, bem como com a criação de propostas e estratégias para o enfrentamento das mesmas (IAMAMOTO, 2013).

Diante disso, para a realização de uma atuação competente e crítica, o assistente social que atua na política de saúde necessita ter alguns direcionamentos que afirmam o compromisso com o usuário, bem como respostas às necessidades de saúde da população, essa atuação pressupõe:

[...] • estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; • conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença; • facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária; • buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde; • **estimular a intersectorialidade**, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais; • tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde

²⁶⁶ Entende-se no presente texto como contrarreformas as propostas neoliberais do Estado brasileiro que resultaram em retrocessos sociais para as políticas públicas, a partir das reflexões apontadas por Behring (2003).

nas decisões a serem tomadas; • elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde; • efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados (CFESS, 2010, p.30).

Ratifica-se assim, a intersectorialidade dentre as necessidades pontuadas acima como uma proposta que deve ser estimulada, na perspectiva de reduzir a fragmentação nas ações dos profissionais, com o objetivo de atender os usuários da política de saúde em suas necessidades mais globais, reafirmando assim a necessidade de um olhar integral dos sujeitos.

Dentre as dificuldades no cotidiano do trabalho dos assistentes sociais, pontuam-se alguns desafios: a interlocução pública do Serviço Social; as demandas de requisições de mudanças no perfil dos assistentes sociais; o trabalho interdisciplinar e intersectorial junto às políticas sociais públicas e o desafio de reaproximar-se do trabalho direto junto à população (RAICHELIS, 2009).

Ressalta-se que as novas diretrizes e princípios da política de saúde brasileira, com a institucionalização do SUS, apresentou um novo modelo de atenção, que compreende a inserção dos determinantes e condicionantes da saúde da população. Assim, as demandas que chegam ao Serviço Social na área da saúde envolvem uma série de condicionantes, com necessidades de intervenções profissionais que não se limitem a práticas curativas.

Diante disso, o profissional precisa ter clareza de suas atribuições e competências para estabelecimento de prioridades nas suas ações, a partir das demandas dos usuários, considerando os dados epidemiológicos e a necessidade de ações articuladas.

Vale salientar, que a inserção do Serviço Social na atual política de saúde, pressupõe a efetivação do princípio da interdisciplinaridade e intersectorialidade, com integração entre as políticas públicas e propostas de ações que atendam as demandas dos usuários em sua totalidade. Assim, Borges (2017, p.5) afirma que a “[...] integralidade, tendo como pilares básicos a interdisciplinaridade e a intersectorialidade, possibilita uma inserção diferenciada do Assistente Social na área da saúde, superando o estatuto da profissão paramédica, típico do modelo biomédico” (apud NOGUEIRA; MIOTO, 2007, p.225).

O profissional de saúde que atua nessa direção, contribui para a viabilização do acesso dos usuários às políticas sociais, isso inclui tanto o próprio sistema de saúde, como as demais políticas, compreendendo assim, um processo de efetivação de direito dos cidadãos que devem ser atendidos em suas necessidades. Essa prática requisita um

profissional que compreenda a saúde como um conceito ampliado, com um arcabouço teórico e que tenha conhecimento das políticas e das legislações, bem como da rede de serviços.

Nesse sentido, compreende-se que o domínio do conceito ampliado de saúde e da promoção da saúde com fins de atender as necessidades sociais de saúde, aliado a um exercício profissional coerente com essa perspectiva da totalidade, com os fundamentos da sua formação profissional e permeado por escolhas ético-político, sem desconsiderar as condições objetivas, apresenta-se como uma possibilidade para a construção e/ou reconstrução da imagem da profissão na área da saúde (BORGES, 2017, p.90).

Portanto, o assistente social que atua na área da saúde necessita aprofundar seus conhecimentos para compreender suas origens e seus desdobramentos e ter entendimento dos determinantes e condicionantes da saúde da população. No entanto, conforme afirma Borges (2017), as novas diretrizes e princípios que orientam o SUS, apresentam questionamentos à qualificação profissional para o trabalho em saúde.

Diante disso, o próximo tópico traz algumas reflexões para a discussão do debate da intersetorialidade e os desafios da formação profissional dos assistentes sociais no contexto do SUS, frente às novas demandas que se apresentam no cotidiano da profissão.

2.2 Formação dos assistentes sociais para o SUS e o debate da intersetorialidade

Com as mudanças advindas a partir da Constituição de 1988 e reafirmação desse modelo de saúde proposto nos anos de 1990, houve repercussões significativas na saúde pública brasileira, com a inauguração de uma novo sistema que traz a perspectiva do direito universal de todo cidadão e que passa a ser reconhecida como resultante de diversos fatores que influenciam o processo de saúde e doença da população.

Porém, na década de 1990, houve um ataque às políticas sociais, com adoção de medidas neoliberais, com privatizações, desregulamentações e flexibilizações dos direitos trabalhistas, que trouxeram diversos retrocessos nos direitos sociais da classe trabalhadora. Ressalta-se que a saúde não ficou fora desse processo, pelo contrário, ela vem sofrendo diversas ameaças durante o seu processo de implementação até os dias atuais, através da desresponsabilização do Estado, dos cortes nos orçamentos da saúde, da mercantilização e privatização dos seus serviços.

Nessa conjuntura, oportunizam-se os espaços para o projeto privatista, visto que ainda é existente a disputa dos dois projetos: privatistas e de reforma sanitária, com uma contraditória convivência entre serviços públicos e privados, em um cenário em que o direito se transforma em mercadoria, os sujeitos em consumidores e suas formas de adoecer em negócios (VASCONCELOS, 2014).

Diante desse contexto, é importante o levantamento de debates sobre a formação e o trabalho em saúde, pois existe um aumento do desenvolvimento desse projeto privatista no país, o que se coloca como desafio a defesa da saúde pública e de qualidade.

Desse modo, frisa-se que é no contexto das mudanças em curso na sociedade brasileira, a qual ataca fortemente os direitos sociais por meio do esfacelamento das políticas sociais, que se entende como necessário um debate sobre a qualificação e o trabalho em saúde, uma vez que se observa, nessa área, o avanço e o fortalecimento das forças que defendem o projeto privatista da saúde como direito universal e dever do Estado (BORGES, 2017, p. 79).

Ressalta-se que a educação também está sendo transformada em objeto mercantil, o aluno em cliente consumidor e a universidade em emissores de diplomas (KOIKE, 2009). E essas determinações trazem consequências para a formação e consequente atuação dos assistentes sociais.

Assim, diante desses embates que se apresentam no atual contexto do capitalismo, os profissionais de saúde e os estudantes da área se deparam com diversos desafios para afirmação do SUS na perspectiva da universalidade. Dito isso, a defesa dos princípios e diretrizes orientadoras da saúde pública brasileira encontram-se ameaçadas, o que coloca em evidência a necessidade de reforçar a discussão em torno da saúde universal e de qualidade.

As complexidades produzidas pelo atual estágio do desenvolvimento do capitalismo e a retração do Estado na área social vêm produzindo e reafirmando problemas nos quais as ações focalizadas e fragmentadas não são capazes de responder as demandas dos usuários do Sistema Único de Saúde.

Diante disso, a ação articulada da saúde com outros setores das políticas públicas produz melhores resultados para os usuários do SUS. Pois, entende-se que a saúde deve ser avaliada a partir de um olhar integral para as necessidades dos sujeitos, por isso essas políticas e os diferentes atores envolvidos precisam dialogar para atender às demandas das pessoas na sua integralidade, conforme preconiza o Sistema Único de Saúde.

A área da saúde incorporou a diretriz da intersetorialidade em sua lei orgânica de 1990. Tal diretriz aparece como uma das dimensões que preveem, na sua concepção, a integração intrasetorial da rede assistencial com a intersetorial, ou seja, a ação articulada com outras áreas de política social para produzir melhores resultados de saúde (MONNERAT; SOUZA, 2011, p. 43-44).

Essa ação conjunta definida como intersetorialidade, apresenta-se com várias definições, se fazendo entender como motivadora de alterações relevantes em relação a “[...] conceitos, valores, culturas, institucionalidades, ações e formas de prestação de serviços, além de um novo tipo de relação entre Estado e cidadão” (PEREIRA, 2011, p. 4). Demanda uma integração contínua entre as políticas públicas, no sentido de garantir uma assistência



que atendam as reais necessidades dos usuários, respondendo às complexidades das demandas sociais que interferem na saúde da população.

É importante ressaltar que mesmo que o desenvolvimento das políticas sociais ocorra na perspectiva da intersetorialidade e no atendimento integral dos usuários, a superação da desigualdade é algo mais complexo e tem raízes mais profundas. Porém, a importância dessa estratégia é assinalada no presente estudo por compreender a importância das políticas sociais na melhoria da qualidade de vida e conseqüente redução das desigualdades sociais.

O atendimento na perspectiva da integralidade, conforme preconiza as legislações na área da saúde, pressupõe uma ação articulada na intervenção no processo saúde-doença dos sujeitos, que conseqüentemente necessita de articulações entre os diferentes setores. Desse modo, ao adotar ações interssetoriais, evita-se uma atuação fragmentada, com reforço ao modelo biomédico.

A integralidade é o princípio doutrinário e diretriz do SUS; possui um significado legal, conforme mencionado no ordenamento jurídico, mas, também, é um conceito polissêmico, segundo defendem vários autores, pois, além de apresentar a necessidade de integração entre as várias subunidades e serviços de saúde que conformam a rede de atenção à saúde, também requer articulação com as demais políticas sociais, ou seja, a intersetorialidade, a partir do reconhecimento de que as necessidades sociais de saúde dos sujeitos não conseguem ser acolhidas, tão somente pela política de saúde (BORGES, 2017).

A intersetorialidade e a integralidade precisam fazer parte das ações em saúde, pois o princípio da integralidade também requer uma articulação das políticas setoriais. Dito isso, a garantia da integralidade e a intersetorialidade reduzem a fragmentação existente no contexto das políticas sociais no Brasil, com possibilidades de propostas mais efetivas e melhores estratégias na redução das diversas expressões da questão social.

Assim, para conseguir atender esse tema da integralidade e intersetorialidade é necessário que ocorra mudança na prática e na formação profissional, para que haja uma ação qualificada e que de fato alcance os objetivos da Reforma Sanitária, instituídos no Sistema Único de Saúde.

Conforme pontua Vasconcelos (2014) em uma pesquisa sobre as Diretrizes dos Cursos de Saúde (DCs), em que afirma que há uma desqualificação da formação profissional e as suas conseqüências, vem sendo constatada, afirmando que os aspectos da Reforma Sanitária e do SUS não estão sendo apropriados nos cursos da área da saúde, o que representa distanciamento dos conteúdos necessários a uma formação de acordo com os princípios do SUS.

As Diretrizes Curriculares do Serviço Social são frutos de um grande debate acadêmico, que permitiu dar forma à proposta do "currículo mínimo" em 1996, se

desenvolvendo em um cenário contraditório, indo de encontro com a política da educação superior, que sob influência do neoliberalismo transforma a formação do novo profissional operacional à necessidade do capitalismo (ABREU, 2016).

Ainda conforme o autor supracitado, a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) teve a preocupação em manter a essência da proposta curricular aos princípios fundamentais, à lógica curricular e organização nos três grandes núcleos de fundamentação: competência teórica, técnica e ética. Contudo, em 2001, as Diretrizes Curriculares foram desconfiguradas no processo de aprovação do Conselho Nacional de Educação e essa situação ganha contornos preocupantes quando se aprofundam as estratégias privatistas e mercantilistas.

Conforme Iamamoto (2009), o trabalho do assistente social está inserido no âmbito das relações sociais, diante disso frisa-se que as políticas sociais e a intersectorialidade na atual conjuntura precisam ser compreendidas em suas relações sociais contraditórias, principalmente no debate acerca da profissão, por entender que essa tem nas políticas sociais o seu principal espaço de atuação.

Dessa forma, a intersectorialidade precisa estar presente nas discussões que permeiam o processo de formação dos assistentes sociais na saúde, no reconhecimento de um profissional que reafirme a necessidade de uma política de saúde integral, universal e comprometida com os interesses públicos. Visto que a efetivação de um olhar integral, na perspectiva de viabilizar o acesso aos direitos dos usuários e as demais políticas coaduna com o que preconiza o Código de Ética dos Assistentes Sociais.

Sobre isso cabe evidenciar que o assistente social na área da saúde é como um agente da integração, ou seja, um elo orgânico entre os diversos níveis do SUS e entre as demais políticas públicas, cujo principal produto é assegurar a integralidade das ações. Neste sentido, a ação intersectorial realizada pelo Serviço Social na saúde cumpre um papel fundamental como instrumento viabilizador das condições objetivas para realização do trabalho em saúde, e principalmente para tornar possível o acesso da população aos serviços existentes, constituindo como um elo invisível (AMARAL, 2008, apud SCHUTZ; MIOTO, 2011, P.16).

Dessa forma, compreende-se na literatura do Serviço Social a importância da intersectorialidade nas ações que permeiam o cotidiano dos assistentes sociais. Dito isto, há uma necessidade de discussões e reflexões acerca do aprofundamento desse debate na formação profissional dos assistentes sociais, pois os currículos, os estágios, os conteúdos e toda a dinâmica do atual contexto capitalista prioriza, nos espaços de formação, a visão curativa, lucrativa, fragmentada e descontextualizada no âmbito da saúde.

Portanto, a importância do debate da intersectorialidade dentro do Serviço Social, demanda uma formação profissional que atente para os usuários na perspectiva de um olhar



integral, que conforme aponta Iamamoto (2009, p.12), requisita a compreensão de um profissional que consiga “[...] ir além das rotinas institucionais para buscar apreender, no movimento da realidade, as tendências e possibilidades, ali presentes, passíveis de serem apropriadas pelo profissional, desenvolvidas e transformadas em projetos de trabalho”.

Dessa maneira, o debate da intersetorialidade na formação dos assistentes sociais no contexto do SUS apresenta diversos desafios, o que reafirma a necessidade das discussões e ações intersetoriais na graduação, dentro dos espaços de estágios, nas residências profissionais, nos trabalhos de extensão, pesquisa, dentre outros que permeiam a formação profissional, bem como a atualização dos profissionais da saúde, na perspectiva da constituição de sujeitos críticos, propositivos e com compromisso com a qualidade do atendimento no Sistema Único de Saúde, no sentido de afirmar os princípios e diretrizes contidos nesse sistema e o compromisso com a classe trabalhadora.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo explicitou a importância das mudanças ocorridas na política de saúde, o que requisita um profissional que tenha compromisso com a atenção integral nas demandas que se apresentam no contexto do SUS, reafirmando assim, a defesa da Reforma Sanitária e do Projeto Ético-Político dos assistentes sociais em suas ações.

Ademais, ressaltou algumas demandas e desafios que se colocam na atualidade no que diz respeito a formação de um sujeito crítico, propositivo e que tenha conhecimento das mudanças que vem ocorrendo na atual conjuntura, que repercutem diretamente na vida da classe trabalhadora.

Esse cenário em que se constitui a política de saúde é marcado por dilemas, que afetam a efetivação dos direitos sociais, historicamente conquistados pela classe trabalhadora e que influenciam diretamente no fazer profissional.

Portanto, o cenário que se apresenta, exige que os profissionais consigam apreender de forma crítica as demandas dos usuários das políticas públicas para o enfrentamento das expressões da questão social e isso requer uma formação de sujeitos comprometidos e alinhados com as necessidades manifestadas pela classe trabalhadora.

Dessa forma, a saúde enquanto espaço de inserção dos assistentes sociais necessita de discussões que aprimorem o debate com relação à formação na perspectiva dos desafios para a efetivação de um atendimento, tendo como premissa um olhar intersetorial nas suas ações. Principalmente por se tratar de um momento complexo para as políticas sociais, no



qual diariamente a população assiste a diversos desmontes das políticas públicas em que o projeto privatista ocupa cada vez mais espaços.

Assim, ressalta-se a importância de reafirmar essas discussões nos diversos locais de formação profissional dos assistentes sociais, apresentando a intersetorialidade como uma estratégia para a consolidação do SUS e para a efetivação de um atendimento integral na perspectiva do fortalecimento do direito dos usuários, conforme preconiza o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Ético-Político Profissional.

REFERÊNCIAS

- ABREU, M. M. A formação profissional em Serviço Social e a mediação da Associação Brasileira de ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABPSS): as diretrizes curriculares/1996 em relação à perspectiva emancipatória no âmbito do avanço do conservadorismo. In: **Serviço Social no Brasil: história de resistências e de ruptura com o conservadorismo.** SILVA, M. L. O. (org.). São Paulo: Cortez, 2016.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. Serviço Social e política Social: 80 anos de uma relação visceral. In: **Serviço Social no Brasil: história de resistências e de ruptura com o conservadorismo.** SILVA, M. L. O. (org.). São Paulo: Cortez, 2016.
- BEHRING, E. R. **Brasil em Contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos.** São Paulo: Cortez, 2003.
- BORGES, J. L. J. O trabalho do/a assistente social no contexto do SUS e o debate sobre a qualificação profissional. In: **Mercado de trabalho, qualificação e “competência” profissional: desafios para o/a assistente social.** MACHADO, M. L.; SANTOS, V. N.; BORGES, J. L. J. (org.). São Cristóvão: Ed. UFS, 2017.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**, Título VIII da Ordem Social, Capítulo II, Seção II, Artigo 196. Senado, Brasília: DF. 1988.
- BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional.** São Paulo: Cortez, 2009.
- BRAVO, M. I. A política de saúde no Brasil: trajetória histórica. In: BRAVO, M. I. de S.; MATOS, M. C. de; ARAÚJO, P. S. X. (Orgs). **Capacitação para Conselheiros de Saúde: textos de apoio.** Rio de Janeiro: DEPEXT/NAPE, 2001.
- CAVALCANTI, P. B.; BATISTA, K. G. S.; SILVA, L. R. A estratégia da intersectorialidade como mecanismo de articulação nas ações de saúde e assistência social no município de Cajazeiras-PB. **Anais do Seminário Internacional sobre Políticas Públicas, Intersectorialidade e Famílias.** Porto Alegre, PUC/RS, v. 1, 2013. Disponível em: <http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/anais/sipinf/edicoes/I/9.pdf>. Acesso em: 28 mar.2019.
- CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde.** Brasília, 2010. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros para a Atuacao de Assistentes Sociais na Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros%20para%20a%20Atuacao%20de%20Assistentes%20Sociais%20na%20Saude.pdf). Acesso em: 08 de jul. 2018.
- IAMAMOTO, M.V. **A Questão Social no Capitalismo.** Temporalis, Brasília, n. 3, 2001.
- IAMAMOTO, M.V. O Serviço Social na Cena Contemporânea. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais.** Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.
- IAMAMOTO, M.V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** São Paulo, Cortez, 2013.
- KOIKE, M. M. Formação Profissional em Serviço Social: exigências atuais. In: **Serviço Social: direitos e competências profissionais.** Brasília: CEFESS/ABEPSS, 2009.
- MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. **Da Seguridade Social à Intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil.** R. Katál., Florianópolis, v. 14, n. 1, jan./jun. 2011.
- PEREIRA, P. A. P. **A Intersectorialidade das Políticas Sociais numa Perspectiva Dialética.** Mimeo, 2011.
- RAICHELIS, R. O trabalho do Assistente Social na esfera estatal. In: **Serviço Social: direitos e competências profissionais.** Brasília: CEFESS/ABEPSS, 2009.
- SCHUTZ, F.; MIOTO, R. C. **A Intersectorialidade na Política Social: reflexões a partir do exercício profissional dos assistentes sociais.** Pelotas-RS, 2011. Disponível em: <http://www.ucpel.tche.br/mps/diprosul/docs/trabalhos/28.pdf>. Acesso em: 14 de jul. 2018.



VASCONCELOS, A. M. V.; BALTAR, J. F. Universidade e Saúde. Formação profissional para o Sistema único de Saúde? In: **Política de Saúde hoje**: interface & desafios no trabalho de assistentes sociais. In: DUARTE, J. O. et al . Campinas, São Paulo: Papel Social, 2014.

O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

Deisy Almeida Araujo Sandes

RESUMO: A presente pesquisa tem como objetivo discutir a importância do profissional Assistente Social que atua na área da Saúde e os desafios diários para a garantia do acesso aos direitos sociais dos usuários de seus serviços, pois no Brasil uma das questões das políticas públicas de saúde vem sendo instituída no avanço de programas que tem em vista o trabalho de modo mais sociável nos serviços de saúde. Assim, é possível mencionar que tal sociabilidade maior nos serviços ou atendimentos da saúde constitui compreender de forma ampla, as diferentes dimensões do indivíduo, em se tratando de assistência em saúde. Dessa forma, para responder ao objetivo deste estudo, a metodologia utilizada foi através de pesquisas bibliográficas, bem como pesquisas digitais, para que assim pudesse ter várias concepções diante os desafios para a garantia do acesso aos direitos sociais dos usuários na área da saúde.

Palavras-chave: Serviço Social. Saúde. Direitos dos Usuários.

ABSTRACT: The present research aimed to understand the importance of the Social Welfare professional who works in the area of Health and the daily challenges to guarantee the access to the social rights of the users of their services, since one of the major concerns of health policies in Brazil has been constituted in the execution of programs aimed at working in a more sociable way in health services. You can say then that this greater sociability in health services or care means to understand in an extended way the various dimensions of the human being, when it comes to health care. Thus, in order to respond to the objective of this study, the methodology used was through bibliographical research, as well as digital research, so that it could have several conceptions facing the challenges to guarantee access to social rights of users in the health area.

Keywords: Social service. Health. User Rights.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, as políticas públicas vêm aumentando progressivamente a favor da luta pelos direitos dos cidadãos, como seres retentores de direitos, estabelecendo uma preocupação pouco presente dos governantes, que de tal modo caracteriza o Serviço Social no Brasil como uma profissão histórica, a qual passa por artifícios de adequação e reestruturação, devido as alterações precipitadas de caráter social, político, econômico e cultural.

As transformações da sociedade atual, em termos econômico, social e cultural, têm provocado uma mudança significativa nas relações sociais, e principalmente elencando problemas dos quais a sociedade enfrenta a muitos anos, porém tem ficado mais em evidências, como o caso da saúde pública e os aspectos das questões social que permeiam um contingente em todo país.

A constituição de 88 vem dispor dos direitos sociais (saúde, educação, moradia, assistência social, segurança, etc.) a todos os cidadãos, pois somos iguais perante a lei em vigor, e, portanto, compartilhamos dos mesmos direitos. Contudo, a saúde pública no Brasil ainda é precária, pois quando há equipamentos, faltam bons médicos, além disso, o atendimento nas unidades básicas de saúde está rompendo princípios da lei 8.142/90.

Dessa forma a presente pesquisa apresenta como objetivo geral compreender a importância do profissional Assistente Social que atua na área da Saúde e os desafios diários para a garantia do acesso aos direitos sociais dos usuários de seus serviços. Para responder ao objetivo deste estudo, a metodologia utilizada foi através de pesquisas bibliográficas, bem como pesquisas digitais, para que assim pudesse ter várias concepções diante os desafios para a garantia do acesso aos direitos sociais dos usuários na área da saúde.

2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

O SUS vem substituir o modelo de proteção oferecido pelo INAMPS, pois esse passa ter caráter universal a cobertura das ações de saúde. Antes da criação do SUS, o ministério da saúde desenvolvia ações de promoção de saúde e prevenção de doenças com destaque para as campanhas de vacinação e controle de endemias, porém essas ações eram desenvolvidas sem nenhum tipo de discriminação com relação a população assistida. Além disso, a quantidade de hospitais eram poucos para suprir as necessidades da população.

As diretrizes apontadas no artigo 198 da lei que dispõe sobre o sistema único de saúde – SUS, que visam um conjunto de ações e serviços de saúde, prestadas por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais. Entretanto, para atender ao princípio do controle popular. Sendo assim descrito:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - Participação da comunidade (Art.198, CF 88).

A Lei 8.142 de 1990 estabelece duas formas de participação da população na gestão do SUS, como as conferências e os conselhos de saúde esses vêm possibilitar a participação da sociedade no processo decisório.

O artigo 1º do SUS diz que:

O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

- I - a Conferência de Saúde; e
- II - o Conselho de Saúde.

As ações demandadas ao serviço social se traduzem na formação de estruturação da organização das mobilizações da sociedade para a consolidação dos espaços de controle social, e principalmente para a constituição dos conselhos de direitos.

O processo de descentralização administrativa e de municipalização das políticas sociais tem apontado para ampliação do espaço sócio ocupacional dos assistentes sociais no que se refere a formulação, gestão e avaliação de políticas públicas.

O SUS tem por caráter universalizador, onde é oferecido à todos e cumpri com os princípios constitucionais; só que com muitas falhas e ineficiência, muito foi posto no papel, o atendimento de má qualidade e ineficaz caminham junto com a politicagem.

Devido políticas partidárias, pensamentos patrimonialistas fazem parte da coordenação que organiza e oferece os serviços de saúde.

Contudo também é possível notar a distância da sociedade civil dos partidos que articulam as políticas. Essa distância não passa de mais um obstáculo na execução de serviços de qualidade que se arrasta ao longo da história brasileira, quando não permitiu espaços de participação junto ao processo de gestão de políticas públicas sociais.

Em meio à pluralidade de contextos vivenciados toda a população exige que elaborem políticas capazes de corresponder às necessidades advindas de cada um. Portanto o gestor tem o seu papel determinante em meio aos desafios expostos pelo sistema, onde por parte deste também deve ter um comprometimento no atendimento à saúde e as necessidades da população em cada local específico do Brasil.

Sendo assim vale ressaltar que cabe a gestão pública construir uma sociedade mais igualitária e democrática. É necessário levar em consideração o quanto é complexo a tarefa de governar no atual mundo contemporâneo, devido a realidade que se apresenta de múltiplas maneiras, e com problemas específicos no setor da saúde no que se trata de organização, execução e avaliação de ações.

Um dos maiores desafios do SUS é dominar o mundo complexo que envolve conceitos, ações e serviços abrangidos pelo mesmo. No momento em que o gestor assume suas atribuições, se depara com uma imensa diversidade de problemas, que devem ser abordados de maneiras diferentes e que depende também de combinações e estratégias envolvendo metodologias que organizem os processos de trabalho para que tenha um suporte para atender as demandas vivenciadas nos dias atuais.

Os gestores buscam soluções que colaborem com a análise dos problemas e o planejamento nas ações a serem utilizadas, conduzindo e organizando também sua equipe de trabalho, para que assim possam exercer suas funções cumprindo com os princípios impostos pelo SUS.

A saúde, em seu exercício de função envolve articulações, que deveriam priorizar o comando sobre os setores de administração. Investindo em sua equipe de trabalho, privilegiando as capacidades técnicas, e suas proposições coletivas também colaboram para o ensejo de um trabalho bem desenvolvido.

Para que o SUS cumpra de fato com suas atribuições, e em destaque garantindo integralidade e equidade, faz-se necessário trocas recíprocas com os municípios próximos ou vizinhos.

Podemos destacar como avanço na criação do SUS o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), políticas de atenção integral a saúde da mulher, saúde do trabalhador e realização de transplantes oferecidos pela rede pública, e também programas de vacinação em massa em crianças e idosos por todo o país.

O Art. 200 especifica todas as atribuições que compete ao SUS, informando o seguinte:



Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I – Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II- executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III – ordenar a formulação de recursos humanos na área da saúde;

IV – participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V – incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI- fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII – colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. (Art.200, CF/88).

Conforme foi exposto, o SUS está sistematizado com todos os instrumentos necessários para prestar um atendimento de qualidade aos seus usuários, por isso a importância de focar na busca que leva esse serviço ser tão ineficaz.

3.1 O Assistente Social e o SUS

O SUS - Sistema Único de Saúde de nosso país é composto por muitas partes e, por mais diferentes que pareçam, tem uma finalidade comum: cuidar e promover a saúde de toda a população, melhorando a qualidade de vida dos brasileiros (BRASIL, 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde (2004) o SUS surgiu como resposta à insatisfação e descontentamento existente em relação aos direitos de cidadania, acesso, serviços e forma de organização do sistema de saúde. Nos anos 70 e 80, vários médicos, enfermeiros, donas de casa, trabalhadores de sindicatos, religiosos e funcionários dos postos e secretarias de saúde levaram adiante um movimento, o "movimento sanitário", com o objetivo de criar um novo sistema público para solucionar os inúmeros problemas encontrados no atendimento à saúde da população.

A Constituição Federal de 1988 determinou ser dever do Estado garantir saúde a toda a população. Para tanto, criou o Sistema Único de Saúde. Em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde, que detalha o funcionamento do Sistema. Portanto, o SUS

resultou de um processo de lutas, mobilização, participação e esforços desenvolvidos por um grande número de pessoas (BRASIL, 1998).

No ano de 2001, o trabalho desempenhado pela equipe do SUS passou a ser reforçado e preconizado mais incisivamente para toda equipe de saúde, com a implantação do Programa Humaniza SUS - Programa Nacional de Humanização, o qual tinha a finalidade de resgatar o respeito à vida humana. Primeiramente, tal processo foi focado no desenvolvimento de experiências em hospitais públicos através do PNHAH – Programa Nacional de Humanização Hospitalar, sendo o mesmo redefinido e expandido a partir de 2003 passando de tal modo a ser idealizado como eixo articulador de todos os métodos em saúde, ou seja, como ação transversal aos modelos de gestão e atenção, passando a ser incitado em toda a rede, apontando para a ampliação de mecanismos de escuta dos usuários e profissionais como, por exemplo, ouvidoria, conselhos de unidades, roda de conversa, caixas de sugestões/reclamações, etc.; a incitação à prática de capacitações voltadas para aperfeiçoar a comunicação em saúde de maneira a ampliar capacidades para se idealizar e implantar iniciativas de humanização como meios estratégicos para melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários (BRASIL, 2004).

Assim, nesse processo os assistentes sociais historicamente identificados como um dos profissionais de saúde que mais se dedica às questões concernentes à humanização do atendimento passa a ser inicialmente convocado a sugerir estratégias e proferir iniciativas para desencadear atividades voltadas para o trabalho interdisciplinar de humanização, bem como agregar os grupos de humanização dos hospitais.

Não são as atividades historicamente assumidas pelo Assistente Social que determinam a contemporaneidade do seu fazer profissional. A postura é reveladora da perspectiva metodológica do agir profissional. O sujeito age independente da consciência da repercussão de suas ações e dos conhecimentos teóricos apreendidos. Percebe-se, assim que o Serviço Social se constitui, muitas vezes, como o único elo entre família/hospital/médico, viabilizando assim o acesso da população a procedimentos, normas, rotinas e informações da instituição hospitalar, facilitando ou amenizando o processo difícil e muitas vezes traumático que é o de estar internado, ou ser familiar de alguém que está em atendimento hospitalar.

É importante destacar também que essas atividades desenvolvidas pelos Assistentes Sociais na área da saúde, historicamente visavam suprir as deficiências da estrutura, da política pertinente à área. Não se verifica mudança visando a superação das deficiências detectadas ao longo dos anos. Com o crescimento populacional houve isso sim, a



deterioração da situação, reforçando a atribuição do Serviço Social no papel de mediador entre o usuário e o sistema, onde o profissional, com suas habilidades técnicas incentiva-os a verbalizar dúvidas existentes junto aos profissionais que os assistem, a fim de detectar problemas ou dificuldades, visando atenuar, minimizar as inter-ocorrências no decorrer do tratamento.

4. METODOLOGIA DE PESQUISA

A presente pesquisa tem por finalidade de discutir sobre a importância do profissional Assistente Social que atua na área da Saúde e os desafios diários para a garantia do acesso aos direitos sociais dos usuários de seus serviços.

É através da metodologia que explica-se detalhadamente toda a ação desenvolvida no método do trabalho pesquisado, ela explica o tipo, o instrumento utilizado, assim como o universo e a amostra, ou seja, tudo aquilo que será utilizado na pesquisa. Para Gil (2000), o método é um caminho percorrido para chegar a um fim determinado, assegurando assim que o estudo torne-se científico.

Segundo Gil (2000), pesquisa é um processo formal e sistêmico de desenvolver o método científico cujo objetivo é encontrar respostas para os problemas relacionados ao emprego de procedimentos científicos.

Assim, por meio da pesquisa poderão ser encontradas informações sobre o que se pretende investigar, a partir disso, encontrar respostas para o problema de pesquisa. Assim utilizou-se a pesquisa bibliográfica, através de livros, revistas e artigos acadêmicos que abordam o tema estudado, com intuito de responder a problemática proposta.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para retratarmos das contribuições advindas da prática profissional do assistente social devemos levar em consideração o termo saúde e seus conceitos perante o contexto do Serviço Social. O serviço social atua na perspectiva da homogeneização dos espaços para garantir o acesso aos direitos dos cidadãos. Dispõe de um amplo campo, pois atua instituições no âmbito público e privado, bem como em organizações não governamentais (ONGs).

Na área da saúde, esse profissional atua como um mediador dos problemas advindo da gestão do SUS, e tem como objetivo consolidar e estabelecer novas metas nesta área,



bem como propiciar a garantia de direito dos usuários e o bem estar físico, mental e social dos mesmos.

Nesse contexto, o trabalho do assistente social torna-se ainda mais complexo, pois, as mudanças vêm acontecendo numa velocidade surpreendente, e o profissional deve estar preparado para receber as demandas, e processar as informações e mudanças.

De acordo com Iamamoto (2011, p.89):

“o grande desafio na atualidade é, pois, transitar da bagagem teórica acumulada ao enraizamento da profissão na realidade, atribuindo, ao mesmo tempo uma maior atenção às estratégias táticas e técnicas do trabalho profissional, em função das particularidades dos temas que são objeto de estudo e ação do assistente social”.

Nessa concepção, o conhecimento teórico metodológico deve estar aliado a prático, para que de fato o resultado venha ser alcançado. Além disso, compreender os processos e trabalho, ter uma perspectiva de mundo, é essencial.

Nas unidades de saúde a demanda que o profissional recebe é imensa, sendo que os problemas são diversificados, então é preciso conhecer o contexto social aliado a realidade do usuário para tratar cada caso com precisão. Sabe-se que o conhecimento do todo (contexto social e realidade do usuário) possibilita ao profissional atuar de forma confiável. Assim, os assistentes sociais devem buscar se “qualificarem para acompanhar, atualizar e explicar as particularidades da questão social nos níveis nacional, regional e municipal” (IAMAMOTO, 2011, p.90).

Diante disso, faz-se necessário uma reflexão a cerca do objeto de trabalho do serviço social (questão social), e um posicionamento de forma crítica frente às manifestações do mundo atual. Portanto, a formação de uma postura baseada no respeito, igualdade, liberdade e os princípios do código de ética são considerados fundamentais para prática profissional, sendo eliminadas atitudes de preconceito e discriminação.

Cabe enfatizar que o assistente social assume uma tarefa importantíssima de esclarecer, orientar e intervir na instituição a qual atua seja ela pública ou privada, esse deve desenvolver ações voltadas ao acesso de direitos dos usuários da referida política, embasado sempre na Constituição de 1988 e na Lei 8.142/90.

Vale lembrar também o compromisso com o código de ética, assim como a lei que regulamenta a profissão, pois estes devem ser algo do cotidiano do assistente social, e sendo fundamental para sua prática também na política de saúde, como afirma Santini (2009, p.47).

Com o avanço por meio da promulgação do código de ética de 93, com a visão de ampliação da categoria nas ações de política públicas, percebeu-se que o enfrentamento às questões de direito à saúde e o enfrentamento à ofensiva neoliberal, em defesa do Sistema Único de Saúde-SUS, que foram as grandes alavancas para o avanço nessa área da saúde.



A atribuição do Assistente Social nos trabalhos de terapia em grupos ou na área da saúde em geral, é também desenvolver um processo educativo que visa despertar nas famílias a sua consciência crítica, incentivando a busca de alternativas de solução para o problema apresentado na sua família num exercício frequente de cidadania. Além de melhorar a comunicação entre a família e os usuários e para com eles mesmos e a equipe multiprofissionais dentro da instituição, possibilitando “nivelar” as necessidades e expectativas das famílias dos pacientes e funcionários e, conseqüentemente resultando em um trabalho mais articulado, visando o melhor atendimento ao usuário junto com a participação da família, possibilitando maior facilidade de reinserção na sociedade e principalmente no âmbito familiar.

Além disso, o assistente social atua por meio de instrumentos e técnicas, tais como: visita domiciliar, laudos e pareceres sociais, anamnese, entrevistas, dentre outros procedimentos que de forma direta ou indireta tende a contribuir para o bom funcionamento da instituição, e o bem estarem do usuário.

Contudo, o campo da saúde mental merece mais atenção da esfera governamental dos profissionais de atuação e toda a sociedade, em especial a família que na maioria das vezes é a primeira a ter atitudes de preconceito e discriminação para com a pessoa acometida de transtorno psíquico. Sendo assim, faz-se necessário informar e conscientizar a sociedade sobre a saúde mental do indivíduo, as causas e tratamento dos transtornos psíquicas, e enfatizar os direitos expostos na Constituição de 88.

Cabe enfatiza o trabalho do assistente social como agente de prevenção de doenças da mente, em especial a depressão em mulheres acompanhadas pelo o CAPS. A informação por meio de palestras, o acompanhamento do usuário e da família, a relação de confiança passada no ato do atendimento e prestação de serviços.

Em suma, o profissional deve sempre levar em consideração os aspectos emocionais, psicológicos e sociais do indivíduo. Mobilizando e viabilizando recursos, na perspectiva de garantir a qualidade e humanização no atendimento e a efetivação dos direitos preconizados na Constituição de 88, além de integrar a equipe multidisciplinar contribuindo assim, para a eficiência e otimização dos serviços prestados na unidade.

O assistente social deve desenvolver projetos na unidade voltada para a recuperação da saúde mental de indivíduos, atender a demanda social e informar aos usuários, familiares e comunidade sobre seus direitos, falando sobre os programas sociais, e buscar fazer uma articulação com os projetos do município. Não esquecendo, porém de incentivar o usuário no tratamento, dando-lhes condições de permanência na unidade.



Vale salientar que o modelo de proteção social dar-se a partir do conceito de seguridade social, contida na Constituição Federal, sendo assim, o indivíduo que sofre de transtorno mental deve está dentro deste modelo de proteção, e, portanto, passa a ser acompanhados pelo CAPS e demais serviços de saúde, recebe um auxílio-reabilitação psicossocial, presente na legislação psiquiátrica, o Benefício de Prestação Continuada - BPC da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) que equivale a um salário mínimo.

Porém, esse benefício é garantido apenas a pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção e que a renda per capita familiar seja inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo ou mesmo dentro do limite exato nos termos gizados pela Lei 8.742/93.

Após análise, estudo de caso e conclusão de diagnóstico no tratamento terapêutico, o usuário é inserido no regime à luz da lei, acima citado, tendo sempre o apoio da família. No momento desta caracterização a demanda é disponibilizada para a atuação profissional, neste momento de práxis, o profissional identifica a necessidade do acompanhamento específico e da família para com o usuário.

Nesta perspectiva, verificou-se a necessidade da criação de um atendimento direcionado à família para que o tratamento dos usuários com o transtorno depressivo, particularizado seja mais eficaz.

A terapia grupal dá às famílias a oportunidade de entender e estar informando sobre os benefícios trazidos pelo tratamento terapêutico associado ao medicamentoso, socializando os avanços maiores através do apoio familiar, proporcionando o mesmo, um equilíbrio básico que permitirá experiências emocionais corretivas dando mais acessibilidade e oportunidades para observar e praticar comportamentos sociais para com o usuário e seus familiares e na sociedade como um todo.

Segundo Conceição (2001, p.48)

O profissional de serviço social em sua atuação na área da saúde está permeado pelas tentativas de equacionar direitos, reivindicações e necessidades da população, demandante a falta de resolutividade das reivindicações do setor desde os procedimentos mais simples até os mais complexos.

Ainda conforme Conceição (2001, p.48)

No caso da saúde, as demandas dirigidas ao serviço social pelo processo de municipalização das ações de saúde se traduziram na formação de estruturas organizacionais e na mobilização da sociedade para consolidação dos espaços de controle, e principalmente para a constituição dos conselhos de direitos.

No contexto da saúde, as relações sociais e as práticas profissionais foram se alterando progressivamente. Sendo que inicialmente a assistência a saúde correspondia a ações

preventivas de atenção individual de caráter médico-previdenciário e que racionalizava a prática profissional no assistencialismo, impossibilitando assim, os profissionais responderem aos desafios elencados pela realidade.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a elaboração do presente trabalho foi possível compreender a importância de atuação do assistente social na área da saúde no que se refere ao planejamento de suas ações e intervenções pautadas na ética e compromisso com os usuários que dele precisam.

Ao longo dos anos, a assistência social, por meio da constituição federal, começou a não ser vista como questão filantrópica, sendo então um direito do cidadão. Tal processo ocasionou transformações expressivas para a área social no Brasil, uma vez que, foi a partir desse momento que foram se estratégias para concretizar a assistência social como um direito, criando dessa forma, a Política Nacional de Assistência Social e o Sistema Único de Assistência Social os quais trouxeram melhorias para o país.

Entretanto, no país ainda existe uma questão socioeconômica diferente, ocasionando de tal modo que os setores assistenciais foquem sua atenção nesse aspecto, no intuito de diminuir tais distinções, sendo que o Estado precisa assumir suas responsabilidades com a área social, deixando de transferi-las para as instituições privadas.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: IMESP, 1988.
- BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. **Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate**. In: MOTA, Ana Elizabete et al (Orgs.) **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.
- CONCEIÇÃO, Suzana Bastos - **O serviço social e a importância da informação no HPSM - hospital de pronto socorro municipal de Belém**. - Pará. 2001.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986, p. 908.
- FORTES P. A. C. **Ética e Saúde**. São Paulo, Ed. Pedagógica Universitária, 1998.
- FRANCO TB, BUENO WS, MERHY EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: Merhy EE, Magalhães Jr. HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Editora Hucitec; 2003. p. 37-54.
- IAMAMOTO, Marilda Villela, **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional** / Marilda Villela Iamamoto. – São Paulo, Cortez, 2011.
- MOTA, Ana Elizabete. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional** 4^o edição. São Paulo: Cortez, 2009.
- PESSINI L. **Humanização da dor e do sofrimento humanos na área da saúde**. In: PESSINI L, BERTACHINI L, organizadores. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo (SP): Loyola; 2004. 12-30.
- RIZZOTTO, M. L. F. **As políticas de saúde e a humanização da assistência**. Revista Brasileira de Enfermagem, São Paulo, v. 55, n. 2, p. 196-199, 2002.
- SIMÕES, Carlos. **Curso de Direito do Serviço Social**/Carlos Simões-6 ed. São Paulo: Cortez, 2012.
- VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**/ Ana Maria de Vasconcelos. 8.ed. São Paulo: Cortez, 2012.

SERVIÇO SOCIAL E O CONTROLE DEMOCRÁTICO DO ORÇAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE

Elisane Barros De Sousa (Universidade Federal Do Tocantins - UFT)

RESUMO: Neste trabalho, contextualiza-se como o Serviço Social se insere como profissão na sociedade capitalista no contexto sócio-histórico, a compreensão da concepção de saúde no Brasil, a formação do sistema de proteção social e o mesmo nos espaços de controle democrático. Trata-se de revisão de literatura, por meio de uma pesquisa bibliográfica, na qual procurou-se construir uma interlocução com as (os) principais autoras (os) da tradição marxista do serviço social brasileiro nos eixos de fundamentos teórico-metodológicos, política de saúde, controle social e fundo público, a fim de evidenciar as intersecções do serviço social e sua importância no controle democrático do orçamento público.

PALAVRAS-CHAVE: Serviço Social. Saúde. Controle Democrático. Orçamento Público. Fundo Público.

ABSTRACT: This work contextualizes how Social Work is inserted as a profession in capitalist society in the socio-historical context, the understanding of the concept of health in Brazil, the formation of the social protection system and the same in the spaces of democratic control. This is a literature review, through a bibliographical research, which sought to build an interlocution with the main authors of the Marxist tradition of Brazilian social service in the axes of theoretical-methodological foundations, politics of health, social control and public fund in order to highlight the intersections of social work and their importance in the democratic control of the public budget.

KEYWORDS: Social Work. Health. Democratic Control. Public budget. Public fund.



1. INTRODUÇÃO

Desde o final do século XIX e início do século XX, o Serviço Social está inscrito como profissão reconhecida na divisão social e técnica do trabalho no processo de reprodução social no modo de produção capitalista. Foi durante o processo histórico-econômico e político que marcou a conjuntura brasileira dos anos 1930 que ocorreu a implantação do Serviço Social no Brasil.

O Serviço Social surge na América Latina na década de 1930, com forte influência europeia. Surge como prática profissional no final do século XIX e início do século XX quando o capitalismo monopolista atinge sua hegemonia mundial (BRAVO, 2013). Ainda, de acordo com a autora, a maioria das práticas profissionais em saúde teve sua origem com a emergência e desenvolvimento do capitalismo monopolista. A área da saúde foi o primeiro setor que contou com a presença do profissional Assistente Social. Nos termos da mesma, é um dos setores mais significativos para a atuação do Serviço Social, sendo um espaço privilegiado de absorção profissional, situação evidenciada pela história da profissão na Inglaterra, Estados Unidos e América Latina, incluindo o Brasil.

Este trabalho traz a importância da atuação do Assistente Social em espaços de controle democrático de políticas públicas de saúde, sua formação profissional e intelectual no movimento histórico que se move o capitalismo, considerando a tradição marxista. Uma vez que, atentos ao pluralismo, como um dos princípios fundamentais do nosso Código de Ética Profissional se mostra como orientação à formação e ao exercício profissional, e não deve ser confundido com o ecletismo e a possibilidade de junção e até fusão de vertentes do pensamento distintas (FORTI, 2017).

A interlocução proposta perpassa discussões fundamentais como a concepção de saúde e sua consonância com o Projeto Ético Político Profissional que coaduna com projetos coletivos de defesa e materialização de direitos sociais. Faz uma intersecção com o movimento histórico da configuração de sistemas de proteção social na Europa Ocidental e no Brasil, comumente. A participação em conselhos de políticas de saúde e os desafios do controle democrático frente à apropriação pelo capital financeiro de grande parte do montante do orçamento previsto para a realização de ações e metas planejadas. Todavia, é importante, analisar o fundo público a partir da crítica da economia política (BEHRING, 2016).

Configura-se um momento atual de profundas contrarreformas nas políticas sociais existentes com conseqüente diminuição ou mesmo eliminação de ações e serviços públicos ofertados a população. Além disso, ocorre um avanço do conservadorismo na vida social

brasileira, em geral, com importantes repercussões no âmbito profissional e desafios a manutenção de conquistas sociais alcançadas. A partir desta análise iniciamos nossa contextualização com a finalidade de contribuir com o debate do Fundo Público.

2. SERVIÇO SOCIAL COMO PROFISSÃO NA SOCIEDADE CAPITALISTA

Para Iamamoto (2002) o Serviço Social é uma profissão socialmente determinada com precário desenvolvimento técnico-científico e identidade profissional que se constitui em contextos históricos determinados. E carrega uma herança tanto do conservadorismo europeu como das vertentes empiristas e pragmáticas das Ciências Sociais norte-americanas, além de componentes doutrinários de origem confessionais. Nasce e se desenvolve incorporando ideias conservadoras e as ambiguidades do reformismo conservador. Posto isso,

O Serviço Social só pode afirma-se como prática institucionalizada e legitimada na sociedade ao responder a necessidades sociais derivadas da prática histórica das classes sociais na produção e reprodução dos meios de vida e de trabalho de forma socialmente determinada. (IAMAMOTO, 2002, p. 55).

Os fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social brasileiro consistem na matriz explicativa da realidade e da profissão, permeando a interlocução entre o Serviço Social e a sociedade (YAZBEK, 2018, p. 47). Dessa forma, para a autora, estes são elementos fundantes na abordagem da concepção de profissão no movimento histórico da sociedade capitalista – no qual podemos compreender o surgimento do Serviço Social como profissão no processo de produção e reprodução das relações sociais na totalidade do processo social.

O Serviço Social poder ser compreendido no contexto histórico e social no marco da sociedade burguesa e do capitalismo monopolista. Seu surgimento como profissão vincula-se a questão social, porém se reduz a mesma e sua constituição está na transição para a fase monopolista no âmbito da sociedade burguesa (PAULO NETTO, 2001).

As particularidades do processo histórico do surgimento do Serviço Social no Brasil mostram que enquanto profissão se institucionaliza e legitima como um dos recursos utilizados pelo Estado e pelo empresariado, e como suporte da Igreja Católica em uma perspectiva de enfrentamento da “questão social” a partir dos anos de 1930 (YAZBEK, 2018, p. 50).

Nessa direção, até os anos de 1930, a questão social no Brasil era tratada como caso de polícia. Neste sentido, “o Estado promoveu a regulação das relações entre o patronato, a classe trabalhadora e entre outros mecanismos, e em 1936 foi criada a profissão Assistente

Social, que se institucionalizou somente em 1945” (ABRAMIDES, 2016, p. 458). Destarte, o Estado já assumia seu papel em prol do crescimento econômico do capitalismo e ampliação de suas taxas de lucro. Lembrando que, o Assistente Social é um profissional contratado pelo Estado, pelos setores empresariais e outros organismos particulares, de caráter patronal, para atuar entre as classes trabalhadoras, o que configura um caráter contraditório à prática profissional (IAMAMOTO, 2002, p. 164). No entanto, este deve coadunar com o Projeto Ético-Político Profissional e o Código de Ética Profissional como uma das suas prerrogativas profissionais, bem como nos termos de Barroco (2009) – com uma ação fundamentada de uma ética orientada pela práxis e motivada por valores e teleologias dirigidas a efetivação de direitos e conquistas coletivas.

Posto isso, é necessário apreender a sociedade capitalista nas suas múltiplas determinações e relações em uma totalidade história das classes sociais em seus movimentos; romper com uma dupla visão que vem marcando o nosso debate e nossa prática profissional: a visão fatalista e messiânica (onde aparece o voluntarismo). Reconhecer os condicionantes histórico-conjunturais para não exercer uma perspectiva voluntarista da profissão para além da perspectiva determinista - tão presente atualmente.

3. O PENSAMENTO CONSERVADOR E O SERVIÇO SOCIAL

De acordo com Yazbek (2018, p. 54-55), só no ano de 1830 do século XIX - que o conservadorismo começa a fazer parte do discurso político europeu e “as tendências conservadoras orientadas por princípios religiosos apelavam às tradições que tinham sustentado a Europa por mais de mil anos”. Nesse sentido, segundo a autora, o conservadorismo não significa apenas a pertinência de ideias presentes na herança intelectual do referido século e sim de ideias que foram atualizadas e se transformaram em bases de manutenção da ordem capitalista; *incidindo em mudanças no discurso dos métodos de ação, dentro de uma estratégia de modernização da instituição Serviço Social* para responder às demandas apresentadas pelo capitalismo monopolista e pelo novo caráter do Estado (IAMAMOTO, 2002, p. 170, grifos da autora).

No contexto histórico, desde sua origem, o Serviço Social se configura como uma profissão que sofre fortes influências do conservadorismo moral e político (BARROCO, 2009, p. 16). Posto isso, “a cultura profissional que sustentou a gênese do Serviço Social como profissão era de cunho conservador, cuja base material já se constituía como hegemonicamente burguesa”. (MOIJO; SILVA, 2018, p. 121).

Na década de 1950 até meados de 1960, o Serviço Social em sua ação profissional se caracterizou por ações burocráticas, educativas, práticas de pesquisa e classificação socioeconômica. Desta forma, neste período, “no início da década de 1960 alguns profissionais de Serviço Social começaram a questionar a posição conservadora assumida majoritariamente pelos assistentes sociais, voltada para a manutenção do *Status quo*”. (BRAVO, 2013, p. 165-166, grifo da autora).

Conforme Escorsim Netto (2011, p. 74), “diferente das ideologias, as utopias também transcendem a situação social”. Assim, para Mannhein (p. 103) *apud* Escorsim Netto (2011, p. 77) “o conservadorismo político é, portanto, uma estrutura mental objetiva, em oposição à subjetividade do indivíduo isolado”.

O pensamento conservador propõe uma maneira de interpretar o presente com um conteúdo para um programa viável para a sociedade capitalista. Encontra-se enraizado no discurso e na prática profissional do Assistente Social. Nessa direção, podemos aferir que o pensamento conservador é incorporado pelo Serviço Social em sua trajetória intelectual. “Passa da influência do conservadorismo europeu, franco-belga, em seus primórdios, para a sociologia conservadora norte-americana nos anos de 1940” (IAMAMOTO, 2002, p. 169). Assim, o Serviço Social no Brasil teve na sua gênese como profissão forte inspiração positivista-funcionalista articulada ao ideário católico.

4. A CONCEPÇÃO DA SAÚDE EM DIFERENTES MOMENTOS POLÍTICOS DA SUA HISTÓRIA NO BRASIL

As primeiras ações de saúde pública compreendem o período que vai da Colônia à República Velha. Já as políticas de saúde são desenvolvidas durante o primeiro governo getulista (1930-1945). Desta forma, durante o Colonialismo português (1500-1822) houve a criação de hospitais da Santa Casa de Misericórdia em Santos, São Paulo, Bahia, Rio de Janeiro, Belém e Olinda. Esta se constituía em uma organização sanitária incipiente. Já durante o Império (1822–89) havia estruturas de saúde com ênfase na polícia sanitária, administração da saúde centrada nos municípios e a criação das primeiras instituições de controle sanitário dos portos e de epidemias (1828 e 1850). Neste período entre Monarquia Liberal e Primeira República – República Velha ocorre o seguinte: na primeira há um socorro público e na segunda cada Estado prover suas expensas. Já na República Velha (1889-1930) período da República Liberal Democrática compete a União e aos Estados cuidar da saúde e assistência públicas

O Brasil do século XX passou por um período de industrialização, concomitante à instabilidade política, golpes militares e governos autoritários, com breves períodos democráticos e no início deste século foram realizadas campanhas sobre saúde pública e iniciou-se o modelo de intervenção do Estado brasileiro na área social nas décadas de 1920 e 1930. Nesse sentido, as políticas sociais surgem no Brasil a partir dos anos 1930 e redefinem o papel do Estado que se torna interventivo nesse processo de formulação, implementação e execução - em resposta a reivindicação da classe trabalhadora. Posto isso, a lógica do seguro estruturou e estabeleceu os critérios de acesso da previdência e da saúde desde a década de 1923, e até a Constituição de 1988 predominou o acesso às políticas de previdência e de saúde apenas para os contribuintes da previdência social.

Nessa direção, os anos de 1930 e 1943 podem ser caracterizados como os anos de introdução da política social no Brasil e só tinham acesso a proteção social àqueles que tivessem emprego registrado em carteira. Até os anos 1930, não existia uma política nacional de saúde, sendo que a intervenção efetiva do Estado inicia-se naquele momento, a partir de dois eixos: a saúde pública e a medicina previdenciária, ligada aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), para as categorias que tinham acesso a eles, a saúde pública era conduzida por meio de campanhas sanitárias coordenadas pelo Departamento Nacional de Saúde, criado em 1937; e houve um desenvolvimento da saúde privada e filantrópica, no que se refere ao atendimento médico-hospitalar. E o período de 1946-1964 foi marcado por uma forte disputa de projetos e pela intensificação da luta de classes.

Durante a Ditadura Vargas (1930-45) período da República Autoritária - a União legisla sobre normas fundamentais da defesa e proteção da saúde. Neste cenário a Saúde pública é institucionalizada pelo Ministério da Educação e Saúde Pública, e a Previdência social e saúde ocupacional institucionalizadas pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio.

O sistema de proteção brasileiro se expandiu durante o governo do Presidente Getúlio Vargas (1930-1945) e dos governos militares (1964-1984) diante de um processo de tomada de decisão e a gestão do sistema realizada sem participação da sociedade e centralizada em grandes burocracias constituindo um sistema de proteção social fragmentado e desigual. Após o golpe militar de 1964 houve reformas governamentais que impulsionaram expansão de um sistema de saúde predominantemente privado, especialmente nos grandes centros urbanos. Assim, o subsetor de medicina previdenciária só virá sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966. E em 1977, ocorre a criação do Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) que passou a ser coordenador de todas as ações de saúde no nível médico-assistencial da previdência social.

Durante a Transição democrática (1985–88) período de República Democrática - a reforma para a saúde era também uma proposta de reforma do Estado. Desta maneira, foi somente com a Constituição de 1988 do século XX que as políticas de previdência, saúde, e assistência social foram reorganizadas e reestruturadas com novos princípios e diretrizes e passaram a compor o sistema de seguridade social brasileiro. A saúde é estabelecida como direito social de forma integral e universal.

Assim, o sistema de saúde brasileiro é constituído por uma variedade de organizações públicas e privadas estabelecidas em diferentes períodos históricos. Os mecanismos regulatórios existentes ainda não promovem mudanças e a regulação do SUS tem sido influenciada por vários grupos de interesse (PAIM, 2011).

5. A GÊNESE DOS SISTEMAS DE SAÚDE E SUA CORRELAÇÃO COM OS SISTEMAS DE PROTEÇÃO SOCIAL

Um sistema de proteção social é um conjunto de políticas sociais que garantam a proteção social por meio de amplos direitos, bens e serviços sociais. Nesse sentido, a composição deste sistema varia de um país a outro. E, não é possível deixar de considerar que os sistemas de saúde fazem parte de sistemas mais amplos de proteção social que englobam outras políticas públicas (FAUSTO; KUSCHNIR, 2014, p. 93).

Os sistemas de proteção social se originaram na Europa ocidental no contexto da Revolução Industrial e se ampliaram após a Segunda Guerra Mundial (1945). Infelizmente, só não alteraram o padrão de desigualdade. Nessa direção, as políticas sociais (concebidas assim a partir da crise de 1929) no momento que se instituíram como proteção social – assumiram um papel fundamental na garantia de direitos e forneceram pilares para a intervenção do Estado. Sendo importante frisar que no contexto histórico:

[...] as modificações ocorridas no final do século XVIII e início o século XIX, na Europa, primordialmente na Inglaterra, França e Alemanha, nos níveis econômico e político, geraram alterações no sistema capitalista e na atenção à saúde. Neste sentido, o capitalismo industrial alterou as condições de vida da população, e protoformas de políticas sociais com relação à saúde surgiram a partir do século XVIII, como parte das estratégias destinadas à legitimação da ordem burguesa e da acumulação capitalista. Desta forma, na segunda metade do século XIX, a saúde foi valorizada como questão política governamental e o crescimento do setor saúde deveu-se a ampliação das necessidades sociais, que foram determinadas tanto pelo processo de acumulação de capital como pela elevação do nível de luta de classes. (BRAVO, 2013, p. 31-32).

Nos anos que seguem a Segunda Guerra Mundial, países “desenvolvidos” promoveram reformas em seus “sistemas de proteção social” tanto os que mantinham o

seguro social como os que garantiam amplos direitos sociais a todos os “cidadãos”. E grande parte destes, hoje, garante acesso às ações e serviços de saúde através de sistemas nacionais de saúde ou de seguro social.

O primeiro sistema de proteção social instituído que englobava aposentadoria, seguro desemprego e assistência à saúde denominado “Bismarckiano” surgiu na Alemanha no final do século XIX. Inicialmente destinado a trabalhadores e sendo ampliado a outras categorias. Por conseguinte, na década de 1920 começaram a ser instituídos os primeiros modelos de sistemas deste tipo na América Latina como resposta aos movimentos sindicais. E estes também foram essenciais para as mudanças no sistema na Europa Ocidental.

Outro movimento ocorreu na Inglaterra (1946) onde a concepção de seguro é substituída pelo de *Seguridade Social* (grifo nosso) através do modelo Beveridgiano. Torna-se necessário frisar que a instituição da seguridade social é bastante diferenciada em cada país bem como a organização da classe trabalhadora.

No Brasil, iniciou-se o modelo de intervenção do Estado brasileiro na área social nas décadas de 1920 e 1930, momento no qual os direitos civis e sociais foram vinculados à posição do indivíduo no mercado de trabalho. O sistema de proteção brasileiro se expandiu durante o governo do Presidente Getúlio Vargas (1930-1945) e dos governos militares (1964-1984) como sistema de saúde formado por um Ministério da Saúde subfinanciado e pelo sistema de assistência médica da previdência social com provisão de serviços por meio de institutos de aposentadoria e pensões divididos por categoria ocupacional. Entre 1970 e 1974, foram disponibilizados recursos do orçamento federal para reformar e construir hospitais privados. Desta forma, a responsabilidade pela oferta da atenção à saúde era estendida aos sindicatos e instituições filantrópicas que ofereciam assistência de saúde a trabalhadores rurais.

No Brasil, a lógica do seguro estruturou e estabeleceu os critérios de acesso da previdência e da saúde desde a década de 1923 até a Constituição de 1988. E após a Constituição Federal de 1988 as políticas de previdência, saúde e assistência social passaram a compor o sistema de seguridade social brasileiro (BOSCHETTI, 2009).

Os direitos da seguridade social sejam aqueles baseados no modelo alemão bismarkiano como aqueles influenciados pelo modelo Beveridgiano inglês tem como parâmetro os direitos do trabalho, visto que desde sua origem, esses assumem a função de garantir benefícios derivados do exercício do trabalho para os trabalhadores que perderam, momentânea ou permanentemente, sua capacidade laborativa. No modelo bismarkiano o acesso é condicionado a uma contribuição direta dos empregados e empregadores baseada

na folha de salários, e no modelo Beveridgiano os direitos são destinados a todos os cidadãos incondicionalmente com financiamento proveniente dos impostos fiscais. E a seguridade social brasileira, instituída com a Constituição brasileira de 1988, incorporou princípios desses dois modelos, ao restringir a previdência aos trabalhadores contribuintes, universalizar a saúde e limitar a assistência social a quem dela necessitar (BOSCHETTI, 2009, p. 01).

Nos últimos anos, a política econômica brasileira tem engolido significativamente o orçamento da seguridade social. Em alguns países europeus alteraram a lógica redistributiva e isto trouxe agravamento da pobreza e das desigualdades. Ocorre um desfacelamento da universalização do acesso a serviços gratuitos e surgem políticas públicas fortemente focalizadas e seletivas.

O Sistema Único de Saúde (SUS) hoje é um portentoso Sistema que está inteiramente ao dispor dos grandes grupos privados econômicos e corporativistas. E como ocorre em vários outros sistemas de saúde em todo o mundo, não é totalmente eficiente e eficaz. Assim, para Fausto e Kuschnir (2014, p. 103-107) há três formas de intervenção do Estado na área social (assistência social, seguro social e seguridade social) e se relacionam com dimensões políticas/sociais/econômicas. E ressaltam que os sistemas de saúde estão inseridos em contextos sociais e históricos envolvendo níveis de decisão; que os mesmos são influenciados por conflitos de interesses na política pública. Estas autoras também identificam três tipos de sistemas: sistemas públicos de acesso universal, sistemas públicos de seguro social e sistemas privados. Nos países que apresentam um “tipo dominante” há diferenças quanto a: financiamento, organização/administração do sistema, acesso e provisão de serviços.

6. SERVIÇO SOCIAL, CONTROLE DEMOCRÁTICO DO ORÇAMENTO DA SAÚDE E FUNDO PÚBLICO

O processo saúde/doença pode ser entendido como resultado das relações sociais numa sociedade de classes. Na concepção de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde corresponde ao bem-estar e qualidade de vida, não podendo ser entendida simplesmente como a ausência de doenças. A saúde decorre de um processo de determinação social e decisões políticas que impactam as condições de vida e saúde da população.

No Estado Brasileiro, houve a criação de espaços de participação da sociedade na esfera pública, já a partir da segunda metade da década de 1970. Com a criação da Lei Orgânica da Saúde nº 8.142 de 1990 ocorre uma nova institucionalidade que propunha a

participação popular no processo decisório por meio dos Conselhos de Saúde. Foi configurado, no respectivo ano, de forma legal, a saúde universal pública e a participação social como controle social (CORREIA, 2008). Todavia, com a criação destes espaços de participação da sociedade no setor Saúde não se pode afirmar que houve uma completa democratização das políticas de saúde. No entanto,

é importante especificar os movimentos que atravessam o Estado e definem as políticas de saúde, bem como os sujeitos sociais que estão envolvidos nesses movimentos. As frações da classe trabalhadora podem conquistar seus direitos sociais, entre eles o da saúde, dependendo de sua organização, ao ampliar o espaço democrático, mesmo estando fora do poder. (BRAVO, 2013, p. 16).

Duas autoras do Serviço Social brasileiro (Bravo e Correia) trazem a discussão do eixo temático Controle Social, e ambas, endossam o debate a partir de uma perspectiva classista nas categorias contradições e luta de classes em termos gramscianos. De acordo com Bravo e Correia (2012, p. 129-130) *apud* Coutinho (2006), este autor elucida que a conjuntura em que a expressão controle social é designada como controle da sociedade civil sobre o Estado foi no contexto das lutas sociais contra a ditadura e em torno da redemocratização do país, e que *sociedade civil tornou-se sinônimo de tudo aquilo que se contrapunha ao Estado ditatorial* (grifo nosso). Neste sentido, “a participação social passa de um *status* de proibição, no período da ditadura, a um *status* de obrigatoriedade, impulsionado por um arcabouço legal assegurado na Constituição de 1988, fruto de lutas sociais” (p. 132, grifo das autoras).

O controle social²⁶⁷ exerce um protagonismo no cenário brasileiro onde o público é tratado com descaso desde o seu acesso até publicização de informações, e os recursos para as políticas sociais são escassos. Assim o público é tratado na alocação de recursos como sigiloso e como se fosse “privado”. Ressalta-se,

[...] a importância da vitalidade dos canais de interlocução entre Estado e sociedade para que esta última interfira, de alguma forma, nos gastos estatais, na utilização dos recursos públicos, resistindo, ao menos, à tendência, hegemônica e em curso, da sua utilização unilateral para atender a interesses privatistas e clientelistas. (CORREIA, 2000, p. 28).

Os profissionais Assistentes Sociais que atuam em representações diversas nos Conselhos de Políticas Públicas, de Saúde a priori, seria importante um amplo conhecimento a partir de sua própria formação acadêmica generalista. O eixo de aprimoramento da qualificação conduz a um campo de atuação mais amplo. Assim, corroboramos com lamamoto (2002, p. 164) quando a mesma diz que: “no cotidiano do trabalho do Assistente

²⁶⁷ A partir da suposta oposição entre Estado e sociedade civil – a expressão controle social é cunhada.

Social, estão presentes interesses antagônicos que não podem ser eliminados, já que expressam o próprio caráter das relações sociais capitalistas”. No entanto, seus posicionamentos requerem uma competência teórico-metodológica e técnico-política adequada à dialética do universal/particular/singular numa perspectiva de totalidade social frente aos desafios postos pela conjuntura político-econômica.

Frente à concepção liberal de que a sociedade civil é homogênea e portadora de interesses universais formam-se relações de conciliação/colaboração interclasses. Na contramão desta proposta e de muitos conselheiros de saúde é necessário defendermos o SUS universal, público, estatal, sob a administração direta do Estado, inserir o debate da privatização no conjunto da sociedade e defender o ideário²⁶⁸ do Movimento de Reforma Sanitária formulado nos anos de 1980 contra o Projeto Privatista da Saúde que avança diante das falácias inscritas frente aos problemas existentes no Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, “os conselhos podem se constituir em mecanismos de legitimação do poder dominante e cooptação dos movimentos sociais, que em vez de controlar passam a ser controlados”. (BRAVO; CORREIA, 2012, p. 136).

É fundamental a discussão sobre o Orçamento Público já que o mesmo define o destino do dinheiro do Estado e dos impostos arrecadados. Sendo assim, a participação da sociedade em espaços ditos democráticos refere-se ao “controle” das ações do Estado e do gasto público do *fundo público* que compõe os recursos do tesouro do Estado. Este deve estar voltado, prioritariamente, para os investimentos sociais e não para financiar em grande parte - a acumulação do capital como tem sido através da Desvinculação de Receitas da União (DRU) e pagamento da dívida pública. Assim,

[...] o fundo público deve se voltar para finalidades sociais, estruturando e ampliando a esfera pública brasileira, ou seja, deve ser utilizado na educação, saúde, transporte, habitação popular, ou seja, em bens de consumo coletivo que não buscam o lucro. É nessa perspectiva que se aborda aqui o controle social, ou seja, o controle da sociedade sobre as ações do Estado e, conseqüentemente, sobre o gasto público. (CORREIA, 2000, p. 20).

No Brasil, o fundo público assumiu configuração limitada, seja no padrão de financiamento do Estado, seja na contribuição dos gastos das políticas sociais. Paralelamente, o processo de financeirização implica forte pressão sobre a política social, especialmente as instituições da seguridade social com cortes no orçamento estatal, em especial pela redução dos direitos sociais. Intensificam-se os ataques aos recursos do fundo público para apropriação privada pelo capital portador de juros sobre o orçamento estatal. Dito

²⁶⁸ A defesa da saúde pública e retomada da concepção de saúde como determinação social do processo saúde e doença, por exemplo.



isso, grande parte dos recursos dos Estados tem sido direcionada para manutenção do capital portador de juros (MENDES, 2014, p. 1190). Ocorre, dessa forma:

[...] os entraves para a efetividade do controle social sobre as políticas estão em nível macroeconômico e político, dada a pré-determinação das definições em torno dos orçamentos públicos no que tange aos gastos sociais, resultantes das negociações com os organismos financeiros internacionais em torno dos orçamentos públicos, das bases para o financiamento da dívida externa e da contratação de novos empréstimos. E dentro do limite da sociedade do capital que se situa o controle social em sua contraditoriedade – o controle da classe dominante para manter o seu domínio, e as estratégias de controle das classes subalternas na busca da construção de sua hegemonia. (CORREIA, 2008, p. 130).

Segundo Bravo e Correia (2012, p. 138), a questão da saúde no Brasil é atravessada por uma tensão histórica entre saúde como bem público e saúde como mercadoria em uma tendência hegemônica de uma crescente alocação do fundo público da saúde no setor privado desmontando o SUS por dentro dele mesmo. Destarte, a luta pela saúde exige mudanças na sociabilidade para além da capitalista, combate ao determinismo econômico e o enfrentamento das desigualdades econômicas e sociais.

Desta maneira, faz-se necessário construir uma práxis política e emancipatória, pois não basta somente fazer a crítica. Segundo IASI (2016), ainda somos um país que tem vertido seus recursos pelos mecanismos financeiros da dívida interna e externa com incentivo dos monopólios transnacionais ligados ao setor político.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A política de saúde, no Brasil, foi viabilizada pela criação de um aparato nacional, que fazia parte de estratégia de centralização do poder na fase monopolista do capitalismo, com concentração do poder econômico e político pela burguesia. Estas características, portanto, moldam as políticas de saúde e o Serviço Social.

A Constituição de 1988 ao instituir direitos sociais, também definiu a vinculação de recursos às políticas sociais. Os fundos sociais foram criados para assegurar os recursos para as políticas sociais a partir das determinações da Constituição de 1988, cabendo a sua gestão aos conselhos de políticas sociais (SALVADOR, 2012b, p. 43). Mas pouco depois, já passou a sofrer ataques à vinculação de receitas até o presente momento, via DRU para valorização do capital.

Nos termos de Evilásio Salvador (2012), o orçamento público é um espaço de luta política, com as diferentes forças da sociedade buscando inserir seus interesses e uma forma de esvaziar e enfraquecer o controle democrático é não assegurar que todos os recursos do

orçamento da Seguridade Social passem pelos fundos públicos das políticas sociais. No contexto do capitalismo contemporâneo financeirizado e na atual crise do capital é necessário acrescentarmos a nossa formação intelectual e profissional o conceito de fundo público, diante do processo de apropriação dos recursos do Estado. Torna-se imprescindível captar os fundamentos, a direção social e a finalidade do referido Projeto Profissional e do Código de Ética Profissional do/a Assistente Social vigente através do aprimoramento intelectual/profissional para o alcance de uma condição analítica e interventiva para enfrentar requisições socioinstitucionais conservadoras que afrontam valores democráticos e desconsideram a liberdade, os direitos humanos e o pluralismo, por exemplo. Com respeito às diferentes correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teórico-práticas, todavia (FORTI, 2017).

Nessa perspectiva de perdas crescentes para a saúde, os diversos embates políticos e econômicos pelo processo institucional do financiamento do SUS. Os profissionais com prática profissional na saúde devem estar em concordância com os princípios fundamentais do Código de Ética (1993) do Assistente Social no controle democrático nos conselhos de políticas de saúde, ainda existentes, na representatividade de diferentes paridades - frente ao avanço dos retrocessos no atual governo Bolsonaro que em seu projeto de governo os vem extinguindo. Devemos, mediante o exposto, continuar firmes no movimento de construção de uma saúde universal e pública com limites para o aporte de recursos para o fundo público da saúde.

REFERÊNCIAS

- ABRAMIDES, Maria Beatriz Costa. 80 anos de Serviço Social no Brasil: uma organização política e direção social da profissão no processo de ruptura com o conservadorismo. In: **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n. 127, p. 456-475, set/dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n127/0101-6628-sssoc-127-0456.pdf>
- BARROCO, Maria Lúcia Silva. Fundamentos éticos do Serviço Social In: **Serviço Social, Direitos Sociais e Competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.
- BEHRING, Elaine Rossetti. Fundo Público: um debate teórico estratégico e necessário. In: **Anais do XV Encontro Nacional de Pesquisadores de Serviço Social**. Ribeirão Preto: ABEPSS, 2016.
- BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo**: Fundamentos sócio-históricos. São Paulo: Cortez, 2013.
- _____. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, et al (orgs.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2008.
- _____. CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios do controle social na atualidade. In: **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n. 109, p. 126-150, jan/mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n109/a08n109.pdf>
- BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade Social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. In: CFESS; ABEPSS. (org.). **Serviço Social: direitos e competências profissionais**. Brasília, 2009.
- CORREIA, Maria Valéria Costa. Controle Social na Saúde. In: MOTA, Ana Elizabete; et al (orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2008.
- ESCORSIM NETTO, Leila. O conservadorismo como objeto da reflexão sociológica. In: _____. **Conservadorismo clássico: elementos de caracterização e crítica**. São Paulo: Cortez, 2011.
- FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; KUSCHNIR, Rosana. Sistemas de Saúde e sistemas de proteção social: a gênese dos sistemas de saúde. In: _____. _____. (orgs.). **Gestão de Redes de Atenção à Saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014. p. 93-110.
- IASI, Mauro Luís. O Serviço Social aos 80 anos diante de um novo Brasil. In: **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n. 128, p. 72-84, jan./abri. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n128/0101-6628-sssoc-128-0072.pdf>
- FORTI, Valéria Lucília. Pluralismo, Serviço Social e Projeto Ético-Político: um tema, muitos desafios. In: **Katálisis**. Florianópolis, n. 20, p. 373-381, set/dez. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/1982-02592017v20n3p373/35090>
- YAZBEK, Maria Carmelita. Fundamentos Históricos e Teórico-Metodológicos do Serviço Social In: GUERRA, Yolanda; et al. (orgs.). **Serviço Social e seus fundamentos: Conhecimento e Crítica**. Campinas: Papel Social, 2018.
- IAMAMOTO, Marilda Villela. **Renovação e conservadorismo no Brasil**: ensaios críticos. São Paulo: Cortez, 2002.
- PAIM, Jairnilson; et al. **O sistema de saúde brasileiro**: história, avanços e desafios. Saúde no Brasil The Lancet, 2011. p.11-31. Disponível em: <http://www.ammabarcena.com.br/files/2e9d93b8abf8ae74b148b4f04fdb3701.pdf>
- PAULO NETTO, José. As Condições histórico-sociais da emergência do Serviço Social. In: _____. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2001.
- MENDES, Aquilas. O fundo público e os impasses do financiamento da saúde universal brasileira. In: **Saúde e Sociedade**. São Paulo, n. 23, p. 1183-1197, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902014000401183&script=sci_abstract&tlng=pt



MOLJO, Carina Berta; SILVA, José Fernando. Cultura Profissional e tendências teóricas atuais: o Serviço Social brasileiro em debate. In: GUERRA, Yolanda; et al. (orgs.). **Serviço Social e seus fundamentos: conhecimento e crítica**. Campinas: Papel Social, 2018.

SALVADOR, Evilásio. **Fundo público e seguridade social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

_____. Fundo público e políticas sociais na crise do capitalismo. In: **Serviço Social em revista**. Londrina, n. 2, p. 04-22, jan/jun. 2012a. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/12263/11632>

_____. O controle democrático no financiamento e gestão do orçamento da Seguridade Social no Brasil. In: **Textos & Contextos**. Porto Alegre, n. 1, p. 40-51, jan/jul. 2012b. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/11659/8064>

VAZQUEZ, Adolfo Sanchez. **Filosofia da Práxis**. Bueno Aires: CLACSO; São Paulo: Expressão Popular, 2007.

RODAS DE CONVERSAS SOBRE SAÚDE: ESPAÇOS COLETIVOS QUE FORTALECEM O TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL NO SUS

Fernanda de Oliveira Sarreta (UNESP)

RESUMO: O artigo reflete o Serviço Social na saúde e a contribuição na defesa do SUS constitucional, com referência nos Projetos Ético-Político Profissional e Reforma Sanitária. Analisa a Política de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS de integração formação-trabalho, a partir dos problemas vivenciados no cotidiano e a busca de respostas coletivas. E, apresenta a Roda de Conversas como ferramenta de diálogo e participação que motiva debates, estudos e pesquisas em saúde. No cenário contemporâneo, de intensas crises e destruição de direitos, aprofunda o individualismo, conservadorismo, violências, preconceitos e adoecimento, é fundamental espaços coletivos de fortalecimento e resistências. **Palavras-chave:** Serviço Social. Sistema Único de Saúde. Roda de Conversa.

RESUMEN: El artículo refleja el trabajo social en salud y la contribución en la defensa del SUS constitucional, con referencia en los proyectos ético-políticos profesionales y la reforma de salud. Analiza la Política de Educación Permanente en Salud como estrategia del SUS de integración laboral-formación, a partir de los problemas experimentados en la vida cotidiana y la búsqueda de respuestas colectivas. Y presenta la Rueda de conversación como una herramienta de diálogo y participación que motiva debates, estudios e investigaciones en salud. En el escenario contemporáneo de intensas crisis y destrucción de derechos, se profundiza el individualismo, el conservadurismo, la violencia, el prejuicio y la enfermedad, los espacios colectivos para el fortalecimiento y la resistencia son fundamentales. **Palabras clave:** Trabajo social. Sistema de salud unificado



1. INTRODUÇÃO

O cenário atual está repleto de situações complexas e contraditórias que desafiam a pensar como enfrentar este momento que afeta profundamente o trabalho em saúde. Pensar a saúde em sua totalidade, relacionada à intensa crise societária que repercute nos diferentes espaços da vida em sociedade, estimula o individualismo, a competitividade, preconceitos, violências, e aprofunda o adoecimento da população. É uma crise que está amparada no conservadorismo, onde é preciso aprender como enfrentar estas adversidades e transformá-las em estratégias profissionais e de resistências, para que os conhecimentos e as experiências construídas na saúde sejam capazes de contribuir com uma contra hegemonia no enfrentamento dos problemas.

As estratégias profissionais e as formas de resistências têm como referência a conquista histórica e social do Brasil na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), como política universal, pública e gratuita, e responsabilidade do Estado. Essa formulação organizacional tem como marco legal a 8ª Conferência Nacional de Saúde que culminou na indicação da saúde como direito na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica de Saúde (LOS) de n. 8080 de 1990, que reconhece a saúde em seu conceito abrangente e a determinação social das condições de vida e de trabalho da população (BRASIL, 1990).

Entretanto, o SUS enfrenta expressivos desafios desde a sua criação para efetivar os seus princípios fundamentais, a universalidade do acesso, a integralidade da atenção e a participação social. Dentre estes desafios, está a transformação do modelo de assistência que continua curativo, centrado nas doenças e especialidades, historicamente um modelo predominante na área e a partir dos anos de 1990, fortemente caracterizado pela orientação neoliberal de focalização, fragmentação e privatização.

Os desafios envolvem todos os sujeitos da saúde – trabalhadores, estudantes, pesquisadores, gestores, formadores, usuários e conselheiros, pois são questões conjunturais que repercutem de forma intensa em todos os espaços da vida em sociedade. Sobretudo, estão presentes na saúde das pessoas e no cotidiano dos serviços e são objeto da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para a Formação dos Trabalhadores do SUS (BRASIL, 2004).

A Educação Permanente em Saúde (EPS), estratégia reconhecida mundialmente para fortalecer os sistemas públicos universais, ganhou regulamento de política pública no país para orientar a formação de recursos humanos em saúde e transformar o modelo de atenção, tendo como referência central a integralidade da atenção. A Política tem como objetivo o



fortalecimento dos espaços de ensino-aprendizagem no SUS para integração ensino-serviço, ou formação-trabalho. Conforme orienta o Ministério da Saúde como um dos caminhos para implementar a EPS, a construção das Rodas na Saúde para a articulação interinstitucional local e regional, com a função de identificar as necessidades de saúde e buscar respostas para os problemas. As Rodas devem se efetivar por meio da gestão colegiada, da participação ativa dos sujeitos envolvidos no SUS: instituições de ensino, cursos da saúde, escolas e centros formadores, núcleos de saúde coletiva, hospitais de ensino e serviços de saúde, estudantes, trabalhadores, pesquisadores, conselhos, movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2007).

No âmbito do Serviço Social este debate é fundamental, reconhecendo que a EPS é uma importante estratégia de reflexão crítica sobre o processo de trabalho em saúde e expressa o compromisso do Estado em ordenar a formação de recursos humanos do setor, conforme previsto constitucionalmente. Ainda, é uma política transversal que atravessa todas as instâncias e programas do SUS e coloca o desafio de pensar os processos formativos a partir dos problemas que impedem a atenção integral. A partir das Rodas de Conversas há uma possibilidade de ruptura com as práticas verticalizadas e centralizadas, visando a integração formação-trabalho e o fortalecimento de um perfil profissional comprometido ética e politicamente com as necessidades de saúde da população (LIMA; SANTOS; SARRETA, 2019).

Pode-se afirmar que o movimento social contra hegemônico, orientado pelo Projeto Ético-Político Profissional e da Reforma Sanitária, resiste à indicação neoliberal que informa políticas públicas restritas, focalizadas e indica a privatização e terceirização como alternativas viáveis para a saúde da população brasileira. Portanto, esta não é uma particularidade do nordeste paulista do Estado de São Paulo, é um problema nacional e mundial. Exige da categoria profissional a capacidade de decifrar a gênese dos problemas sociais e desigualdades, do mesmo modo, das estratégias profissionais para o enfrentamento e ruptura com a formação e o trabalho em saúde mecanicista, conservador, assistencialista, que estimula práticas fragmentadas e deslocadas do movimento da realidade, perdendo de vista a totalidade da vida social.

Este caminho faz com que os espaços coletivos se constituam em espaços de enfrentamento das dificuldades e limites encontrados na saúde. Espaços onde os sujeitos exercitam sentimentos, indagações, inquietações, troca de experiências e vivências, conquistas e avanços, e problematizam dificuldades para fortalecer a integração da formação e trabalho em saúde, e a defesa da saúde como direito social.

Assim, o artigo está organizado a partir da reflexão do Serviço Social na saúde, sua importância como profissão comprometida com a defesa do SUS constitucional, portanto, necessariamente deve estar orientado no debate do Projeto da Reforma Sanitária e no Projeto Ético-Político Profissional. Apresenta a Educação Permanente em Saúde como estratégia adotada no SUS como política pública para a formação de recursos humanos do setor e, o debate sobre as Rodas de Conversas sobre Saúde, como espaços de diálogo e de integração da formação e trabalho em saúde.

2. Serviço Social na Saúde, desafios e potencialidades

O Serviço Social brasileiro integra o conjunto das profissões de saúde, uma conquista marcada pela presença da profissão nesta área desde o seu surgimento no Brasil na década de 1930. Assim, a configuração do Serviço Social como profissão de saúde evidencia-se pela sua vinculação histórica e o seu significado social nos serviços e na defesa deste direito social (MARTINELLI, 2001). Ao compor o conjunto de profissões de saúde, a/o assistente social atua nas manifestações da questão social e no modo como elas interagem com a política social, mediação na constituição do trabalho profissional (IAMAMOTO, 1998).

O enfrentamento da questão social pelo Estado evidencia os limites e as possibilidades no âmbito das políticas sociais, e como elas traduzem as contradições entre o Estado, as instituições e as demandas da classe trabalhadora. É nesta disputa que se movimenta o trabalho profissional do assistente social e, historicamente, a saúde é um dos espaços socio ocupacionais mais significativos da atuação profissional, realidade que está presente desde seu surgimento até a atualidade (BRAVO, 2007).

A década de 1990 foi marcada pela grande inserção do Serviço Social na saúde, entretanto, logo após a aprovação da Constituição e da criação do SUS, o ideário neoliberal avançou no país e impactou diretamente os direitos sociais assegurados. O neoliberalismo surgiu como uma política econômica, no final da década de 1970, indicando a restrição do papel do Estado e a abertura para o mercado, a partir do fortalecimento desse ideário as políticas sociais e públicas passaram a ter cada vez mais um caráter focalizado e seletivo, com impactos na crescente redução dos direitos, na privatização dos serviços e, conseqüente afastamento do Estado na garantia dos direitos constitucionais.

A promulgação da Constituição cidadã e a criação do Sistema universal de saúde se deu em um contexto de crise mundial, ou seja, na contracorrente do movimento de crise e reestruturação de direitos numa perspectiva neoliberal. Apesar das particularidades políticas

do contexto nacional, o Brasil não fica imune a este avanço e passa a incorporar fortemente as medidas neoliberais, momento em que a política de saúde está sendo descentralizada, comprometendo a consolidação dos princípios e diretrizes organizacionais, como a descentralização político administrativa, a regionalização dos serviços e ações, entre outras.

A implantação do SUS no país foi fortemente impactada por essa contrarreforma, principalmente, no que se refere a participação do mercado privado como forma complementar aos serviços públicos de saúde. O financiamento da política pública de saúde foi comprometido, uma vez que os recursos que deveriam ser exclusivos do SUS são destinados também aos planos privados, induzindo a mercantilização e o projeto privatista. Ainda, o interesse de órgãos econômicos na saúde, como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BM), vai se constituir como um importante mercado a ser explorado pelo capital, tais como as indústrias farmacêuticas, empresas de tecnologias e de equipamento de saúde, e outras opções para ampliar o capital.

Neste cenário, de aprofundamento das desigualdades sociais e das múltiplas expressões da questão social, base sócio histórica da requisição da profissão, o Serviço Social vem reafirmando a defesa do SUS universal, público e de qualidade, e participando do trabalho na saúde, especialmente nos municípios, onde se efetivam concretamente as ações de saúde (BISCO; SARRETA, 2019). Do mesmo modo, buscando construir estratégias e respostas qualificadas para as demandas apresentadas no cotidiano da saúde.

Os avanços do Serviço Social brasileiro têm como base o debate que vincula a profissão a um projeto societário que propõe a construção de uma nova sociedade, mais justa, sem exploração e sem dominação, opções que reafirmam a defesa dos direitos sociais. O compromisso profissional está direcionado para a qualidade dos serviços oferecidos, a produção teórico-científica e a busca de estratégias e respostas qualificadas para o enfrentamento dos desafios no âmbito das políticas públicas (NETTO, 2006).

A partir da perspectiva histórico crítica de tradição marxista, a análise desta realidade social, considerando sua historicidade, contradições e conflitos, estão as possibilidades da profissão ampliar alternativas de acesso à saúde. Este referencial redimensionou o projeto profissional e o seu significado social junto à classe trabalhadora brasileira (NETTO, 1999). A formação generalista possibilita apreender as expressões da questão social com uma base teórico-metodológica direcionada à compreensão dos processos relacionados à realidade brasileira, contexto onde se gestam as políticas sociais.

Conforme lamamoto (2005), apreender a questão social é também captar as múltiplas formas de pressão social, de invenção e reinvenção da vida construída no cotidiano,



decifrando as múltiplas expressões da questão social e as novas características que assume na contemporaneidade, atribuindo transparência às iniciativas voltadas à sua reversão e/ou enfrentamento imediato.

Na saúde, a profissão contribui efetivamente para dar visibilidade pública a essa face da questão social, uma vez que o cenário atual desafia assistentes sociais a se qualificarem para acompanhar e explicar as particularidades da questão social nos níveis nacional, regional e municipal, diante das estratégias de descentralização e municipalização (MOTA, 2006). Assim, a conjuntura impõe limites e possibilidades para a ação dos sujeitos, para a proposição de alternativas criadoras, inventivas, resultantes da apropriação das contradições presentes na própria dinâmica da vida social. Essa compreensão é fundamental para se evitar uma atitude fatalista do processo histórico e, por extensão, do trabalho profissional na saúde.

A importância histórica do reconhecimento da profissão na saúde está explicitada nas orientações do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), tendo importantes marcos teóricos e políticos, como a Resolução Conselho Nacional Saúde n. 218 de 1997 que regulamenta as profissões de saúde, inclusive o assistente social; a Resolução do CFESS n. 383 de 1999 que caracteriza o assistente social como profissional da saúde e qualifica para atuar com competência nas diferentes dimensões da questão social no âmbito da política de saúde (CFESS, 2010). A Resolução é um instrumento que direciona o exercício profissional para a construção de alternativas e respostas que ampliem o atendimento das necessidades sociais dos usuários nos serviços, destaca a interdisciplinaridade na saúde e reafirma o posicionamento em favor da equidade e justiça social na saúde.

Portanto, a atuação da/o assistente social na saúde na direção do Projeto Ético-Político Profissional na saúde deve, necessariamente, estar articulada ao Projeto da Reforma Sanitária, pois são projetos contra hegemônicos que resistem à lógica capitalista e de orientação neoliberal de privatização e focalização, onde a saúde é vista como uma mercadoria; e, estão direcionados para uma nova sociabilidade, visando efetivar a universalidade de acesso por meio de políticas públicas efetivas (CFESS, 2010).

Desse modo, reafirma-se que o enfrentamento das manifestações da questão social na saúde deve ter necessariamente referência no Projeto Ético-Político Profissional, que se materializa no Código de Ética e na Lei de Regulamentação da Profissão de Serviço Social, ambos de 1993, nas Diretrizes Curriculares para o Curso de Serviço Social da ABEPSS de 1996, que redimensiona a formação profissional para fazer frente ao trabalho profissional nesse cenário histórico. Sobretudo, nas referências significativas do debate coletivo sobre a saúde, como a Carta de Maceió, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde do Ministério da

Saúde, e tantos outros documentos que se fundamentam na concepção ampliada da saúde e no trabalho profissional crítico e propositivo.

Frente às requisições postas pelas exigências do mercado de trabalho e que podem comprometer a atuação profissional no âmbito da política de saúde, o CFESS organizou após intenso debate coletivo da categoria, os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (CFESS, 2010), que articula os princípios do Projeto Ético-Político Profissional com as proposições do Projeto da Reforma Sanitária, no sentido de fortalecer estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem este direito social. O documento oferece subsídios para a atuação na saúde e organização das atividades próprias da profissão, em especial, o trabalho interdisciplinar para a atenção integral e ações intersetoriais e comunitárias que se aproximem do cotidiano da população e da realidade local e regional.

Iamamoto (2005) orienta que o trabalho profissional se fortalece pela produção do conhecimento e do aprimoramento técnico-operativo e teórico-metodológico, pois são funções e respostas que a profissão desenvolve a partir das condições apresentadas pela população e acabam influenciando as demandas institucionais, legitimando o projeto profissional na superação da situação atual. É nesta intencionalidade de superação das desigualdades e injustiças sociais que está posta a capacidade de transformação da realidade atual.

A precarização da política de saúde se expressa em todos os níveis, envolvendo tanto o trabalhador de saúde como a população usuária, seja nas condições de atendimento, na infraestrutura inadequada, na violação dos direitos, na desumanização das pessoas, no aprofundamento da pobreza, ou seja, é um cenário que está pedindo um olhar ético e político. O que remete ao pensamento de Minayo (2004):

A saúde enquanto questão humana [...] é uma problemática compartilhada [...] por todos os seguimentos sociais. Porém as condições de vida e de trabalho qualificam de forma diferenciada a maneira pela qual as classes e seus segmentos pensam, sentem e agem a respeito dela. Isso implica que, para todos os grupos [...], a saúde e a doença envolvem uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais, ambientais da condição humana e de atribuição de significados. (2004, p. 14)

Ao reconhecer a saúde em sua totalidade, como resultado das condições econômicas, políticas, sociais, educacionais, culturais, o Serviço Social passa a fazer parte do conjunto das profissões necessárias à identificação e análise da determinação do processo saúde-doença. A partir desta perspectiva é que o trabalho da/o assistente social busca o enfrentamento da questão social na saúde visando ao atendimento das necessidades sociais apresentadas pelos usuários. “É nesta tensão entre produção de desigualdade e produção da rebeldia e da resistência, que trabalham os assistentes sociais, situados neste terreno movido por



interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou fugir deles porque tecem a vida em sociedade” (IAMAMOTO, 1998, p. 28).

As manifestações da questão social geram desigualdades que influenciam diretamente a saúde da população, como o desemprego, fome, adoecimento, pobreza, exploração, entre outras formas de exclusão social (MOTA, 2006). Na saúde as expressões das injustiças sociais se apresentam pelas perdas do trabalho, renda, moradia, de recursos materiais e físicos para se ter saúde; pelo sofrimento diante do adoecimento, morte, incertezas e dúvidas, ou seja, todas se constituem em demandas do trabalho profissional da/o assistente social, já que determinam e interferem diretamente na saúde de indivíduos, grupos e comunidades.

Netto (1996) advertiu há várias décadas, em suas prospecções, esta destruição avassaladora pelo capital com intensas transformações societárias no âmbito político, econômico, social, cultural, as quais afetam diretamente o conjunto da vida social e acentuam-se as violências, a xenofobia, o conservadorismo, o autoritarismo, a destruição do meio ambiente, entre outras que incidem fortemente sobre as profissões. O autor chama a atenção sobre a importância de refletir as estratégias profissionais para responder às problemáticas emergentes, e uma das faces destas transformações está nos padrões de sociabilidade, gerando uma cultura que incorpora características típicas de mercadoria, marcadas pela aparência e imediaticidade da vida social. Sendo que o verdadeiro problema que estas alterações emergentes colocam no mercado de trabalho, está em como responder a elas?

Boschetti (2017) ao analisar este cenário de crises, afirma que o pensamento neoliberal se fortalece no Brasil exatamente quando a sociedade está reconstituindo o Estado Democrático de Direito e conquistando direitos com a Constituição de 1988. Depois de um longo período de regime militar, que implementou políticas sociais com características tecnocráticas centralizadoras, autoritárias, em que os direitos sociais reconhecidos eram uma compensação à supressão dos direitos políticos e civis. Para a autora o neoliberalismo foi absolutamente destruidor e assumiu expressões diferenciadas no mundo, e na sociedade brasileira as respostas foram de destruição destas conquistas.

A perspectiva de tradição marxista afirma que a crise atual não é uma crise cíclica, mas uma crise de superprodução, ou seja, uma crise estrutural do sistema capitalista analisa Boschetti (2017). Esta perspectiva enfatiza que a crise contemporânea não é apenas econômica, mas uma crise planetária que atinge todas as esferas da vida e revela a barbárie capitalista que tudo destrói na sua busca de manter um padrão de acumulação e de garantia da reprodução do capital, com consequências no aprofundando da pobreza e desigualdades.



Em relação à política de saúde, a autora ressalta que é uma tendência mundial dessas contrarreformas, a restrição aos sistemas universais e a ampliação da mercantilização com a expansão dos planos privados, como uma alternativa de acumulação. A principal tendência é a manutenção de sistemas públicos básicos focalizados para população de baixa renda.

Os desafios são expressivos e, na reflexão de Iamamoto (2006), as possibilidades estão dadas na realidade, mas não são automaticamente transformadas em alternativas profissionais, portanto, é preciso acreditar que o Serviço Social pode apropriar-se dessas possibilidades e como sujeitos transformá-las em projetos de trabalho. A saúde é um espaço com características diferenciadas, onde está presente a vida em todas as suas múltiplas manifestações, desse modo, desvendar esta realidade no contexto de aprofundamento da questão social exige profissionais atentos e comprometidos, para decifrar os problemas sociais que circulam a saúde e buscar estratégias de ação para o seu enfrentamento.

Nesse sentido, é fundamental reconhecer que os problemas e suas expressões contemporâneas precisam ser desvelados em sua essência, indo além do que está aparente e naturalizado, requerendo a sensibilidade ética para o trabalho com os sujeitos na sua condição de fragilidade. Martinelli (2015) contribui com esta reflexão junto à categoria profissional, quando analisa que a/o assistente social acompanha o adoecimento e agravamento do quadro de saúde-doença dos usuários, onde a palavra, o gesto, a escuta, o acolhimento, ajudam para que os sujeitos possam se fortalecer na sua humanidade. Este olhar na saúde é insubstituível, onde é preciso ter a coragem de fazer do trabalho profissional cotidiano uma expressão ética e política comprometida com a própria vida.

Nesse sentido, o Serviço Social é uma profissão que está presente nos diversos municípios do país, onde apresentam-se demandas cotidianas que exigem respostas profissionais que favoreçam o acesso, acolhimento, tratamento, entre outras demandas sociais. Portanto, tem grande contribuição no debate crítico e qualificado da política de saúde a partir de espaços efetivamente democráticos que estimulem a participação dos sujeitos, dando maior visibilidade ao trabalho desenvolvido no âmbito local e regional.

3. Educação Permanente em Saúde, integração da formação e trabalho

A criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para a Formação dos Trabalhadores do SUS é fruto do Movimento da Reforma Sanitária brasileira para a formação de recursos humanos em saúde, como responsabilidade do Estado. No contexto histórico da Reforma Sanitária o aprofundamento da democracia e da justiça, por meio de

lutas contra as desigualdades e injustiças sociais, foi se desenvolvendo um novo conceito de saúde como direito universal, em que todos os indivíduos são iguais perante essa necessidade básica.

As proposições da Reforma Sanitária brasileira compreendem a responsabilidade do Estado e da própria sociedade na garantia do direito à saúde, e questiona o direcionamento do sistema capitalista dado à saúde como mercadoria, a qual deve ser vista como “garantia de vida, rompendo o modelo que restringe a saúde ao diagnóstico das doenças”, e a especialistas, exigindo assim, “mudança nas relações de poder, implicando em uma dimensão que politiza tanto o diagnóstico como as ações de saúde, repolitizando, assim, criticamente as políticas” (BRASIL, 2007, p.19). Portanto, a referência analítica dos estudos e pesquisas é o conceito de saúde adotado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986, como condição de vida e de trabalho da população, resultado de determinações histórico-estruturais e conjunturais da nação, que envolve as condições de acesso aos bem produzidos socialmente, como a alimentação, educação, trabalho, educação, renda, habitação e outras necessidades essenciais ao desenvolvimento humano.

Dessa perspectiva, a EPS estimula a reflexão no mundo do trabalho e pode contribuir para melhorar a qualidade da assistência, incorporando nas ações de saúde os princípios e valores do SUS. A construção desse aprendizado é necessária para um novo modo de construir saúde, como um lugar aberto que considera as necessidades e as demandas dos serviços de saúde locais e regionais e a participação efetiva dos atores sociais, para disseminar a capacidade pedagógica na rede de saúde e descentralizar esse processo com configuração local e regional. Assim, pode incidir em interesses comuns, cumprindo um papel de ativação de processos solidários, um sistema de serviços capaz de acolhimento, responsabilidade e resolutividade.

A EPS é a aprendizagem incorporada ao trabalho, difere das propostas de transferência de conhecimentos, que aponta as necessidades cada vez mais exigentes de um perfil de trabalhador polivalente, qualificado ou ainda, bem treinado. Não se trata de um modismo, ou uma nova maneira de justificar a formação contínua, mas da opção político-pedagógica que reafirma a importância da articulação ensino-trabalho-cidadania (BRASIL, 2007). Apresenta uma concepção de educação sem neutralidade, ao reconhecer que toda concepção e prática educativa serve como instrumento cultural para reprodução de valores e ideias, seja de opressão, alienação, dominação, ou para sua transformação com igualdade e justiça social. O exercício da EPS propõe uma ação articulada do ensino-trabalho-gestão-control social, para identificar prioridades e construir um diagnóstico local/regional visando

uma formação comprometida com as necessidades de saúde, e não com as indicações do mercado.

A EPS prioriza a relação ensino-aprendizagem movida pelo debate crítico e discussões das exigências presentes nos serviços de saúde, problematizando a realidade concreta e levando em consideração os conhecimentos, os saberes e as experiências que as pessoas possuem. Ao problematizar a situação concreta de trabalho, as propostas de soluções e alternativas passam a ser mais reais e próximas dos sujeitos e, sobretudo, descentralizadas e compartilhadas. A análise construída a partir da realidade percebida no cotidiano dos sujeitos estudantes, estagiários, trabalhadores, pesquisadores, docentes, entre outros, torna possível o respeito a seus anseios, questionamentos, necessidades, debatidos no coletivo.

No contexto do SUS, a problematização foi ressaltada para construção de relações baseadas em uma prática pedagógica transformadora, em que os sujeitos são motivados a experimentar uma maneira diferente de ver o mundo, para a solução de problemas que são coletivos. Esse processo, em oposição a uma educação de dominação, leva a romper com a postura de transmissão de informações e de passividade, revira antigas certezas e provoca a desconstrução de valores, ideias, conceitos e sua construção e reconstrução. O caráter fortemente político do trabalho pedagógico a partir da problematização é condição para o desenvolvimento de uma inteligência da escuta, do cuidado, do tratamento em si, para a produção das aprendizagens relativas à intervenção na vida social e coletiva (FREIRE, 2004). Esse exercício tem o sentido especial de provocar o exercício da cadeia dialética da relação prática-teoria-prática, tendo como ponto de partida e de chegada, do processo de aprendizagem, a realidade social.

É um caminho que permite incidir em espaços de interesses comuns e o processo de trabalho, como uma dimensão formativa no âmbito do SUS, pode se constituir em espaços educativos (SARRETA, 2012). Ao introduzir uma metodologia participativa no desenvolvimento do trabalho, próxima da realidade local e regional, amplia o exercício da diversidade, de valores e ideias, e de opções éticas e políticas que orientem novas concepções na formação permanente dos sujeitos sobre o contexto onde se gestam as políticas sociais, o sistema capitalista. É nesse sentido, que as práticas de educação saem das agendas acadêmicas para se integrarem às práticas dos serviços públicos de saúde.

Para fortalecer essa concepção, o modelo que se pretende superar considera as diversas particularidades e especificidades de indivíduos, grupos e comunidades, neste sentido, favorece a construção coletiva de novas possibilidades no trabalho comprometidas

ética e politicamente com a realidade local e regional. Um processo profundamente democrático, e só pode se sustentar sobre a base de sujeitos que desejam transformações da sociedade – econômicas, políticas, culturais, nas relações sociais e institucionais.

4. As Rodas de Conversas sobre Saúde, desafios e potencialidades

A ênfase da saúde e da educação é a do mercado, ou seja, a introdução da EPS nas reflexões e análises da política de saúde contribui como estratégia fundamental no fortalecimento da saúde como direito. A estratégia apresenta uma concepção de educação sem neutralidade, ao reconhecer que toda prática educativa serve como instrumento cultural para reprodução de valores e ideias – de opressão, alienação, dominação; ou de transformação – de liberdade, igualdade, equidade, justiça social. Trata-se de uma opção pedagógica e política que reafirma a articulação formação-trabalho para a cidadania e a saúde, o que demonstra a importância de espaços democráticos, para articular a formação pedagógica e as racionalidades necessárias na efetivação do SUS.

O enfrentamento dos desafios teóricos e práticos colocados para as profissões no contexto contemporâneo, não pode prescindir do encontro das ideias, reflexões e organização dos sujeitos que constroem no cotidiano as alternativas e respostas para os problemas de saúde. Para Iamamoto (2005) o contexto atual solicita um amplo conhecimento das novas formas de produção das expressões da questão social, que são objeto do trabalho do assistente social, portanto, a opção coletiva é um caminho que requer:

[...] o desempenho e capacitação para atuar em equipes interdisciplinares, para realizar pesquisas sobre temas da realidade regional, para informar projetos de trabalho, aprofundamento e estudos sobre as áreas específicas de atuação no cotidiano profissional. [...] A articulação com setores institucionais afins e movimentos sociais mostra-se básica para potencializar o desenvolvimento de ações voltadas ao fortalecimento do coletivo (IAMAMOTO, 2005, p.125).

A construção da Rodas de Conversas sobre Saúde é um caminho para ajudar na construção de relações de parceria entre os sujeitos envolvidos – usuários, familiares, cuidadores, grupos, comunidades, estimulando-os a criar vínculos de pertencimento e de fortalecimento, uma vez que neste contexto individualista e desumano as pessoas estão desapropriadas e precisam acreditar no próprio potencial de organização e de resistência. A direção do trabalho profissional nesta perspectiva transforma o cotidiano da saúde em possibilidades de novas experiências, diálogos, ações interdisciplinares e intersetoriais, as quais podem romper com o fatalismo que circunda os serviços de saúde e que tem a intenção de paralisar os sujeitos e de desacreditar do próprio trabalho.

A Roda de Conversa é uma ferramenta que favorece a integração dos sujeitos e a construção de possibilidades para a socialização do saber comum, do conhecimento científico e técnico, e que desafia a refletir coletivamente concepções, valores, princípios e diretrizes sobre a saúde e o SUS. Na Roda estão presentes as inquietações relacionadas à realidade social, as preocupações, curiosidades, interesses, voltados para o pensamento crítico e a postura investigativa na formação e no trabalho profissional. É um caminho que busca romper com a lógica do mercado, própria da configuração capitalista, que estimula o individualismo e competitividade, tanto na formação como no trabalho (BISCO; SARRETA, 2019).

Portanto, a opção de priorizar a Roda de Conversa como espaço de aprendizagem, reconhece que o exercício do diálogo é fundamental nesse momento histórico e que a partir dele é possível a construção coletiva de novos conhecimentos. Na Roda a palavra é um instrumento central e os espaços de aprendizagem são organizados problematizando situações e identificando temas de interesses comuns, sendo que todas as atividades/etapas são desenvolvidas através do exercício da problematização – observação da realidade, identificação de prioridades, teorização (pesquisas, estudos, debates), hipóteses para solução e aplicação à realidade (BERBEL, 1998).

Pode-se afirmar que este caminho estimula a aprendizagem e interesses de realizar leituras, análises e reflexões sobre as inquietações e sentimentos, a construção teórica, entre outras experiências que vão contribuindo para a formação do sujeito como ser integral, individual e coletivamente. Esse processo, em oposição à educação conservadora, é um caminho para a potencialização ética e política dos sujeitos, e requer a disposição para rever conceitos, ideias, e experimentar os espaços coletivos como de construção e de pertencimento, onde todos têm responsabilidades e compromissos.

A Roda de Conversa apresenta-se como alternativa de integração formação-trabalho ao realizada sistematicamente a partir da problematização de situações e identificação de temas de interesse, podendo ser organizada pelos próprios membros envolvidos e integrando, sempre que possível, o estudante e o profissional como facilitadores dos debates. Os resultados mostram que tem se constituído como um espaço de referência para o debate sobre a política pública de saúde e o trabalho no SUS local e regional, principalmente, um espaço que potencializa interesses e provoca a participação na saúde, novas pesquisas e estudos, construção de projetos e ações, etc. A diversidade de temáticas que podem ser desenvolvidas nas Rodas de Conversas sobre Saúde, evidencia o compromisso com as demandas sociais, motivadas pela realidade social.

3. Conclusões

O papel da universidade em fomentar esse debate, e do mesmo modo, a integração formação-trabalho, encontra significado deste direcionamento nas análises de Netto (1996), que há várias décadas chama a atenção desta realidade social, marcada por intensas transformações societárias que afetam profundamente o conjunto da vida social e incidem diretamente sobre as profissões. Para o autor, no mundo contemporâneo praticamente todas as profissões estão assinaladas por diversidades, tensões e confrontos, exige a importância de estabelecer estratégias profissionais às problemáticas emergentes.

A intenção de aproximar e ampliar a participação dos estudantes na vida comunitária significa reconhecer e incorporar, neste processo, todas as contradições e conflitos próprios da sociedade capitalista, para que expressem desafios, limites e possibilidades no desenvolvimento da política de saúde local e regional. Ou seja, são respostas aos problemas vivenciados no cotidiano da saúde que estudos e pesquisas em saúde buscam desvendar.

As avaliações demonstram que a Roda de Conversa é uma ferramenta potente a partir da organização da metodologia participativa – a problematização, estimulando a participação ativa e crítica, a criatividade, sendo que a integração entre estudante-profissional é o aspecto mais expressivo e valorizado nesse processo.

Os resultados evidenciam, ainda, que o trabalho pedagógico a partir da problematização é condição para o desenvolvimento de uma inteligência da escuta, do cuidado em saúde, para produção das aprendizagens relativas à intervenção na vida social e coletiva. Esse exercício tem o sentido especial de provocar nos sujeitos o exercício da cadeia dialética de ação-reflexão-ação, ou da relação prática-teoria-prática, tendo como referência do processo de ensino e aprendizagem, a realidade social. Portanto, demonstram que a EPS é de difícil exercício, já que busca a ruptura com práticas verticalizadas e centralizadoras, é um exercício de disposição para construção de espaços efetivamente democráticos, onde é preciso o exercício da paciência, da escuta, respeito, convivência, de aprender a aprender.

O enfrentamento dos desafios teóricos e práticos colocados para as profissões no contexto contemporâneo, não pode prescindir do encontro das ideias, da reflexão e do fortalecimento dos sujeitos que constroem no cotidiano, alternativas e respostas para os problemas da formação e do trabalho na saúde. O diálogo entre estudantes, trabalhadores de saúde, usuários, gestores, pesquisadores, docentes, é fundamental para fortalecer o compromisso ético e político na defesa do SUS público, universal e integral. Este direcionamento busca romper com a lógica do mercado, própria da configuração capitalista,

coloca em reflexão os valores e as concepções sobre a política de saúde neste contexto, onde o mercado é o centro da sociedade.

Reafirma-se que no cenário contemporâneo as profissões precisam dar respostas qualificadas aos problemas enfrentados, exigindo a coragem de pensar a saúde numa perspectiva transformadora e em constante movimento de ideias, valores, sentidos e conceitos. Assim, a Roda de Conversa sobre Saúde é um espaço coletivo para tornar visível as trajetórias de lutas, experiências e resistências dos sujeitos.

REFERENCIAS

- BRASIL. Ministério Da Saúde. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: Acesso 4 mar. 2002.
- BRASIL. Ministério Da Saúde. **Portaria n. 198/GM/MS em 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como Estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério Da Saúde. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. **Portaria no 1996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BERBEL, N.A. A problematização baseada em problemas: são diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface Comunicação, Saúde e Educação** n. 2, fev. de 1998, p. 139-154. Fundação UNI/UNESP.
- BISCO, G. C. B.; SARRETA, F. O. A construção do direito à saúde e do SUS no cenário neoliberal e a contribuição do Serviço Social. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 18, n. 1, p. 78-90, jan./jun. 2019.
- BOSCHETTI, I. Impactos da crise contemporânea na seguridade social: desafios postos aos assistentes sociais na saúde. **Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde**. CFESS, Conselho Federal de Serviço Social: Brasília, 2017.
- BRAVO. M. I. S. **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: UFRJ, 2007.
- CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília: CFESS, 2010. (Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais).
- FREIRE, P. Pedagogia da Autonomia. Saberes necessários à prática educativa. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004.
- IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 14. Ed. São Paulo: Cortez, 2006.
- IAMAMOTO, M. V. **Relações sociais e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1998.
- MARTINELLI, M.L. Serviço Social em Hospital-Escola: um espaço diferenciado de ação profissional. **Serviço Social e Saúde**, 1(1), 1-12, 2015. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634840>.
- MARTINELLI, M.L. **Serviço Social: identidade e alienação**. 7.ed. São Paulo: Cortez, 2001.
- MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política**. 23.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006. Livro 1.
- MOTA, A.E. et al. (Orgs.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS/OMS: Ministério da Saúde, 2006.
- LIMA, E. D.; SANTOS, G. V. E.; SARRETA, F. O. Democracia, participação e controle social na saúde: um processo em (des)construção In: **Políticas Públicas e Sociais no Contexto Neoliberal: um olhar a partir de diversos saberes**. Curitiba/PR: CRV e Cultura Acadêmica, 2019, v.1, p. 65-78.
- NETTO, J.P. Transformações societárias e serviço social. Notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, 1999, n. 50.
- SARRETA, F.O. O trabalho em saúde: desafios da educação permanente em saúde. **Coleção Scielo Proceedings**, v. 1, p. 1-1, 2012.

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E O PROCESSO DE ENSINO- APRENDIZAGEM: O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO COMO ESPAÇO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Geovanna Rodrigues De Souza (Universidade Federal De Goiás - UFG); Andrielle Albina
Dos Santos (Universidade Federal De Goiás - UFG); Tereza Cristina Pires Favaro
(Universidade Federal De Goiás - UFG).

RESUMO: O estudo apresenta uma reflexão sobre a Residência Multiprofissional em Saúde. Nessa assertiva, trouxe contribuições para o debate e reflexão sobre os desafios do HC como espaço de formação da residência e de atuação do Serviço Social a presença do Serviço Social no HC. Com efeito, proporcionou um olhar crítico da temática, uma análise de suas potencialidades e limitações. Trata-se de um estudo consubstanciado no materialismo histórico, baseado em uma estratégia qualitativa de pesquisa, com realização de entrevistas com residentes do Serviço Social do Programa Multiprofissional em Saúde do Hospital das Clínicas UFG/Ebserh.

Palavras-Chave: Saúde Serviço Social, Formação, Residência

ABSTRACT: The study presents a reflection on the Multiprofessional Residency in Health. In this assertion, it brought contributions to the debate and reflection on the challenges of HC as a space for the formation of the residence and the performance of Social Work, the presence of Social Service in HC. Indeed, it provided a critical look at the theme, an analysis of its potential and limitations. This is a study embodied in historical materialism, based on a qualitative research strategy, with interviews with residents of the Social Service of the Multiprofessional Health Program at Hospital das Clínicas UFG / Ebserh.

Keywords: Health Social Work. Training. Residence.



1. INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como objetivo analisar e compreender como ocorre o processo de formação dos profissionais residentes de Serviço Social do Hospital das Clínicas HC/UFG/EBSERH, identificando os desafios postos aos assistentes sociais em processo de especialização. Também visa refletir acerca da contribuição do hospital universitário na formação de profissionais de saúde. O interesse pela temática surgiu das inquietações e dos questionamentos evidenciados durante o estágio curricular obrigatório realizado em um hospital universitário, referência no atendimento de média e alta complexidade, localizado na região Centro-Oeste do país.

A pesquisa busca sustentação no método histórico dialético para conduzir a investigação e a análise, pois:

fornece as bases para uma interpretação dinâmica e totalizante da realidade, já que estabelece que os fatos sociais não podem ser entendidos quando considerados isoladamente, abstraídos de suas influências políticas, econômicas, culturais (GIL, 2008, p.14).

A metodologia utilizada foi a pesquisa qualitativa com enfoques quantitativos e identificou os aspectos econômicos, políticos, sociais, históricos e culturais presentes no cotidiano dos participantes da pesquisa. Para além da pesquisa bibliográfica e documental. Desse modo, a pesquisa visa contribuir e proporcionar aproximações da área de trabalho e formação do assistente social em uma residência multiprofissional de saúde, assim como a relevância de um hospital universitário enquanto espaço sócio-ocupacional e também de ensino.

Sob os aspectos éticos, o presente estudo respeitou a Resolução 510/162 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi apreciado pelo Comitê de Ética do referido hospital, local do estudo, tendo parecer favorável. Para fins de apresentação dos resultados e visando a preservar o anonimato dos participantes, adotamos a forma numérica conforme a realização da pesquisa.

2. SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

O Serviço Social é uma profissão de caráter sociopolítico, crítico e interventivo, participa da divisão social e técnica do trabalho. Com formação generalista o trabalho do assistente social está voltado à prestação de serviços sociais, por meio das políticas implementadas pelo Estado, bem como pela iniciativa privada, filantrópica e pelo terceiro setor. Nesses espaços, o assistente social tem relativa autonomia profissional para realizar

seu trabalho, uma vez que compete as instituições o estabelecimento das relações de trabalho, as condições, os meios de acesso, jornada de trabalho e salário.

Desde de sempre a saúde é reconhecida como um dos principais espaços sócio ocupacionais do assistente social. Em um hospital universitário, como o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC-UFG/EBSERH), local do estudo, o trabalho do assistente social assume características bem particulares, sendo requisitado para intervir na questão social, apreendida como:

[...]conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposto à apropriação privada da própria atividade humana – o trabalho –, das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos (IAMAMOTO, 2001, p.10).

Isso pressupõe do assistente social o conhecimento da realidade sócio-econômica-cultural dos usuários dos serviços do HC, no sentido de identificar os determinantes sociais que interferem na situação de saúde. É preciso, portanto, do assistente social, domínio teórico, leitura crítica da realidade, criatividade e rebeldia para ir além das atividades rotineiras e burocráticas que sucumbe o trabalho do assistente social ao cumprimento de atividades preestabelecidas, aos atendimentos focalizados (IAMAMOTO, 2009).

Some-se a isso, construir estratégias a partir do movimento da realidade, conhecer as demandas, identificar os limites e as possibilidades, escolher os instrumentais necessários para responder de forma qualificada as expressões da questão social e assegurar aos usuários o acesso aos programas, ações e serviços de saúde prestados pelo HC. É preciso, portanto, identificar as possibilidades de atuação e fugir do imediatismo, do espontaneísmo que tanto fragiliza o trabalho profissional e a efetivação dos direitos.

O Hospital das Clínicas, fundado em 1962, com 67 funcionários e 60 leitos – hoje são 1.436 trabalhadores e 290 leitos –, para atender a demanda dos alunos da Faculdade de Medicina em suas atividades de estágio, bem como atender a população rural, os indigentes, os desempregados e o sujeito sem carteira de trabalho assinada. Na atualidade, o HC é um hospital universitário de referência no Centro-Oeste, presta atendimento de média e alta complexidade e está integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS).

O Serviço Social²⁶⁹ presente na instituição atua em diferentes espaços, ambulatórios, enfermarias, clínicas, UTI's, urgência e emergência, no atendimento individual e com famílias, onde a prática profissional “referem-se às condições reais de vida dos usuários que se apresentam como: desemprego e subemprego; ausência de local de moradia; violência urbana, doméstica e acidentes de trabalho; abandono do usuário” (CFESS, 2010, p.43). No

²⁶⁹ Atualmente estão lotados no HC, 14 assistentes sociais.



HC o assistente social usufrui de relativa autonomia profissional na realização de seu trabalho, visto que as instituições estabelecem metas, relações de trabalho e suas condições, como meios de contratação, jornada de trabalho e salário.

O Serviço Social está presente no HC/UFG desde de sua fundação em 1º de março de 1962, assim, como, diferentes serviços, criados para garantir as condições necessárias ao funcionamento do HC. A criação coube a assistente social Omari Ludovico Martins, no início inserido no hospital dentro da perspectiva do Serviço Social Médico. Nesse período, a profissão encontrava-se em bases tecnicistas, posteriormente, dentro do processo de renovação deflagrado em 1960 e consolidado na década de 1980, com a ruptura com o conservadorismo. Para Yazbeck (2006, p.6):

é no bojo deste movimento, de questionamentos à profissão, não homogêneos e em conformidade com as realidades de cada país, que a interlocução com o marxismo vai configurar para o serviço social latino-americano a apropriação de outra matriz teórica: A teoria social de Marx.

Assim, diferentes propostas de trabalho foram construídas articuladas a realidade da profissão e da conjuntura, que em suas trajetórias obtiveram avanços e retrocessos. Atualmente, o Serviço Social/HC tem buscado de maneira incontestemente responder aos desafios colocados pelas expressões da questão social, pautando sua atuação no planejamento e na execução de políticas específicas, no caso, a saúde, assegurando a prestação de serviços à população, a democratização de informações, orientando-os quanto aos recursos existentes para o acesso aos seus direitos. Para responder às diversas demandas existentes no HC em relação ao Serviço Social, o assistente social utiliza dos instrumentos relatórios sociais, pareceres, encaminhamentos, estudo social (entrevista).

Portanto a profissão acompanhou as mudanças ocorridas no HC, vivenciou todo processo de consolidação do HC, como hospital universitário de referência na assistência à população da capital e de diversas localidades do estado e do país, e indispensável à formação de profissionais da área de saúde. Na condição de hospital universitário, o HC cumpre importante papel na formação e aperfeiçoamento de recursos humanos ao articular ensino pesquisa e extensão na área da saúde. Considerando ainda, a conexão intrínseca dos hospitais universitários no

[...] desenvolvimento de tecnologia para a área de saúde. A efetiva prestação de serviços à população possibilita o aprimoramento constante do atendimento e a elaboração de protocolos técnicos para as diversas patologias. Isso garante melhores padrões de eficiência, à disposição da rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, os programas de educação continuada oferecem oportunidade de atualização técnica aos profissionais de todo o sistema de saúde (BRASIL,2010)

Lembrando que, o Hospital das Clínicas UFG/Ebserh é integrado ao Sistema Único de Saúde. Com efeito, o SUS incorpora práticas de ensino, pesquisa e extensão em saúde ao seu modelo assistencial, afinado com orientações do Projeto de Reforma Sanitária²⁷⁰ que tem como fundamento o Estado democrático de acesso a saúde enquanto direito,

a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nessa direção, ressalta-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho, ou seja, com ênfase nos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do Estado (CFESS, p.17).

Nota-se assim, que o SUS traz em seu bojo, o conceito ampliado de saúde, não mais apreendido somente como ausência de doença, mas, vinculado aos determinantes sociais. Com efeito, pressupõe outra orientação de atendimento, na direção do atendimento integral e multidisciplinar aos usuários do SUS.

2.1 Hospital das Clínicas como espaço de formação

Do ponto de vista histórico, no Brasil, a primeira experiência de residência surge em 1945, vinculada ao curso de Medicina, na Universidade de São Paulo (USP), pautada no modelo americano, marco do Programa de Residência Médica. Posteriormente, em 1947, chega ao Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro. Entretanto, somente em 1977, pelo Decreto de nº 80.281 a Residência em Medicina foi oficialmente regulamentada na modalidade de pós-graduação *lato sensu*. Conforme seu Art. 1º, tal especialização destinada a médicos

sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva, funcionando em Instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional (BRASIL,1977).

Por sua vez, em 1978, surgiu a proposta de uma Residência Multiprofissional em Saúde. Veio do Rio Grande do Sul, criada na perspectiva de formar profissionais com uma visão ampliada e integrada de saúde e com perfil humanista e crítico (TORRES et al. 2019).

²⁷⁰ O movimento da Reforma Sanitária nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população (FIO CRUZ, 2008).

De lá para cá, ganha materialidade a Residência Multiprofissional como proposta de mudança na organização de trabalho e nas práticas profissionais e conseqüentemente o fortalecimento do SUS. Isso ocorre com mais vigor em 2003, a partir da efetiva interlocução entre as pastas de educação e de saúde, no sentido de impulsionar o trabalho em equipe tendo no horizonte a construção da integralidade do cuidado na formação em saúde. Neste mesmo ano é criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), secretaria do Ministério da Saúde (MS), com o objetivo de gerir especificamente a formação de recursos humanos em saúde. Então, em 2005, a Lei 11.129 e a Portaria Interministerial MS/MEC Nº 2117 instituem a Residência Multiprofissional em Saúde, envolvendo diversas categorias profissionais.

Nota-se que do ponto de vista teórico e metodológico, tal programa estrutura-se articulado as diretrizes da Política de Educação Permanente para o Sistema Único de Saúde (SUS), buscando uma aprendizagem em equipe multiprofissional inserida na realidade dos serviços de saúde (NEVES; FAVARO; GONÇALVES, 2017).

Depreende-se, pois, a partir da Residência Multiprofissional em Saúde, que importa ao SUS, formar profissionais de saúde para o trabalho pautado em práticas interdisciplinares, impulsionando assim, mudanças no modelo assistencial e o diálogo permanente entre as profissões que atuam na saúde, tendo em vista a ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral aos usuários dos serviços públicos de saúde.

Assim, cada profissão deve buscar desenvolver sua prática na perspectiva da totalidade. Nessa direção,

No âmbito do Serviço Social, a residência deve ser pensada no sentido de aprofundar a reflexão sobre as relações do Estado, a política de saúde e a inserção dos assistentes sociais na área, como também de possibilitar o trânsito do Serviço Social por um conjunto de disciplinas que facilitem a absorção de alternativas teórico-práticas que ultrapassem os limites da especialização tradicionalmente inscrita na área da saúde, além de suscitar reflexões acerca do trabalho em saúde (CASTRO, 2013, p. 5).

A Residência Multiprofissional em Saúde no HC-UFG/EBSERH, foi implantada em março de 2010, envolvendo as áreas de Serviço Social, Enfermagem, Fonoaudiologia, Odontologia, Psicologia, Nutrição, Fisioterapia, Farmácia e Biomedicina. Em sintonia com regulamentação nacional, tal programa é realizado na forma de educação em serviço, tem a duração de 24 meses, ou 5.760 horas, sendo majoritariamente realizado nas dependências do HC/UFG, bem como nas unidades de saúde da rede SUS, vinculadas ao município e estado (NEVES; FAVARO; GONÇALVES, 2017).

Nesse entendimento, o assistente social compõe a equipe de saúde no contexto da Residência Multiprofissional de Saúde do HC, contribuindo e alargando sua formação na

política de saúde, em consonância com os princípios do Projeto Ético Político e do Projeto de Reforma Sanitária e suas concepções coletivas e universais de saúde. Dessa forma, contribuir na formação e no exercício profissional crítico, criativo capaz de intervir nas expressões da questão social de forma qualificada.

Nas atividades da RMS os tutores são vinculados ao HC e os docentes vinculados aos cursos de graduação UFG. A estrutura da UFG é utilizada para a efetivação das atividades do Programa de Residência Multiprofissional em decorrência de sua localização próxima ao Hospital das Clínicas, possibilitando aos residentes o uso da Biblioteca Central, auditórios, salas de aula, restaurante universitário e atendimento no Programa Saudavelmente. Entretanto, em relação à estrutura física propriamente dita, local da residência Multiprofissional não existe salas próprias para as atividades e demandas dos residentes, que buscam revezar com outros profissionais a utilização dos espaços disponíveis.

3. RESULTADOS ALCANÇADOS

A interlocução com os residentes do Serviço Social, total de nove inseridos no Programa de Residência Multiprofissional do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, resultou na participação de 4 residentes que aceitaram participar do estudo, significando então, 66% dos assistentes sociais residentes da instituição.

Todos os participantes do estudo (100%) são do sexo feminino, o que não significa que apenas mulheres estão inseridas no programa, significa que somente mulheres aceitaram participar da pesquisa.

Todavia, vale ressaltar, que a presença feminina no serviço social se apresenta em expressiva preponderância, uma vez que a profissão fora construída por mulheres. De acordo com LIMA, a explicação dessa predominância atribui-se ao fato de a subjetividade feminina ter sido construída socialmente, atribuindo valores como a docilidade, sensibilidade, “doar-se aos outros” características do ser feminino (LIMA,2014).

Sendo o serviço social uma profissão que emerge ligada a doutrina religiosa, os valores supracitados eram imbricados a figura da mulher que por sua vez tinha “vocação” para ser tal profissional. Tais valores se perpetuaram ao longo dos anos, e se reafirmaram através da divisão sexual do trabalho atingindo por consequência espaços de formação profissional como a residência multiprofissional em saúde.

Observou-se que a maioria (75%) das residentes entrevistadas são solteiras e residem sozinhas, outras (25%) estão casadas e residem com a família. Em relação a faixa etária variam de 25 a 32 anos.

Outra variável diz respeito a naturalidade, metade das entrevistadas (50%) nasceram no estado do Pará, 25% nasceram no estado de Goiás e 25% no Distrito Federal, o que demonstra que o HC-UFG recebe profissionais de vários estados do Brasil.

Na categoria de análise sobre os motivos para a inserção das assistentes sociais no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde no HC-UFG/EBSERH, se destacam: a insegurança de finalizar a graduação e já assumir a responsabilidade de ser um assistente social, a falta de emprego na área, a aproximação com a área da saúde, a oportunidade de fazer uma pós-graduação e a possibilidade de exercer a profissão e continuar no processo de aprendizagem.

Diante dessas justificativas, é importante salientar que no contexto vivenciado pela atual conjuntura do Estado Brasileiro, onde se predomina a expansão do neoliberalismo, uma política econômica que defende a liberdade absoluta do capitalismo e a intervenção mínima do Estado, possui uma relação direta com o mundo do trabalho e as torna-se realidade de toda classe trabalhadora.

Dentre as propostas da política econômica neoliberal estão as diversas reformas do estado, dentre elas as: privatizações de empresas lucrativas governamentais, expansão do mercado, desestatização da economia, redução de gastos em políticas públicas, deterioramento de direitos trabalhista em prol do aumento de vagas de emprego, dentre outras medidas.

Por fim as consequências estão apenas na manutenção do grande capital, e na agudização das expressões da questão social, caracterizadas pela precarização do trabalho, desemprego, políticas públicas fragilizadas, dentre outras mazelas que incidem na vida da população.

Quando questionadas sobre o motivo de escolher especificamente o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde HC-UFG/EBSERH, verificou-se a baixa concorrência em relação aos programas de outras instituições; outras afirmaram que sua localização, pois residem em cidades próximas, ou por aquelas que residiam em um estado próximo. Como afirmado nas falas a seguir:

tem a questão de ter que procurar um emprego e não estava conseguindo nada que fosse remunerado ou na minha área, então a residência se demonstrou mais uma outra oportunidade. (R1)



a Residência para mim foi como se fosse uma oportunidade de se especializar ainda mais a minha formação profissional, por que eu já tinha claro que eu gostava da área da saúde e queria trabalhar na área da saúde. (R2)

A respeito dos limites do programa, as entrevistadas citaram as dificuldades de apreensão da prática profissional; a falta de formação para trabalhar em equipe multiprofissional; as limitações na compreensão do Serviço Social por outras profissões.

As limitações na compreensão do Serviço Social não é apenas dos demais profissionais da área da saúde, mas também, da população em geral. Segundo Estevão (2001, p. 8):

Alguns mais irônicos dizem que a Assistente Social “assiste o social”; outros mais sérios disseram que somos “os artífices das relações sociais” ou “os modernos agentes da caridade”. Para os de “esquerda”, somos os que põe panos quentes nas feridas do capitalismo. Enfim, tanto leigos como profissionais já deram mil e um palpites e até agora não se conseguiu definir o que é Serviço Social.

Isso ocorre devido as mudanças na profissão que aconteceram no decorrer do seu amadurecimento teórico, metodológico, técnico, ético e político ao longo dos anos que rompeu com uma visão assistencialista e religiosa e se objetivou a garantir os direitos sociais dos sujeitos usuários dos serviços sociais que pertencem a classe trabalhadora.

Mesmo assim, outros profissionais e até mesmo a maior parte da população continuam associando o Serviço Social com ações de cunho caritativo e assistencial, o que resulta na dificuldade de compreender quais as atribuições e competências de um assistente social.

Para exemplificar podemos citar diversas demandas que chegam ao assistente social que trabalha na política de saúde que não são uma atribuição e nem competência, como: agendar exames e consultas, informar o óbito aos familiares, doar roupas, utensílios de higiene pessoal ou cesta básica e dentre outras.

Sobre as contribuições da Residência Multiprofissional são destacadas, o fortalecimento do Serviço Social na área da saúde; a ampliação da formação e ao trabalho em saúde, na modalidade de residência; a oportunidade de aproximar da realidade da política de saúde, as contradições, os conflitos entre os projetos em disputa na saúde; a possibilidade de formação de qualidade com aulas presenciais que asseguram o debate, a reflexão crítica; a importância de formação de recursos humanos dentro do SUS para fortalecimento deste sistema. Outro aspecto ressaltado pelos participantes do estudo em relação ao programa de residência, foi a possibilidade de investir na formação de profissionais para atuar de forma multiprofissional,

De pontos positivos que o programa tem me dado, a concepção de inclusão em uma equipe multiprofissional (R1).

As possibilidades são muitas, de formação, de aprendizado, você aprende a trabalhar em equipe multiprofissional, você apreende o fazer profissional (R2).

De acordo com o que está disposto pela Constituição Federal de 1988 no Art. 200-III, compete ao Sistema Único de Saúde, entre outras atribuições, ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde (BRASIL, 1988).

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) é um espaço de Educação Permanente em Saúde (EPS)²⁷¹, sendo assim, permite que os profissionais de saúde se qualifiquem ao mesmo tempo que corroboram para a manutenção e desenvolvimento do SUS por meio de uma concepção ampliada e humanizada de saúde o que por consequência tende a melhorar o atendimento à população. A educação em serviço, que é a proposta da RMS, fortalece a perspectiva de uma saúde que seja pública, universal e gratuita, na medida que os próprios profissionais passam a ter essa mesma consciência através dos estudos propostos pelo próprio projeto pedagógico do programa.

Nesse sentido, apreende-se a residência multiprofissional como proposta de formação continuada para profissionais de saúde, segundo CLOSS (2013) a Residência Multiprofissional também visa fortalecer a lógica pública de trabalho em saúde sob a supervisão técnico-profissional, cujas atividades devem contemplar os eixos do ensino, da pesquisa e da extensão a partir das necessidades e realidades locais e regionais.

Entretanto ao serem indagadas sobre as dificuldades, a maioria apontou a carga horária extensa, a falta de compreensão do que é a residência por parte da instituição e dos próprios profissionais.

Como foi supracitado a RMS em um espaço de educação, sendo assim, segundo Resolução N° 5/2014 da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional (CNRM), no Art. 2º,

Os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional serão desenvolvidos com 80% (oitenta por cento) da carga horária total sob a forma de estratégias educacionais práticas e teórico-práticas com garantia das ações de integração, educação, gestão, atenção e participação social e 20% (vinte por cento) sob forma de estratégias educacionais teóricas.

Então, a carga horária deve ser dividida em prática, teórico-prática e teórica, por isso é uma carga horária extensa, no caso do HC-UFG/EBSERH, é uma carga horária de 60h semanais, distribuídas conforme o especificado pelo artigo citado, e mesmo sendo dividida é

²⁷¹ A EPS deve sempre considerar as equipes multiprofissionais que atuam no SUS, construindo a interdisciplinaridade. Voltada aos problemas cotidianos das práticas das equipes, a EPS deve se inserir no processo de trabalho, gerando compromissos entre trabalhadores, gestores, instituições de ensino e usuários, construindo o desenvolvimento individual e institucional. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014)



uma carga horária extensa que exige muito dos residentes, que além de trabalhar precisam estudar.

Outro agravante é a utilização dos residentes como mão de obra, assim, reforça a exploração da força de trabalho, precariza a formação, pois, são profissionais, inseridos no programa na modalidade de formação em serviço, o que significa que não podem ter todas as responsabilidades e atribuições de um profissional.

Referente à importância do programa para a formação profissional, a maioria ressaltou sua importância visto que proporciona uma aproximação com a prática, dando oportunidade ao profissional colocar em prática tudo o que aprendeu na graduação, além, de ser um espaço rico de trocas de experiências. Contudo, criticam o programa nos moldes atuais, têm sobrecarregado os residentes a ponto de não conseguirem de fato absorver todo o processo de ensino. E se disseram favoráveis à sua reformulação, principalmente no tocante a carga horária e a utilização da mão de obra do residente no cotidiano da instituição.

Sim é muito importante, mas, não no formato que ela está hoje, dessa extrema carga horária. Eu acredito que ela é importante porque proporciona a aproximação com a prática profissional com o fazer profissional, então, eu vejo que muitas das pessoas que entram na residência é a primeira aproximação com a prática, acabaram de se formar e não tiveram oportunidade de trabalhar na área e, então, ela dá essa dinamicidade de você trabalhar, mas ao mesmo tempo de tempo de estar como aluno, para você aprender mesmo como fazer, como intervir, como atuar (R2).

Ela é importante para a formação por que é um espaço onde você tende a poder concretizar todo o aprendizado que você teve na sua graduação (R4).

Acho importante sim, mas que deveria melhorar a qualidade dos preceptores e tutores, da carga horária exaustiva, e da própria visão do HC em achar que os residentes estão ali pra cumprir e cobrir o trabalho (R5).

Em relação as contradições encontradas no programa, as residentes apontam, que mesmo a residência sendo criada para a qualificação de profissionais para trabalharem no SUS, muitos residentes formados vão trabalhar em instituições privadas, a falta de articulação com o tripé da universidade (ensino-pesquisa-extensão), a utilização dos residentes como mão-de-obra, o não conhecimento dos profissionais sobre o que é um hospital universitário, bem como, sobre o que é a residência, a dificuldade de compreensão do residente enquanto profissional e estudante.

As principais atribuições dos assistentes sociais do HC identificadas pelas residentes são: socialização da informação, contato e articulação com a rede socioassistencial, encaminhamentos para o CRAS, CREAS, Conselho Tutelar, Ministério Público e dentre outros, realização de contato familiar, bem como, com profissionais da instituição, escuta qualificada, entrevista social, discussão de caso inter e multiprofissional.

Segundo o Documento *Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde*, as principais ações a serem desenvolvidas pelos profissionais são:

- democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária;
- facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação;
- conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social;
- formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários por meio do registro no prontuário único, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas em material de uso exclusivo do Serviço Social; (CFESS, 2010, p.45)

Nota-se que os assistentes sociais/HC realizam suas ações articuladas a Lei de Regulamentação da profissão (Lei 8.662/1993), ao Código de Ética Profissional, aos *Parâmetros*, no intuito facilitar o acesso da população usuária ao direito à saúde, materializado nos serviços prestados pelo HC. É válido ressaltar que a dificuldade na compreensão das atribuições do assistente social, muitas vezes esse profissional é requisitado para responder demandas de caráter emergencial, e, outras vezes, atribuições que não são do Serviço Social, são requisições contraditórias que se apresentam, como agilizar transporte para alta hospitalar, marcar consultas e exames, aviso de óbito. Destaca-se ainda, que o trabalho do assistente social prevalece por vezes, o imediatismo, a submissão a regra institucional, a fragmentação, o tarefeiro, muito em função dos condicionantes conjuntural e institucional que interferem diretamente no trabalho profissional. O depoimento do residente fortalece essa argumentação,

Eu acho que o Serviço Social em âmbito geral tem prestado um serviço bem pontual com os usuários, então, a gente acaba tendo uma intervenção bem limitada, mais de atender as questões emergenciais, [...] a gente desempenha uma atividade muito pontual que pouco contribui para a emancipação e autonomia desse usuário.

A presença do assistente social na equipe é de suma importância, a formação generalista, crítica contribui na reflexão e entendimento dos determinantes sociais que perpassam a realidade da população assistida, decifrando as particularidades da questão social dentro da totalidade. Vale acrescentar que os assistentes sociais residentes atuam em uma instituição pública de saúde, portanto, enfrentando todo o processo de precarização das políticas públicas imposta pela reforma do Estado brasileiro, resultante do processo histórico conjuntural de crise do capital, deflagrada a partir da década de 1970. Expressão maior desse processo, o neoliberalismo se firma como força ideológica, de favorecimento do mercado para assegurar a preservação da taxa de lucro do Capital, impondo o enxugamento do papel do Estado, sobremaneira, na área social.



De acordo com ANTUNES (1999), o impacto foi maior, indo além, deflagrando amplo processo de privatização, de flexibilização dos processos e dos mercados de trabalho, com redução de postos de trabalho, desemprego em massa, formação do exército industrial de reserva e crescente informalidade. Quem manteve o trabalho, sob precárias condições de trabalho, com estrangulamento da luta dos trabalhadores e da mobilização sindical em defesa do sindicalismo de empresa. Outras consequências, criminalização das lutas sociais; transformação de fundações públicas em organizações sociais.

Em meio a essa avalanche neoliberal, o Serviço Social enfrenta a precarização do trabalho e das demandas postas à profissão, que vão desde o número insuficiente de profissionais para responder as demandas postas pelos usuários, a falta de estrutura física/infraestrutura que assegure condições mínimas para a realização do trabalho; fragmentação e sobrecarga de trabalho; falta de profissionais capacitados para assumir a tutoria/preceptoria dos residentes; baixos salários, ausência de concursos público, corroborando assim, para a precariedade dos vínculos empregatícios. Na outra ponta, a precarização em relação as políticas sociais, que resultam em ações fragmentadas, seletivas e residuais, opondo-se à universalidade e os direitos sociais.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção do estudo possibilitou aproximar do processo de formação dos profissionais de Serviço Social inseridos no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital das Clínicas de Goiânia-UFG/EBSERH. Diante do atual cenário brasileiro, de ataque as políticas sociais, a Constituição brasileira, ao pensamento crítico, identificamos neste programa, sobremaneira, no Serviço Social, uma ação de resistência a essa ofensiva conservadora, avessa ao SUS universal, a participação popular, que tenta desqualificar e precarizar a formação, os serviços públicos.

Nesse sentido, não há como negar a importância da residência para o fortalecimento da política pública de saúde, assim como na prestação de serviços junto aos usuários. Posto que o Serviço Social do HC em articulação com o Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Goiás (UFG) tem buscado assegurar uma formação crítica, reflexiva, teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política. Torna-se nítido o desafio colocado aos assistentes sociais em processo de formação especializada dentro da instituição, assim como o desenvolvimento do trabalho dos profissionais que estão em processo de ensino-aprendizagem. Sabe-se que esses desafios incidem diretamente no processo de trabalho e

ensino dos residentes, pois, a insuficiência de recursos humanos, sempre aquém das necessidades e agravada por aposentadorias, afastamentos por adoecimento, por vezes, provoca sobrecarga diante de tantas demandas, levando a uma exploração da força de trabalho dos assistentes sociais em formação.

Faz-se necessário fortalecer a concepção de residência multiprofissional enquanto processo de formação, não somente restrita à prática profissional, mas, que contemple o tripé ensino-pesquisa e extensão. Como parte do pressuposto de assegurar aos residentes, uma especialização de qualidade, e, assim a formação de profissionais comprometidos com os princípios do SUS, com o aprofundamento da democracia e da justiça social.

Ademais, destaca-se a importância de fortalecer a Residência Multiprofissional em Saúde não como substituição da mão de obra, mas, enquanto espaço de formação que contribui para qualificar o trabalho nos serviços de saúde, impulsiona mudanças no processo de trabalho e na formação, posto sua potencialidade voltada para a interdisciplinaridade e a integralidade, tendo no horizonte, a afirmação do direito à saúde.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, Ricardo. **Os Sentidos do Trabalho: ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo, Boitempo, 1999.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. **Lei nº 11.129/05**. Institui as residências multiprofissionais e em área profissional da saúde. Brasília (DF), 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde; organização de Ananyr Porto Fajardo, Cristianne Maria Famer Rocha, Vera Lúcia Pasini**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação Permanente em Saúde: Reconhecer a produção local de cotidianos de saúde e ativar práticas colaborativas de aprendizagem e de entrelaçamento de saberes**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.177, de 3/11/2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 nov. 2005a. Di
- BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. **A saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal**. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. **Política social e democracia**. 5 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012.
- BRAVO, M. I. S.; UCHÔA, R. et al. (Org.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.
- CLOSS, T. T. **O serviço social nas residências multiprofissionais em saúde: formação para a integralidade?** Curitiba: Appris, 2013.
- COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL. Aprova as instruções sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. **Resolução n. 5**, de 07 de novembro de 2014.
- CASTRO, Marina Monteiro de Castro e. **Formação em Saúde e Serviço Social: as residências em questão**. Revista Textos & Contextos, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) v. 12, n. 2. Porto Alegre. jul./dez. 2013, p. 1 – 12.
- CFESS. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília-DF, 2010.
- IAMAMOTO, Marilda Vilela. **A Questão Social no capitalismo**. In: Temporalis/ABEPSS. Ano 2, n.3 (jan./jun. 2001). Brasília: ABEPSS, Graflin, 2001.
- ESTEVÃO, A. M. R. **O que é serviço social**. São Paulo: Brasiliense, 2001.
- LIMA, Rita de Lourdes. **Formação profissional em serviço social e gênero: algumas considerações***. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 117, p. 45-68, jan./mar. 2014.
- NEVES, Denise Carmen Andrade; FAVARO, Tereza Cristina Pires; GONÇALVES, Carla Ágda. **Pós-graduação e Residência Multiprofissional em Saúde HC-UFG: a produção do Serviço Social**. Revista Katálysis, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 225-233, maio/ago.

OS SABERES DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL SOBRE O SUICÍDIO: UM ESTUDO NA REGIÃO SUL DO BRASIL

Igor Sastro Nunes (Escola De Saúde Pública Do Rio Grande Do Sul); Fernanda Nunes Da Rosa Mangini (Universidade Federal De Santa Maria)

RESUMO: Por meio de uma pesquisa qualitativa realizada com assistentes sociais que atendem à demanda do suicídio na região sul do Brasil, o presente trabalho busca identificar e caracterizar os saberes e práticas desses profissionais nesse campo com vistas ao fortalecimento do núcleo acadêmico e profissional.

Palavras-chave: Suicídio – Serviço Social – Saberes Profissionais

ABSTRACT: Through a qualitative research with social workers to meet the demand of suicide in southern Brazil, this study seeks to identify and characterize the knowledge and practice of these professionals in this field with a view to strengthening the academic and professional core.

Keywords: Suicide - Social Work - Professional Knowledge



1. INTRODUÇÃO

Em uma perspectiva mundial, o suicídio apresenta-se, atualmente, como uma grave questão de saúde pública. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), 800 mil pessoas por ano cometem suicídio, o que significa uma morte a cada 35 segundos no mundo. O Brasil é o oitavo país em número absoluto de suicídios, registrando, em média, 11 mil casos por ano, configurando 1 morte por dia (OMS, 2014).

Esses números podem ser ainda mais alarmantes quando se considera a subnotificação dos óbitos por suicídio. O número de casos de suicídio encontra-se camuflado entre registros de homicídios, acidentes e até mesmo a não notificação do ato. Mesmo com essas dificuldades de subnotificação e notificação, os dados a que se tem acesso já mostram a amplitude e a complexidade do tema que historicamente é tratado como tabu ou assunto maldito.

O suicídio pode ser definido como um ato decidido executado pelo próprio ser, de forma consciente ou inconsciente e intencional, usando um meio ou forma que o sujeito acredita ser letal. Também fazem parte do que habitualmente chamamos de comportamento suicida: os pensamentos, os planos e a tentativa de suicídio. Comportamentos suicidas não fatais se caracterizam desde a ideação suicida com os pensamentos que fomentam o suicídio, acompanhados de planejamento ou não.

Este trabalho é parte integrante da pesquisa “Saberes do assistente social: um estudo sobre o serviço social na saúde mental” tendo como hipótese a fragilidade do referencial teórico dos profissionais de serviço social ao intervir em situações que são direcionadas a usuários com ideação suicida e/ou tentativa de suicídio. Parte do questionamento dos fundamentos teóricos que sustentam a intervenção do assistente social nesse campo, buscando propor alternativas e construções que auxiliem este profissional a efetuar as mediações entre as diferentes dimensões da profissão.

A importância deste artigo também se constrói na perspectiva de desenvolver e dar visibilidade às produções feitas por assistente sociais sobre a temática principal, considerando que existe pouca produção na área do suicídio feita por assistentes sociais. Essa pesquisa visa investigar os saberes do assistente social nesse campo, entendendo que ao longo do exercício da profissão vão se criando saberes. Assim, “o saber construído nas situações de trabalho, em espaço e tempo específico, no exercício de uma ocupação profissional, com o passar do tempo vai se revelando um novo saber, podendo modificar, inclusive o ‘saber trabalhar’” (FERNANDES, 2016, p. 94)

O apontamento de Fernandes (2016) concretiza uma ideia já estabelecida entre algumas categorias profissionais, a de que se aprende na prática, um saber baseado em um empirismo criado no fazer profissional do dia a dia dentro do campo de atuação. Esse tipo de saber é construído subjetivamente pelos profissionais, muitas vezes, até como mecanismos de enfrentamento às lacunas que foram deixadas em sua formação, sendo assim, a autora também trabalha com a ideia de que o desejo profissional de saber vai além das questões particulares, mas também de algo coletivo, pensando nas demandas dos usuários. A problemática em cima dessa construção de saber empírico é que muitas vezes ele é construído em cima de um senso comum, ou de algum tipo de crença religiosa ou cultural que não permite de fato analisar o acontecimento (FERNANDES, 2016).

No campo da saúde mental, essa problemática é ainda mais relevante, pois a ausência de fundamentos profissionais consistentes na questão do suicídio pode impactar nas ações profissionais, criando uma ideia errônea sobre o que é o usuário que tem ideação suicida ou tentou suicídio. Botega e Werlang (2004) alertam para os casos de profissionais de saúde que possuem uma visão moralista, condenando os usuários por suas ideias e atos suicidas. É importante atentar para questões culturais e religiosas que podem interferir no fazer profissional e conduzir à visões estigmatizantes, por exemplo, por alguns seguidores do cristianismo, que em sua maioria veem o suicídio como um pecado, um crime contra si mesmo e contra Deus.

Com a ampla contratação de assistentes sociais dentro da área de saúde mental, as possibilidades de trabalho não só se apresentariam diretamente com o usuário que tem ideação suicida ou tentou suicídio, mas também a atuação em projetos de prevenção de suicídio, já que o *Manual de Prevenção do Suicídio: Um Manual para Profissionais da Saúde em Atenção Primária* (2000) aponta como um dos papéis mais importantes dos profissionais na atuação com esses usuários a identificação, prevenção e encaminhamento para a rede sócio-assistencial de situações de pessoas em vulnerabilidade social, instrumentais do assistente social.

Assim, situa-se a importância desta pesquisa, visto que a área de saúde mental é uma das áreas que mais contratou assistentes sociais nos últimos anos e carece de referencial teórico produzido por assistentes sociais, o que pode colocar em risco o projeto ético-político da profissão, já que a ausência de sistematização desse fazer profissional pode ceder lugar ao senso comum e a perda de espaços profissionais historicamente conquistados pelo serviço social.

Assim, faz-se necessário perguntar pelos balizadores para a prática profissional do assistente social junto ao usuário que tentou suicídio ou tem ideação suicida, já que muitos dos debates da área da saúde mental e da subjetividade foram deixados de lado pela categoria, ao longo de sua construção, sem perder de vista a questão social. Nesse sentido, necessita-se ampliar os debates da saúde mental e, principalmente, do suicídio dentro da área de serviço social, visto que o suicídio tem como uma de suas determinações sociais e históricas as desigualdades sociais, das transformações societárias e precisa ser compreendido como uma expressiva faceta da questão social, tornando-se, então, um elemento fundamental para a leitura da realidade social, das relações dialéticas entre indivíduo e sociedade.

Este trabalho tem como objetivo identificar e caracterizar os saberes envolvidos na ação profissional do assistente social envolvendo a temática do suicídio e descrever e analisar o movimento de apropriação e reconstrução do saber conceitual-proposicional dos assistentes sociais se construindo em sua metodologia por um estudo de caráter qualitativo por meio de entrevistas semiestruturadas junto a profissionais do serviço social que atuam com a demanda do suicídio, a discussão e os resultados da pesquisa se constroem pela análise das entrevistas feitas com os assistentes sociais tendo como foco os saberes, práticas e referenciais teóricos que os mesmos aplicam em seu cotidiano profissional junto a usuários que tem o desejo de morte.

Neste trabalho, o suicídio é compreendido como um fenômeno multidimensional, ou seja, não existe apenas um fator que impulse a pessoa a cometer ou ter ideação suicida, mas sim um conjunto de processos psicológicos, biológicos e sociais. O referencial de fundo da pesquisa é o método marxista histórico dialético, auxiliando junto as suas contribuições para a análise do caráter histórico e processual dos fenômenos e de seus movimentos de afirmação, negação e superação, sobretudo, das interconexões entre singularidade, particularidade e totalidade.

Marx (2006) em *Sobre o suicídio* definiu o suicídio como um sintoma da desorganização social e das lutas de classes a partir de relatos e casos de suicídios. Segundo Marx (2006), o que seria também a causa de um suicídio, é a questão da melancolia ligada aos maus tratos e a injustiça como fatores principais, sempre sendo importante enxergar as vítimas do suicídio de acordo com a sociedade em que se veem inseridas.

2. METODOLOGIA



O presente estudo é de caráter qualitativo e busca responder questões particulares sobre a intervenção dentro da área e estudar o saber, as habilidades e a experiência destes profissionais em relação a temática do suicídio.

Esta pesquisa se caracteriza como um estudo de caso, que trabalha com as técnicas de coletas de dados, levantamento de documentos, observação e a entrevista de forma associada à interpretação desses materiais. A etapa inicial da pesquisa consistiu na coleta de dados, tendo como técnicas norteadoras as técnicas de observação, entrevista e análise de documentos.

O estudo foi realizado dentro dos serviços de saúde mental, do município de Santa Maria, tendo como sujeitos participantes os assistentes sociais. Os serviços que foram parte da pesquisa constituem a rede de atenção psicossocial e os hospitais gerais, que têm ala de internação psiquiátrica do município, entrevistando três assistentes sociais do sexo feminino e um assistente social do sexo masculino.

As entrevistas foram gravadas para fins de transcrição e análise, o registro da coleta de dados foi feito de forma escrita e serviu como forma de análise após a coleta terminar. A modalidade de entrevista se apresentou de forma semiestruturada, com perguntas prontas, porém o entrevistado/a pôde discorrer livremente sobre a temática.

A primeira parte da aplicação do projeto foi na escolha dos assistentes sociais que participaram da pesquisa. A seleção dos mesmos obedeceu aos critérios de ser assistente social, trabalhar ou ter trabalhado em serviço de saúde mental e ter interesse e disponibilidade de participar da pesquisa.

O levantamento e a análise das entrevistas foram realizados durante toda a fase de coleta de dados. O número de entrevistas ficou a cargo da disponibilidade e interesse dos profissionais, tendo em vista os limites estabelecidos para a execução do cronograma de pesquisa.

A etapa final da pesquisa foi a análise e interpretação dos dados, que ocorreu após a observação e a coleta documental, por meio da qual foi possível fazer o cruzamento dos dados obtidos pelas diferentes técnicas de pesquisa, com o intuito de iniciar a análise, que também serviu para a organização dos objetivos, principalmente, na segunda e terceira etapa que foram concentrados na etapa de pesquisa.

O projeto de pesquisa está registrado junto ao comitê de ética da Universidade Federal de Santa Maria, com o número de processo 2.645.948 e CAAE 72186317.3.0000.5346.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao receber o convite de participação da pesquisa, as profissionais majoritariamente demonstraram medo ou receio de falar sobre a sua prática profissional, como se a mesma estivesse sendo colocada em cheque ou passando por algum tipo de avaliação, mesmo sendo deixado claro que a pesquisa tinha outro propósito e era apenas para fins acadêmicos. Esse medo pode ser relacionado à dificuldade que se tem de falar sobre a prática profissional ou o medo de não saber responder as perguntas por motivos de não saber atuar em certas situações que se apresentam dentro dos espaços sócio-ocupacionais de atuação.

Por questões de sigilo envolvendo a pesquisa, chamaremos as profissionais entrevistadas de Sol, Luz, Ar e Terra. Todas as profissionais entrevistadas serão colocadas no feminino, por entender a importância da visibilidade das mulheres no processo de trabalho dentro da área de serviço social e também para não identificar o único homem assistente social entrevistado.

O ponto mais latente apresentado na construção das entrevistas foi a dificuldade de as profissionais falarem sobre o seu fazer profissional, como se fosse algo sintomático da falta de reflexão do seu fazer cotidiano. Podemos pensar que o exercício da profissão depende dos esquemas operacionais que a profissional é capaz de formular antes de agir, pensar nos saberes que envolvem o fazer, antes mesmo do fazer, de modo a recontextualizar, adaptar e combinar saberes que antecipam a ação.

A partir da observação e das respostas das entrevistadas, a pergunta que aparentava ser mais difícil em termos de compreensão e resposta foi a pergunta referente aos conceitos ou categorias que a profissional mais utiliza em seu trabalho. As entrevistadas no intuito de entender a pergunta sobre a lógica do fazer na temática do suicídio, tinham como respostas outras perguntas como, “me explica melhor isso, porque eu acho que isso é as palavras chaves que eu já disse”. (LUA, 2019, p. 07).

Assim, de forma para melhor organizar os dados, debater e criar uma reflexão como caminho à construção da análise sobre o material coletado nas entrevistas, os dados foram organizados por eixos temáticos que estão ligados às perguntas realizadas aos profissionais de serviço social que participaram da pesquisa, à frequência com que determinadas temáticas apareceram nas entrevistas e aos objetivos da pesquisa, como conceitos e categorias, referencial teórico, habilidades, saberes de campo e núcleo²⁷², procedimentos, instrumentais, entre outros.

²⁷² Para a saúde coletiva o núcleo se caracteriza pela identidade profissional, onde se destaca as práticas e tarefas peculiares de cada profissão. O campo é o encontro da atuação dos saberes, práticas e responsabilidade de cada núcleo.

Entre os conceitos presentes no trabalho do assistente social no atendimento as famílias e usuários estão os conceitos de ideação, risco e tentativa de suicídio que perpassam os acolhimentos. Conceitos de ideação, risco e tentativa de suicídio bem consolidados são de extrema importância dentro do processo de trabalho do profissional, que atende essa demanda diretamente, tanto para um manejo correto quanto para a construção de um encaminhamento efetivo. Os saberes de manejo identificados ao longo da pesquisa sobre ideação, risco e tentativas de pelo menos 3 profissionais eram baseados direta ou indiretamente nos escritos de Botega e Werlang (2004), que são referências da psiquiatria nesse campo.

O manejo também é construído coletivamente pelos profissionais dependendo da formação da equipe e do processo de educação permanente. Por exemplo, entre os profissionais entrevistados alguns vêm construindo instrumentais junto a equipe, como fichas, protocolos e manuais de atendimento a fim de conseguir identificar de uma forma completa a gravidade do risco ou da ideação:

A gente faz assim, nesta ficha de acolhimento a gente faz perguntas como: Se a pessoa tem sentimentos como desesperança, desespero? Se tem questão de delírio, de alucinação? Estabilidade de humor? Se tem insônia? Se tem ansiedade? Se tem algum tipo de dor? Se é impulsiva? Agressiva? Então a partir desses indicadores, digamos assim, a gente vai identificar se o risco da pessoa é baixo, médio ou é alto, claro que não isso isolado né, isso a gente entendo todos os fatos, principalmente se essa pessoa tem alguma rede de proteção por trás dela, isso tudo junto a gente consegue identificar o risco. (TERRA, 2019, p. 03).

A construção do que é a ideação suicida é essencial tanto para o atendimento qualificado dos usuários quanto para o trabalho de desconstrução de estigmas, junto aos familiares e também, quando necessário, junto ao demais profissionais do serviço. A noção de ideação suicida apresentada pelos profissionais entrevistados vai de encontro com as bibliografias de referência na área, mesmo em alguns momentos os profissionais mostrando dificuldades de trabalhar essa temática.

Essa dificuldade se apresenta tanto na questão de pouco material na área de serviço social que aborde esse assunto quanto no pouco debate existente na sociedade que criou um tabu em cima da ideação/tentativa de suicídio. As entrevistas mostraram que profissionais procuram respaldo em outro núcleo com a preocupação de não fugir de suas competências, mesmo porque a presença de interdisciplinaridade remete às preocupações históricas com o sincretismo e o ecletismo.



Mesmo com essa dificuldade, alguns profissionais têm de forma concreta o conceito de ideação suicida²⁷³, seja por atender uma demanda muito grande e esse processo leva a uma busca de educação permanente e/ou continuada, ou seja, por auxílio da equipe multiprofissional que atua junto.

Outros conceitos e categorias utilizadas pelas profissionais aparecem, na maioria das vezes, de forma indireta, isto é, no contexto da fala das profissionais. Esses conceitos foram família, rede de apoio, território, cuidado ampliado, trabalho em rede, empoderamento e mediação.

De forma unânime as assistentes sociais desenvolvem sua prática profissional não só com os usuários de saúde mental, mas também com a família desses sujeitos. Historicamente, o serviço social tem sua prática atrelada à família, trabalhando as relações que permeiam o cuidado, o usuário e a família, na busca de uma reinserção social mais efetiva. Em todas as entrevistas, as profissionais pontuaram a família como principal ponto de apoio de suas práticas. Segundo a profissional Sol (2019), a família é um dos balizadores da prática profissional.

A interdisciplinaridade e os saberes multiprofissionais foram identificados também na fala das assistentes sociais como recurso para a prática junto às famílias, como a psicologia do desenvolvimento e a psicologia sistêmica que aparecem como forma de entender a dinâmica familiar no momento da leitura de realidade.

Antes de iniciar o debate sobre os referenciais usados pelos trabalhadores, é necessário pontuar que os profissionais apontaram alguns autores e livros que abordam a temática do suicídio, nenhum específico da área do serviço social. É notório em nossa área a dificuldade dos profissionais encontrarem essas referências. A disponibilidade dessas referências dentro da área auxiliaria a falar sobre o fazer desses profissionais, dificuldade que aumenta quando a questão é a escrita do fazer, já que se produz teoricamente pouco sobre a prática.

Em levantamento bibliográfico nos principais sites de produção em serviço social e áreas multiprofissionais encontramos apenas um artigo escrito por assistentes sociais que tinha como tema o suicídio. Assim, nos exige um processo de reflexão sobre os subsídios que o núcleo oferece para os profissionais balizarem suas práticas, possibilitando um delineamento mais concreto dos processos de trabalho, das abordagens e dos procedimentos da intervenção. Se dentro da área não se produz sobre essas práticas, esse movimento, ou

²⁷³ Ideação suicida se constitui pelo planejamento do suicídio, podendo ser no campo virtual ou no real.

a falta dele, faz com que os assistentes sociais busquem subsídios em outras áreas do conhecimento.

Referenciais teóricos envolvendo a psicologia e a psicanálise apareceram de diversas maneiras, ao longo da fala das profissionais entrevistadas, em determinados momentos não fica claro se tratam-se de referenciais teóricos ou saberes construídos a partir da experiência com os usuários e os demais profissionais do serviço, visto também que em diversas faculdades do Brasil, dentro da grade curricular do serviço social existem disciplinas e matérias optativas de psicologia social, psicologia do desenvolvimento, que os assistentes sociais podem se utilizar desses materiais teóricos como fonte de saber para as suas práticas no cotidiano profissional. Em nenhum momento foi identificado que os profissionais se utilizavam dos termos ou desses saberes com uma intencionalidade de psicologizar os usuários ou tinham a psicanálise como base do seu fazer profissional.

Na fala de Vento (2019) o conceito psicanalítico de contratransferência aparece ao explicar “Eu acho que enquanto trabalhador de saúde mental a gente tem que ser um bom ouvinte, a gente tem que saber escutar o usuário e ser tolerante porque há casos que têm uma contratransferência, mas saber escutar sem ficar julgando [...]” (VENTO, 2019, p. 03). Os termos “histeria” e “fantasia”, termos usados na psicanálise, também aparecem nos relatos dos profissionais como forma de explicar a situação.

Outra possível presença da psicanálise pôde ser identificada na seguinte fala: “[...] A partir do momento que ela consegue falar do seu sofrimento, eu acho que já diminui [...]” (SOL, 2019, p. 04). Essa leitura pode estar embasada em Lacan (1998), que traz a perspectiva do falar, que tudo que não é verbalizado acaba se tornando sintoma. A percepção de que falar diminui o sofrimento qualifica o que temos no serviço social como escuta sensível durante o processo de acolhimento, entendendo que o sintoma em si não é o foco do assistente social, mas sim identificar o que causa o sofrimento de modo a garantir que a causa desse sofrimento seja sanada dentro das possibilidades dos processos de trabalho do assistente social no campo das políticas sociais e na garantia dos direitos.

Termos como acolhimento, escuta qualificada, vínculo, segundo Rosa (2015) podem ser identificados como estranhos para alguns profissionais/pesquisadores pioneiros do serviço social. Ramos (2018), por exemplo, entende que tais conceitos são provenientes do campo da psicologia social e não podem ser imediatamente transferidos para o serviço social. Porém, tais termos fazem parte da clínica ampliada, preconizada tanto na Política Nacional de Humanização (2004) quanto na lei 8.080/1990 (BRASIL, 1990), que estabelece os princípios do Sistema Único de Saúde.

Assim, é necessário debater com qual intencionalidade e potencialidade o serviço social vem direcionando essa clínica ampliada junto ao projeto ético-político da área, a fim de potencializar a identidade profissional do assistente social que atua na área da saúde, direcionando para as competências do serviço social.

Historicamente, após o movimento de Reconceituação, dentro da área de serviço social, o mesmo vem lutando contra qualquer tipo de processo de psicologização das expressões da questão social. Segundo o documento produzido pelo Conselho Federal de serviço social (CFESS, 2010) as práticas terapêuticas ligadas ao serviço social no Brasil ainda teriam um viés conservador, dispendo sobre a vedação da realização de terapias associadas ao título e/ou ao exercício profissional do assistente social.

Porém, é possível trabalhar em uma lógica multiprofissional, como preconiza o SUS, se utilizando de saberes múltiplos, inclusive de áreas psi, sem utilizar esses saberes de forma conservadora, psicologizando as expressões da questão social ou até mesmo infligindo o código de ética e o projeto ético-político da profissão.

Por outro lado, seria uma análise frágil da realidade e leitura superficial do processo de trabalho, se dentro do campo da saúde não percebêssemos que por mais que as práticas do assistente social não tenham uma índole terapêutica, as mesmas não efetuem o que Rosa (2015) chama de efeito catártico, como por exemplo, quando é efetuado uma escuta qualificada, entendendo que os profissionais formados em serviço social são capacitados para ouvir e direcionar o que foi ouvido, criando uma proposta de o que é do serviço social fica com o serviço social, o que não é, será devidamente encaminhado.

A crítica feita contra os processos de psicologização, na área de serviço social com a qual concordamos, não pode ser também barreira para entendermos e trabalharmos toda a dimensão subjetiva na sua conexão com as expressões da questão social, articulação que pode ser profícua para a leitura de realidade e a proposição de estratégias de intervenção pelo assistente social. Bisneto (2007) aponta que a alienação do trabalhador também se dá pela subjetividade que é subjacente ao capitalismo, produzindo uma falsa consciência de classe. Segundo o autor:

O Assistente Social em sua atuação e organizações institucional de Saúde Mental precisa estar ciente das dificuldades em promover a cidadania ou de fazer reabilitação psicossocial dentro dos limites da ordem burguesa. Mas, se seu campo de intervenção dentro dos estabelecimentos é limitado, seu campo de análise deve ser amplo e abranger a dinâmica da sociedade capitalista em sua totalidade histórica e social (BISNETO, 2007, p.186).

Assim, em relação aos procedimentos profissionais nesse campo, o acolhimento se apresenta como a primeira forma de manejo:



A gente sempre faz um acolhimento inicial, que é através de uma ficha que a gente construiu, usando muito a bibliografia do Neury Botega, que a gente colocou passos para identificar o grau de risco, então a partir dessa entrevista, desse acolhimento, a gente começa a desenvolver o que a gente vai acionar de recursos [...]”. (TERRA, 2019, p. 01).

A escuta e a fala em forma de acolhimento se apresentam como instrumental mais potente dos assistentes sociais, junto aos usuários que trazem a demanda do suicídio, se apresentando de variadas formas, desde a intencionalidade de entender a realidade de forma ampliada, até acolhimentos que focam apenas na questão socioeconômica, conforme Vento (2019, p. 01), “eu deixo bem livre para a pessoa falar o que ela tiver, meu interesse é mais ver o contexto social dela, se tem alguma questão de vulnerabilidade social, essa parte que a gente vai analisar mais”

Nessa direção também aponta Lua (2019, p. 06), “[...] conversa franca, olho a olho, manter a calma e conversar não técnico, para mim, eu sei que to sendo técnico, mas tentar passar para essa pessoa como se tu tivesse sendo um amigo dela, um parceiro dela [...]”. Igualmente, aponta Sol (2019, p. 02). “[...] perceber esse sofrimento, tudo vem através do nosso maior instrumento que é ouvir, a nossa ferramenta de trabalho é a audição [...]”

Esses instrumentais de ouvir e acolher podem ser ligados ao debate que Botega e Werlang (2004) desenvolvem ao abordar a ideia da entrevista. Dentro da área do serviço social e da clínica ampliada o acolhimento se torna de extrema importância por permitir entender o contexto de vida do usuário, como o mesmo se organiza em seu cotidiano. Assim, a ideia que deve ser construída é de um acolhimento sem julgamentos, criando um espaço seguro onde o usuário possa trazer a sua demanda.

Apesar de todos os saberes identificados e debatidos, as assistentes sociais afirmaram que em certos momentos na prática profissional não sabiam o que fazer com a situação apresentada no seu cotidiano de trabalho, assim, tendo que colocar o direcionamento da situação para a equipe multiprofissional do serviço como forma de apoio ou encaminhamento dentro do próprio serviço. As equipes, em muitos momentos, aparecem como suporte tanto interventivo quanto teórico na construção do saber-fazer. A assistente social Terra (2019) traz essa realidade quando fala sobre a sua prática no acolhimento.

Eu saía do acolhimento um pouquinho, fechava a porta, muitas vezes chorava, desabafava, deixava a emoção toda vir, muito com a equipe, que buscava comigo estratégias para eu ir aprendendo a lidar com isso e voltar para lidar com os encaminhamentos necessários. (TERRA, 2019, p. 01).

Existem dois pontos a serem discutidos sobre as relações da prática profissional e a construção dos saberes do assistente social ligado à equipe multiprofissional. A primeira

aparece na efetivação da prática multiprofissional, preconizada tanto pelo Sistema Único de Saúde brasileiro quanto pelo documento criado pelo Conselho Federal de serviço social, que prevê os parâmetros de atuação do profissional de serviço social na área da saúde, colocando a necessidade de atuar em conjunto com os demais trabalhadores do serviço de forma multidisciplinar e interdisciplinar (CFESS, 2009).

Nessa direção, as entrevistas apontam para a necessidade de “dialogar com a equipe, com outros saberes” (SOL, 2019, p. 03) para conseguir de forma efetiva trabalhar o sofrimento do usuário, no caso do Serviço Social direcionado para as formas de enfrentamento/resistência ante as expressões da questão social. Os princípios de inter e multidisciplinaridade estiveram subjacentes em todas as entrevistas. Ainda que em sua maioria, nas entrevistas, a prática multiprofissional apareça de forma bem ampla, no dia-a-dia dos serviços, muitos profissionais apresentam dificuldades nessa prática, devido aos corporativismos.

Assim, o trabalho multiprofissional e em rede aparece como ferramenta de manejo, ligando as práticas profissionais dos diferentes núcleos de saberes existentes nos serviços à demanda que, como já discutida, é multifatorial e necessita de diversos olhares, assim aparece como instrumento de três profissionais a articulação do manejo em equipe e em rede. Sol (2019) apresenta o trabalho em rede como forma de criar e construir outras possibilidades nesse cuidado. O trabalho em equipe aparece também no processo de entendimento da dimensão da ideação.

O outro ponto de discussão sobre o fazer multiprofissional é que o profissional de serviço social, em determinadas situações, não trabalha as possibilidades dentro do próprio núcleo, muitas vezes, não produzindo saberes ou compartilhando os mesmos com o restante da equipe. A assistente social Vento (2019) aponta em sua fala que em um caso de ideação suicida não é apenas a medicação que vai auxiliar, mas “tem que ter muito trabalho psicológico para dar conta daquele sentimento dela”.

Em perspectiva convergente, também aponta a assistente social Terra (2019) “infelizmente a medicação é o que a gente tem, o mais forte que a gente tem é a medicação, mas assim, a maioria dos casos não precisaria passar por essa questão medicamentosa e digamos que já eliminaríamos vários na questão com a terapia”. A referida assistente social pontuou que as expressões da questão social têm um peso muito significativo para o adoecimento mental, sobretudo, para as situações de ideação e tentativa de suicídio atendidas por ela, porém, citou o trabalho de outras áreas como principais saídas e recursos terapêuticos.

No que diz respeito à afirmação e consolidação dos saberes do núcleo, seria importante abordar como o serviço social poderia auxiliar no processo de recuperação, prevenção ou promoção do processo de adoecimento dos usuários atendidos. A criatividade deve estar presente dentro dos processos de trabalho do assistente social no campo da saúde mental, já que nesse campo ocupacional em que se apresentam as mais variadas expressões da questão social é necessário ter uma gama de instrumentais para além do encaminhamento, identificando o que o serviço social pode fazer para a demanda que chegou dentro do serviço que acolheu primeiramente.

Tendo sua formação generalista, a assistente social pode acionar diversas políticas para atender uma demanda relacionada ao suicídio, bem como, desenvolver processos de participação, conscientização, mobilização e organização, sobretudo, por meio das ações socioeducativas.

O suicídio é um evento multifatorial que tem como condicionantes muitas expressões da questão social, objeto de trabalho do assistente social. Segundo Sodré (2014), muitas vezes, dentro da área da saúde, o que é entendido como “social” é tudo aquilo que não tem uma resposta imediata, o que não consegue se tornar um diagnóstico fechado por profissões hegemônicas da área da saúde, como dentistas, médicos e enfermeiros, então essa demanda que não está fechada é encaminhada aos assistentes sociais, demarcando o social como algo externo à saúde como se as expressões da questão social não fizessem parte da saúde pública.

As habilidades desses profissionais também apareceram durante as entrevistas. São exemplos de habilidades, entender o que funciona ou não para aquele tipo de demanda acaba se tornando uma habilidade criada pelos assistentes sociais para um atendimento qualificado, entender que tipo de coisas falar em cada situação, compreender se o manejo está sendo efetivo ou não e se o diálogo estabelecido está surtindo efeito no usuário são habilidades de extrema importância para uma prática efetiva. Essas habilidades fazem parte da construção de prática cotidiana e aparecem pouco na literatura.

As técnicas de avaliação de risco dos profissionais também são construídas a partir do vínculo ou da habilidade do profissional que atende: “é pelo grau do que a pessoa já me relatou que eu vejo que a pessoa está decidida ou que ela não muda de opinião, ou que ela vem relatando, então não tem como eu de dizer assim é mais na hora, no sentir né, no empirismo” (LUA, 2019, p. 03).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS



O presente trabalho teve como propósito um estudo sobre a temática do suicídio e a prática de assistentes sociais que atendem essas demandas de forma direta no seu campo de atuação a fim de identificar os saberes utilizados pelos profissionais em suas práticas por meio de entrevistas.

Buscou-se compreender de que forma o assistente social maneja a demanda do suicídio, quais habilidades e procedimentos o mesmo utiliza, entendendo de que forma acolhe, escuta e trabalha a rede de apoio desse usuário.

Durante o processo da pesquisa e na finalização da mesma foi visto o empenho dos assistentes sociais em se atualizarem e procurarem balizadores para uma prática profissional coerente e efetiva junto as demandas do suicídio. Os procedimentos usados pelos profissionais se mostram em alguns momentos rasos, mas em sua maioria coerentes com a bibliografia que trabalha a temática.

O movimento de educação permanente é hegemônico entre os profissionais, porém é necessário aproximá-lo dos saberes do núcleo, da busca por referenciais teóricos que auxiliem no manejo dos usuários, dessa forma a academia se torna um ponto essencial tanto na formação de novos profissionais capacitados a atender a essas demandas, construindo disciplinas, debates e eventos que discutam a temática do suicídio quanto na produção acadêmica que auxilie na construção de balizadores da prática profissional. Os eixos temáticos de formação e condições de trabalho também foram abrangidos na pesquisa, mas em função da organização deste trabalho não puderam ser inseridas.

O manejo do serviço social se centra em torno do acolhimento e dos encaminhamentos, perdendo de vista outras possibilidades como o levantamento de dados para a construção de políticas públicas junto aos conselhos de direitos, a mobilização dos usuários com essa demanda, articulando o controle social no requerimento de políticas mais efetivas. Assim, muitas vezes, o assistente social acaba trabalhando poucas possibilidades dentro do núcleo de serviço social, produzindo respostas frágeis, executando procedimentos de rotina e, terceirizando o cuidado para as outras áreas como a psicologia e a psiquiatria.

REFERENCIAS

- BISNETO, J. A. **Serviço Social e Saúde Mental**: uma análise institucional. São Paulo: Cortez, 2007.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. 1990.
- CFESS, Resolução n. 569/2010, de 25 de março de 2010. Dispõe sobre a vedação da realização de terapias associadas ao título e/ou exercício profissional do assistente social. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/RES.CFESS_569-2010.pdf. Acessado em 06 de janeiro de 2019.
- CONSELHO FEDERAL DO SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde**. Brasília. CFESS, 2009. Disponível em <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_Assistentes_Sociais_na_Saude_-_versao_preliminar.pdf>: Acesso em: 06 janeiro 2020.
- FERNANDES, Rosa M. Castilhos. **Educação Permanente e Políticas Sociais**. Campinas – São Paulo: Papel Social, 2016.
- HumanizaSUS: **Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- Lacan, J. (1998) **Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise**. In J. MARX, Karl, et al. **Sobre o suicídio**. São Paulo: Boitempo, 2006.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio**: Um manual para profissionais da saúde em atenção primária, 2000.
- RAMOS, A. (Org.) **A dimensão técnico-operativa no trabalho do assistente social**: ensaio críticos. Campinas: Papel Social. 2018.
- ROSA, L. C. DOS S.; LUSTOSA, A. F. M. **Afinal, o que faz o serviço social na saúde mental?** Serviço Social e Saúde, v. 11, n. 1, p. 27-50, 18 maio 2015.
- SODRÉ, Francis. **O Serviço Social entre a prevenção e a promoção da saúde**: tradução, vínculo e acolhimento. Serv. Soc., São Paulo, n. 117, p. 69-83, jan./mar. 2014.
- WERLANG, Blanca Guevara; BOTEGA, Neury Jose. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004. 204 p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide**: a global imperative. Geneva: WHO; 2014.

SERVIÇO SOCIAL, PROJETO ÉTICO-POLÍTICO E INSTRUMENTOS E TÉCNICAS: INTERSECÇÕES NA ANÁLISE CRÍTICA DA PROFISSÃO

Isabela Sarmet De Azevedo (UFF - Universidade Federal Fluminense)

RESUMO: Discutir o tema Serviço Social, projeto ético-político e instrumentos e técnicas é o objetivo central do presente artigo, que visa suscitar a preocupação com a negligência e o não dimensionamento adequado do lugar, do papel e do alcance do instrumental técnico-operativo no contexto do projeto ético-político profissional, onde corre-se o risco de o assistente social delegar a outros as suas competências e atribuições privativas, tornando-se mero “técnico”. O recurso metodológico será revisão bibliográfica sobre o debate dos instrumentos e técnicas na intervenção do assistente social, no período entre 2009 e 2019, entre os autores que se orientam numa perspectiva crítica.
Palavras Chaves: Serviço Social; projeto ético-político; instrumentos e técnicas.

ABSTRACT: Discussing the theme Social Work, political-political project and instruments and techniques is the central objective of this article, which aims to raise concerns with negligence and not to size the proper place, role and scope of the operational technical instrument in the context of the ethical project. professional politician, where the risk of social worker is delegated to others as his or her private powers and duties, making him or her more “technical”. The methodological resource will be reviewed bibliographic about the debate of instruments and techniques in social assistance assistant, without period between 2009 and 2019, among the authors who orient themselves in a critical perspective.
Keywords: Social Work; ethical-political project; instruments and techniques.

1. INTRODUÇÃO

O presente artigo, intitulado *Serviço Social, projeto ético-político e instrumentos e técnicas: intersecções na análise crítica da profissão*, tem como objetivo suscitar uma preocupação com a negligência e o não dimensionamento adequado do lugar, do papel e do alcance do instrumental técnico-operativo no contexto do projeto ético-político profissional do Serviço Social, onde corre-se o risco de o assistente social delegar a outros as suas competências e atribuições privativas, tornando-se mero "técnico". Destarte, cabe indagar: Quais são as possibilidades e limites da dimensão técnico-operativa frente às atribuições privativas e competências dos assistentes sociais, a partir de um referencial teórico crítico?

Enquanto aproximação e problematização do tema, é possível afirmar que há uma lacuna na literatura profissional do Serviço Social relacionada à discussão do aparato técnico-operacional sob a direção do projeto ético-político que orienta a profissão na atualidade, o que é significativamente sentido pela categoria profissional. (FORTI, GUERRA, 2010).

Há um "incômodo" no trato da dimensão técnico-operativa do Serviço Social, especificamente, com relação aos instrumentos e técnicas.

Defende-se que essa dimensão do exercício profissional merece atenção, tanto quanto a que se confere às outras dimensões e outras questões relacionadas ao trabalho profissional - até mesmo para evitar os equívocos de nossa herança intelectual e cultural, no trato desta questão" (SANTOS, FILHO, BACKX, 2017, p.32).

Analisando a historiografia da profissão, observamos que, na década de 1970, a dimensão técnico-operativa (entendida como instrumentos e técnicas) era a responsável exclusivamente pela competência profissional. Já na década de 1980, ela passou para o segundo plano, e delegou-se ao conhecimento teórico essa responsabilidade.

Segundo Santos, Backx e Guerra (2017, p. 21-22), "são incipientes ainda a produção acadêmica e a organização de fóruns de debates da profissão voltados para as reflexões sobre a dimensão técnico-operativa". Ainda segundo essas autoras, os professores que ministram essa matéria referente aos conhecimentos procedimentais se ressentem da escassez de material com um referencial teórico crítico sobre essa dimensão e sobre os instrumentos e técnicas de intervenção. Entende-se que a discussão da dimensão técnico-operativa do trabalho profissional ainda está longe de se esgotar na perspectiva aberta pelo Projeto de Formação Profissional e Diretrizes Curriculares para o curso de Serviço Social aprovados em 1996, pela então ABESS

(Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social), hoje conhecida como ABEPSS (Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social).

Na pesquisa desenvolvida entre 1990 e 2008, por Cláudia Mônica dos Santos, intitulada "Os instrumentos e técnicas na intervenção profissional do assistente social", foi revelado que existem poucos livros sobre a temática, sendo mais recorrentes artigos e comunicações em anais dos eventos da categoria.

(...) a dimensão técnico-operativa é a forma de aparecer da profissão, pela qual é conhecida e reconhecida. Dela emana a imagem social da profissão e sua autoimagem. Ela encontra-se carregada de representações sociais e da cultura profissional. É a dimensão que dá visibilidade social à profissão, já que dela depende a resolutividade da situação, que, às vezes, é mera reprodução do instituído, e em outras constitui a dimensão do novo. (GUERRA, 2017, p.50)

Essa autora aborda o risco de investir na formação de um profissional que aparentemente sabe fazer, mas desconhece o significado social deste fazer, suas implicações éticas e políticas, de modo que o assistente social pode correr o risco de ser reduzido a mero "técnico", delegando a outros profissionais as atribuições e competências que lhe são próprias.

Cabe ressaltar que, na atualidade, o assistente social tem seus vínculos e condições de trabalho fragilizados, tendo seu desempenho profissional aferido pela quantidade de procedimentos que realiza. A premissa da qualidade dos serviços prestados à população é posta em xeque pela quantidade de procedimentos (aferição de critérios de elegibilidade, condicionalidades, controle de normas institucionais, repasse de recursos e benefícios), que é privilegiada pelo órgão gestor.

Nessa linha, alguns desafios se colocam para o Serviço Social, a saber: a segmentação do fazer profissional e conflitos vinculados à produtividade, demarcam o ritmo e a regularidade dos procedimentos técnico-operativos nos diferentes espaços sócio ocupacionais; competências e habilidades dos assistentes sociais são delimitadas de acordo com as expressões da "questão social" a serem respondidas e as diferentes políticas sociais implementadas nos diferentes espaços sócio ocupacionais; as políticas sociais fragmentam-se segundo o tipo de proteção, o segmento da classe trabalhadora a ser atendido e o tipo de serviço a ser prestado; as diferenças as vezes gritantes das condições de trabalho dos assistentes sociais; um pequeno número de profissionais está instrumentalizado para analisar a realidade social, enquanto a grande maioria executa políticas sociais e não participa da estrutura decisória sobre o processo de construção do fazer. Com base nisso, podemos concluir que há prevalência da repetição, da rotina e da espontaneidade – próprias do cotidiano – nas atribuições dos assistentes sociais.

O descaso para com a dimensão técnico-operativa pode se tornar desastrosa no contexto do projeto ético-político profissional, porque o profissional pode não responder às demandas que a sociedade lhe coloca por total falta de conhecimento dos meios e mediações a serem mobilizadas para tal.

Trindade (2017, p.83) destaca a redução da utilização dos instrumentos à operacionalização das exigências institucionais; a fragilidade na sistematização e análise das demandas; e a ausência de planejamento e da avaliação das ações profissionais. Portanto, faz-se necessário compreender o espaço onde o assistente social trabalha, como as demandas chegam ao serviço, as necessidades apresentadas pelos usuários e como a política social se operacionaliza na instituição. É necessário apropriar-se dessas demandas, analisar o conteúdo pertinente a ação do assistente social, qual é o aprendizado necessário aos usuários, a partir da problemática por eles apresentada, identificando os conteúdos comuns e elaborando os temas necessários ao trabalho socioeducativo.

O trabalho socioeducativo supõe um conteúdo, um campo temático que o referencia. Por sua vez, o campo temático inclui as questões e problemas concretos vivenciados pelos usuários. Ou seja, o campo temático é a possibilidade de apreensão racional das questões e problemas concretos vivenciados pelos usuários, bem como de apreensão da possibilidade de construção de alternativas concretas para sua superação. (EIRAS, 2017, p.140)

Nessa direção, o artigo ora apresentada busca resgatar as principais formulações no âmbito do Serviço Social brasileiro que se dedicaram ao estudo do tema, contrapondo suas posições, ideias, polêmicas e controvérsias. Trata-se de uma revisão de literatura, a partir de um diálogo crítico entre os principais expoentes que discutem a dimensão técnico-operativa, a fim de incluir e levantar novos elementos de análise.

2. SERVIÇO SOCIAL, PROJETO ÉTICO-POLÍTICO E INSTRUMENTOS E TÉCNICAS: INTERSECÇÕES NA ANÁLISE CRÍTICA DA PROFISSÃO

O debate a respeito do projeto ético-político no Serviço Social brasileiro, nos últimos anos 1990 foi marcado pela recusa e crítica do conservadorismo profissional, pelo seu processo de construção e desafios. Os fóruns de deliberação, assim como as entidades da profissão, constituem instâncias político-organizativas da profissão, por meio das quais os traços gerais do projeto profissional são reafirmados.

A denúncia do conservadorismo surgiu em meados dos anos 1960 do século passado no contexto do movimento de reconceituação, porém, somente nos anos



seguintes, com a crise do governo militar, é que essa problematização ganhou expressão.

O projeto ético-político profissional vincula-se a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem dominação e(ou) exploração de classe, etnia e gênero. No entanto, pelas próprias particularidades das competências e atribuições privativas, bem como pela historicidade da profissão, há um debate sobre como realizar esse projeto no cotidiano do Serviço Social.

Netto (1998, apud ABRAMIDES, 2015, p.12) afirma que “o que estará no centro da polêmica profissional será a seguinte questão: manter, consolidar e aprofundar a atual direção estratégica ou contê-la, modificá-la e revertê-la”.

Para Vasconcelos (2015, p.21), há uma intolerância com Marx e com o marxismo e, por conseguinte, com o projeto profissional do Serviço Social brasileiro. Por outro lado, as produções mais recentes (FORTI, GUERRA, 2015) afirmam que “não tem havido grandes alterações no que se refere ao exercício profissional cotidianamente”.

Braz (2004, apud FORTI, COELHO, 2015, p. 26) afirma que o projeto ético-político “vem sendo ameaçado, colocado em risco, em decorrência da crise capitalista contemporânea”.

Simas e Ruiz (2015, p.76) sustentam que “em uma conjuntura em que projetos societários conservadores se reapresentam (...) não haveria como uma profissão ser uma espécie de “ilha”, protegida por todos os lados por oceanos de princípios avançados e alternativos à lógica capitalista”.

Braz (2007, apud SIMAS, RUIZ, 2015, p.76) afirma que “a crise de um projeto societário alternativo ao do capital imporia uma crise do projeto profissional”.

Teixeira e Braz (2009, p.12) afirmam que há profissionais “que sustentam a ‘inviabilidade’ do projeto ético-político”, alegando que ele apresenta princípios que não podem ser efetivados concretamente e que o fazer profissional não permite que sejam contemplados. Nada mais falso!”

Para Forti e Coelho (2015, p.15-16),

Muitas vezes, as indagações são formuladas como se as dificuldades do trabalho profissional cotidiano – e, portanto, as dificuldades de materialização das diretrizes do projeto ético-político, ou seja, de enfrentamento de perspectivas e requisições institucionais conservadoras – fossem relativas ao próprio projeto, em vez de constituírem aspectos inerentes à realidade, ao trabalho profissional no campo das políticas sociais na sociedade capitalista da era neoliberal (especialmente) – um padrão de capitalismo ainda mais duro e que se pretende livre de regras.

Analisando os desafios colocados para os assistentes sociais comprometidos com o

projeto ético-político, Forti e Coelho (2015, p.28) afirmam que “no que diz respeito aos direitos sociais, pode-se considerar que a política neoliberal é amarga para o conjunto da classe trabalhadora”, ou seja, eles são solapados e as organizações dos trabalhadores são fortemente atacadas, combatidas e criminalizadas. Há segmentação do fazer profissional e potencialização das tensões e dos conflitos vinculados a produtividade, demarcando o ritmo e a regularidade dos procedimentos técnico- operativos nos diferentes espaços sócio ocupacionais (Idem, p.29). Os espaços sócio ocupacionais delimitam as competências e habilidades dos assistentes sociais, segundo as expressões da “questão social” e as diferentes políticas sociais implementadas.

Segundo Guerra (2009), a instrumentalidade do Serviço Social, dada pela forma na qual a profissão se insere na divisão social e técnica do trabalho e resposta pela dinâmica da realidade social, tanto vincula a profissão a outros ramos de atividade profissional quanto atribui à profissão um status peculiar, já que contempla as ações pelas quais o profissional é reconhecido e requisitado socialmente. Para a autora, essa dinâmica é de natureza contraditória, pois a instrumentalidade da profissão conversa e reproduz aspectos do modo de ser capitalista quando nega e supera.

A instrumentalidade no exercício profissional refere-se a determinada capacidade ou propriedade constitutiva da profissão, a qual é construída e reconstruída no processo sócio histórico, e não à instrumentação técnica da profissão, que diz respeito ao conjunto de seus instrumentos e técnicas.

Guerra (2017) afirma que é a partir da realização da dimensão técnico-operativa que o assistente social legitima e constrói uma determinada cultura, um *ethos* profissional. Aliado a isto, convém observar que a instrumentalidade desta dimensão “está na resolutividade, ainda que apenas momentaneamente e em nível imediato, das demandas apresentadas” (Idem, p.51).

Com relação à dimensão técnico-operativa do Serviço Social, pode ser entendida como a razão de ser da profissão, pois remete às competências instrumentais pelas quais a profissão é reconhecida e legitimada; constitui no modo pelo qual a profissão é conhecida e reconhecida. Responde às questões: Pra que fazer? Para quem fazer? Quando e onde fazer? O que fazer? Como fazer? Dessa forma, envolve um conjunto de estratégias, táticas e técnicas instrumentalizadoras da ação, que efetivam o trabalho profissional e que expressam uma determinada teoria, posição e método. Essa dimensão não deve ser considerada de maneira autônoma, uma vez que nenhuma das dimensões da formação profissional – teórico-metodológica, ético-política e técnico- operativa o é.



Nenhuma ação de sujeitos no âmbito da ação profissional pode ser lida como neutra, porque há intencionalidade. A dimensão técnico-operativa constitui objetivos e a busca pela efetivação deles; considera ainda a existência de condições objetivas e subjetivas para a efetivação da finalidade e requer conhecer os sujeitos da intervenção e as relações de poder, tanto horizontais quanto verticais.

Para Guerra (2009), a instrumentalidade significa instância de passagem entre as abstrações da vontade e a concreção das intencionalidades. Requer clareza das incumbências profissionais, conhecimento dos modos de ser e de viver da população usuária; clareza das finalidades profissionais em relação às demandas; condições objetivas de trabalho.

Fávero (2005) afirma que toda intervenção na realidade, inclusive por parte do assistente social, tem uma dimensão teleológica, ou seja, o profissional projeta, pelo pensamento, o resultado que quer alcançar. Esse projetar confere uma direção social à finalidade do trabalho. Para a autora, uma direção social é condicionada pela adoção de procedimentos instrumentais, de manipulação de variáveis.

O Assistente Social na área sociojurídica é considerado um perito, ou seja, um profissional especializado em determinado conhecimento, que oferece subsídios técnico-científicos, auxiliando o juiz na tomada de decisões.

Segundo Conselho (2003, p.43),

a perícia, no âmbito do judiciário, diz respeito a uma avaliação, exame, vistoria, solicitada ou determinada sempre que a situação exigir um parecer técnico ou científico de uma determinada área do conhecimento, que contribua para o juiz formar a sua convicção para a tomada de decisão.

A perícia social, composta por estudo, laudo e emissão de parecer é embasada nos fundamentos teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos do Serviço Social e destina-se a subsidiar avaliações e julgamentos.

Mioto (2001) em *Perícia Social: um percurso operativo* aborda a perícia social como um processo através do qual um especialista realiza exame de situações sociais com a finalidade de emitir um parecer sobre a mesma. A apresentação da perícia social se faz mediante o laudo social. O parecer é a opinião técnica sobre uma determinada situação social.

No judiciário, a perícia tem a finalidade de conhecer, analisar e emitir parecer sobre situações vistas como conflituosas ou problemáticas no âmbito de litígios legais visando assessorar os juízes em suas decisões.

Mioto (2001) apresenta características e elementos que devem ser considerados na realização da perícia social, os quais dão sustentação a ela e orientam a ação do perito. São 4 os eixos de sustentação da perícia social: 1. Competência técnica; 2. Competência teórico-



metodológico; 3. Autonomia; 4. Compromisso ético.

Por competência técnica, entende-se a habilidade do profissional na utilização de seus instrumentos de trabalho, a qual condiciona a qualidade técnica da ação profissional. Os instrumentos de trabalho referem-se ao conjunto de recursos que permitem a operacionalização da ação profissional (MIOTO, 2001).

Os instrumentos básicos são: entrevista, observação, a visita domiciliar e a documentação. Na maioria das vezes, a observação se realiza no contexto de uma entrevista. Miotto (2001) afirma que a entrevista deve ser menos diretiva possível. A visita domiciliar tem o objetivo de conhecer as condições (residência, bairro) em que vivem tais sujeitos e apreender aspectos do cotidiano das suas relações. Nas visitas, utiliza-se a entrevista e a observação. Sempre que possível, as visitas devem ser agendadas com antecedência. A documentação refere-se ao registro da ação profissional, através de relatórios das entrevistas e visitas domiciliares. Para ela, os instrumentos não devem ser vistos de maneira estática. Devem ser criados e recriados de acordo com os objetivos e com as exigências da ação profissional.

Entre os instrumentos técnico-operativos utilizados pelo assistente social no Poder Judiciário, a entrevista, a visita domiciliar e registros como relatórios, laudos e pareceres, figuram como mais comuns. A visita domiciliar tem por objetivo clarificar situações, considerar o caso nas particularidades de seu contexto sociocultural e de relações sociais. O laudo social é utilizado no Judiciário como mais um elemento de “prova”, a fim de dar suporte à decisão judicial. Entrevista possibilita a construção de alternativas de intervenções, devendo, para tal, a partir do manifesto pelos sujeitos e/ou situação que provocou a ação. Relatório social é apresentação descritiva e interpretativa de uma situação ou expressão da Questão Social. Parecer social é prestar esclarecimentos e análises com base em conhecimento específico do Serviço Social a uma questão ou questões relacionadas a decisões a serem tomadas.

A competência teórico-metodológica diz respeito à base de conhecimentos que o assistente social deve dispor para desenvolver a perícia social, consistente em teorias, diretrizes, leis e normatizações relativas às políticas e programas sociais.

De acordo com Fávero (2005), o estudo social, a perícia social, o laudo social e o parecer social fazem parte de uma metodologia de trabalho de domínio específico e exclusivo do assistente social.

O estudo social, no âmbito do judiciário, diz respeito a uma avaliação, exame, vistoria, solicitada ou determinada sempre que a situação exigir um parecer técnico ou científico de uma determinada área do conhecimento, que contribua para o juiz formar a sua convicção

para a tomada de decisão.

O laudo é utilizado no meio judiciário como mais um elemento de “prova”, com a finalidade de dar suporte à decisão judicial, a partir de uma determinada área do conhecimento, no caso, o Serviço Social. Ele, na maioria das vezes, contribui para a formação de um juízo por parte do magistrado, isto é, para que ele tenha elementos que possibilitem o exercício da faculdade de julgar, a qual se traduz em “avaliar, escolher, decidir”. (CONSELHO, 2003, p.45)

“O laudo oferece os elementos de base para a formação de um juízo e tomada de decisão, que envolve direitos fundamentais e sociais” (Idem, p.46). “É o documento resultante do processo de perícia social” (MIOTO, 2001, p.156) (exame técnico ou científico da área do Serviço Social) e “apresenta as informações mais significativas do estudo e da análise realizada, e o parecer social” (CONSELHO, 2003, p.46) Não necessita expressar detalhamento dos conteúdos do estudo realizado (salvo exceções).

A estrutura do laudo é a seguinte:

- 1) Introdução: indica a demanda judicial e objetivo.
- 2) Identificação: breve dos sujeitos envolvidos;
- 3) Metodologia para construí-lo: Especificidade da profissão e os objetivos do estudo;
- 4) Relato analítico da construção histórica da questão estudada e o estado social atual da mesma;
- 5) Conclusão ou parecer: deve sintetizar a situação, conter uma breve análise crítica e apontar conclusões ou indicativos de alternativas, do ponto de vista do Serviço Social, isto é, que expresse o posicionamento profissional frente à questão em estudo. (CONSELHO, 2003, p.46)

É o registro escrito e fundamentado dos estudos e conclusões da perícia (ou seja, que envolve uma avaliação detalhada do que foi estudado), no qual o perito emite seu parecer e eventualmente responde a quesitos que lhe foram propostos pelo juiz e/ou pelas autoridades interessadas.

Na elaboração do laudo social de um usuário, os marcos significativos da história de vida são também um dado importante de análise, especialmente para profissionais que lidam com depoimentos verbais. Esse histórico deve ser breve, com o relato do que é importante para melhor entendimento da situação e da análise do profissional. O histórico de vida assume papel introdutório no corpo do texto, e o desenvolvimento assume características de análise. A avaliação final encaminha para a conclusão e as sugestões para a resolução do problema.

O parecer social é uma opinião técnica, que deve prestar esclarecimentos e análises de uma ou mais questões relacionadas a decisões a serem tomadas. A Resolução nº 557, de 2009, afirma que o assistente social deve destacar no parecer social – do qual é o único signatário - a sua área de conhecimento separadamente, delimitando seu âmbito de atuação, seu objeto, os instrumentos utilizados e outros componentes que devem estar contemplados

na opinião técnica.

Segundo Mioto (2001), todo processo de perícia social é também um processo de intervenção, isto é, à medida que o assistente social entra em contato com uma situação social ou com os sujeitos nela envolvidos, ele intervém e, além disso, produz modificações. A perícia social tem implicações na vida dos sujeitos envolvidos na situação, sendo que o assistente social, com seu parecer, poderá estar selando o destino de muitas vidas, ao subsidiar a tomada de decisões de outros profissionais.

Por competência teórico-metodológica, Mioto (2001) refere-se à base de conhecimentos que o assistente social deve dispor para desenvolver a perícia social, tanto em termos para a organização do processo, como para a efetivação da análise sobre a qual repousará o parecer social.

O perito tem como elemento chave para o desenvolvimento da perícia a autonomia. Para poder opinar, é necessário que o profissional tenha liberdade para decidir sobre os caminhos que o levarão a formação de tal opinião.

Apesar de não dispor da decisão final, o Assistente Social dispõe de autonomia técnica profissional e ética que visa assessorar o magistrado.

Para Vasconcelos (2002), o direito de criticar e enfrentar a realidade com autonomia não é negado as assistentes sociais por “outros” – instituição, profissionais, realidade -, como frequentemente é apontado pelos profissionais ao lamentarem os empecilhos postos na atuação profissional. É um direito que os próprios assistentes sociais se negam, alimentando sua própria subalternidade ao não realimentarem permanentemente sua formação teórica, ética, política como base para o planejamento, a execução, a avaliação e a direção de suas ações. A autonomia, ainda que relativa, é sinalizada na formação profissional, quando são postas as possibilidades permanentes de sua realimentação e referenciamento no/ pelo conhecimento produzido sobre a realidade social, que encontra ainda sustentação e defesa na Constituição Federal, no Código de Ética Profissional, na Lei de Regulamentação da Profissão, entre outros dispositivos legais.

Portanto, é competência e responsabilidade do perito a definição dos sujeitos a serem envolvidos no estudo social, a escolha dos instrumentos operativos para realizá-lo, assim como, a documentação a ser utilizada. Esta autonomia pressupõe o compromisso ético político.

Por compromisso ético-político, entende-se o dever do assistente social de informar, aos sujeitos abordados para a realização da perícia, os objetivos de seu trabalho e garantir-lhes informações sobre o mesmo, mantendo o sigilo.

A maneira como o profissional instrumentaliza a dimensão técnica da sua ação é relacional com as modificações éticas, morais, culturais e políticas do direcionamento profissional dado à sua formação e práxis profissional.

A perícia não tem uma função meramente fiscalizatória de uma demanda. Ela pode, sim, cumprir esse papel de vistoria, avaliação e/ou exame. Porém, o profissional deve estar atento às dimensões éticas, morais, sociais e culturais dessa demanda, tendo em vista que para o Serviço Social a perícia é parte do seu estudo social em garantia e alargamento de direitos e ações socioeducativas.

No texto “Instruções sociais de processos, sentenças e decisões”, Fávero (2009) faz menção a instrumentos técnico-operativos utilizados pelo assistente social na realização do estudo e/ou perícia social, bem como a aspectos ético-políticos de seu manuseio.

É prerrogativa do Assistente Social definir os meios necessários para alcançar a finalidade de sua ação, se necessita realizar entrevistas, se deve fazer visitas domiciliares, se precisa estabelecer contatos com a rede familiar e social, se deve consultar documentos etc.

Ao realizar uma entrevista, o Assistente Social, independentemente de sua postura e de seu desejo, está numa posição de poder perante o sujeito, representando a instituição que tomará uma decisão a respeito de sua vida.

Ao conduzir uma entrevista no âmbito judicial, o assistente social não deverá solicitar ao entrevistado que repita as informações já fornecidas anteriormente para outro profissional e/ou que constam nos autos do processo, como mecanismo de verificação da confiabilidade das informações. Faz-se importante munir-se das informações referentes a antecedentes da situação a ser estudada, para obter elementos que possibilitem o avanço do diálogo.

A visita domiciliar é um dos instrumentos do estudo social, que pode ou não ser acionado, a depender da necessidade.

Mesmo que solicitado para uma perícia, o Assistente Social pode e deve ir além da descrição e interpretação da situação, inclusive fazendo encaminhamentos e articulação com a rede familiar e social.

Os instrumentos e técnicas peculiares ao campo sociojurídico, entre os quais destacamos a perícia social, o laudo social e o parecer social, além do estudo social que é um procedimento metodológico específico do Serviço Social (que reúne outros instrumentos como a observação, a entrevista, visita domiciliar e documentação), são distintos (com teor e objetivos diferentes) entre si no conteúdo, mas têm algo em comum quanto a serem técnicos e legais. O elo é pelo uso do instrumento e pela instrumentalidade do Serviço Social, pois cada um deles tem uma peculiaridade formal. No entanto, todos eles são mobilizados a partir da

articulação de competências teórico- metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas na atuação do assistente social.

3. CONCLUSÃO

Ao longo desse trabalho, buscou-se uma interlocução com os autores que discutem o Serviço Social, o projeto ético-político e os instrumentos e técnicas, buscando demonstrar que há diversas posições – algumas bem próximas, outras nem tanto – sobre a materialização do projeto ético-político no cotidiano do Serviço Social. O que chama atenção nessas reflexões é a distância entre as abordagens teóricas e o cotidiano de trabalho dos assistentes sociais.

A instrumentalidade desponta como categoria central na discussão da dimensão técnico-operativa da profissão e pode ser entendida como a propriedade adquirida a partir do momento em que há a objetivação de sua intencionalidade através de respostas profissionais. Há no entanto, o esforço para analisar o trabalho profissional, a partir de competências e atribuições privativas e instrumentais que envolvem o Serviço Social, num contexto de segmentação do fazer profissional e potencialização de tensões e conflitos vinculados à produtividade.

Guerra (2015) afirmam que o projeto ético-político tem sido usado como uma panaceia para a solução dos “problemas da prática”, com matrizes estranhas à original e Forti e Coelho (2015) destacam que não há grandes alterações no que tange ao exercício profissional no cotidiano do Serviço Social. Isso pode refletir a negligência e o não dimensionamento adequado do lugar, do papel e do alcance do instrumental técnico-operativo no contexto do projeto ético-político profissional do Serviço Social, onde o assistente social pode estar delegando a outros as suas competências e atribuições privativas, tornando-se mero “técnico”.

Entre os instrumentos e técnicas, demos especial importância aos da área sociojurídica, a saber: perícia social, laudo social, parecer social; abordando-os conceitualmente e também analisando seus eixos de sustentação, que, segundo Mioto (2001), são competência técnica, competência teórico-metodológica, autonomia e compromisso ético.

Em relação à emissão de pareceres, laudos, opiniões técnicas em conjunto com outros profissionais, o assistente social, deve lembrar que a emissão de opinião técnica sobre matéria de Serviço Social em pareceres, laudos, perícias e manifestações é atribuição privativa do assistente social, com base na Resolução nº 557, de 2009.

Assim, comprometidos com o projeto ético-político, é preciso construir estratégias de intervenção no âmbito do Serviço Social, capazes de interferir na vida de indivíduos, grupos e



famílias, contribuindo para o fortalecimento da democracia, para o acesso a direitos e para a emancipação da população atendida pelo assistente social.

REFERÊNCIAS

- ABRAMIDES, Maria Beatriz Costa. Prefácio. FORTI, Valéria; GUERRA, Yolanda (orgs.). **Ética e direitos: ensaios críticos**. 3.ed. Rio de Janeiro, Lumen Juris, 2011. (Coletânea Nova de Serviço Social).
- CONSELHO Federal de Serviço Social (org.). **O estudo social em perícias, laudos e pareceres técnicos: contribuição ao debate no judiciário, no penitenciário e na previdência social**. São Paulo, Cortez, 2003.
- EIRAS, Alexandra Aparecida Leite Toffanetto Seabra. A intervenção do Serviço Social no CRAS: análise das demandas e possibilidade para o trabalho socioeducativo realizado grupalmente. SANTOS, Cláudia Mônica dos; BACKX, Sheila; GUERRA, Yolanda. (orgs.). **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos**. 3.ed. São Paulo, Cortez, 2017.
- FÁVERO, Eunice Teresinha; MELÃO, Magda Jorge Ribeiro; JORGE, Maria Rachel Tolosa (orgs.). **O Serviço Social e a Psicologia no judiciário: construindo saberes, conquistando direitos**. 2.ed. São Paulo, Cortez, 2005.
- _____. Instruções sociais de processos, sentenças e decisões. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, CFESS/ ABEPSS, 2009, p.609- 636.
- FORTI, Valéria; GUERRA, Yolanda. Estado da arte sobre os instrumentos e técnicas na intervenção profissional do assistente social - uma perspectiva crítica. **Serviço Social: temas, textos e contextos**. Rio de Janeiro: Lumen Júris; Coletânea Nova de Serviço Social, 2010.
- _____. **Projeto ético-político do Serviço Social: contribuições à sua crítica**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2015. (Coletânea Nova de Serviço Social).
- FORTI, Valéria, COELHO, Marilene. Contribuição à crítica do projeto ético-político do Serviço Social: considerações sobre fundamentos e cotidiano institucional. FORTI, Valéria; GUERRA, Yolanda (orgs.). **Projeto ético-político do Serviço Social: contribuições à sua crítica**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2015. (Coletânea Nova de Serviço Social).
- GUERRA, Yolanda. A dimensão técnico-operativa do exercício profissional. SANTOS, Cláudia Mônica dos; BACKX, Sheila; GUERRA, Yolanda. **A dimensão técnico operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos**. 3.ed. São Paulo, Cortez, 2017.
- _____. Sobre a possibilidade histórica do projeto ético-político profissional: a apreciação crítica que se faz necessária. FORTI, Valéria; GUERRA, Yolanda (orgs.). **Projeto ético-político do Serviço Social: contribuições à sua crítica**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2015. (Coletânea Nova de Serviço Social).
- _____. A instrumentalidade do Serviço Social. In: CFESS/ ABEPSS. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, CFESS/ ABEPSS, 2009.
- _____. **A instrumentalidade do Serviço Social**. 7.ed. São Paulo, Cortez, 2009.
- RESOLUÇÃO CFESS Nº 557/2009, de 15 de setembro de 2009.
- SANTOS, Cláudia Mônica dos; BACKX, Sheila; GUERRA, Yolanda. **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos**. 3.ed. São Paulo, Cortez, 2017. Prefácio.
- SANTOS, Cláudia Mônica dos; FILHO, Rodrigo de Souza; BACKX, Sheila. A dimensão técnico-operativa do Serviço Social: questões para reflexão. In: SANTOS, Cláudia Mônica dos; BACKX, Sheila; GUERRA, Yolanda. **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos**. 3.ed. São Paulo, Cortez, 2017.

SIMAS, Fábio do Nascimento, RUIZ, Jefferson Lee de Souza. Exercício profissional: uma mediação entre direitos humanos e o projeto ético-político do Serviço Social brasileiro. FORTI, Valéria; GUERRA, Yolanda (orgs.). **Projeto ético-político do Serviço Social: contribuições à sua crítica**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2015. (Coletânea Nova de Serviço Social).

TEIXEIRA, Joaquina Barata; BRAZ, Marcelo. O projeto ético-político do Serviço Social. In: In: CONSELHO Federal de Serviço Social – CFESS; ASSOCIAÇÃO Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, CFESS/ ABEPSS, 2009, v.1. Unidade 2: O Serviço Social no contexto das transformações societárias, p. 166-184.

TRINDADE, Rosa Lúcia Prêdes. Ações profissionais, procedimentos e instrumentos no trabalho dos assistentes sociais nas políticas sociais. In: SANTOS, Cláudia Mônica dos; BACKX, Sheila; GUERRA, Yolanda. **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos**. 3.ed. São Paulo, Cortez, 2017.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A/ o assistente social na luta de classes: projeto profissional e mediações teórico-práticas**. São Paulo: Cortez, 2015. Cap.1: O projeto ético-político do Serviço Social brasileiro e formação na sociedade do capital; 1.4 - O projeto ético-político do Serviço Social brasileiro: emancipação humana para além dos direitos e da cidadania burgueses; Cap.2: O assistente social na luta de classes: entre projetos, tendências, possibilidades, alternativas não exploradas e consequências, no contexto de lutas emancipatórias; 2.4- Respostas profissionais: tendências, limites, consequências e possibilidades não exploradas; Cap.3: Serviço Social, projeto e atividade profissional. Eixo de análise; 3.1.1- O exercício profissional mediado pelo projeto ético político do Serviço Social: questões candentes.

_____. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área as saúde**. 8.ed. São Paulo, Cortez, 2002.



REFLEXÕES ACERCA DAS REQUISIÇÕES AO TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA ALTA COMPLEXIDADE EM SAÚDE

Jacqueline Fernandes Andreani (Departamento De Serviço Social Ufrgs; Miriam Thais Guterres Dias (Departamento De Serviço Social Ufrgs); Ana Kelen Dalpiaz (Hospital De Clínicas De Porto Alegre)

RESUMO: Este estudo discorre sobre as requisições necessárias ao trabalho do/a assistente social que atua em hospitais, refletindo sobre os desafios e possibilidades de atuação neste espaço sócio ocupacional. Estas requisições consistem na necessária presença da intersectorialidade, interdisciplinaridade e educação permanente no trabalho profissional, na perspectiva do princípio da integralidade, entendendo-o como fundamental no Sistema Único de Saúde para o alcance deste direito social para a população. O resultado aponta a fragilidade no trabalho interdisciplinar e na educação permanente, e ausência de intersectorialidade no trabalho profissional nos hospitais, ao mesmo tempo que a integralidade é almejada pelos/as assistentes sociais.

PALAVRAS CHAVE: Assistente Social. Hospitais. Intersectorialidade. Interdisciplinaridade. Educação permanente.

ABSTRACT: This study discusses the requisites required for the work of the social worker who works in hospitals, reflecting on the challenges and possibilities of acting in this socio-occupational space. These requirements consist of the necessary presence of intersectoriality, interdisciplinarity and permanent education in professional work, from the perspective of the principle of integrality, understanding it as fundamental in the Single Health System for the achievement of this social right for the population. The result points to the fragility in interdisciplinary work and continuing education, and the absence of intersectoriality in professional work in hospitals, while comprehensiveness is sought by social workers.

KEYWORDS: Social Worker. Hospitals Intersectoriality. Interdisciplinarity. Permanent Educatio

1. INTRODUÇÃO

Este estudo versa sobre as requisições necessárias ao trabalho dos/as assistentes sociais no contexto hospitalar, bem como os desafios impostos à atuação profissional no que se refere às demandas emergentes e a garantia de um atendimento integral aos usuários. Sendo assim, limita-se à análise de um dos pontos de atenção à saúde, a alta complexidade em saúde, também denominada de atenção terciária. É o nível mais complexo e especializado da atenção à saúde e, portanto, apresenta características importantes que podem ser aprofundadas, principalmente no que se refere ao trabalho do/a assistente social neste espaço.

Entende-se que o atendimento integral considera a articulação entre os usuários, os profissionais da saúde e outras instituições que se fazem presentes na vida dos sujeitos atendidos. Cecílio (2001) considera que a integralidade contempla as boas condições de vida, o acesso a toda tecnologia capaz de melhorar e prolongar a vida; os vínculos (a)efetivos entre cada usuário e equipe/profissional de saúde, e, os graus crescentes de autonomia no modo de levar a vida. Denota-se que a integralidade prevê um conjunto de fatores que extrapolam limites institucionais, e que podem estar relacionados diretamente com questões menos aparentes, mas que atingem a manutenção do cuidado em saúde.

Na perspectiva da integralidade, como princípio articulador e central para a população a partir do Sistema Único de Saúde (SUS), as dimensões da competência profissional do/a assistente social são fundamentais no processo de escolha dos seus instrumentais, pois são eles que norteiam o sentido do trabalho dos profissionais, refletindo os valores, o conhecimento e a intencionalidade presentes, os quais poderão, ou não, materializar o Projeto Ético-Político do Serviço Social da profissão.

O objetivo da pesquisa se deu pela motivação de averiguar nas produções científicas publicadas e documentos como os/as assistentes sociais têm trabalhado no contexto hospitalar, no que se refere ao uso dos instrumentos da profissão, ao manuseio das legislações, incluindo o código de ética profissional, a materialização de seu objeto de trabalho profissional e as relações interpessoais com os/as demais profissionais, o que foram denominados de “requisições” ao trabalho, na via da garantia da integralidade no SUS.

Portanto, considerando a necessidade de análise das dimensões da competência profissional e para responder aos questionamentos acerca do imediatismo que permeia o trabalho dos/as assistentes sociais âmbito hospitalar, optou-se por utilizar uma pesquisa exploratória, que “[...] tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema,

com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses” (GIL, 2002, p. 41). O

delineamento deste estudo consistiu em uma pesquisa bibliográfica e documental, para explorar e analisar diferentes posições acerca do tema.

As fontes selecionadas para a pesquisa bibliográfica foram as seguintes revistas: *Temporalis*; *Serviço Social e Sociedade*; *Serviço Social e Saúde*; *Ser Social*; *Textos e Contextos*; *Katálysis*; *Serviço Social em Revista*; *Serviço Social e realidade*; *O Social em Questão*; *Em Pauta*; *Libertas*; *Serviço Social em Perspectiva*; *Praia vermelha e Refazendo Vínculos*. Ademais, também foram analisados os anais do último Encontro Nacional de Pesquisadores/as em Serviço Social (ENPESS), mais especificamente do ano de 2018.

Os descritores utilizados para a busca da bibliografia foram: “trabalho do assistente social em hospitais”; “serviço social e hospitais”; “serviço social e alta complexidade em saúde”; “serviço social e integralidade”; e “serviço social e âmbito hospitalar”. Estes poderiam constar tanto no título, como no resumo, ou nas palavras-chaves dos textos (descritores). O período selecionado para a pesquisa foi do ano 2000 a 2019, para estudo de um período de quase duas décadas. No total, a pesquisa encontrou 30 artigos que atenderam aos descritores definidos.

A relevância desta produção se baliza na pouca existência de bibliografias que abordem sobre o trabalho do/a assistente social no âmbito hospitalar. Além disso, uma pesquisa realizada pelo conjunto CFESS/CRESS, em 2005, sobre o mercado de trabalho dos/as assistentes sociais, apontou que eles/elas ocupavam em primeiro lugar as instituições da política de saúde e, logo em seguida, da política de assistência social. Tal dado também é um indicador que reitera a relevância deste estudo, já que se propõe a agregar conhecimento aos/as profissionais atuantes nesta política pública e social.

Ainda que, no momento atual a inserção dos assistentes sociais na área da saúde não esteja primeiro lugar, continua sendo relevante sua participação no setor. Logo, o que se almeja com esta produção é o fomento das discussões sobre o trabalho dos/as assistentes sociais nos hospitais, pois apesar da existência de significativas publicações acerca do Serviço Social na saúde, são incipientes as produções sobre a atenção terciária e os desafios que permeiam esta realidade, onde se encontram diversos/as assistentes sociais trabalhando.

2. SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: BREVES CONSIDERAÇÕES

Primeiramente, cabe lembrar que o período entre os anos 1930-1945 marca o surgimento da profissão de Serviço Social no Brasil, a qual estava intimamente ligada aos preceitos religiosos e ultra conservadores. Nessa época, a saúde era ofertada a partir de outra perspectiva, não havendo ainda um sistema integrado e estruturado, que posteriormente foi

criado: o SUS. A política social de saúde existente neste período tinha a feição assistencialista e de seguro social (FLEURY, 2003), e quem prestava assistência médico-hospitalar para parcela da população brasileira, exclusivamente os com vínculo empregatício, era o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), extinto em 1993, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, em 1990. A saúde, portanto, não era um direito de todos e, conseqüentemente, a assistência médica era um privilégio apenas dos trabalhadores com carteira assinada e seus dependentes.

O aumento da inserção dos/as assistentes sociais na saúde se dá a partir de 1945 (BRAVO, MATOS, 2007), quando surgem novas necessidades profissionais capazes de lidar com as demandas apresentadas. Após a 2ª Guerra Mundial, os Estados afetados consideraram o setor saúde como de relevância social e o Serviço Social no âmbito mundial é requisitado a realizar investigação social, atendimento a famílias e uso da abordagem grupal (BRAVO, 2011). Esta realidade expandiu para os países da América Latina e ampliou a absorção de assistentes sociais neste setor.

A partir desta conjuntura, a Organização das Nações Unidas (ONU) criou a Organização Mundial de Saúde (OMS) e, em 1948, formulou o conceito de saúde como “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” (SCLIAR, 2007), o que refletiu diretamente na requisição de outros/as profissionais, como o/a profissional de Serviço Social. O novo conceito de saúde inovou ao abordar sobre os aspectos biopsicossociais, que já não era centrado unicamente na doença. Destaca-se que, na ocasião, o Serviço Social se manifestava como uma profissão “salvadora” e com caráter contraditório. A atuação dos assistentes sociais se concentrava na atenção hospitalar, pois a exigência do momento era que “[...] os profissionais eram importantes para lidar com a contradição entre a demanda e o seu caráter excludente e seletivo” (BRAVO, MATOS, 2007, p. 200), em se tratando de uma política contraditória e ainda não universal.

Foi somente na década de 1960 que o cenário passou a se modificar quanto ao contexto do trabalho profissional, afinal, alguns profissionais passaram a questionar o caráter conservador da profissão. A partir do golpe de 1964, o Serviço Social se configurou na perspectiva da “modernização conservadora” (NETTO, 2008), visto que novas demandas advieram, submetidas à racionalidade burocrática, entre elas a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios, sem questionamentos quanto a outras direções sociais para a profissão.

A década de 1970 foi um rico palco de emergência de movimentos sociais que lutaram contra a ditadura e contra a grave desigualdade social brasileira, e entre estes, se destaca o

Movimento da Reforma Sanitária. Este movimento tinha como objetivo principal concretizar a saúde como um direito de todos e dever do estado e não mais como um favor.

A principal proposta da Reforma Sanitária é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nessa direção, ressalta-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho, ou seja, com ênfase nos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do Estado. (CFESS, 2010, p. 19).

Diante da grave crise econômica e política produzida no período da ditadura militar se inicia o seu processo de desgaste, criando as condições políticas para que os movimentos sociais avançassem na sua organização e construção de pautas de reivindicação. Entre os diversos acontecimentos neste período, a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, provocou um grande avanço na discussão e na deliberação sobre as mudanças necessárias na política de saúde, construídas no contexto da reforma sanitária, tendo como foco a elaboração de propostas de fortalecimento do setor público. A partir de então, um novo conceito sobre a saúde foi elaborado, o qual ampliou o olhar sobre o caráter biologicista com que esta política era analisada. O conceito ampliado de saúde significou um dos marcos relevantes construídos neste contexto, por avançar quanto à visão médico-centrada hegemônica no setor da saúde. Após diversas discussões, a 8ª Conferência Nacional de Saúde definiu saúde como:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a posse de terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986).

Tido isto, finalmente, no ano de 1988, a saúde foi instituída como um direito social na Constituição Federal, ocasionando assim a organização do SUS, oficialmente regulamentado dois anos após, pelas leis 8.080/1990 e 8.142/1990, tendo entre seus objetivos “a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde” (BRASIL, 1990). Determinantes sociais estes que podem ser analisados a partir do conceito ampliado em saúde, como fatores que superam a cura física por considerar os aspectos como o acesso aos bens e serviços disponíveis, assim como a estrutura econômica, social e de classes vigente na sociedade.

O Serviço Social é afetado diretamente com a conjuntura e contexto social, com algumas políticas sociais assumindo um patamar de seguridade social na defesa do direito social e, ao mesmo tempo, a profissão promovendo um processo de revisão interna, na busca

da superação do Serviço Social tradicional e conservador, com a produção do Código de Ética Profissional do/a Assistente Social, a Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social e as novas Diretrizes Curriculares da formação profissional em Serviço Social, todos ocorridos no final da década de 1980 e início da década de 1990. Todo este processo vai incidir em novas perspectivas na profissão, demonstrando que o debate interno, como o da reforma sanitária, construiu uma nova direção social para o Serviço Social, o Projeto Ético-Político (PEP), a partir do qual, “alguns conceitos são fundamentais para a ação dos assistentes sociais na saúde como a concepção de saúde, a integralidade, a intersectorialidade, a participação social e a interdisciplinaridade [...]” (CFESS, 2010, p. 39).

Cabe destacar que o/a assistente social sempre esteve presente no campo da saúde e sua absorção foi se alterando ao longo do tempo com objetivos diferentes, de acordo com o que era requisitado dos profissionais em determinado tempo histórico. À medida que a oferta de serviços de saúde se ampliou, ocorreu o alargamento das equipes multiprofissionais. A expansão do modelo de saúde biopsicossocial, mesmo que incipiente, resultou na ampliação da gama de profissões regulamentadas como profissões de saúde. O Conselho Nacional de Saúde aprovou em 1997 a Resolução nº 218 reconhecendo o assistente social como um dos profissionais da saúde, e em 1999, o CFESS fez o mesmo reconhecimento, através da Resolução nº 383.

Partindo do pressuposto de que a concepção ampliada em saúde - baseada nos preceitos da reforma sanitária - inovou as medidas de proteção à saúde, reitera-se que este movimento foi determinante em muitos aspectos. Não somente na construção de um novo modelo de intervenção à saúde, mas sim, incidindo sobre a ampliação dos espaços sócio ocupacionais dos/as assistentes sociais. Sabe-se que a realidade profissional é complexa e exige que sejam feitas mediações constantemente, a fim de ultrapassar o plano da aparência. Para isso, se faz necessário refletir sobre as requisições postas ao trabalho do assistente social e indicar a interdisciplinaridade, a intersectorialidade e a educação permanente como possibilidade de contribuição para o trabalho profissional na alta complexidade em saúde.

3. UM PANORAMA SOBRE AS REQUISIÇÕES AO TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NO CONTEXTO HOSPITALAR

Para a abordagem sobre as requisições profissionais é preciso considerar que existem diferenças entre as terminologias “requisições”, “demandas”, “atribuições” e “competências” e que, ocasionalmente, são confundidas, tanto pelas demais categorias profissionais como pelos próprios assistentes sociais, que ainda apresentam dificuldades em diferenciar os

preceitos que são intrínsecos à profissão daqueles atribuídas pela instituição empregadora (GUERRA *et al*, 2016). Baseado na Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social, têm-se que as atribuições são consideradas como únicas da profissão, de caráter privativo, já as competências são os conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para se realizar uma determinada atividade, que podem ser comuns à outras profissões (BRASIL, 1993).

Em relação às requisições, Guerra *et al* (2016) discorrem que estão mais relacionadas a requerimentos ou solicitações, geralmente se tratando de exigências legais. Contudo, expõe-se que “[...] embora sejam mencionadas requisições distintas para sujeitos distintos às vezes elas coincidem, causando a aparência de que se trata de uma requisição única” (GUERRA, *et al*, 2016, p. 5). Assim, existem requisições direcionadas ao/a assistente social, à política de saúde, à determinado programa e aos serviços. Contudo, o/a assistente social acaba por assumir as requisições prescritas na política de saúde, em razão de ter um compromisso com a qualidade dos serviços ofertados. Além disso, os princípios postos pelo PEP da profissão estabelecem relação direta com os da Reforma Sanitária (BRAVO, MATOS, 2007), o que reforça o alinhamento entre requisições à política e à profissão.

Isto posto, se quer indicar as requisições necessárias à efetivação do trabalho dos/as assistentes sociais no contexto hospitalar, a fim de que este estudo sirva de contribuição na construção de novas proposições ao trabalho profissional. Para isso, pauta-se em um arsenal amplo de materiais, como as legislações da saúde e as publicações encontradas na pesquisa bibliográfica sobre o trabalho do assistente social nestes espaços. No contexto de defesa do SUS como preconizado pela Reforma Sanitária e garantido pelo Estado por meio da Constituição Federal, vive-se a contradição da não consolidação dos princípios fundamentais de equidade, universalidade e integralidade. Assim, o trabalho do/a assistente social deve ser conduzido por um conjunto de requisições articuladas, assentadas nos fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos que regem o Serviço Social e capazes de dar o suporte necessário ao que preconiza o SUS na perspectiva da garantia da integralidade.

Estas as requisições são: intersetorialidade, interdisciplinaridade e educação permanente, as quais servem para subsidiar o atendimento às demandas que chegam até os assistentes sociais.

Destaca-se que o Assistente Social possui um arcabouço de conhecimento que se traduzem em técnicas e materializam-se em instrumentos que devem ser adequadas à realidade e à necessidade de intervenções, determinados pelo profissional, com fins de captar os sentidos da realidade referente aos aspectos sociais e culturais de seus usuários quando não possível no sentido imediato da realidade social (OLIVEIRA, CARVALHO, 2013, p. 3).

No seu trabalho, os/as assistentes sociais assumem o compromisso com a qualidade dos serviços prestados (CFESS, 1993), no intuito de contribuir com uma sociedade mais justa

e igualitária. A prestação de serviços de qualidade só pode ser realizada a partir de uma análise sobre a realidade social, de forma que gradualmente os usuários possam acessar seus direitos estabelecidos constitucionalmente. Exige-se cada vez mais uma concepção ampliada sobre as condições de vida que recaem sobre os sujeitos que chegam até os/as assistentes sociais e mais especificamente aos serviços de saúde.

Ao chegar nos serviços de saúde de alta complexidade os/as pacientes se encontram em alto grau de enfermidade e com diversas debilidades que antecedem a internação hospitalar. Por conta disso, as demandas que chegam até os serviços hospitalares, em sua grande parte, ultrapassam os limites institucionais, pois, mesmo com a presença de uma equipe multiprofissional, ela é insuficiente para suprir todas as necessidades dos/as pacientes. Tudo isso, porque os/as profissionais estão inseridos em uma lógica produtivista, dentro de uma estrutura de Estado e sociedade que pode ser perversa, ao impossibilitar que eles/elas deem conta de alguns pressupostos que envolvem o cuidado em saúde por conta do histórico subfinanciamento do SUS (FUNCIA, 2019).

Portanto, coloca-se como um desafio aos/as assistentes sociais a concepção de determinados requisitos fundamentais ao trabalho no âmbito hospitalar, uma vez que o exercício profissional deve se pautar na superação da imediatividade. Nisso, Veloso (2014, p. 117) contribui ao afirmar que “a grande questão reside na postura que limita o exercício profissional a modalidades de intervenção de caráter pragmatista, não as ultrapassando, e ainda, entendendo-as como as únicas possíveis no contexto da intervenção profissional”. Para isso, considerar pressupostos como a interdisciplinaridade, a intersetorialidade e a educação permanente, na direção da integralidade, contribui para a transposição do caráter emergencial que com frequência permeia a alta complexidade em saúde.

Sem uma profunda análise da realidade social, é impossível desenvolver um trabalho que fortaleça a cidadania dos/as usuários/as e que esteja alinhado ao PEP. Somente com uma atuação crítica e centrada na categoria mediação, o/a assistente social pode direcionar seu trabalho aos interesses da população usuária, mais especificamente no que se refere ao direito à saúde de qualidade e ao cuidado integral que esta pressupõe, superando o imediatismo que, por vezes, se estabelece.

Ao partir das mediações realizadas no cotidiano é que se torna possível observar as reais necessidades dos/as usuários/as, que transitam por diferentes políticas sociais e portanto, exigem do/a profissional uma apreensão da realidade macro desta população. Nesse viés, considerando os desafios decorrentes da configuração da atenção terciária em saúde e o trabalho do/a assistente social nesse contexto, os itens a seguir se propõem

a aprofundar a discussão sobre as requisições necessárias ao trabalho, entendendo que essas são pertinentes, pois atravessam o SUS, desde os aspectos micro até os macrossociais.

3.1 A interdisciplinaridade

A integralidade enquanto um princípio do SUS precisa de outros elementos que aqui são apontados como estratégias para o seu alcance, e entre estas, se considera a interdisciplinaridade. Alguns autores partem do princípio de que a interdisciplinaridade, apesar de ser costumeiramente utilizada, ainda permanece sendo um conceito de difícil apreensão, visto que, mesmo diante de estudos e bases teóricas, ainda permeiam divergências sobre o tema. A interdisciplinaridade não apresenta consenso em meio aos diferentes estudiosos do assunto, mas buscando a conceituar Gattás, Furegato, (2006, p. 325), “[...] pode ser entendida como qualquer forma de combinação entre duas ou mais disciplinas objetivando-se a compreensão de um objeto a partir da confluência de pontos de vista diferentes cujo objetivo final seria a elaboração de síntese relativa ao objeto comum”.

A prática interdisciplinar não tem o intuito de promover o apagamento das especificidades que são próprias de cada profissão. Em outras palavras, “assim como não significa a justaposição de saberes, também não anula a especificidade de cada campo de saber” (GOMES, DESLANDES, 1994, p. 111), mas sim, visa o diálogo mútuo entre as categorias com um objetivo em comum. Ainda sobre isso:

Ao contrário do que muitas vezes se considera, o trabalho interdisciplinar demanda a capacidade de expor com clareza os ângulos particulares de análise e propostas de ações diante dos objetos comuns a diferentes profissões, cada uma delas buscando colaborar a partir dos conhecimentos e saberes desenvolvidos e acumulados pelas suas áreas (RAICHELIS, 2009, p. 15).

Hoje, apesar dos avanços no que refere à constatação da necessidade das ações interdisciplinares, aponta-se ainda como um desafio às relações de poder existentes, o que acarreta na disciplinarização acentuada nos campos da saúde. “Concluímos que a interdisciplinaridade no campo da Saúde Pública alcança um status de necessidade interna diante da complexidade que o problema da Saúde impõe” (GOMES, DESLANDES, 1994, p. 111). Isto é, a principal barreira relacionada à interdisciplinaridade são as relações de poder existentes dentro dos hospitais, centralizadas na prática médica. Muito disso se traduz no cotidiano através da internação social, onde existe certa pressão para que os leitos sejam desocupados brevemente, quando não se tratando mais do adoecimento físico.

A pesquisa de campo realizada por Santos, Eleutério e Lima (2015, p. 163) em um

Hospital Universitário, apontou que “[...] por ser um profissional que realiza escuta qualificada antes de realizar sua intervenção, o/a assistente social tornou-se referência em encaminhamentos e resoluções de questões que algumas vezes não fazem parte de suas atribuições ou competências profissionais”. Ou seja, a dificuldade por parte da equipe de saúde em compreender quais as competências e atribuições dos/as assistentes sociais pode desqualificar o trabalho destes/destas, o que torna a interdisciplinaridade ainda mais relevante. Portanto, é fundamental que o/a assistente social consiga se impor, delimitando quais ações compõem sua atuação, estabelecendo limites quando necessário, sem perder de vista a busca pela interdisciplinaridade. Caso contrário, estará reproduzindo práticas equivocadas e reforçando a percepção dos profissionais de que aquele é o papel do Serviço Social na instituição.

3.2 A intersetorialidade

Considerando a amplitude do que é a integralidade na assistência aos usuários, pode-se determinar que ela se consolida por meio da intersetorialidade e também de práticas interdisciplinares (NOGUEIRA, MIOTO, 2007). Em outras palavras, “a integralidade do cuidado é tarefa de rede” (CECÍLIO, MERHY, 2007, p. 2011).

É fato que a alta complexidade em saúde por si só não garante a articulação com as demais políticas sociais, tais como, a educação, a assistência social, o sócio-jurídico, a previdência, a habitação, etc. Portanto, não sustenta o acesso aos demais serviços disponíveis na rede socioassistencial, pois, conforme Dias (2018, p. 29) “A natureza das necessidades humanas e sociais tem, em si, complexidade relevante que não pode ser atendida na perspectiva da setorialidade”, o que requer a existência da intersetorialidade, como forma de manutenção de um cuidado integral.

Não se pode reduzir a intersetorialidade ao simples encaminhamento à outros setores, ou, a referência e contrarreferência. Tais atitudes resultam na fragilidade de uma atenção que responda de forma qualificada às necessidades dos usuários. Saliencia-se que a intersetorialidade não se resume a “prescrição a um serviço”, mas sim, a verdadeira articulação entre estes serviços, que não podem/devem atuar separadamente, senão, como forma de complementação aos demais.

Entretanto, pôde-se observar nas bibliografias disponíveis que as discussões sobre intersetorialidade no contexto hospitalar são nulas. Constata-se que “[...] apesar de ser uma prática muito frequente no cotidiano do trabalho do Assistente Social, pouco vem sendo objeto de pesquisa e produções no âmbito profissional e de reconhecimento dos profissionais

acerca de sua importância nas ações desenvolvidas em saúde” (AMARAL, 2008, p. 32). Isto é, averiguou-se que as práticas intersetoriais são pouco ou nada praticadas no contexto hospitalar, já que como pôde ser observado, a atuação dos assistentes sociais nos hospitais ainda é muito voltada a um atendimento pontual e por vezes imediato, diante da pressão contida nestas instituições. Por vezes o profissional nem se dá conta de que poderia investir mais na prática intersetorial, pois já esta institucionalizado e adoecido pelos limites impostos ao seu fazer profissional.

Neste sentido, considerando que o assistente social dispõe de um conjunto articulado de instrumentos de trabalho e tem como pressuposto a horizontalidade nas políticas públicas, nada mais evidente que preze pela desburocratização dos serviços, afinal esta é uma das prerrogativas do código de ética profissional, que orienta que o assistente social deve “contribuir para a criação de mecanismos que venham desburocratizar a relação com os/as usuários/as, no sentido de agilizar e melhorar os serviços prestados” (CFESS, 1993, p. 30).

Desburocratizar a relação como os usuários significa também a apropriação e articulação entre as dimensões da competência profissional, isto é, ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa. São elas que vão direcionar o trabalho profissional e as ações realizadas no cotidiano. Apesar das barreiras impostas pelo capitalismo, cabe aos profissionais se utilizarem de todas as técnicas e instrumentos que permitam desenvolver as ações profissionais junto à rede e a população usuária, numa perspectiva coletiva e democrática, entendendo a necessidade do compartilhamento do cuidado entre os serviços.

3.3 A educação permanente

A educação permanente também compõe o conjunto das requisições ao trabalho do assistente social em hospitais, pois na saúde hospitalar existem práticas pré-definidas e burocratizadas, com as quais deve se ter muita clareza. Fato que demonstra tamanha importância da Educação Permanente em Saúde (EPS) é justamente a existência de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), criada no ano de 2004 pelo Ministério da Saúde e que tem por objetivo fortalecer suas práticas no SUS, bem como, analisar como tem se dado estas ações em todas as esferas (BRASIL, 2018). A educação permanente é um dos instrumentos que dá subsídio teórico-prático às ações profissionais, tendo um cunho educativo, e por isto os Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Saúde afirma que

É a capacitação permanente que possibilita ao profissional romper com a prática rotineira, acrítica e burocrática, e buscar, a partir da investigação da realidade a que estão submetidos os usuários dos serviços de saúde, a

reorganização da sua atuação, tendo em vista as condições de vida dos mesmos e os referenciais teóricos e políticos hegemônicos na profissão, previstos na sua legislação, e no projeto de Reforma Sanitária (CFESS, 2010, p. 69).

Uma pesquisa realizada no intuito de averiguar o conhecimento dos assistentes sociais sobre os Parâmetros de Atuação do assistente social na saúde, evidenciou que os profissionais não expressam utilizar os demais eixos apontados no documento. Nenhum dos assistentes sociais, contratados ou residentes, assumiu ter envolvimento com os espaços de participação, além de não abordarem sobre planejamento e gestão no trabalho realizado. Sobre a qualificação profissional, mencionam apenas a convivência com os estagiários, afirmando não ter tempo para a educação permanente (SILVA, KRUGER, 2018).

Percebe-se a partir disso que a educação permanente ainda é um desafio que se sobressai na dinâmica da atuação dentro da saúde hospitalar, visto que muitos dos espaços profissionais são adoecedores e não proporcionam espaços de qualificação profissional à equipe. Em decorrência disso, o caráter emergencial da atuação se sobressai, sem que haja uma verdadeira reflexão acerca das determinações burocráticas da instituição.

Diante desta realidade, é de responsabilidade do assistente social seu constante aprimoramento, o que requer tanto o reconhecimento de suas competências e atribuições, como também uma dimensão mais ampla, de apropriação dos dados, conhecimento dos equipamentos e da configuração dos espaços de saúde em que se inserem. Todos estes pormenores, aliados ao planejamento das ações, são significativos na superação da atuação fragmentada e imediatista, tão presente no contexto hospitalar. Estabelece-se assim a intrínseca relação entre formação e exercício profissional, visto que a consolidação do PEP possibilitou “[...] a formação de um profissional capaz de responder, com eficácia e competência, às demandas tradicionais e às demandas emergentes na sociedade brasileira – em suma, a construção de um novo perfil profissional [...]” (NETTO, 2007, p. 153). Portanto, somente a educação permanente pode ir ao encontro deste novo perfil profissional voltado a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais, reforçando assim um compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população, e com os demais princípios do código de ética.

4. CONCLUSÕES

Diante do exposto ao longo deste estudo, cabe dizer que apesar das diferentes análises realizadas, as bibliografias demonstraram que o contexto hospitalar apresenta em si contradições importantes, mas que são passíveis de serem superadas. Enquanto um conceito amplo e complexo assevera-se que a integralidade é almejada, mas que enfrenta dificuldades

inúmeras de efetividade plena. Dentre os desafios destacados, cita-se a fragilidade no trabalho interdisciplinar, o pouco incentivo à educação permanente dos assistentes sociais e a ausência da prática intersetorial, a qual parece não ser fomentada no espaço hospitalar. Analisa-se que o poder médico é fortemente citado em várias das bibliografias, como sendo um fator limitante à autonomia dos assistentes sociais.

Os entraves citados pelas bibliografias se referiram principalmente a existência de um trabalho multidisciplinar, mas que indica que os profissionais de saúde ainda têm muito o que avançar na perspectiva interdisciplinar. Sobre a educação permanente, constatou-se que esta é mais incentivada nos hospitais universitários, mas ainda assim se verifica uma inserção incipiente dos assistentes sociais nos espaços de formação e na proposição destes, já que se trata de um instrumento que é também político, podendo ser um grande potencializador das políticas sociais.

Pode-se afirmar que mesmo em meio aos muitos avanços no que se refere a superação do modelo de saúde estritamente biomédico, o contexto hospitalar ainda é um meio que produz práticas instituídas. O campo da saúde hospitalar é um local de fortes relações de poder e que produz diversas inquietações, mas que, ainda assim pode ser um solo fértil para a oferta de serviços de qualidade, calcados na integralidade. Neste sentido, o assistente social pode e deve estar sempre atento aos percalços que possam estar interferindo em seu trabalho, buscando assim, superar práticas focalizadas.

Somente com a apreensão de que a instituição nem sempre vai estar alinhada aos princípios da profissão é que o assistente social pode estar ressignificando seu trabalho nos hospitais, a partir do repensar das ações e do investimento na qualificação profissional, pois é ela que vai possibilitar os questionamentos, provocando as mudanças necessárias.

Desta forma, fica o desafio para que os/as assistentes sociais que atuam em hospitais não se acomodem diante das barreiras que surgem no cotidiano, mas que possam utilizá-las justamente para reafirmar seu compromisso com os usuários, conforme o que é pautado nos princípios da reforma sanitária e no PEP da profissão.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, G. As ações intersetoriais na atenção à saúde na alta complexidade: construindo marcos de referência para o exercício profissional do assistente social. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2008. Disponível em: <<http://tcc.bu.ufsc.br/Ssocial286709.pdf>>. Acesso em: 10 de out. de 2019.
- BRASIL. 8ª Conferência Nacional de Saúde. 1986. **Relatório Final**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf
- _____. **Lei n. 8.080, 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.
- _____. **Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993**. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8662.htm
- _____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília, MS: 2018.
- BRAVO, M.I.S.; MATOS, M.C. Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, A.E.; BRAVO, M.I.S.; UCHÔA, R. *et al.* (Orgs.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2007. p. 197-217.
- BRAVO, M.I.S.. **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. (Eds.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS-Abrasco, 2001. p. 113-26.
- CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, e.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2007. 228p.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS. **Código de Ética do Assistente Social**. Conselho Federal de Assistentes Sociais. Março de 1993.
- _____. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf.
- DIAS, MT.G. Os profissionais na intersectorialidade para a atenção à saúde e a proteção social: uma revisão narrativa. **Socied. em Deb.** (Pelotas), v. 24, n. 1, p. 22-40, jan./abr. 2018.
- FLEURY, S. Seguridade social: a agenda pendente. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 414-424, set./dez. 2003.
- FUNCIA, F.R. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. **Ciênc. saúde coletiva** vol.24 no.12 Rio de Janeiro Dec. 2019 Epub Nov 25, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001204405
- GATTÁS, M.L.B.; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira. Interdisciplinaridade: uma contextualização. **Acta**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 19, p.232-327, jun. 2006.
- GIL, A.C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 4º ed. São Paulo, 2002: Atlas S/A.
- GOMES, R.; DESLANDES, S. F. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, p.103-114, jul. 1994.
- GUERRA, Y. *et al* . Atribuições, competências, demandas e requisições: o trabalho do assistente social em debate. **Anais do XV ENPESS**, 2016. Disponível em: <http://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/guerra-e-outros-201804131237474299190.pdf>. Acesso em 02/10/2019.

LEAL, L.M.; CASTRO, M.M.C. Política nacional de atenção hospitalar: impactos para o trabalho do assistente social. **Serviço Social e Saúde**, v. 16, n. 2, 2017, p. 211-228.

NETTO, J.P. A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: MOTA et al. (ORGS). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007. Disponível em: http://www.sbfa.org.br/fnepas/pdf/servico_social_saude/texto2-1.pdf.

_____. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2008. p. 247-289.

NOGUEIRA, V.M.R; MIOTO, R C.T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde –SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: MOTA, A.E. et al. (Org.). **Serviço Social e Saúde. Formação e trabalho profissional**. 2. ed. São Paulo: OPAS, OMS, 2007.

OLIVEIRA, M.N.; CARVALHO, A.C.P. O serviço social na área da saúde: desvendando o emergencialismo e o imediatismo. In: CONGRESSO CATARINENSE DE ASSISTENTES SOCIAIS, 2013, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: 2013. p. 1 - 9.

SANTOS, N.C.; ELEUTÉRIO, A.P.S.; LIMA, R.L. O fazer profissional do/a assistente social na unidade de terapia intensiva do HUOL: uma análise sob o olhar dos usuários. **Serviço Social em Revista**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2015 25 dez, p.146-168.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>

SILVA, D.C.; KRÜGER, T.R. Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na política de saúde: o significado no exercício profissional. **Temporalis**, Brasília, v. 18, n. 35, p.265-288, jan. 2018.

VELOSO, R. Condições de Trabalho e Dimensão Técnico-Operativa do Serviço Social. In: DUARTE, M.J.O. et al. **Política de Saúde Hoje: Interfaces e desafios no trabalho de assistentes sociais**. Campinas: Papel Social, 2014. p. 116-134.

FORMAÇÃO POLÍTICA EM SAÚDE: A POTENCIALIDADE DAS/DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO EMANCIPADOR DE SOCIEDADE

Kelly Paula Do Amaral Brito (CRESS); Aila Fernanda Dos Santos (CRESS); Daniele Correia (CRESS); Kleber José Vieira (CRESS)

RESUMO: Este relato está estruturado em três partes. A primeira refere às atuais demandas e respostas profissionais de Assistentes Sociais atuantes na saúde. A segunda parte discute a emergente necessidade da radicalização da direção social do Projeto Ético-Político Profissional, vinculado a um projeto societário emancipador e de tradição marxista, frente à reconfiguração da proteção social, do desfinanciamento e congelamento de gastos do SUS. A terceira parte busca explicitar o relato de experiência de Assistentes Sociais que participaram de uma específica Formação Política em Saúde, dando ênfase ao conteúdo e metodologia, bem como destacando a importância da formação política crítica marxista.

Palavras-chave: Assistentes sociais; saúde; formação; capitalismo

RESUMEN: Este informe está estructurado en tres partes. El primero refiere a las demandas y las respuestas profesionales de los trabajadores sociales en salud. La segunda analiza la necesidad emergente de radicalización de la dirección social del Proyecto Ético-Político Profesional, vinculado a un proyecto emancipatorio de la sociedad y de tradición marxista, frente a la reconfiguración de la protección social, la falta de financiación y el congelamiento de los gastos del SUS. La tercera busca explicar el informe de la experiencia de los trabajadores sociales que participaron en una formación política en salud, enfatizando el contenido y la metodología y destacando la importancia de la formación política marxista crítica.

Palabras clave: Trabajadores sociales; salud; formación; capitalismo

1. ATUAIS DEMANDAS E RESPOSTAS PROFISSIONAIS DE ASSISTENTES SOCIAIS ATUANTES NA ÁREA DA SAÚDE

Este relato de experiência parte de inquietações sobre como nós, Assistentes Sociais, analisamos o movimento de constante deterioração na garantia dos direitos sociais e do acesso universal à saúde. O que fazer quando tudo parece desmoronar e as articulações feitas para acessar as “migalhas” dos direitos nos parecem cada vez mais difíceis de alcançar? A demanda aumenta, os funcionários diminuem, os recursos são escassos, a demanda por produtividade aumenta, enquanto as chances de refletir sobre a prática profissional diminuem. E agora o que fazer? O cotidiano da(o) Assistente Social inserida na saúde impõe desafios diários, que, se não analisados amplamente se tornam uma fácil armadilha à manutenção do *status quo*. Por isso, faz-se necessário que este profissional tenha condições de construir uma análise que compreenda os riscos que o direito à saúde universal vem enfrentando, perante a hegemonia do capital contemporâneo, como também esta(e) profissional compreenda o cenário de fragilidade dos Estados-Nação latino-americanos que introduziram algum tipo de proteção social. Neste cenário esta(e) profissional precisa ser capaz de relacionar suas vivências diárias com a dinâmica do capital e reflexos, tendo lucidez sobre os principais elementos que a constituem, assim como, a atual crise do desenvolvimento capitalista sob dominância financeira. Desvela-se, assim, os “maus lençóis” em que o direito universal à saúde se deita.

Partimos da experiência de trabalho na saúde para retratar alguns aspectos da rotina de Assistentes Sociais, profissionais liberais, que cotidianamente buscam atender demandas, que ora partem do usuário, ora do empregador, em um sistema marcado pela hegemonia do capital. Estas demandas, quando vêm dos usuários, costumam fazer jus a necessidades específicas que colaboram a sobrevivência e recuperação da saúde, como: aquisições de medicações, órteses, próteses, informações sobre direitos previdenciários, acesso a serviços e equipamentos, rotinas do setor hospitalar, busca por soluções alternativas a demandas não atendidas ou parcialmente atendidas, contudo, em um cenário de intensiva violação (e porque não dizer, expropriação) de direitos.

Já quando partem do empregador, entendendo este como “regulado” pelo Estado, tendem a ser permeadas por uma lógica utilitarista, que reflete a ideologia do produtivismo em que a melhoria da “condição de saúde” que não passa de uma prática consumerista, ou seja, diretamente vinculada ao consumo de serviços e produtos médico-hospitalares, à manutenção da ordem e do controle como forma de ratificar a sujeição dos trabalhadores aos interesses da classe dominante, à racionalização da prática dotando a assistência de

“mecanismos mais ágeis”, sob justificativa de serem estratégias consideradas mais eficazes e rentáveis.

Vale ressaltar que mesmo antes de nascer, o Sistema Único de Saúde (SUS) nunca vivenciou um período de bonança, passa por constantes períodos de fragilização em que é vítima permanente do movimento do capital portador de juros (TESTON et al, 2018). Os recursos, tanto humanos quanto materiais, vivem um nível de escassez assustador, que retrocede o SUS à classificação que transitou do subfinanciamento ao desfinanciamento. Dados recentes, de 2018 e 2019 demonstram que o SUS perdeu R\$ 9,7 bilhões em financiamento (SANTOS; FUNCIA, 2019). A pobreza, que até então era mantida como a face oculta do capitalismo, escancarada, desvela em sua essência as classes sociais, não mais como meras abstrações, mas sim, como pontuado por Mendes e Carnut (2020), relações sociais que envolvem antagonismos inscritos em uma materialidade de corpos reais, que possuem sexo/sexualidade, raça/etnia.

Partindo desta análise, a saúde vem sendo impactada pelo processo de acumulação flexível e financeirização, tornando-se marcada por uma crise estrutural, econômica e global, que, para amenizar a crise do capital, reduz os direitos sociais da classe trabalhadora. Faz-se necessário, nesta conjuntura, a análise a taxa de lucro como variável-chave para compreender o movimento da economia capitalista moderna (TESTON et al, 2018) já que sem ela, há uma tendência de se capturar apenas a aparência dos fatos.

Correia (2015), analisa que a saúde, previdência, assistência, educação, passaram com o capitalismo, a serem tratadas como valor de troca, chamando atenção a necessidade de se entender a limitação inerente às políticas públicas a elas correspondentes no modo de produção capitalista, uma vez que o Estado é o promotor de tais políticas públicas, e que encontra-se limitado por sua posição específica na lógica do capital, antes entendida como desnudada.

Considerando o exposto, a prática profissional da (o) Assistente Social é historicamente projetada como uma estratégia operacional da burguesia europeia, que incide sobre sua estrutura organizacional, ora a serviço da classe dominante, ora a serviço do Estado burguês, o que é considerado por Martinelli (1995) como: “espaços de construção de identidade profissional roubados e sucumbidos aos ardis do capitalismo”. Um verdadeiro fetichismo que marca a trajetória histórica profissional, reafirmando a ausência de movimentos de construção da identidade profissional.

Porém, permanecer pautando a história como destino, não abriria possibilidades para o reconhecimento do constante e pertinente movimento de que esta se constitui e é constituída, trazendo sempre novas possibilidades. Nesses termos, pensar um serviço social



que reafirme seu compromisso ético-político com vistas à emancipação humana, requer que se conheça o terreno, seus limites e possibilidades para estratégias de superação.

¹ Compreendemos a categoria sexo para além do aspecto biológico ou fisiológico, mas como uma construção social do sexo e da sexualidade, pois "o sexo também é socialmente determinado e que reduzi-lo à dimensão biológica reforça o processo de naturalização e de a-historicidade que a sexualidade tem sido tratada, notadamente, no ambiente teórico e político conservador (CISNE, 2018b, p. 50) e especificamente neofascista vivenciados no Brasil pré/pós golpe.

2. REAFIRMANDO A TRADIÇÃO MARXISTA NA RADICALIZAÇÃO DO PROJETO ÉTICO-POLÍTICO PROFISSIONAL

Diante do atual estágio de desenvolvimento do capitalismo monopolista, onde se acirra o neoliberalismo marcado pelos desmontes dos direitos e da reconfiguração das políticas sociais, é necessário reafirmar a importância da tradição marxista para o Serviço Social, ainda que concordemos com José Paulo Netto: “por mais rigorosa, intensa e extensa a interlocução com a tradição marxista, não se constituirá um serviço social marxista” (1989,

p. 101), uma vez que a profissão - inserida nas relações sociais e técnica do trabalho (IAMAMOTO, 2015) - se constitui no campo da pluralidade.

O legado crítico da perspectiva da “intenção de ruptura” (NETTO, 2005) nos coloca o desafio da radicalização da direção social de superação da ordem burguesa do capital, presente no Projeto Ético-Político Profissional, o qual é tensionado pelo limite de uma garantia e efetivação plena de direitos nessa sociabilidade, ainda que reconheçamos a natureza burguesa destes direitos. Nessa perspectiva, o Serviço Social encontra, enquanto profissão, os seus limites mas também suas possibilidades. Conforme destaca Iamamoto:

Pensar o projeto profissional supõe articular uma dupla dimensão: de um lado, as condições macrossocietárias, que estabelecem o terreno sócio-histórico em que se exerce a profissão, seus limites e possibilidades; e, de outro, as respostas sócio-históricas, ético-políticas e técnicas de agentes profissionais a esse contexto, as quais traduzem como esses limites e possibilidades são analisados, apropriados e projetados pelos assistentes sociais (IAMAMOTO, 2015, p. 222).

Compreender os limites dos direitos dentro da sociabilidade burguesa é fundamental enquanto profissionais que trabalham na área da saúde e diretamente com as políticas sociais e defesa da garantia de direitos. Nessa perspectiva, a teoria marxiana nos oferece uma importante contribuição. Uma delas é a compreensão de duas categorias importantes: a emancipação política e a emancipação humana . 2

Marx realizará uma crítica contundente sobre a emancipação ao realizar a reflexão sobre “de que espécie de emancipação se trata; quais as condições implícitas da emancipação que se postula” (MARX, 2005b, p. 15). Assim, ele apresenta os limites da emancipação política cuja conquista não constitui uma real mudança nas condições sociais da classe trabalhadora, podendo garantir uma “igualdade” jurídica e não uma igualdade real-material. Nesse sentido, Marx e Engels (2009) rompem com o idealismo hegeliano, apontando para a materialidade do conjunto das relações sociais determinadas pela classe dominante:

As ideias da classe dominante são, em todas as épocas, as ideias dominantes, ou seja, a classe que é o poder material dominante da sociedade é, ao mesmo tempo, o seu poder espiritual dominante. [...] As ideias dominantes não são mais do que a expressão ideal das relações materiais dominantes [...]; portanto, das relações que precisamente tornam dominante uma classe,

portanto as ideias do seu domínio. (MARX, ENGELS, 2009, p. 67 Grifos dos autores).

Entretanto, ao se colocar esse debate é importante não se distanciar da materialidade das condições objetivas e concretas da vida real e das possibilidades concretas da profissão no chão histórico em que ela se desenvolve. Ora, não há como se negar a importância dos direitos para o acúmulo de forças da classe revolucionária, embora compreendamos que a emancipação humana não será alcançada pela simples juspositivação desses direitos. Portanto, eles apresentam os seus limites diante a sociedade capitalista, conforme destacou Marx:

Não há dúvida que a emancipação política representa um grande progresso. Embora não seja a última etapa da emancipação humana em geral, ela se caracteriza como a derradeira etapa da emancipação humana dentro do contexto do mundo atual. É óbvio que nos referimos à emancipação real, à emancipação prática (MARX, 2005b, p. 23).

Devido ao acúmulo dos debates e contribuição de diversos autores marxistas no campo do Serviço Social, compreendemos que a profissão se esbarra em diversos limites e dilemas históricos vinculados em sua gênese como também contradições colocadas pelo processo de renovação do Serviço Social no Brasil, cuja aproximação com o marxismo ocorre de maneira enviesada e centralizada na luta por garantia de direitos, reflexo e parte do período histórico de redemocratização no país guiado pela autocracia burguesa (SILVA, 2013). Todavia, diante de um cenário de contrarreformas das políticas sociais (BEHRING, 2008) e de intenso avanço no neoconservadorismo na sociedade (cuja nossa profissão também está intrinsecamente inserida nessas relações) qual a direção estratégica que vamos adotar? Ou seja, o Serviço Social como uma profissão que tem como direcionamento político um Projeto Profissional, que se diz vinculado a um projeto societário - de uma nova ordem social - , mas que, ao mesmo tempo, está inserida na divisão sociotécnica do trabalho, portanto em certa medida ratificando o processo de produção e reprodução do capital, pode se consolidar na luta por efetivações e garantias de direitos na sociabilidade capitalista, colocando-se no enfrentamento?

Vivemos em um cenário onde a agenda neoliberal, guiada por uma lógica mercadológica têm reconfigurado as políticas sociais promovendo uma desproteção social da classe trabalhadora em todas as áreas da vida social e a consolidação de novas formas de dominação de cunho conservador, como a militarização do Estado e da criminalização da pobreza sob a justificativa de uma crise fiscal do Estado como resposta à crise do capital (DINIZ, 2016). Além disso, a reestruturação produtiva marcada por um processo de precarização nas relações de trabalho, rebaixamento salarial, retirada de direitos trabalhistas, diversos precários vínculos trabalhistas e o desmonte e congelamento de gastos das políticas

sociais têm colocado a classe trabalhadora frente a uma desorganização da luta política. Diante de tantos retrocessos, a política de saúde não se encontra apartada deste cenário. O direito à saúde pública e universal também vem sendo alvo de ofensivas cotidianas do governo a fim de atender aos interesses do grande capital, desmontando gradativamente os princípios do SUS, e sobretudo, utilizando-se das parcerias público-privadas e da cooptação do fundo público para o setor privado (DINZ, 2016). Todas essas mudanças sociais e reconfigurações das políticas sociais em curso vão tensionar ainda mais as demandas, requisições institucionais e das políticas sociais as quais estão inseridas(os) as (os) Assistentes Sociais, sendo necessário pensar em formas de organização e resistência.

É importante pontuar que não é uma, ou várias profissões que serão capazes de promover a transformação social diante desse cenário, mas que, ao mesmo tempo, estas participam da dinâmica se colocando enquanto classe trabalhadora que não está fora dos impactos produzidos pelo modo de produção capitalista no mundo do trabalho. Entretanto, em meio às contradições, o Serviço Social, orientado pela crítica radical permanente, pode ser capaz de imprimir uma direção social estratégica no atendimento com os usuários dos serviços, conforme apontou Silva:

(...) Ou seja, embora a profissão não possa, pela sua própria natureza, emancipar humanamente os “usuários” (uma tarefa impensável sem a revolução), certamente *pode e deve imprimir outra direção social e contribuir com esse processo*. O impacto disso nos espaços de inserção profissional é claro: um profissional empenhado em qualificar-se teórica e praticamente (ou pelo menos intencionado nessa direção), perquirindo diversas categorias concretamente e diariamente enfrentadas pelos assistentes sociais (SILVA, 2013, p. 229 *grifos do autor*).

Nesse sentido, diante das possibilidades postas, é necessário retomar mais uma vez o que Iamamoto (2015) discorre sobre a dualidade a ser evitada: o caráter messiânico e o fatalista. Essa dualidade representa ainda um equívoco no entendimento do papel da profissão como responsável pela transformação social sem compreender seus limites enquanto profissão inserida nas relações sociais capitalistas e, portanto, que participa desse processo de reprodução do capital. Por outro lado, a visão fatalista que enfatiza o tecnicismo voltados a uma prática profissional gerencialista sem compreender a importância da radicalização da defesa dos direitos no enfrentamento das diversas expressões da questão social, mas também compreendendo os limites desses direitos.

Há de se considerar também que não é pouco para uma profissão assumir princípios e valores libertários de construção de uma nova ordem social e constituir uma hegemonia de um *ethos* profissional emancipatório durante 40 anos, ainda que o conservadorismo não tenha sido superado no interior da profissão, ressurgindo com mais força no tempo atual. Diante disso, é necessário reforçar o caráter social da profissão construído historicamente e

se inserir na participação, no debate crítico, na formação política crítica, na articulação política e na luta ao lado da classe trabalhadora que “no confronto por um novo mundo, é preciso, portanto, entender material, ideologicamente e em uma perspectiva de totalidade, o modelo de sociedade em que vivemos: patriarcal-racista-capitalista” (CISNE, 2018a, p. 213). Partindo-se da defesa de uma sociedade anticapitalista e das estratégias de organização e resistência diante do atual cenário, é necessário reforçar um debate caro à profissão, debate esse realizado tardiamente no interior do Serviço Social, bem como no interior do próprio pensamento da tradição marxista: a relação dialética entre a luta anticapitalista vinculada a luta feminista e antirracista.

Cisne (2018a) aponta que as relações sociais de sexo, raça/etnia e classe são estruturantes desse modo de produção. Portanto, para superação das relações de exploração cuja defesa o Projeto Ético-Político Profissional se assenta, é necessário também superar as diversas formas de opressões e se constituir uma sociedade radicalmente livre.

Somente intervindo coletivamente para a superação dessas relações antagônicas é que podemos nos afinar em torno de um outro projeto societário emancipatório, com o qual podem ser criadas as possibilidades de sermos radicalmente livres. A disputa por um outro projeto societário marca, sem dúvida, a trajetória da esquerda. A teoria, a análise e a ação política, de forma articulada, são indispensáveis nesse processo de disputa que envolve a luta e a consciência de classe que, para nós, deve estar articulada à consciência antirracista e à “consciência militante feminista” (CISNE, 2018, p. 212, 2013).

Diante disso, é necessário manter viva e acesa a chama da crítica marxista, que leve em consideração que as classes sociais não são meras abstrações, mas que envolvem relações assentadas no capitalismo, no patriarcado e no racismo, e assim, poder compor uma articulação política junto aos movimentos sociais na luta em defesa do SUS e de uma sociedade emancipada.

3. A FORMAÇÃO POLÍTICA EM SAÚDE: VIVENCIANDO ESTA TÁTICA PARA ORGANIZAÇÃO POLÍTICA

Compreendemos que só é possível fortalecer e enfrentar os desafios postos pelo sistema capitalista, sobretudo com ascensão do neofascismo e do neoconservadorismo, por meio do debate e da formação política crítica em uma perspectiva revolucionária, com trabalho de base e intervenções sobre a realidade. Mesmo reconhecendo o papel da formação política, pouco se utiliza desta tática para organização de classe. Como apontou Silva (2019):

Ficam evidentes as dificuldades que a classe trabalhadora tem de enfrentar diariamente [Por isso] a educação deve ser considerada enquanto inerente à política, política está refletida enquanto atitude de todos os cidadãos. Falar de política em nosso contexto, requer ir para além da polarização e de partidarismo, requer pensar sobre as propostas que estão em pauta, de como



estas podem afetar nosso cotidiano drasticamente. Requer inclusive refletir sobre a efetivação das políticas públicas e sociais (SILVA, 2019; p.8).

³ No final do ano de 2019 o Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais - CBAS celebrou os 40 anos do “Congresso da Virada” de maneira memorável com grande número de profissionais participantes debatendo pautas importantes para a profissão como a desigualdade social, racismo, machismo e as diversas formas de opressão na sociedade capitalista.

Como afirmam Carnut, Mendes, Mendes (2018), as práticas formativas prescindem da perspectiva crítica do conceito de política. O que reverbera, assinalamos, em práticas profissionais e discursivas de nuance acrítica, em que a Saúde é apresentada como direito social e o SUS como expressão concreta deste direito (SOBRAL, BARROS, CARNUT, 2017), sem refletir sobre suas limitações enquanto política pública no modo de produção capitalista. Estado, quando citado, é apresentado como ente abstrato e neutro, provedor das políticas sociais onde apenas sua existência seria o suficiente para garantir prosperidade aos direitos sociais. Os profissionais que atuam na Saúde são instados a avaliar que a Política de Saúde no Brasil não chegou em sua excelência de operacionalização como consequência apenas do subfinanciamento e/ou devido a práticas equivocadas de gestão ou, ainda, por responsabilização dos trabalhadores em seus processos de trabalho, numa leitura recortada do tecido social e das forças políticas que nele operam.

Problematizar essas assertivas é uma tarefa árdua e requer o emprego de métodos pedagógicos que reconstruam novos significados (FREIRE, 2006) em direção à crítica às relações capitalistas de produção e, especificamente, sobre como a saúde se encontra nesse cenário (MENDES, 2015). Transpor esses valores internalizados, por meio da crítica das relações capitalistas de produção (MENDES, 2015) é o papel de processos educativos que se proponham emancipadores.

Destarte, a Formação em Política em Saúde, como o próprio nome assinala, não pretende oferecer apenas diretrizes para a prática e operacionalização da Política de Saúde, outrossim, apresenta as contradições e interesses postos que permeiam o campo da Saúde no Brasil, enquanto país dependente na sociabilidade capitalista mundialmente constituída. Nessa experiência, que consideramos como um trabalho de base, está contido um esforço de um coletivo de trabalhadores e estudiosos da Saúde, em que Assistentes Sociais compõem com sua especificidade de intervenção, a fim de percorrermos e retomarmos o processo da Reforma Sanitária Brasileira, mantendo-o vivo, perpassando criticamente sobre suas conquistas, limites, expressões e potencialidades que só podem germinar a partir da luta da classe trabalhadora. É pertinente lembrar, como Marx e Engels (2005a) constataram que:

A história de todas as sociedades até hoje existentes é a história da luta de classes. Homem livre e escravo [...] opressores e oprimidos, em constante oposição, têm vivido numa guerra ininterrupta, ora franca, ora disfarçada (Do Manifesto Comunista, 1848, MARX, 2005a, p.40).

Tal formação é proposta para trabalhadores(as) e estudantes, sobretudo da área da saúde, é elaborado e ministrado fora do âmbito acadêmico universitário, em determinada associação de saúde pública e vem sendo oferecido desde maio de 2017, já finalizadas um total de onze (11) turmas, com média de trinta (40) concluintes por turma. Em dezembro de

2019 foi formada uma turma com participação de médicos do Peru e de Assistentes Sociais da Argentina, que atuam em seus países na Política de Saúde, tanto em ambiente acadêmico, como o de execução da política. A aposta representou uma articulação com a América Latina, de alinhamento de aportes teóricos e políticos, na pretensão de um internacionalismo da luta de classes.

Parte-se do conceito de trabalho como categoria central, como ontologia do ser social, e do método materialista histórico e dialético para articular os fenômenos (aparência) à totalidade da sociabilidade capitalista (a essência). A metodologia pedagógica proposta no curso de formação está associada à pedagogia crítica, em que o trabalhador pode ser o protagonista central, ao se respeitar o seu processo de evolução e construção da criticidade.

Deste modo, a formação se sustenta em obras de filiação marxista relacionadas ao campo da saúde coletiva e na tríade que compreende e perpassa toda obra marxiana em suas dimensões constitutivas: a do método materialista histórico e dialético, da crítica da economia política e da teoria da revolução proletária.

O método materialista histórico e dialético embasa a compreensão dos movimentos no engendrar da política de saúde no Brasil, trazendo a abordagem da saúde coletiva, em consonância com a América Latina, transformando o conhecimento e práticas na Saúde, compreendendo o processo saúde-doença e saúde-trabalho-doença como subsumidas à determinação de classe, lançando mão da dialética para conectar os fatos sociais à totalidade do tecido social.

[...] defende-se aqui uma perspectiva de caráter totalizante e universalista para se pensar o sujeito na e da saúde coletiva! Ativismo este que mais do que nunca cabe a esse sujeito empreender, para que a saúde como direito (coletivo) de cidadania deixe de ser apenas retórica e assuma, a partir da ação política, o caráter de uma utopia que precisa estar novamente inscrita nas bandeiras de luta [...]. (LACAZ, 2001)

Com o método dialético, no processo formativo os trabalhadores do SUS, que compõem a maioria do público alvo passam a compreender em suas diferentes relações de trabalho (sejam profissionais de carreira ou de organizações sociais) e estudantes relacionados ao campo da saúde, as contradições e relativa autonomia que lhe conferem o lócus de trabalho e produção. Com o recuo dos movimentos sociais, com a dificuldade de mobilização da sociedade brasileira em tempos de crise e a disseminação da ideologia neoliberal, damos nossa contribuição no fomento de um olhar crítico sobre a Saúde, enquanto um lócus privilegiado da luta de classes contra o projeto privatista, em busca de um projeto de sociedade alternativo ao capitalismo, que se impõe cada vez mais inevitável no caminhar do processo histórico.

O módulo 1 do curso de Formação Política em Saúde – que ora apresentamos - é planejado para ocorrer em cinco (5) encontros de quatro (4) horas, chamados de eixos, operacionalizados com a combinação de três técnicas para o ensino-aprendizagem acontecer de forma ativo (ANASTASIOU & ALVES, 2003): as ‘questões disparadoras’, a ‘tempestade de ideias’ e a ‘sala de aula invertida’. Os participantes lêem textos marxianos e textos que abordam temas específicos da saúde, num tempo pré-determinado para leitura protegida em sala. Terminado este tempo os participantes são divididos em grupos e, com a mediação de moderadores, fazem uma síntese provisória do texto. Para essa síntese o mediador estimula a discussão por meio de uma pergunta disparadora (constituída para efetivar os objetivos de aprendizagem), conforme descritas no Quadro 1, e utiliza a técnica da tempestade de ideias.

Quadro 1. Eixos e objetivos de aprendizagem da Formação Política em Saúde

Eixo e sua questão disparadora	Objetivos de aprendizagem
Eixo 1: “A Política Pública é Política? Onde está o SUS?”	a) Identificar o Estado como peça fundamental na lógica de acumulação capitalista assim como fazer a crítica à ideia de “bem comum”; b) Desconstruir a noção de saúde como intermédio entre produção do “bem comum” e “lógica de acumulação capitalista”; c) Compreender os avanços das demandas políticas da classe operária (e por assim dizer da implementação do SUS) como concessões do Estado; d) Reconhecer como a relação social capitalista gera o processo de alienação da classe trabalhadora e sua capacidade limitada de reverter esse mecanismo.
Eixo 2: “O Estado brasileiro e a Constituição Cidadã: Direitos Reconhecidos ou Negados?”	a) Reconhecer que os direitos sociais estabelecidos na Constituição são, em grande parte, concessões da burguesia que conquistadas democráticas; b) Discutir a ideia de “autonomia do Estado” frente aos interesses da dinâmica do capital; c) Apontar que as políticas sociais não se baseiam no confronto e superação da ordem vigente no Estado, ao contrário, mantém o funcionamento do sistema capitalista; d) Identificar o descompasso histórico entre a formulação da Constituição de ‘88 e o momento político externo/interno, assim como a tentativa da burguesia em isolar a decisão política em relação a sua execução técnica; e) Discutir como o ajuste fiscal/econômico implementado nas últimas décadas vem impedindo o avanço da universalidade das políticas sociais.

<p>Eixo 3: “A Saúde como Negócio? Formas de Restrição do Direito à Saúde no Brasil”</p>	<p>a) Discutir o trabalho em saúde é determinado pela lógica da medicalização e como esse processo está relacionado ao modo de produção da sociedade capitalista; b) Identificar a natureza da crise do capital a partir dos seus mecanismos de acumulação e o papel que o Estado desempenha nesta dinâmica; c) Interpretar as estratégias utilizadas pelo gerencialismo para a manutenção do processo de acumulação do capital.</p>
<p>Eixo 4: “Reforma Sanitária Brasileira: quais rumos foram tomados?”</p>	<p>Reconhecer como a medicina preventiva cumpre o papel liberal em manter o bem estar social e físico do trabalhador, garantindo o aumento da produtividade; Identificar a aposta do Movimento da Reforma Sanitária (MRS) no Estado e o papel que o Estado em regular e controlar as indústrias do setor saúde; Situar a públicas para o MRS, sem perder de vista a necessidade de uma visão crítica; d) Reconhecer que o MRS se restringiu a uma atuação setorial.</p>
<p>Eixo 5: “O que fazer? Dilemas e perspectivas para a Saúde Coletiva.”</p>	<p>a) Discutir a separação entre o econômico e político no capitalismo; b) Reconhecer o local da luta de classes no contexto sócio histórico apresentado pelos autores; Identificar as escolhas e as omissões políticas da experiência da Comuna de Paris, enquanto exemplo de luta de classes; Situar as propostas das cartas construídas por dois coletivos do campo da Saúde Coletiva.</p>

Fonte: Bulgareli, et al, 2018.

A proposta metodológica e o conteúdo do curso de Formação Política em Saúde proporciona uma interlocução com a realidade a qual nós, Assistentes Sociais, enfrentamos em nossos espaços ocupacionais, pois nos permite a compreensão crítica das condições postas e da lógica do modo de produção capitalista neste setor, realizando as mediações necessárias com o campo da saúde, além de coadunar com os princípios do nosso Projeto Ético-Político Profissional. Assim, a dicotomia que se objetiva transcender é, reconhecer os limites – sem contudo negá-los – do direito às políticas sociais (nesta experiência referenciando à Saúde), que são determinadas pela correlação de forças da luta de classes e da ocupação majoritária do Estado, que sabemos, ter uma relação orgânica com o capitalismo.

4. CONCLUSÃO

Compreendemos, a partir de nossa experiência enquanto participantes e



fomentadoras do curso de Formação Política em Saúde, que a relação entre saúde e o marxismo é fundamental para nós, Assistentes Sociais, trabalhadores da saúde frente às demandas identificadas no cotidiano do trabalho profissional e na defesa da concepção de Seguridade Social defendida na Carta de Maceió, a qual a saúde se ancora.

Nota-se que o conteúdo desse curso está em consonância com nosso Projeto Ético-Político Profissional, o qual é comprometido com a construção de uma sociedade emancipada, sem opressões e explorações.

Consideramos que o legado da tradição marxista permite a construção de formas de organização coletiva e de intervenção, compreendendo que somos parte dessa classe trabalhadora que necessita participar politicamente na construção de um projeto societário emancipador.

REFERÊNCIAS

- ANASTASIOU, L. das G. C.; ALVES, L. P. (org.) **Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula**. Joinville: Univille, 2003.
- BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em Contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2. ed.- São Paulo: Cortez, pg. 127-130, 2008.
- BULGARELI, J. V. *Et al.* **Produção de novos significados políticos na formação crítica de trabalhadores do Sistema Único de Saúde**. Revista Eletrônica Arma da Crítica. N.10/OUTUBRO 2018, ISSN 1984-4735.
- CFESS. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília, 2014.
- CARNUT, L.; MENDES, Á.; MENDES, S.J. **A relação entre teoria política marxista e saúde coletiva: a percepção de trabalhadores em um processo de deformação crítica**. Anais VIII Encontro Brasileiro de Educação e Marxismo, p. 1- 10. 2018.
- CISNE, Mirla. Feminismo e marxismo: apontamentos teórico-políticos para o enfrentamento das desigualdades sociais. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo , n. 132, p. 211-230, ago. 2018a . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282018000200211&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 09 fev. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.138>.
- _____. **Feminismo, diversidade sexual e serviço social/ Mirla Cisne, Silvana Mara Moraes dos Santos**. - São Paulo: Cortez, 2018b - (biblioteca básica de serviço social; v. 8).
- CORREIA, Marcus Orione Gonçalves. Por uma crítica imanente sobre os limites das políticas públicas de direitos sociais e o Estado na produção do bem comum no modo de produção capitalista. **Saúde soc.**, São Paulo , v. 24, supl. 1, p. 55-65, Jun 2015 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000500055&lng=en&nrm=iso>. Acesso 17 Fev. 2020.
- DINIZ, Tânia Maria Ramos de Godoi. **Políticas sociais em tempos de crise do capital: cenários que desafiam o trabalho profissional** In: *Emancipa: o cotidiano em debate/ Revista do Conselho Regional de Serviço Social de São Paulo - CRESS 9 Região*, n. 1, maio, 2016 p. 61 -70.
- FREIRE, Paulo. **Conscientização: teoria da prática da libertação: um introdução ao pensamento de Paulo Freire**. 3ª ed.; São Paulo: Centauro, 2006.
- IAMAMOTO, M. V. **Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social** - 9 ed. - São Paulo: Cortez, 2015
- LACAZ, Francisco Antônio de Castro. **O sujeito n(d)a saúde coletiva e pós-modernismo**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2001, vol.6, n.1, pp.233-242.
- MARTINELLI, M. L. **Serviço Social identidade e alienação**. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 1995.
- MARX, K. **Manifesto do partido comunista**. São Paulo: Boitempo, 2005a.
- _____. 1818- 1883. **A Questão Judaica**. Tradução de Sílvio Donizete Chagas São Paulo: Centauro, 2005b.
- MARX, K; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. São Paulo: Expressão Popular, 2009
- MENDES, Àquilas. **A Saúde Pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do Capitalismo?**. *Saúde e Sociedade* (USP. Impresso), v. 24, p. 66-81, 2015.
- MENDES Àquilas, CARNUT Leonardo.; **Ser social, estado, democracia e saúde. Revista Ser Social**. Brasília,v.22,n46,jan2020.Disponível em:<[https://periodicos.unb.br /index .php/SER_Social/issue/view/1915/400](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/issue/view/1915/400)> Acesso em 18 de fev. 2020.
- NETTO, José Paulo. 1947. **Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social no Brasil** pós 64 - 8 ed. - São Paulo: Cortez, 2005.
- _____. **O Serviço Social e a tradição marxista**. *Serviço Social e Sociedade*. São Paulo: Cortez, n. 30, p. 89-102, abr.1989.



SANTOS, Lenir; FUNCIA, Francisco. A inconstitucionalidade da EC 95 nos pisos da saúde à luz da matemática. **Revista Domingueira da Saúde**, nº 03/2019. Disponível em: . Acesso em: 19 Fev. 2019.

SILVA, J. F. **Serviço social: resistência e emancipação?** - 1. ed. - São Paulo: Cortez, 2013.

SILVA, M. S. A (não) formação política e seus desdobramentos na realidade socioeconômica da classe trabalhadora: educação como estratégia de enfrentamento. **Anais da IX Jornada Internacional de Políticas Públicas**. Universidade Federal do Maranhão. 2019.

SOBRAL, Lorena Franco; BARROS, Évelin Lúcia; CARNUT, Leonardo. A ÁREA DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE NAS GRADUAÇÕES EM SAÚDE COLETIVA NO BRASIL. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 3, p. 879-894, Dec. 2017 Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&p=S1981-77462017000300879&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Feb. 2020. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00076>.

TESTON, Luci Maria et al . Avaliação no SUS: uma crítica à ideologia do produtivismo no capitalismo contemporâneo. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 42, n. spe3, p. 226-239, Nov. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000700226&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Fev. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s317>.

REFLEXÕES SOBRE O TRABALHO DO (A) ASSISTENTE SOCIAL NO SETOR HOSPITALAR EM JUIZ DE FORA

Laura Marcelino Leal (UFJF - Universidade Federal De Juiz De Fora); Marina Monteiro De Castro E Castro (UFJF - Universidade Federal De Juiz De Fora)

RESUMO: O presente artigo tem por objetivo compreender a organização do trabalho do assistente social no setor hospitalar em Juiz de Fora, apontando limites e possibilidades para a intervenção profissional. Esta sistematização faz parte de um dos capítulos do trabalho de conclusão de curso apresentado em janeiro de 2017. Dentre os itens, a pesquisa contemplou: a identificação profissional, as percepções das profissionais acerca dos usuários e aspectos relacionados ao trabalho do (a) assistente social na atenção terciária.

Palavras-chave: Trabalho; Serviço Social; Hospital;

ABSTRACT: This article aims to understand the organization of the work of the social worker in the hospital sector in Juiz de Fora, pointing out limits and possibilities for professional intervention. This systematization is part of one of the chapters of the course conclusion paper presented in January 2017. Among the items, the research included: professional identification, professionals' perceptions about users and aspects related to the work of the social worker in tertiary care.

Keywords: Job; Social service; Hospital

1. INTRODUÇÃO

A presente elaboração tem por objetivo compreender a organização do trabalho do assistente social no setor hospitalar em Juiz de Fora, apontando limites e possibilidades para a intervenção profissional. O interesse em desenvolver tal temática ocorreu em virtude da inserção no estágio curricular desenvolvido no âmbito terciário. Esta sistematização faz parte de um dos capítulos do trabalho de conclusão de curso apresentado em janeiro de 2017. O referido capítulo apresenta uma pesquisa com cinco assistentes sociais que atuam em três hospitais de Juiz de Fora e foi submetida ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora, aprovada no mês de novembro de 2016. As entrevistas foram realizadas após a autorização do Comitê de Ética, ainda no mês de novembro de 2016. Este estudo considerou como critério de inclusão assistentes sociais que atuam na atenção terciária em Juiz de Fora e como critério de exclusão as instituições que não são campo de estágio da Faculdade de Serviço Social – UFJF.

No que tange ao cenário de estudo, percebemos distintas naturezas com relação às instituições, sendo pública, privada e convênio com o SUS. Além disso, cabe ressaltar que estes hospitais são referências regionais, tendo em vista o porte da cidade e também a localização geográfica, uma vez que há muitos municípios de pequeno porte que são referenciados em Juiz de Fora. Neste sentido, cabe destacar que estas instituições hospitalares prestam tanto serviços de atendimentos gerais quanto de atendimentos especializados.

Dentre os aspectos contemplados destacamos: identificação profissional com os seguintes eixos: tempo de trabalho, vínculo de trabalho, carga horária, remuneração, tempo de formado, atualização profissional, e relação com o estágio. Além disso, buscamos identificar o perfil dos usuários que acessam a instituição a partir das percepções das profissionais. Posteriormente, adentramos nos aspectos que perpassam o trabalho do assistente social nos hospitais, como objetivo do trabalho profissional, autonomia profissional, frentes de trabalho, principais demandas e encaminhamentos, e instrumentos e técnicas. Por fim, abarcamos aspectos relacionados ao planejamento e organização do trabalho.

A pesquisa evidenciou dentre os desafios para o exercício profissional: a precarização do mundo do trabalho (baixa remuneração e instabilidade no emprego); o desafio da atualização profissional; os interesses mercadológicos na saúde; e a dificuldade para planejar e organizar o trabalho profissional.



As potencialidades perpassaram aspectos como: o aprimoramento intelectual através do contato com estagiários e residentes; a utilização da autonomia relativa na condução do exercício profissional; e o entendimento do objeto e do objetivo do trabalho profissional.

2. O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO TERCIÁRIA EM JUIZ DE FORA

Na conjuntura atual de crise do capital percebemos um adensamento da questão social que traz impactos diretos ao cotidiano de trabalho do assistente social devido ser este o objeto do trabalho profissional. Este acirramento das desigualdades sociais ocorre de modo mais geral, isto é, proporciona repercussões em diversos espaços sócio-ocupacionais, sobretudo, na área da saúde, que além de trazer as expressões da questão social, o sujeito traz consigo uma doença, que numa análise ampliada está relacionada também a uma dimensão de determinação social.

Cabe destacar que a categoria profissional é duplamente atingida por esse processo e pelas contrarreformas do Estado, haja vista a focalização das políticas sociais, de sucateamento daquilo que é público, bem como pela condição de assalariamento e precarização das condições de trabalho a qual os profissionais estão submetidos.

Nesta conjuntura, torna-se essencial empenhar-se em desvendar o cotidiano de trabalho do assistente social nos serviços de saúde, de modo problematizar as questões que são colocadas neste cenário de ofensiva do capital. Nas palavras de Matos

Constitui um desafio a realização de estudos sobre o cotidiano profissional do assistente social nos serviços de saúde. Além de desafio, também uma necessidade, com vistas a buscar estratégias concretas de fortalecimento da efetividade da ação profissional visando a garantia de direitos por parte da população usuária (MATOS, p.18, 2013).

2.1 Apresentação das profissionais participantes da pesquisa

Para compreensão dos sujeitos da pesquisa, levantamos a identificação das profissionais a partir dos seguintes eixos: o tempo de trabalho, o vínculo de trabalho, a carga horária, a remuneração, o tempo de formado, a atualização profissional, e a relação com o estágio.

A maioria das profissionais são celetistas e trabalham 30 horas semanais. Com relação ao tempo de formadas, temos em média 7 anos e todas são graduadas pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Este dado evidencia que as entrevistadas se formaram num contexto

em que a profissão já havia adquirido um amadurecimento intelectual, além da consolidação do projeto ético-político hegemônico na categoria profissional, e vivenciaram um processo formativo de um ensino público, que tem como proposta a busca pela qualidade e o comprometimento com a sociedade, através do tripé, ensino, pesquisa e extensão.

No que tange à remuneração, tem-se um cenário bem diversificado entre as assistentes sociais, duas profissionais indicaram a categoria 1, com remuneração entre R\$ 880,00 a 1760,00, uma indicou a categoria 2 (R\$ 1760,00 a 2640,00), uma assinalou a categoria 3 (R\$ 2640,00 a 3520,00) e uma apontou para a categoria 4 (acima de R\$ 3520,00).

Estes dados podem ser comparados ao relatório da Comissão de Orientação e Fiscalização (COFI) – CRESS 6ª Região, seccional Juiz de Fora que analisou o período de Maio de 2011 a Maio de 2012, realizando visitas de fiscalização a alguns municípios que compõem a área de abrangência da referida seccional. No que tange a remuneração recebida pelos profissionais que atuam em hospitais em Juiz de Fora, percebemos que os dados são similares a realidade estudada trazida por este relatório da COFI (2011-2012) em que um percentual significativo (40%) dos assistentes sociais estariam na faixa salarial entre 1 e 2 salários mínimos²⁷⁴.

Ao considerarmos a questão dos vínculos de trabalho, constatamos que ao compararmos o nosso estudo com o relatório da COFI (2011-2012), as assistentes sociais que atuam em hospitais, por mais que não tenham a estabilidade que um concurso público proporciona, ainda possuem todos os direitos, pelo menos legalmente garantidos na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Esse cenário se apresenta de modo diferenciado no relatório da COFI (2011-2012), onde se verificou que cerca de 42,6 % dos assistentes sociais tinham como vínculo de trabalho, contratos temporários. Assim, observamos uma diminuição de cargos estatutários e o crescimento dos contratos, que é um modo de precarização das relações de trabalho. Questionamos as entrevistadas com relação à atualização profissional para além do espaço institucional e apareceram as seguintes participações: os eventos do Conselho Regional de Serviço Social (CRESS), o curso para supervisores de campo, ofertado pela Universidade Federal de Juiz de Fora, a capacitação conferida pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), e o Congresso da Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (ABRALE).

Com relação às capacitações institucionais, há hospitais que não há este tipo de trabalho e outra que ocorre eventualmente. Uma das instituições pesquisadas oferece

²⁷⁴ É imprescindível considerarmos que a questão da precarização dos vínculos de trabalho, bem como a baixa remuneração estão vinculados a processos mais amplos de reestruturação produtiva, da contrarreforma do Estado.

treinamentos quinzenais, porém estes tratam de questões administrativas e não diretamente relacionadas ao Serviço Social. Uma das profissionais coloca que “os treinamentos que acontecem aqui com periodicidade não é relativo à atividade para assistente social, são questões gerais da instituição” (ENTREVISTADA II). Esse tipo treinamento administrativo, também é relevante, no entanto, faltam espaços que discutam temáticas relacionadas diretamente ao trabalho do assistente social ou da assistência em geral.

Ainda com relação ao aprimoramento profissional, o Código de Ética estabelece que essa é uma das responsabilidades do assistente social, o “aprimoramento profissional de forma contínua, colocando-o a serviço dos princípios desse Código” (CFESS, 1993, p. 18), bem como o “compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população “ (IDEM).

Ao analisarmos as ponderações feitas pelas entrevistadas, apreendemos o quanto é desafiador o aprimoramento profissional. Foram poucos os eventos citados pelas assistentes sociais. Durante a pesquisa percebemos que as participantes visualizam a relevância desta questão para o desenvolvimento do trabalho profissional, mas ao mesmo tempo apresentam dificuldades em acessar estes espaços.

No que tange a relação das profissionais com a formação profissional, foi visto que o processo de estágio ou residência foi conceituado pelas entrevistadas como essencial para a reflexão do exercício profissional. Nas palavras de uma delas “Você pensa, mas quando você está com o estagiário você reflete, você pondera, você faz as mediações, porque você tem que fazer este exercício com ele” (ENTREVISTADA I). Outra profissional relata que “esse contato direto com a faculdade motiva o profissional a estar sempre na perspectiva do aprimoramento profissional, que é uma das diretrizes do nosso Código de Ética” (ENTREVISTADA IV).

De modo geral, todas as assistentes sociais consideram o estágio como um momento de suma importância, com muitos aspectos positivos, colocaram elementos em torno da possibilidade de troca, da capacitação/aprimoramento profissional, da aproximação com a faculdade, do espaço para reflexão, de fazer o vínculo da teoria com a prática, de ter alguém para dividir os casos, e apontaram também a questão de estágio ser uma atribuição privativa do assistente social.

Assim, verificamos que as assistentes sociais possuem clareza acerca da contribuição do estágio, tanto para os profissionais, como para os estagiários. Essa relação foi apontada pelas entrevistadas como um fator essencial para o aperfeiçoamento profissional.

2.2 O trabalho do assistente social nos hospitais

Questionamos as profissionais neste item sobre o objetivo do trabalho profissional no hospital e as percepções das assistentes sociais acerca dos usuários; a autonomia profissional; as frentes de trabalho; as principais demandas e encaminhamentos; e os instrumentos e técnicas utilizados no exercício profissional. Ao abarcar tais temáticas, temos por objetivo compreender como se estabelece as ações dos assistentes sociais na atenção terciária.

2.2.1 Objetivo do trabalho profissional e as percepções das profissionais sobre os usuários

Quando indagamos as profissionais sobre qual seria o objetivo do trabalho, as respostas foram bem similares e tangenciaram aspectos como: dar resolutividade às questões apresentadas; viabilizar o acesso a informação; compreender as diversas expressões da questão social; proporcionar o acesso ao tratamento (transporte, medicação, dieta, etc.); garantir, defender, facilitar o acesso dos usuários aos direitos. Neste sentido, as assistentes sociais demonstraram possuírem domínio acerca da compreensão tanto do objetivo quanto do objeto de trabalho.

Iamamoto (2006, p. 176) destaca que a questão social é a base da fundação do Serviço Social enquanto especialização do trabalho. Por meio da prestação de serviços socioassistenciais, os assistentes sociais interferem nas relações cotidianas expressas pelas manifestações da questão social “vivas pelos indivíduos sociais no trabalho, na família, na luta pela moradia e pela terra, na saúde, na assistência social pública etc”.

Esses elementos são importantes uma vez que o perfil dos usuários do Serviço Social são contornados pelas expressões da questão social. De maneira mais geral, as entrevistadas sinalizaram que os usuários que chegam aos hospitais vêm sofrendo os rebatimentos das mais variadas expressões da questão social. Neste sentido, apontaram para as situações como: violência urbana; dependência química; desemprego; e abandono de idosos.

Cabe destacar que as instituições pesquisadas há atendimentos tanto do Sistema Único de Saúde (SUS), quanto dos planos de saúde e do sistema de desembolso direto. Esta duplicidade ao acionar o serviço, por vezes, estigmatiza os usuários do SUS, e oferece a ele condições de infra-estrutura inferior quando comparado ao setor privado. Este processo está no cerne do modelo que privilegia o mercado em detrimento daquilo que é público.

2.2.2 Autonomia profissional

No que se refere à autonomia profissional foi visto que esta é relativa, devido à condição do assistente social enquanto trabalhador assalariado. Este entendimento parte das reflexões de Lamamoto (2006) em que autonomia profissional é sempre relativa, haja vista que para a realização do seu exercício profissional depende-se de um contrato de trabalho.

De maneira mais geral, as entrevistadas ressaltaram que possuem autonomia para conduzir o exercício profissional, bem como para propor. Uma delas atribui esse reconhecimento do Serviço Social na instituição, a profissional que esteve anteriormente à frente do serviço. Outra reflete que “Eu acho que a gente tem muita autonomia aqui. Temos autonomia para propor, mas isso não quer dizer que essas ações em relação ao restante da equipe serão aceitas” (ENTREVISTADA IV).

Assim, percebemos que para além de questões institucionais, temos também a relação com os demais profissionais, tendo em vista que o trabalho em saúde é essencialmente coletivo. Por vezes, esses aspectos podem se tornar um desafio para o assistente social, exigindo assim um profissional crítico, propositivo e que tenha apreensão dos diversos vetores que influenciam na realidade social, bem como capacidade técnica em expor as suas ideias.

Na compreensão de uma assistente social, há um limite para se propor ações no exercício profissional.

A nossa autonomia é muito, muito, muito relativa. [...]. Às vezes eu vejo que a gente tem um limite muito grande para propor. Eu acho que a gente deveria ser mais ouvido [...]. A gente tá criando os protocolos, a gente chama atenção para os parâmetros. Eu tenho autonomia na minha intervenção, no trabalho que eu vou fazer na enfermagem, os encaminhamentos que eu dou, os relatórios, ninguém mexe (ENTREVISTADA V).

Diante deste cenário, apreendemos que o exercício profissional é sempre atravessado por processos de correlação de forças, isto é, de disputas de projetos de sociedade. Assim, ora temos avanços, ora retrocessos, evidenciando assim que a realidade está em contínua transformação.

2.2.3 Frentes de trabalho do assistente social

Os Parâmetros (2010) destacam que na área da saúde, os profissionais atuam em quatro grandes eixos: o atendimento direto ao usuário (ações socioassistenciais, ações de

articulação com a equipe e ações socioeducativas); mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.

Quando questionadas sobre as frentes de trabalho do Serviço Social no hospital a resposta das entrevistadas reportou aos seguintes elementos: atendimento no leito; reunião de equipe; ouvidoria; trabalho com grupos; comissão de eventos; coordenação do voluntariado; plantão; e supervisão de estágio.

Outro item importante que apareceu como frente de trabalho se refere à humanização sendo o assistente social convocado para operacionalizar essa política no âmbito institucional. Neste sentido, é essencial compreendermos as diferentes perspectivas de humanização. Os Parâmetros (2010) elucidam que

O assistente social precisa debater o significado da humanização com a equipe a fim de evitar compreensões distorcidas que levem a uma percepção romântica e/ou residual da atuação, focalizando as ações somente na escuta e na redução de tensão. A concepção de humanização, na perspectiva ampliada, permite aos profissionais analisarem os determinantes sociais do processo saúde e doença, as condições de trabalho e os modelos assistenciais e de gestão (CFESS, 2010, p. 52).

Dentre os apontamentos realizados pelas profissionais, cabe destacar a centralidade do atendimento direto aos usuários. As entrevistadas ponderam a fragilidade da noção de direito por parte dos sujeitos. Estes chegam às instituições vivenciando as mais diversas expressões da questão social e muitas vezes não possuem acesso ou conhecimento das políticas sociais. Essa condição na qual os usuários chegam aos serviços, não pode estar descolada de um contexto maior, que leve em consideração a nossa formação sócio-histórica, que sempre alijou as classes populares do processo de decisão.

Neste sentido, é essencial trabalharmos com o usuário durante os atendimentos a noção do direito. Uma das profissionais declara que

A gente sempre procura fortalecer a questão do direito à informação, do direito ao atendimento de saúde com qualidade. Deixar sempre claro para o usuário que a gente não está fazendo favor, que o SUS não é de graça. Que a gente paga imposto, isso o governo retorna para eles em serviços de saúde, de educação. Sempre procurando fortalecer a perspectiva do direito (ENTREVISTADA IV)

2.2.4 Principais demandas e encaminhamentos realizados pelo Serviço Social

Nessa questão evidencia-se que o principal eixo de atuação são as demandas diretas aos usuários, bem como a articulação constante com a rede de serviços. Neste sentido, exige que o profissional tenha domínio dos recursos presentes nas redes.



Questionamos sobre as principais orientações que realizam, as profissionais elencaram: demandas previdenciárias (salário maternidade, auxílio doença, majoração da aposentadoria de invalidez); contato com o Conselho Tutelar; Vara da Infância; Departamento de Internação Domiciliar (DID); Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) como principais demandas Bolsa família, Benefício de Prestação Continuada, Programa de Segurança Alimentar; Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS); instituições do Terceiro Setor; Unidade de Atenção Primária a Saúde (UAPS); orientação para dispensação de fraldas; dietas interais; medicamentos; casa de apoio; passe livre; aquisição de carro adaptado (questão dos impostos); contato com as secretarias de saúde; confecção de declaração de internação; troca de acompanhante; encaminhamento para ouvidoria de saúde; serviço de ostomizados; auxílio funeral; tarifa social de energia elétrica; demanda de judicialização (insumo, vaga).

Ainda refletindo sobre as colocações das profissionais, nos chamaram atenção dois aspectos, um com relação à questão da rede em si, e outro a respeito da presença cada vez mais incisiva do terceiro setor.

A compreensão do crescimento do terceiro setor, de acordo com Montão (2002) não pode vir dissociada do papel ideológico que este cumpre na implementação das políticas neoliberais e a sua sintonia com o processo de reestruturação produtiva após 1970.

Uma das assistentes sociais expõe que o Serviço Social encaminha muito os usuários para instituições do terceiro setor. “A gente encaminha bastante, porque os locais da rede não dão conta” (ENTREVISTADA II). Diante disso, indagamos a profissional o motivo pelo qual a rede não consegue absorver as demandas. A mesma nos respondeu que

Porque eles não têm verba, não tem dinheiro. Ai a gente vê o paciente voltando para atenção terciária com aquele problema bem mais agravado. É questão do recurso, não tem apoio nenhum. São questões que muitas vezes a gente vê que ultrapassa a questão técnica, o assistente social não vai conseguir, porque ele não tem os meios (ENTREVISTADA II).

Essa ponderação feita pela profissional é elementar para refletirmos sobre o cotidiano de trabalho, bem como os limites e possibilidades do exercício profissional. Todavia, esta análise deve ser considerada à luz da perspectiva de totalidade, uma vez que os fenômenos apresentados extrapolam a imediatividade. Iamamoto (2009) nos esclarece este processo na medida em que

As múltiplas manifestações da questão social, sob a órbita do capital, tornam-se objeto de ações filantrópicas e de benemerência e de “programas focalizados de combate a pobreza”, que acompanham a mais ampla privatização da política social pública, cuja implementação passa a ser delegada a organismos privados da sociedade civil, o chamado “terceiro setor”. [...]. A atual desregulamentação das políticas públicas e dos direitos sociais



desloca a atenção à pobreza para a iniciativa privada ou individual, impulsionada por motivações solidárias e benemerentes, submetidas ao arbítrio do indivíduo isolado e ao mercado e não a responsabilidade pública do Estado, com claros chamamentos à sociedade civil (IAMAMOTO, 2009, p. 22).

Uma profissional indica que acionam o terceiro setor diante da seguinte situação, “o que a rede pública não dá conta a gente vai para as instituições filantrópicas, que nunca que é a nossa primeira opção” (ENTREVISTADA V).

Os depoimentos evidenciam que as assistentes sociais possuem clareza acerca do funcionamento da rede e do financiamento insuficiente das políticas sociais. Entretanto, os motivos que levam a este subfinanciamento ficaram obscurecidos, isto é, a relação do cotidiano dos serviços, da configuração das políticas sociais com o modo de produção de capitalista. Assim, é fundamental percebermos que há interesses opostos, na relação entre público e privado, Estado e mercado, no atendimento às necessidades dos usuários que ingressam nas instituições. Por mais que o âmbito do Estado também seja permeado por interesses e o mesmo tenha o papel de viabilizar o processo de acumulação, é somente nessa esfera que os direitos podem ser universalizados.

2.2.5 Instrumentos e técnicas utilizados no exercício profissional

A reflexão sobre os instrumentos e técnicas de trabalho é de suma importância, tendo em vista que de acordo com Iamamoto (2014) estes conferem concretude às ações profissionais. Além disso, Ramos (2013, p. 67) enfatiza que a escolha destes instrumentos e técnicas não é neutra, isto é, “cumpre uma função que, para além de operacional e técnica, também possui caráter político ideológico”. Assim, é essencial considerarmos o direcionamento que estes possuem no cotidiano dos serviços de saúde.

Na pesquisa as entrevistadas destacaram que utilizam, essencialmente, os seguintes instrumentos e técnicas: a entrevista social e o trabalho com grupos. Embora, o trabalho com grupos tenha sido citado pelas assistentes sociais, percebemos que ainda há um desafio para as profissionais inseridas no espaço hospitalar realizar um trabalho nesta perspectiva.

Cabe destacar a centralidade que a entrevista social possui em todas as instituições pesquisadas e no trabalho do assistente social de maneira geral. Cabe frisar que este momento como basilar na relação entre profissional, instituição e usuário, na medida em que este último possa apresentar as suas demandas ao serviço.

Além disso, Silva (2000) nos elucida que as entrevistas devem ser espaços de conhecimento mútuo, ampliação de consciência e das questões do cotidiano. Esse

instrumento deve ser um caráter educativo, a partir do desencadeamento de um processo reflexivo, onde novas informações possam vir à tona. Assim, é uma ocasião privilegiada para a prática da reflexão, em ultrapassar a mera informação.

As profissionais também destacaram a questão dos encaminhamentos e da utilização da linguagem. Ao refletirmos sobre esta última, verificamos o quanto ela é suma importância para o desenvolvimento do trabalho profissional. Conforme Iamamoto e Carvalho (1998, p. 114) indicam é por meio da linguagem que o assistente social realiza ações de “cunho sócio-educativo ou socializadora, voltadas para mudanças na maneira de ser, de sentir, de ver e agir dos indivíduos”.

O trabalho com grupos, apesar de ter sido destacado pelas profissionais, percebemos que este é um dos nós no trabalho do assistente social nas instituições pesquisadas. A maioria das entrevistadas não têm esta atividade como uma frente de trabalho. Somente uma delas tem relação direta com a educação em saúde. Indagamos as profissionais, quais seriam os limites para desenvolver esta ação, e entrevistadas elencaram três eixos: a carga horária; a falta de recursos humanos; e dinâmica profissional.

A assistente social que realiza este tipo de trabalho considerou ser uma experiência exitosa tanto profissional quanto na relação com os usuários. Ela assinalou que

Os grupos para gente é uma possibilidade de intervenção muito diferente daquela que a gente exerce todos os dias, porque é uma possibilidade de você trabalhar algo novo com o seu usuário. Aquela ação que a gente tem lá no Parâmetro, de mobilização. Então, eu acho que é diferencial na enfermagem, na nossa atuação (ENTREVISTADA V).

Em uma das instituições pesquisadas há um grupo de combate ao tabagismo. Entretanto, este não é voltado para atender as necessidades dos usuários internados. Esta ação é orientada para os funcionários do hospital e está vinculada a responsabilidade social.

Em outro espaço estudado, existe uma reunião com os acompanhantes, todavia, a profissional considera que esta intervenção não chega a ser um trabalho de educação em saúde, tendo em vista que somente o Serviço Social participa ativamente e o conteúdo do espaço são mais orientações pontuais sobre a rotina do hospital.

Diante deste cenário, cabe ressaltar a relevância da proposta do trabalho de educação em saúde, de modo a desenvolver o exercício profissional pautado no conceito ampliado de saúde. Nesta compreensão, busca-se analisar as determinações sociais, econômicas e políticas do processo saúde-doença.

O estímulo a esta proposta encontra alguns entraves para se desenvolver no espaço hospitalar, tendo em vista a rigidez das estruturas presentes neste ambiente. De acordo com Guedes e Castro (2009)

Tem-se, ainda hoje, no espaço hospitalar, a ênfase no pensamento biomédico, o enraizamento das especialidades profissionais focalizado na visão mecanicista/biologicista, a não compreensão da importância da esfera social na vida do usuário, além da perspectiva de que o hospital não é o espaço para a promoção e educação em saúde, criação de vínculos ou de humanização (GUEDES e CASTRO, 2009, p.12).

Apesar destes desafios, as ações socioeducativas são um dos eixos fundamentais na relação entre profissionais e usuários, sendo assim um momento privilegiado para propiciar reflexões com relação ao cotidiano desses usuários. Os Parâmetros (2010) destacam a importância desse eixo para o processo de reflexão

As ações socioeducativas e/ou educação em saúde não devem pautar-se pelo fornecimento de informações e/ou esclarecimentos que levem a simples adesão do usuário, reforçando a perspectiva de subalternização e controle dos mesmos. Devem ter como intencionalidade a dimensão da libertação na construção de uma nova cultura e enfatizar a participação dos usuários no conhecimento crítico da sua realidade e potencializar os sujeitos para a construção de estratégias coletivas (CFESS, 2010, p. 55).

Neste sentido, uma das propostas desta perspectiva de trabalho é fortalecer a autonomia dos usuários, tendo como ponto de vista central a ideia de transformar as relações entre profissionais e usuários, de modo a propiciar uma prática horizontalizada.

Nesta apreensão, Vasconcelos (2007) ilustra a educação em saúde como uma alternativa tanto para a prevenção de agravos das doenças quanto para o controle social na saúde. Isto é, a possibilidade de se desenvolver um trabalho que atenda os interesses e necessidades da população.

Cabe salientar ainda que para se potencializar práticas de educação em saúde é elementar que se desenvolvam ações interprofissionais. Silva e Mendes (2013) apontam que o trabalho interdisciplinar é desafio tendo em vista que a formação dos profissionais de saúde nem sempre favorecem esta prática. Além disso, as autoras acrescentam a questão das relações assimétricas de poder nas instituições, que tendem a manter o *status quo*.

Esta concepção de trabalho é indispensável para se criar uma perspectiva que se distancie da lógica fragmentada das ações profissionais. Silva e Mendes (2013, p. 59) propõem que esta “construção pressupõe que cada uma das categorias profissionais ofereçam a sua contribuição, preservando a integridade de seus métodos e conceitos”.

Diante deste cenário, ressaltamos uma limitação do trabalho profissional, na medida em que há uma centralidade nos atendimentos individuais, em detrimento de um trabalho coletivo, de mobilização dos usuários. A abordagem individual é relevante para o exercício

profissional, mas partimos do pressuposto que os espaços coletivos podem propiciar reivindicações mais contundentes por parte dos usuários.

2.3 O Planejamento e a organização do trabalho do assistente social

Consideramos que abordar o planejamento e a organização são aspectos centrais para qualificar as ações dos assistentes sociais, haja vista que pode possibilitar ao profissional intervenções mais planejadas.

Por mais que se tenham alguns obstáculos para a organização do trabalho, consideramos que este aspecto é essencial para caracterizar um bom exercício profissional. Neste sentido, planos e projetos de trabalho adquirem centralidade. Segundo Mito e Nogueira (2009).

O trabalho profissional aponta para a importância dos projetos de ação para se obter uma atuação consistente e não apenas pontual, “solta” e imediata. Sinalizando para o futuro, consiste no elo de ligação entre objetivos definidos e a realidade, entre a possibilidade de ação e a execução, incidindo sobre as variáveis que se pretende alterar. O projeto profissional acompanha e influi no movimento da realidade, contribuindo para a mudança pretendida (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p.291).

Matos (2013) também sinaliza a importância do planejamento escrito, enfatizando que este ocupa um papel central. Nas suas palavras

Ao escrever para planejar o que fazer, a equipe está apurando ideias, sugestões, intenções e transformando-as em propostas. Mesmo que muitas não sejam cumpridas e outras sofram alterações diversas, é esse planejamento escrito que dá subsídios para pensar e avaliar o porquê. E é esse porquê, com seu grau de novidade, que contribui para a reflexão crítica na reestruturação da intervenção, com vistas a efetivar um trabalho que, de fato, vá de encontro das necessidades apresentadas pelos usuários (MATOS, 2013, p. 120-121).

A pesquisa demonstrou alguns desafios com relação ao planejamento do trabalho, aliado ao baixo índice de assistentes sociais nas instituições. Além da dificuldade em planejar, elas apontaram para um alto índice de demandas espontâneas, que por vezes inviabiliza a operacionalização do planejamento no cotidiano das atividades. De acordo com uma das profissionais “porque aqui o cotidiano, são muitos leitos, são poucas profissionais para atender nos leitos e o tempo todo tem pessoas aqui demandando” (ENTREVISTADA I).

Uma das instituições possui um trabalho em linhas de cuidados em alguns setores do hospital. Os usuários que estão internados nestes setores são priorizados para o atendimento do Serviço Social. A partir disso, as assistentes sociais planejam o seu trabalho. No entanto,

por conta da demanda emergencial, às vezes não é possível fazer estes atendimentos no leito.

Este cenário é vivenciado por grande parte dos serviços, neste estudo constatamos que há na maioria das vezes um planejamento. Entretanto, no cotidiano este não consegue se materializar nas ações e serviços de saúde.

Verificamos também que esta questão do planejamento tem influência direta da natureza da instituição, em uma delas as profissionais conseguem organizar melhor o processo de trabalho. Esta condição está ligada tanto a instituição quanto com relação aos recursos humanos.

Assim, ao analisarmos atentamente as falas das entrevistadas, percebemos que por conta da rotina institucional, têm-se dificuldades para planejar o trabalho profissional. Além disso, a questão demanda espontânea também foi algo muito latente. Cabe ressaltar que esta frente de atuação também é importante, no entanto, percebemos que por uma série de processos conjunturais e estruturais, os atendimentos programados no leito, por vezes, não conseguem ser realizados. Estes aspectos sinalizam para precarização do trabalho, tendo em vista que, a maioria das instituições apresenta um número de assistentes sociais muito aquém da necessidade dos usuários e de suas demandas.

Esta conjuntura exige que os profissionais estejam cada vez mais atentos em realizar leituras acerca da realidade, tendo em vista que o cotidiano por vezes, nos imprime a imediaticidade na leitura e no atendimento às demandas sociais. Nesta compreensão, corremos o risco de cairmos em ações com um fim em si mesmo, perdendo assim a dimensão da totalidade social.

Uma das assistentes sociais coloca que “a gente tenta se planejar. Mas nem sempre a gente consegue organizar os processos. Normalmente, a gente não consegue fazer como a gente havia pensado” (ENTREVISTADA I). Esta fala evidencia que de modo mais geral, as profissionais reconhecem a importância do planejamento das ações, todavia, nem sempre no cotidiano, por uma série de questões tanto institucionais quanto conjunturais este planejamento se materializa nas ações profissionais. Nesta acepção, é necessário que as profissionais tenham clareza do porque o planejamento não se materializa no cotidiano de trabalho, de forma a não cair na armadilha de desassociar teoria e prática.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS



A pesquisa com assistentes sociais que atuam na atenção terciária em Juiz de Fora evidenciou alguns aspectos que se constituem enquanto desafios para o exercício profissional, dentre eles: a precarização do mundo do trabalho (baixa remuneração e instabilidade no emprego); o desafio da atualização profissional; os interesses mercadológicos na saúde; a dificuldade para planejar e organizar o trabalho profissional.

Ao mesmo tempo, que há esses limites, temos também as potencialidades dentre elas: o aprimoramento intelectual através do contato com estagiários e residentes; a utilização da autonomia relativa na condução do exercício profissional; o entendimento do objeto e do objetivo do trabalho profissional.

Ressaltamos que é fundamental a compreensão por parte dos assistentes sociais, de qual é o papel do Serviço Social no hospital. Ter esta percepção é essencial para o exercício profissional. Neste sentido, são essenciais reflexões permanentes, tendo em vista as mudanças constantes na realidade, bem como a preservação da unidade entre teoria e prática profissional

REFERÊNCIAS

- CFESS. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Série: trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília, 2010.
- _____. **Código de Ética de Profissional do assistente social**. Resolução n.273, de 13 de Março de 1993. Publicada no Diário Oficial da União, Brasília, 30 mar. 1993. Brasília, CFESS, 1997.
- CRESS. Comissão De Orientação e Fiscalização (COFI). **Relatório de Fiscalização**, Seccional Juiz de Fora, Maio de 2011 a Maio de 2012.
- GUEDES, Heloisa; CASTRO, Marina. Atenção Hospitalar: um espaço produtor do cuidado integral a saúde. In: **Serviço Social em Revista**. Londrina: 2009, p. 4-26.
- IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 25. Ed. – São Paulo, Cortez, 2014.
- _____. O Serviço Social na cena contemporânea. In: **Serviço Social: Direitos e Competências profissionais**, CFESS, 2009.
- _____. As dimensões ético-políticas e teórico – metodológicas no Serviço Social contemporâneo. In: Mota, A et al. **Serviço Social e Saúde – Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006, p. 161- 166.
- _____. CARVALHO Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**. Esboço de uma interpretação histórico-metodológica. - 12. ed. – São Paulo, Cortez, Lima, Peru: CELATS, 1998.
- MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço Social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional**. – São Paulo: Cortez, 2013.
- MIOTO, Regina Célia Tamaso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde. In: **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. – São Paulo: Cortez, 2009.
- MONTÃO, Carlos. **Terceiro Setor e questão social: crítica ao padrão emergente da intervenção social**, São Paulo: Cortez, 2002.
- SILVA, Letícia Batista; MENDES, Alessandra Gomes. Serviço Social, Saúde e a Interdisciplinaridade: algumas questões para o debate. In: **Serviço Social, Saúde e Questões Contemporâneas**, São Paulo: Papel Social, 2013.
- SILVA, M. L. Um novo fazer profissional. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo 04: o trabalho do assistente social e as políticas sociais. Brasília, CEAD, 2000, p. 112- 124.
- VASCONCELOS, Ana Maria. **A prática profissional do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. São Paulo: Cortez, 2007.

ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO HOSPITAL DJALMA MARQUES-SOCORRÃO I EM SÃO LUIS-MA: UMA ANÁLISE DOS INSTRUMENTAIS E TÉCNICAS

Livia Maria Lima De Jesus (Universidade Federal Do Maranhão); Quésia Resende Nogueira Pereira (Universidade Federal Do Maranhão); Taciana Maria Ferreira Cabral (Universidade Federal Do Maranhão)

RESUMO: Ao longo dos anos identifica-se uma ampliação do trabalho dos Assistentes Sociais em diversos segmentos e espaços sócios ocupacionais, principalmente no âmbito da Política de Saúde, devido á implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Um desses espaços em que esses profissionais estão inseridos e que faz parte da Política de Saúde são os hospitais de emergência. O presente trabalho evidencia os instrumentais e técnicas utilizados pelos assistentes sociais no atendimento às demandas, apontando quais as principais demandas e atividades desenvolvidas pelo profissional de Serviço Social no Hospital Djalma Marques-Socorrão I em São Luis-MA.

Palavras-chave: Saúde; instrumentais; técnicas; hospital de emergência;

ABSTRACT: Over the years, an expansion of the work of Social Assistants has been identified in various segments and occupational social spaces, mainly within the scope of Health Policy, due to the implementation of the Unified Health System (SUS). One of these spaces in which these professionals are inserted and which is part of the Health Policy are emergency hospitals. The present work highlights the instruments and techniques used by social workers in meeting the demands, pointing out the main demands and activities developed by the Social Service professional at the Djalma Marques-Socorrão I Hospital in São Luis-MA.

Keywords: Health; instruments, techniques, emergency hospital;

1. INTRODUÇÃO

Atualmente o Serviço Social apresenta-se como uma profissão consolidada na sociedade brasileira, ganhando visibilidade no cenário contemporâneo e sustentada por um projeto ético-político. É uma profissão de caráter sociopolítico, crítica e interventiva, onde o seu trabalho realiza-se em organizações públicas e privadas e em diferentes áreas temáticas.

Ao longo dos anos identifica-se uma ampliação do trabalho dos Assistentes Sociais em diversos segmentos e espaços sócios ocupacionais, principalmente no âmbito da Política de Saúde, devido á implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Um desses espaços em que esses profissionais estão inseridos e que faz parte da Política de Saúde são os hospitais de emergência.

O estudo ora evidenciado é resultado da pesquisa de campo proporcionada pela disciplina de Oficina de Processos e Instrumentos Pedagógicos do Serviço Social. A pesquisa foi realizada no dia 13 de dezembro de 2020, no Hospital Djalma Marques, também nomeado de Socorrão I, quanto a seleção do local de realização desta, foi feita pela professora da disciplina.

Para êxito dos objetivos traçados, a pesquisa utilizou método qualitativo. O método qualitativo tende, por meio dos dados empíricos, conhecer, explorar e descrever a complexidade e contradições dos fenômenos e relações interpessoais e sociais.

Quanto aos instrumentos de coleta de dados, optou-se pela utilização da entrevista semiestruturada, em razão de permitir um diálogo maior com a entrevistada. Participou da entrevista a assistente social do plantão. É importante ressaltar que o hospital possui outras assistentes sociais, porém no dia da pesquisa apenas uma estava disponível. Para a realização da mesma houve antecipadamente o envio de ofício e anexos da entrevista.

O objetivo da pesquisa consistiu em identificar como se dá a utilização dos instrumentais para o atendimento dos usuários do hospital, bem como, compreender a atuação do Serviço Social nesse espaço. Para alcançar os objetivos propostos, utilizou-se a pesquisa bibliográfica e de campo, trabalhos, dissertações, teses e estudos sobre a atuação do Serviço Social no campo da Saúde.

2. Breve contexto do Serviço Social e Saúde

Influenciado pela corrente europeia o Serviço Social começa a surgir no Brasil por volta de 1930; porém, começa a se expandir durante o ano de 1940 devido às necessidades e

mudanças que surgiram a partir do cenário internacional ao término da 2^o Guerra Mundial (BRAVO; MATOS, 2006). Esse período também se caracteriza pela adesão de assistentes sociais na esfera saúde. Segundo os autores, a inserção de assistentes sociais na saúde deu-se, basicamente, no nível curativo e hospitalar, cujo foco era o Serviço Social de Casos e a participação “era visualizada na dimensão individual, ou seja, o engajamento do ‘cliente no tratamento’” (BRAVO; MATOS, 2006, pág. 201).

No período de estabelecimento da ditadura militar brasileira, a intervenção profissional é diretamente influenciada. Alguns autores relatam que nessa época a corrente conservadora conduziu mudanças que colocam a intervenção do profissional na saúde como algo sedimentado, perpassando por uma prática curativa com maior enfoque na assistência médica previdenciária.

Algumas mudanças ocorrem no interior da profissão na transição da década de 70 a 80, onde a crítica ao conservadorismo é trazida de volta e, de modo consequente, expõe a necessidade de construção de um novo projeto profissional. Em meados da década de 70, com a efervescência dos movimentos políticos e sociais surge o movimento sanitário o qual trazia como luta principal a concepção ampliada de saúde, tais como: Universalização do acesso; concepção de saúde como direito social e dever do Estado; reestruturação do setor por meio do Sistema Unificado de Saúde; descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; o financiamento efetivo e a democratização do poder local por meio de novos mecanismos de gestão - os Conselhos de Saúde” (BRAVO, 2006, pág. 96).

Bravo (2006) pontua que a conquista dos direitos defendidos pela Reforma Sanitária teve como fator determinante a 8^o Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em Brasília no ano de 1986. Em decorrência da grande mobilização social os ideais defendidos pelo Movimento ganham espaço na Assembleia Constituinte. Em face disso, na Constituição Federal de 88, a saúde passa a ser posta como direito social e dever do Estado. Entretanto, como aponta a autora, as medidas provenientes do Movimento de Reforma Sanitária não se efetivaram na sociedade, pelo contrário, sofreram grandes e constantes ataques da Política de Ajuste Neoliberal implantada na década de 90. Esse ajuste consolida-se na saúde defendendo a contenção de gastos, racionalização da oferta e descentralização com o objetivo de isentar o poder central de responsabilidades. Vista pela ótica neoliberal prevê a intervenção do Estado como meio de garantir o mínimo de acesso àqueles que não podem pagar cabendo ao setor privado o atendimento aos que têm acesso ao mercado de trabalho (BRAVO, 2006).



Segundo Nogueira (2012) as ações do profissional na área da saúde se assentam em três pilares que permitem o trânsito dos teórico-metodológicos e dos princípios ético políticos à concretude da intervenção: o direito à saúde; as necessidades sociais em saúde; e a produção da saúde.

Em poucas palavras, o processo de intervenção do Serviço Social na área da saúde está fundamentado no projeto ético-político, e as bases documentais que dão suporte às ações profissionais podem ser encontradas nos: Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde (CFESS, 2009), Código de Ética do Assistente Social (1993), Lei de Regulamentação da Profissão (8.662/93) e Diretrizes Curriculares de 1996, documentos que colaboram para a caracterização das particularidades da intervenção profissional na saúde de modo atento à determinação social do processo saúde-doença e para a construção de ações coletivas de promoção e cuidado à saúde, de gestão participativa nos serviços e políticas que materializam esse direito social.

3. Hospital Djalma Marques-Socorrão I

O Hospital Djalma Marques que começou a funcionar em 1972, no Centro da cidade de São Luis no Maranhão. Em 1982, foi doado pela Cruz Vermelha Brasileira passando a integrar a rede municipal de saúde. Recebeu esse nome em homenagem ao médico maranhense Djalma Marques. A autarquia foi criada pela Lei nº 2.579, de 07 de maio de 1982, sendo vinculada à Secretaria Municipal de Saúde. Foi reorganizado pela Lei nº 3789 e 30 de dezembro de 1998. A unidade realiza atendimentos de alta e média complexidade, em regime de internação dia e noite (urgências clínicas, cirúrgicas, ortopédicas, neurológicas e neurocirúrgicas), recebendo alta demanda de pacientes.

A atuação do Serviço Social está organizada em plantão e em composição da equipe multiprofissional do hospital, possui uma sala própria localizada próximo à entrada principal do hospital.

4. Atuação do Assistente Social no Hospital Djalma Marques-Socorrão I em São Luis-Ma: instrumentais e técnicas

No seu cotidiano profissional o assistente social é chamado a intervir no âmbito das políticas sociais. No campo da saúde não é diferente. No entanto, é necessário que o disponha do domínio de ferramentas que o qualifiquem a pensar sua prática, analisar a realidade na



qual se insere propor alternativas, construindo um novo perfil profissional (LEAL, XAVIER, MACHADO, CAETANO, 2013).

No cotidiano de trabalho, para efetivação de sua ação e dos preceitos profissionais, os assistentes sociais utilizam um conjunto de instrumentos e técnicas. É importante destacar que não se pode falar em instrumentos e técnicas e não falar em instrumentalidade. Conforme podemos observar ver nas palavras de Guerra (1999) :

A instrumentalidade, pela qual o Serviço Social consolida a sua natureza e explicita-se enquanto um ramo de especialização, ao mesmo tempo em que articula as dimensões instrumental, técnica, ético-política, pedagógica, intelectual da profissão, possibilita não apenas que as teorias macroestruturais sejam remetidas à análise dos fenômenos, processos e prática sociais mas, objetiva essa compreensão por meio de ações competentes técnicas, intelectual e politicamente (GUERRA, 1999 p.198 Apud. SILVA, 2017 pág. 52).

O Serviço Social constitui-se por três dimensões, na concepção de SOUZA (2008):

Na dimensão ético - político o Assistente Social não é um profissional “neutro”. Sua prática se realiza no marco das relações de poder e de forças sociais da sociedade capitalista – relações essas que são contraditórias;

Na dimensão teórico-metodológica – o profissional deve ser qualificado para conhecer a realidade social, política, econômica e cultural com a qual trabalha. Para isso, faz-se necessário um intenso rigor teórico e metodológico, que lhe permita enxergar a dinâmica da sociedade para além dos fenômenos aparentes, buscando apreender sua essência, seu movimento e as possibilidades de construção de novas possibilidades profissionais;

Na dimensão técnico-operativa – o profissional deve conhecer, se apropriar, e sobretudo, criar um conjunto de habilidades técnicas que permitam ao mesmo desenvolver as ações profissionais junto à população usuária e às instituições contratantes, garantindo assim uma inserção qualificada no mercado de trabalho, que responda às demandas colocadas tanto pelos empregadores, quanto pelos objetivos estabelecidos pelos profissionais e pela dinâmica da realidade social (SOUZA, 2008, pág. 122).

Destaca-se alguns instrumentais que são basicamente as ferramentas de trabalho de todos os assistentes sociais seja em qual área o mesmo esteja atuando, são eles: observação, entrevista, trabalhos com grupos, reunião, mobilização de comunidades, visita domiciliar, visita institucional, atas de reuniões, livros de registro, diário de campo, relato de campo, parecer social, cada instrumento destes precisa ter, uma intencionalidade, uma objetividade quando for utilizado para que seja alcançado o objetivo de sua ação (OLIVEIRA, PIRES, BATISTA, 2018).

Quando mencionamos a dimensão técnico – operativa estamos nos referindo aos meios de trabalho adotados pelo profissional na execução de sua prática, que nada mais é do que aplicar as habilidades do conhecimento em ação.

Segundo os Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde (CFESS, 2009) é essencial para uma atuação competente do Serviço Social na área da saúde estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores da saúde e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde; tentar construir e efetivar, em conjunto com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular; elaborar e participar de projetos de educação permanente; buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido; potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando o aprofundamento dos direitos conquistados (COSTA,2017).

O exercício profissional na emergência do Socorrão I perpassa diferentes expressões/manifestações da questão social e, concordando com Bravo e Matos (2006), requer atuar a partir da compreensão dos aspectos sociais, econômicos, culturais que interferem e determinam no processo saúde-doença.

Observa-se que a obtenção de dados dos pacientes, no ato do internamento, por meio de entrevistas, preenchimento da ficha social, é a primeira etapa do processo de atendimento/acompanhamento realizado pelos assistentes sociais. A objetivação dessa atividade se dá a partir do encaminhamento dos médicos de plantão, quando autorizam um internamento.

“Pela manhã cedo, é feita a visita com todos, os novos admitidos e os que já estão. No primeiro contato é identificado logo se o paciente possui todos os documentos pessoais, pois sem os mesmos o paciente terão dificuldades em acessar a rede socioassistencial e até mesmo exames e/ou tratamentos. Os pacientes que se encontram no corredor ainda não tem ficha social, pois se entende que alguns deste não ficaram por longo tempo, ou seja, internados, porém estes recebem visitas se detectado alguma demanda social, seja pelo assistente social ou outro profissional. No caso dos internados, além da ficha social, existe ainda um instrumental de acompanhamento diário, onde fica identificado o nome do paciente, número do leito, acompanhante e seu respectivo número para contato e a demanda social do paciente.” (Assistente Social entrevistada).

As demandas do são atendidas individualmente, por meio de orientações, encaminhamentos internos e externos, esclarecimentos, informações, providências, apoio e aconselhamento em salas de atendimento, nos corredores e nas enfermarias, atividades que



também configuram o caráter educativo do profissional. Esse caráter educativo não deve se pautar somente no fornecimento de informações, mas buscar a construção de uma nova cultura e enfatizar a participação dos usuários no conhecimento crítico da sua realidade. Nos atendimentos individuais, os assistentes sociais têm contato direto não só com os pacientes, mas também com seus respectivos acompanhantes seja no ato do atendimento ou em visitas diárias aos leitos.

As ações a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais devem transpor o caráter emergencial e burocrático, bem como ter uma direção socioeducativa por meio da reflexão com relação às condições sócio históricas a que são submetidos os usuários e mobilização para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde (Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde, CFESS, 2009).

No cotidiano de trabalho, para efetivação de sua ação e dos preceitos profissionais, os assistentes sociais utilizam um conjunto de instrumentos e técnicas. Sobre os instrumentais técnico-operativos que são utilizados na acolhida e identificação das demandas, a entrevistada relata que:

Instrumentos mais utilizados são a entrevista social acompanhada do preenchimento da ficha social, ficha de acompanhamento do Serviço Social (Diário), fichas específicas como: pessoas com identificação, não identificado (pessoas que chegam sem documentos e em estado de inconsciência), pessoas identificadas mas sem documentos (pessoas em situação de rua que se identificam mas não tem documentos e pessoas que nunca tiraram documentos, como pessoas vindas do interior) e ficha específica do Serviço Social (Assistente Social entrevistada).

Nesse sentido, é importante destacar o papel dos instrumentais na atuação profissional, observando que o papel do (a) Assistente Social deve ir além de suas práticas dentro das dimensões que regem o fazer profissional, com isso, se percebe a importância da práxis como elemento fundamental para transformação de uma realidade e não somente ao seu caráter funcional (teoria e prática) associado aos instrumentais de trabalho. É importante considerar que a dimensão técnico-operativa não pode ser separada das outras dimensões, ética-política e teórico-metodológica, pois através delas o processo de trabalho do Assistente Social fica melhor sistematizado permitindo com isso uma maior compreensão sobre a realidade posta no cotidiano do seu espaço profissional.

Nessa perspectiva, conforme Iamamoto (1999),

O grande desafio na atualidade é, pois, transitar da bagagem teórica acumulada ao enraizamento da profissão na realidade, atribuindo, ao mesmo tempo, uma maior atenção às estratégias e técnicas de trabalho profissional, em função das particularidades dos temas que são objetos de estudo e ação do assistente social (IAMAMOTO, 1999, pág.52).

Dessa forma, a instrumentalidade se define como a capacidade que o profissional desenvolve ao conseguir apreender o objeto analisado no seu ambiente de trabalho, e após esse momento, o uso dos instrumentais faz parte de um conjunto de técnicas que darão suporte para que o profissional desenvolva seu trabalho de forma não generalizada, compreendendo a complexidade das relações sociais, a partir das mediações que estão constituídas da tríade, singularidade, particularidade e universalidade. Observa-se que a tríade parte de um movimento menor para o maior, pois a singularidade permite um entendimento sobre a individualidade do sujeito a partir da sua realidade, para depois seguir para um contexto de determinações sociais no qual ele está inserido (particularidade) e, por fim, conseguir alcançar a universalidade num sentido mais amplo por conta de determinações históricas.

Portanto, define-se como instrumental um arcabouço articulado de instrumentos e técnicas que permite ao profissional operacionalizar sua prática profissional. É importante frisar que os instrumentais não podem ser tomados de forma dissociada da instrumentalidade, ou seja, de forma isolada e sim articulados em uma unidade dialética: entrevista social, acompanhamento social, visitas, reuniões dentre outros (KOUIMROUYAN, MARTINELLI, 1994).

Na área da saúde, o acolhimento, a escuta e o vínculo vêm sendo enfatizados como elementos que podem ser diferenciais na relação trabalhador/ usuário. O acolhimento é a atitude dos profissionais e equipe de saúde em receber, escutar e tratar humanizadamente os usuários e suas demandas, estabelecendo uma relação de interesse, confiança e apoio entre profissional / usuário.

A entrevista social representa contato do usuário com a instituição e a possibilidade de ser ouvido e atendido em suas necessidades. Este instrumento deve ter um caráter educativo, a partir do desencadeamento de um processo reflexivo, onde novas informações possam vir à tona, sendo espaço de conhecimento mútuo, ampliação da consciência e das questões do cotidiano (SILVA, 2000).

No caso da instituição visitada a entrevista social realizada é semi-estruturada, neste tipo de entrevista são elaboradas perguntas abertas e fechadas. Além disso, são utilizadas estratégias para colher as informações como a renda familiar. A assistente social relata que para descobrir a realidade socioeconômica, a pergunta não é realizada diretamente. Busca saber quantas pessoas moram na casa e quantas trabalham para poder inferir a renda, estratégia compartilhada na capacitação das Assistentes Sociais do hospital, orientada pela entrevistada.

Segundo os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, CFESS, 2009:

A avaliação socioeconômica dos usuários tem por objetivo ser um meio que possibilite a mobilização dos mesmos para a garantia de direitos e não um instrumento que impeça o acesso aos serviços, ou seja, deve-se buscar evitar que a avaliação socioeconômica funcione como critério de elegibilidade e/ou seletividade estrutural, ainda que considerando os limites institucionais (PARÂMETROS PARA ATUAÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE, 2009).

A entrevistada ainda relata que:

Há outro instrumental, que é o utilizado pela equipe multiprofissional. A evolução de cada paciente é feita nessa ficha (médico, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e assistente social). Nas UTIs e CIs são mais utilizadas. Além dessas, existem ainda declarações de acompanhante – importante para controle das pessoas e para dar mais segurança ao paciente. Ficha de notificação – feita geralmente no plantão, em caso de mulheres vítimas de violência principalmente, idosos, tais como; violência física e/ou sexual. (Assistente Social entrevistada).

O relato da entrevistada faz menção a uma das ações profissionais postas nos parâmetros para sua atuação, que consiste em subsidiar a equipe de saúde quanto às informações sociais dos usuários por meio do registro no prontuário único.

Quando a profissional menciona esses formulários diversos enquanto instrumental operativo de registro, também se desdobra na dimensão teórica e metodológica do fazer profissional, já que é a partir destes registros que se pode identificar o perfil e indicadores de vulnerabilidade social destes sujeitos usuários.

Sobre a importância dos instrumentais ressalta que:

Teoria e prática tornam-se complicadas para o profissional que não consegue visualizar, ficando o profissional preso a uma função técnico-operativa. A entrevista, por exemplo, serve para dar um norte, um caminho para se conhecer o paciente, mas não é um fim em si mesma. Havendo um novo paciente, com algo mais complexo, por exemplo, toda atenção é dada a ele. A qualidade em atendimento supera a quantidade. (Assistente Social entrevistada).

[...] é importante para organizar o trabalho e tornar o trabalho palpável, possibilitando continuidade, uma vez que há o revezamento de profissionais. Além disso, é uma forma de registrar a presença do Serviço Social dentro do hospital. No caso de um juiz necessitar de uma informação maior, os dados colhidos pelo Serviço Social, todos os encaminhamentos e orientações estarão no prontuário. É importante para registrar a presença do Assistente Social e quais os encaminhamentos feitos pelo mesmo, pois diferente de médicos, enfermeiros,



técnicos, o trabalho do assistente social não é palpável. (Assistente Social entrevistada).

Além disso, a assistente social destaca a necessidade da interlocução com as demais áreas de acordo com as demandas que chegam ao hospital. Demandas essas que necessita de um olhar mais profundo, o olhar do Serviço Social.

Ainda segundo a fala da entrevistada e pela realidade observada, no ambiente do hospital surgem uma gama de situações e demandas que permitem ao profissional relacionar-se com as demais políticas como Assistência Social, Sócio-Jurídico, e até mesmo Educação. Por ser um hospital chamado “porta aberta”, a variedade de situações que aparecem muitas vezes necessita por parte do profissional um novo estudo dado a singularidade dos casos. Essa se encontra entre as principais ações referenciadas nos parâmetros da atuação profissional na saúde, como a democratização das informações por meio de orientações e/ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária.

No âmbito da saúde, é fundamental considerar a dimensão da diversidade, os indivíduos, por exemplo em sua diversidade expressam diferenças quanto a questões culturais. A exemplo disso, a assistente social relatou o caso de um bebê venezuelano que veio a óbito.

Um bebê venezuelano veio a óbito, devendo ser dado início ao SVO – Serviço de Verificação de Óbito pois a causa mortis era desconhecida. No entanto, segundo a cultura deles, após a morte, o corpo não deve ser tocado, o que ia de encontro com a lei brasileira que exige na Declaração de Óbito a causa da morte. Após um estudo feito pelas assistentes sociais foi possível compreender que este era um aspecto cultural e que era protegido pela legislação. Somente após a autorização da família, o SVO foi feito. (Assistente Social entrevistada).

Por fim, a assistente social destaca que a maior dificuldade percebida pela equipe está na rede. Os pacientes ficam muito tempo à espera de transferência, fase essa que já não depende mais do Serviço Social. O profissional do Serviço Social busca garantir o direito dos usuários, porém, perceber que um paciente não consegue acessar um serviço é algo que pode comprometer a subjetividade do profissional, relatando a entrevistada casos de colegas que desenvolveram depressão.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos dados coletados e análises dos mesmos, pode-se dizer que o Assistente Social trabalha com a mediação que é um processo interventivo e complexo, esse processo

passa pela realidade concreta que é feita pela interpretação e leitura da conjuntura social, utilizando-se de instrumentais que dão significado às dimensões da profissão.

Os instrumentos e técnicas, utilizados pelo profissional são os elementos cruciais que efetivam a ação profissional e por isso, seu manejo deve ser de forma habilidosa e articulada aos fundamentos e princípios do Projeto Ético- Político.

Embora o estudo ora apresentado seja principiante na busca de compreender a utilização dos instrumentais e técnicas do Serviço Social em uma específica unidade, desvela que no cotidiano profissional é preciso estar atento na defesa de condições dignas de trabalho, para que o fazer profissional de fato responder aos princípios que valoram o profissional de serviço social. A busca pela desburocratização do acesso aos direitos, e a defesa intransigente de condições dignas de vida, perpassa inevitavelmente pelo cotidiano dos profissionais, que atuam muitas vezes com condições mínimas para executar política pública.

REFERÊNCIAS

- BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. *Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate*. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (orgs). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In MOTA, Ana Elizabete et al. (orgs). **Serviço Social e saúde: formação profissional e trabalho profissional**. Editora Cortez, 2006, p. 88-110.
- CFESS. **Parâmetros para atuação de assistente social na Política de Saúde**. Brasília, 2010.
- COSTA, Danielle Lima. **A política nacional de saúde: o assistente social e os desafios de uma ação interdisciplinar**. Âmbito Jurídico. 2017. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-161/a-politica-nacional-de-saude-o-assistente-social-e-os-desafios-de-uma-acao-interdisciplinar/> Acesso em: 01 jan 2020
- GUERRA, Yolanda. **A INSTRUMENTALIDADE NO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL**. Cadernos do Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais: Capacitação em Serviço Social e Política Social, Módulo 4: O trabalho do assistente social e as políticas sociais, CFESS/ABEPSS- UNB, Brasília, 2000. Disponível em: <http://www.cedepts.com.br/wp-content/uploads/2009/06/YolandaGuerra.pdf>. Acesso em: 16 jan 2020
- NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **Determinantes sociais de saúde e a ação dos assistentes sociais: um debate necessário**. Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas, v. X, n. 12, Dez. 2011.
- OLIVAR, M, S, P; VIDAL, D, L, C. **O trabalho dos Assistentes Sociais em Hospitais de Emergência**. (Revista do Serviço Social e Sociedade, Edição 92, p 140 a 155 - 2006)
- OLIVEIRA, Elaine Patricia. PIRES, Valdirene da Rocha. BATISTA, Elaine Aparecida. **Os Instrumentais Técnico Operativos do Serviço Social Utilizados no Atendimento à População em Situação de Rua: Um Estudo da Atuação do Serviço Social no Atendimento Social Avançado – Asa – Curitiba**. Caderno Humanidades em Perspectivas - I Simpósio de Pesquisa Social e I Encontro de Pesquisadores em Serviço Social - Edição Especial Julho/2018.
- SANTOS, C.M. , SOUZA FILHO, R. BACKX, S. **“A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: questões para reflexão”**. In: A dimensão técnico-operativa no Serviço social: desafios contemporâneos. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2012
- Silva, M. L. **Um novo fazer profissional**. (2000). Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 04: O trabalho do assistente social e as políticas sociais. Brasília, CEAD, p. 112 – 124.
- SOUZA, Charles Toniolo. **A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional**. Revista Emancipação, Ponta Grossa, 8(1): 119-132, 2008.
- Trindade, R. L P. **Desvendando as determinações sócio-históricas do instrumental técnico-operativo do Serviço Social na articulação entre demandas sociais e projetos profissionais**. (2001). Revista Temporalis. Rio de Janeiro, n. 4, p. 21-42.
- Vasconcelos, A. M. **O trabalho do assistente social e o projeto hegemônico no debate profissional**. (2000). Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 04: O trabalho do assistente social e as políticas sociais. Brasília, CEAD, p. 125 – 137.
- _____. **Serviço Social e prática reflexiva**. (1997). Revista Em Pauta. n 10, Rio de Janeiro, FSS/UERJ, p. 131- 181.
- _____. **Serviço Social e práticas democráticas na saúde**. MOTA, A. E. et al (orgs). Serviço Social e Saúde – Formação e trabalho profissional. (2006). São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, p. 242 – 272.



LEAL, Roberta AdamoliSantin. XAVIER, Franciele Lopes Alves Arnaldo. MACHADO PatriciaMara. CAETANO, Patricia da Silva CAETANO. **Serviço Social e Política de Atenção à Urgência e Emergência no SUS: a experiência do HU-UFSC**. Disponível em : <http://cress-sc.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Servi%C3%A7o-Social-e-pol%C3%ADtica-de-aten%C3%A7%C3%A3o-a-urg%C3%Aancia-e-emerg%C3%Aancia-no-SUS3.pdf> Acesso em 16 dez 2019

TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA: COMPREENDENDO SEU PROCESSO E SOBREVIDA

Máira Pereira De Oliveira Corrêa (Universidade Estadual Paulista - Faculdade De Ciências Humanas E Sociais – Unesp); Renata Rocha Anjos Garcia (Universidade Estadual Paulista - Faculdade De Ciências Humanas E Sociais – Unesp); Fernanda De Oliveira Sarreta (Universidade Estadual Paulista - Faculdade De Ciências Humanas)

RESUMO: O estudo tem como objetivo geral compreender a complexidade da realização do pré- TMO e pós TMO, e como específico, desvendar as particularidades do tratamento assim como a sobrevivência dos usuários que realizaram o TMO. Busca contribuir para o conhecimento ampliado sobre o TMO, possibilitando informações sobre o tema para a sociedade, assim como indicadores de taxa de sobrevivência de usuários submetidos a esse tratamento. A pesquisa é natureza bibliográfica e documental, com abordagem qualitativa, respaldada pelo método do materialismo histórico dialético, para o desenvolvimento do referencial teórico crítico.

Palavras-chave: Política de Saúde. Transplante de Medula Óssea. Sobrevivência.

ABSTRACT: The present study has the general objective of understanding the complexity of performing pre-BMT and post-BMT, and as specific, unveiling the particularities of the treatment as well as the survival of users who underwent BMT. It seeks to contribute to the broader knowledge about BMT, enabling information on the topic for society, as well as indicators of the survival rate of users undergoing this treatment. The research is bibliographic and documentary in nature, with a qualitative approach, supported by the method of historical dialectical materialism, for the development of the critical theoretical framework.

Keywords: Health Policy. Bone Marrow Transplantation. Survival.

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo aborda questões específicas ao Transplante de Medula Óssea, bem como concepções técnicas acerca dos tipos de câncer que possuem indicativos para a realização do TMO e as possibilidades de doação aparentada, não aparentada e do usuário para si mesmo.

O período pré-transplante, transplante e pós transplante também são abordados neste estudo, tendo em vista a complexidade de todo o tratamento, o qual não se esgota com a realização do transplante, devido inúmeras particularidades o tempo de tratamento é indeterminado.

A escolha do tema da pesquisa resultou na dissertação de mestrado, e nasceu de inquietações relacionadas à experiência profissional, a partir da vivência cotidiana com usuários para a realização do TMO. O exercício profissional como assistente social revela a importância da pesquisa para compreender a sobrevivência dos usuários que realizaram o TMO.

Dessa forma, busca contribuir para o conhecimento ampliado sobre o TMO, possibilitando informações sobre o tema para a sociedade, assim como indicadores de taxa de sobrevivência de usuários submetidos a esse tratamento.

O estudo tem como objetivo geral compreender a complexidade da realização do pré-TMO e pós TMO, e como específico, desvendar as particularidades do tratamento assim como a sobrevivência dos usuários que realizaram o TMO.

Trata-se de pesquisa de natureza bibliográfica e documental, com abordagem qualitativa, respaldada pelo método do materialismo histórico dialético, para o desenvolvimento do referencial teórico crítico.

2. TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA: UMA ALTERNATIVA NA LUTA PELA VIDA

De acordo com a Sociedade Brasileira de Transplante de Medula Óssea (SBTMO), medula óssea é definida como:

[...] um tecido líquido-gelatinoso que ocupa o interior dos ossos, sendo conhecida popularmente por 'tutano'. Na medula óssea são produzidos os componentes do sangue: as hemácias (glóbulos vermelhos), os leucócitos (glóbulos brancos) e as plaquetas. As hemácias transportam o oxigênio dos pulmões para as células de todo o nosso organismo e o gás carbônico das células para os pulmões, a fim de ser expirado. Os leucócitos são os agentes mais importantes do sistema de defesa do nosso organismo e nos defendem das infecções. As plaquetas compõem o sistema de coagulação do sangue. (SBTMO, 2019).

O TMO é uma das modalidades terapêuticas mais importantes na área oncológica e pode ser utilizado para o tratamento de doenças que comprometem o funcionamento da medula óssea, como doenças hematológicas, imunológicas oncohematológicas, genéticas hereditárias e autoimunes. (INCA, 2018).

O transplante de medula óssea visa enxertar a célula progenitora hematopoética (CPH), procurando corrigir um defeito quantitativo ou qualitativo da medula óssea, assim como reconstruir o órgão hematopoético lesado por um mecanismo autoimune, tóxico ou em decorrência de proliferação celular neoplásicas. (ANDERS, 2004, p. 23).

Isso significa que a medula óssea fica dentro dos ossos, na qual encontramos as células-tronco hematopoiéticas que são responsáveis pela produção de todas as células do sangue. (AMEO, 2017). Em diversos estudos essa terminologia pode aparecer da seguinte forma: hematopoiética ou hematopoética.

No TMO as células são transfundidas e circulam pelo sangue, se instalam no interior dos ossos dentro da medula óssea, depois de um período de tempo começam a se multiplicar produzindo as células do sangue.

Segundo a Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (ABRALE), existem 03 (três) tipos de Transplante de Medula, o alogênico pode ser realizado de um doador familiar (aparentado) ou do banco de doadores (não aparentado), o autólogo quando se retira medula do próprio usuário e o singênico quando são irmão gêmeos univitelinos. (ABRALE, 2018).

De acordo com o INCA (2019) a probabilidade de haver doador entre irmãos é em média de 30% a qual reduz ainda mais quando o provável doador não possui grau parentesco. A compatibilidade é baseada nas características genéticas do exame Human leukocyte antigen (HLA), isto é, antígeno leucocitário humano.

Diante de toda a complexidade do transplante de medula óssea, sua importância para a vida de muitas pessoas em tratamento e o risco de morte presente, foram instituídas portarias e políticas e órgão para regulamentação desse tratamento especializado.

Em 1993 foi criado o Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea (REDOME) gerido pelo INCA, com a missão de reunir informações relacionadas às pessoas dispostas a doar voluntariamente medula óssea, para usuários que possuem como alternativa de controle da doença o transplante. (REDOME, 2017).

Com mais de 4.000 milhões de doadores cadastrados, o REDOME é o terceiro maior banco de doadores de medula óssea do mundo e pertence ao Ministério da Saúde, sendo o maior banco com financiamento exclusivamente público. Anualmente são incluídos mais de 300 mil novos doadores no cadastro do REDOME. O registro americano conta com quase 7,9 milhões e o alemão, com cerca de 6,2 milhões. Ambos foram desenvolvidos e são mantidos com recursos primordialmente privados. (REDOME, 2017).

A Sociedade Brasileira de Medula Óssea (SBTMO), fundada em 1996 com o objetivo de consolidar a especialidade, representar os interesses dos especialistas e estabelecer normas para o funcionamento das Unidades de TMO e/ou Células-Tronco Hematopoiéticas, afirma que durante os últimos 20 (vinte) anos foram realizados mais de dois mil procedimentos. (SBTMO, 2019).

O Registro Nacional de Receptores de Medula Óssea (REREME) é um sistema criado pelo INCA para agilizar o processo de busca de doadores. O sistema armazena os dados dos pacientes cadastrados que têm indicação de transplante. Compete ao médico cadastrar o paciente com indicação do transplante diretamente no sistema e acompanhar a busca do doador compatível que já se encontra cadastrado no REDOME. Após o cadastramento, o Centro de Avaliação, fará a aprovação do cadastro para continuidade do processo de busca. As informações sobre os dados do paciente são cruzadas com as dos doadores que estão inscritos no REDOME. Essa busca deve iniciar quando não for encontrado, no âmbito familiar, uma pessoa compatível. (ATMO, 2019).

Se faz necessário a criação de leis que estimulem e controlem as doações voluntárias de órgãos e tecidos de pessoas vivas ou mortas, preservação da vida dos doadores e do corpo após a morte.

Em 2009 foi criada a portaria 2.600 que trata do regulamento técnico do Sistema Nacional de Transplantes, visando regulamentar questões de organização e realização do TMO, aperfeiçoar as normas e o processo de supervisão, gerenciamento, controle das listas de potenciais receptores estaduais, regionais e nacionais, assim como, dos possíveis doadores em âmbito nacional e internacional. (BRASIL, 2009).

Considerando todo o arcabouço de leis que o Brasil possui acerca do tratamento oncológico, em especial àquelas direcionadas ao TMO, bem como o conjunto de ações que vem desenvolvendo destacados neste item, podemos afirmar que o Brasil é um país referência no âmbito do TMO, e possui um dos maiores programas públicos de transplante de órgãos e tecidos. No entanto, essa realidade pode ser alterada com o cenário de sucateamento do SUS que o país vem enfrentando.

De acordo com a Constituição Federal de 1988 a saúde é compreendida como responsabilidade do Estado e direito do cidadão, a qual deve ser “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”. (BRASIL, 1988).

A saúde não é mais considerada como mera assistência médico-hospitalar, curativa ou preventiva, é o resultado de políticas públicas do Estado. O Sistema Único de Saúde (SUS), (BRASIL, 1990) é uma política de Estado que amplia os direitos sociais e busca assegurar a cidadania. A Lei Orgânica de Saúde (BRASIL, 1990), estabelece que a saúde deve ser entendida em sua complexidade:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990).

Esses fatores só reafirmam que os usuários devem ser compreendidos em sua totalidade, no aspecto físico, mental, social, político, cultural e emocional, entender a realidade de sua trajetória de vida, seus vínculos familiares, os sentimentos de medo e angústia, os quais perpassam desde a descoberta do diagnóstico de uma doença grave, incluindo, tentativas e tratamentos já realizados, incertezas por uma alternativa desconhecida que pode significar a remissão, conceito utilizado pela medicina quando se refere à diminuição momentânea dos sintomas da doença, mas que também reafirma a todo o momento sua ligação com a morte. Os estudos mostram que:

O diagnóstico de câncer tem o poder de mudar tudo na vida do paciente passado e futuro passam a ser coisas distantes. O presente assume outras proporções. Algumas pessoas modificam completamente seus hábitos, passam a rever conceitos, valores, crenças, comportamentos e atitudes, promovendo uma reviravolta em suas vidas. É um caminho sem volta. O mundo mudou e agora aquele que se imaginava “eterno” compreende que sua trajetória tem um fim. E que seu fim não é o fim do mundo. Essa constatação é muito sofrida, principalmente porque o paciente com câncer é estigmatizado, sente-se diferente, é visto com compaixão pelos demais vivos saudáveis normais e “imortais” (BARBOSA, 2003, p. 18).

O diagnóstico de uma doença oncohematológica pode causar um impacto negativo na vida das pessoas, pertinente a compreensão do sofrimento, perdas e da morte.

O câncer é considerado uma doença crônica e tratável, e quando diagnosticado precocemente possui controle e até mesmo a cura, porém esse processo é prolongado e invasivo, resultando muitas vezes em períodos longos de internação e limitações na condução e eficácia do tratamento. As causas podem ser internas e externas.

As causas externas, como substâncias químicas, irradiação, vírus e fatores comportamentais, estão relacionadas ao meio ambiente, ou seja, constituem os fatores de risco ambientais. De todos os casos de câncer, 80% a 90% estão associados a fatores ambientais. Alguns desses fatores são bem conhecidos. O cigarro pode causar câncer de pulmão (cerca de 90% dos cânceres de pulmão são causados pelo cigarro) e muitos outros tipos de câncer. O uso de bebidas alcoólicas pode causar câncer



de boca, orofaringe e laringe (principalmente quando associado ao fumo), esôfago e fígado. A exposição excessiva ao sol pode causar câncer de pele. Alguns vírus também podem causar câncer (exemplo: leucemia, câncer do colo do útero e câncer de fígado). A irradiação também pode causar câncer (INCA, 2011, p. 50 e 51).

Como apontado, existem vários fatores que podem causar câncer, alguns em fase de estudos e outros completamente desconhecidos.

As causas internas, como os hormônios, condições imunológicas e mutações genéticas são, na maioria das vezes, geneticamente predeterminadas e estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas. Apesar de o fator genético exercer um importante papel na formação dos tumores (oncogênese), são raros os casos de câncer que se devem exclusivamente a fatores hereditários, familiares e étnicos. Alguns tipos de câncer, como, por exemplo, os cânceres de mama, estômago e intestino, parecem ter um forte componente familiar, embora não se possa afastar a hipótese de exposição dos membros da família a uma causa comum (INCA, 2011, p. 51).

Tendo em vista a diversidade dos tipos de diagnósticos e causas de doenças oncohematológicas o tipo de tratamento varia de acordo com a especificidade de cada uma. O TMO é um procedimento indicado em algumas doenças que afetam as células do sangue, como leucemias, linfomas e mielomas. “Consiste na substituição de uma medula óssea doente, ou deficitária, por células normais da medula óssea, com o objetivo de reconstituição de uma nova medula saudável” (REDOME, 2017).

É na medula óssea que se localizam as células-tronco hematopoéticas, responsáveis pela geração de todo o sangue (glóbulos vermelhos, glóbulos brancos e plaquetas). Essas são as células substituídas no transplante de medula. As células-tronco hematopoéticas também circulam no sangue periférico (caso estimuladas com medicamento fator de crescimento), podendo ser coletadas por aférese, e no sangue do cordão umbilical, quando são coletadas após o nascimento do bebê. Por isso, o termo “transplante de medula óssea” tem sido substituído por “transplante de células-tronco hematopoéticas” para estes procedimentos (REDOME, 2017).

A escolha pelo tipo de transplante é baseada além do tipo da doença, na idade e na disponibilidade de um doador compatível.

O transplante é uma opção de tratamento para prolongar a vida, sendo considerado extremamente estressante para os pacientes e seus familiares, devido às particularidades, tais como: extensas avaliações médicas e psicossociais para avaliar os candidatos, períodos longos de espera da doação e hospitalização, separação dos membros da família e de amigos, altos custos financeiros, necessidade de fixar residência em outra cidade, necessidade dos cônjuges ou cuidador abandonarem suas atividades rotineiras, de trabalho e lazer (REDOME, 2017).

É importante compreender que os transplantes têm riscos, podendo surgir sérias complicações, mas para alguns usuários é a única possibilidade de obterem uma remissão, ou seja, diminuição momentânea dos sintomas da doença. Esse período requer do usuário muita paciência, tranquilidade e segurança, para enfrentar a ansiedade e o preparo pré-transplante, o transplante e as intercorrências que podem surgir após o transplante.

Em geral o usuário passa por um período pré-TMO, acompanhamento ambulatorial, realização de exames, avaliação com equipe multiprofissional, médico, enfermeiro, dentista, nutricionista, assistente social, entre outros. É necessário identificar se as condições de saúde do usuário são adequadas para o TMO, e principalmente se o organismo consegue tolerar os efeitos colaterais dos remédios, devido as altas doses de quimioterapia e em alguns casos de radioterapia também. É importante ressaltar que o usuário deve decidir se irá realizar ou não o TMO, após receber as orientações sobre os procedimentos, tais como: a situação atual da doença, riscos, complicações e possíveis resultados, além de inúmeras mudanças na sua rotina de vida.

Na internação hospitalar, após o aceite do procedimento pelo usuário, é necessário a realização de mais exames e a implantação de um cateter para a infusão das células-tronco, administração de drogas e também coleta de sangue para exames durante o período de internação. (ANDERS, 2004). Os usuários são internados em isolamento para proteger, reduzir o risco de infecções e evitar outras complicações, levando em consideração que a capacidade de defesa do organismo contra as infecções é zero.

Há outras fases do tratamento, tais como condicionamento ou regime preparatório, o qual se configura como momento em que o usuário recebe quimioterapia em altas doses e, às vezes radioterapia em todo o corpo, a função é destruir as células cancerígenas ou quaisquer células anormais da medula óssea e preparar para receber as células-tronco. Ao iniciar o condicionamento os dias são contados regressivamente até o dia da infusão da medula óssea, esse dia é chamado de “0” (zero), a partir daí a contagem é progressiva do TMO. (ANDERS, 2004).

Em relação a doação pode ser feita de três maneiras: o doador é internado no hospital e, no centro cirúrgico após anestesia geral, as células-tronco são retiradas com agulha e seringa do osso do quadril, e armazenadas em bolsas de transferência para ser infundida em seguida, o doador pode receber alta no dia seguinte. A coleta das células-tronco também pode ser feita por aférese, o doador toma uma medicação específica para aumentar a produção das células-tronco e essas circulam pelas veias do corpo, o sangue passa por uma máquina que separa as células-tronco e devolve as demais para o doador. E também através do cordão



umbilical, o sangue que fica na placenta e no cordão umbilical pode ser congelado por vários anos nos bancos públicos de sangue de cordão umbilical. No procedimento da coleta por aférese e do cordão umbilical, as células são congeladas e para serem infundidas são descongeladas em banho-maria. (AMEO, 2017).

O transplante de medula óssea é um procedimento agressivo que acarreta não só estado de comprometimento múltiplo de órgãos e tecidos, mas também depressão imunológica, devido a toxicidade do condicionamento, à predisposição do paciente imunossuprimido em adquirir infecções, a alteração do sistema hematopoético ou a terapêutica prolongada. (ANDERS, 2004, p. 28).

O sistema imunológico é capaz de reconhecer tudo o que é estranho e defender o organismo de germes, vírus e bactérias, dessa forma, esse sistema destruiria as células-tronco do doador, por isso são necessários medicamentos para que o sistema imunológico não ataque as células-tronco “diferentes”. É imprescindível um tempo para que a “pega” da medula aconteça, em média de duas ou três semanas, durante esse período será necessário que o usuário receba transfusões de sangue e plaquetas diariamente.

No momento de recebimento da medula do doador, pode ocorrer enjoos, vômitos, sensação de calor, desconforto na garganta, tosse seca, pressão alta, batimentos cardíacos mais lentos. (AMEO, 2017).

As complicações podem surgir nos primeiros 100 (cem) dias pós- TMO consideradas precoces e, tardias que ocorrem depois dos 100 (cem) dias. As complicações mais frequentes do transplante estão associadas a problemas de incompatibilidade, Doença do Enxerto Contra Hospedeiro (DECH) popularmente conhecido como “rejeições”, na qual as células do doador transplantadas não reconhecem, estranham as células do organismo do usuário e desencadeiam uma resposta imunológica contra o seu organismo do. (ANDERS, 2004)

Para evitar a rejeição, são prescritos aos pacientes drogas imunossupressoras que diminuem a ação das células imunes transplantadas contra o organismo do paciente. A reintegração do transplantado à sociedade é tão importante quanto o acompanhamento da doença. (CORGOZINHO E GOMES, 2012, p. 38)

O TMO pode proporcionar uma sobrevida aos usuários, é um procedimento complexo, prolongado, difícil, com reações colaterais, rejeições severas, podendo levar a morte ou a uma sobrevida pós-TMO com muitas complicações, exigindo dos usuários e seus familiares uma adaptação e adequações para uma melhor qualidade de vida. A rotina ambulatorial é diária e intensa, exames, medicações, avaliações, reavaliações e o acompanhamento pós-TMO é extremamente importante.

Os hábitos e rotinas sofrem alterações devido os cuidados necessários, realizar uma refeição ou um lanche fora de casa não são permitidos, o consumo de frutas e legumes é restrito, toda a alimentação deve ser cozinhada, assada e/ou passar por uma higienização. Higiene pessoal, exigência de lavar as mãos com frequência e de forma correta, usar toalha de rosto individualmente, trocar sempre de roupa após a consulta no hospital, higienizar a escova de dentes após o uso.

Parte dessa mudança de hábitos também alcança as pessoas próximas. Os familiares e amigos que irão visitar devem higienizar bem as mãos, não é possível o contato com crianças, antes de receber alguma visita é necessário ter certeza de que a pessoa não está doente, o ambiente deve ser bem limpo e arejado, tem que evitar contato com poeira, plantas, terra, fumaça de cigarro e produtos químicos. É necessário ainda evitar lugares com muitas pessoas, transporte público e lugares fechados. Inúmeros cuidados com o animal de estimação e algumas restrições de contato, além de tomar remédios corretamente, evitar, sol, chuva, friagem. A lista de proibições é imensa, e além de todos esses cuidados um estado de alerta constante para que qualquer sinal, sintoma ou algo diferente que aconteça tem que ir o mais rápido possível ao médico. (AMEO, 2017).

Mesmo mediante todas essas orientações e cuidados podem ocorrer a DECH, essas rejeições podem ser agudas ou crônicas, ocasionando pele vermelha, alteração no fígado, olhos amarelos, urina escura, náuseas, vômitos e diarreias. A DECH crônica pode ocorrer meses após o TMO, mudanças na pele, manchas, coceira, unhas fracas, queda de cabelo, cabelos brancos, boca seca, aftas que não cicatrizam, sensibilidade nos dentes, retração das gengivas, dor para engolir, perda de peso, olhos secos, irritados, visão embaçada, dor ou rigidez nas articulações, câimbras, vagina seca, feridas, corrimento, dor ao tentar ter relação sexual, fimose nova nos homens, dificuldade para urinar, falta de ar e cansaço. (AMEO, 2017).

Devido a toda essa complexidade o usuário permanece por muito tempo sob cuidados médicos seja na internação ou no ambulatório, e, contudo, dentro do esperado se estiver ocorrendo a recuperação, os retornos podem ser prolongados a semanais, mensais, semestrais e até anuais. (AMEO, 2017).

De acordo com AMEO (2017), em geral, os centros de transplantes acompanham seus pacientes para sempre, mesmo que estes já estejam vivenciando uma vida mais próxima da que consideram normal.

Um estudo da ABTO de 2018, com registro iniciado em 01/01/2010 para identificar a sobrevida dos usuários submetidos ao transplante de medula óssea revela que no 1º (primeiro) ano da realização do TMO autólogo com 89% de sobrevida, esse usuário chegou

a 76% de sobrevida no 9º (nono) ano pós-TMO, apresentando uma redução de 13%. No que se refere ao transplante de medula óssea aparentado o 1º (primeiro) ano aponta uma sobrevida de 62% diminuindo para 49% no 9º (nono) ano após o TMO, resultando no decréscimo de 13%. Em relação ao TMO não aparentado o 1º (primeiro) ano mostra a sobrevida de 58% dos usuários, baixando para 46% no 9º (nono) ano, o que minimiza em 12% a sobrevida depois de realizar o transplante. (ABTO, 2018).

As informações citadas sobre a sobrevida pós-TMO, nos permite uma dimensão de prolongamento do tempo de vida da população que até recentemente não era possível.

[...] a qualidade de vida, no contexto do TMO, está relacionada aos aspectos clínicos, ao funcionamento da medula enxertada, à cura ou recidiva da doença de base, às complicações decorrentes do tratamento e aos aspectos sociais, tais como: condições financeiras, necessidade de locomoção para o hospital, dependência de um cuidador, geralmente um membro da família, e ainda aos aspectos psicológicos. A qualidade de vida de pacientes submetidos ao TMO tem emergido como uma área de estudos, considerando as intensas demandas físicas e emocionais associadas a esse procedimento, bem como ao seu crescente uso como modalidade terapêutica recomendada a uma variedade de doenças malignas e não malignas. (ANDERS, 2004).

Muitos usuários submetidos a todo esse processo carregam uma história de vida permeada por expressões da questão social e sofrimentos anteriores até chegar ao TMO. Apesar de ser a única possibilidade de controle da doença, fazer o TMO ainda é uma opção do paciente, haja vista toda complexidade explicitada nesse estudo que envolve esse processo.

Todo o período de tratamento é permeado pelo sofrimento, medo, incertezas, angustias, dor, perdas, proibições, autoestima baixa, incapacidade de realizar ações e atividades que faziam parte do dia-a-dia, mudanças no corpo, não se reconhecer mais como era, situações desconhecidas constantemente, revolta, raiva, pensamentos negativos e associados frequentemente a morte, depressão, desemprego, ausência de renda, não acesso a benefícios da previdência social, fé e às vezes ausência desta, coragem, saudades de casa, da família e da vida que vivia.

O enfrentamento desse mundo que envolve o TMO ocorre às vezes sozinho, outras com o apoio familiar, presença de amigos, de outros usuários na mesma jornada e de profissionais envolvidos colaborando para o alcance de uma condição de saúde que não significa a cura, mas sim o controle da doença, porém o enfrentamento de inúmeras complicações, doenças secundárias e diversas limitações no decorrer de todo esse processo de tratamento.

3. CONCLUSÃO

As trajetórias de vidas marcadas pela desproteção social em um país no qual a desigualdade social se agiganta cotidianamente e o experimento das expressões da questão social agudiza cada vez mais, sobreviver em contextos de pobreza tem se “naturalizado”, com fortes tendências de fortalecimento em uma conjuntura de um governo de extrema direita que reforça os interesses da classe burguesa.

Identificamos que o TMO é um processo extremamente complexo, que os usuários passam por inúmeras privações até acessar o tratamento, durante e após. Privações que nem sempre estão relacionadas a doença, mas as condições precárias de toda uma vida que se agiganta nesse novo percurso.

Apesar da previsão de inúmeras portarias e legislações que versam acerca do TMO o acesso ainda é concentrado em regiões mais desenvolvidas do país.

Dessa forma, o que essa trajetória da pesquisa nos permitiu constatar, além das explicitações expostas acima, é que o TMO apesar de ser definido como um direito no SUS, no campo formal, no campo real este ainda se materializa parcialmente. O pós transplante também ainda se apresenta como um desafio para os sujeitos que não possuem condições de adotar um padrão de vida com o atendimento das necessidades básicas que demandam os novos hábitos.

O TMO é uma alternativa de tratamento, controle ou sobrevida para algumas pessoas diagnosticadas com uma doença grave e que remete inicialmente à morte, sendo assim não é a garantia de cura, mas possibilita uma esperança de vida para o paciente e seus familiares.

REFERENCIAS

- ANDERS, Jane Cristina. O transplante de medula óssea e suas repercussões na qualidade de vida de crianças e adolescentes que vivenciam. 2004. Tese (Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-19082004-160830/publico/doutorado.pdf>>. Acesso em Abr de 2019.
- BARBOSA, Antonieta. Câncer, direito e cidadania. 5. Ed. São Paulo: ARX, 2003. 317p.
- BRASIL, Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. 48. ed. Rio de Janeiro: Escala 2006.
- Brasil, Portaria 2.600, de 21 de outubro de 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2600_21_10_2009.html>. Acesso em Abr de 2019.
- Brasil, Sociedade Brasileira de Medula Óssea. Disponível em: <<http://www.sbtmo.org.br/centros-tmo.php>> Acesso em Mai de 2019.
- BRASIL, Sociedade Brasileira de Transplante de Medula óssea. Disponível em: <<http://www.sbtmo.org.br/saiba-mais-sobre-transplantes.php>>. Acesso em 2019.
- BRASIL, Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Registro Brasileiro de Transplantes 2018. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2018/Lv_RBT-2018.pdf>. Acesso em Mai de 2019.
- BRASIL, Associação de Medula Óssea. Disponível em: <<http://ameo.org.br/capacitar-para-curar/>>. Acesso em Abr 2019.
- BRASIL, Amigos do Transplante de Medula Óssea. Disponível em: <<http://www.atmo.org.br/rereme/>>. Acesso em Abr 2019.
- BRASIL, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Perguntas e respostas sobre Transplante de Medula Óssea. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>>. Acesso em: 05 de Ago de 2018.
- BRASIL, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Tratamento do Câncer. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tratamento/transplante-de-medula-ossea>>. Acesso em Abr de 2019.
- BRASIL, Presidência da República. Lei Orgânica da Saúde, nº 8080/90 de 19 de setembro de 1990.
- RASIL, Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea. Disponível em: <<http://redome.inca.gov.br/medula-ossea/o-que-e-o-transplante-de-medula-ossea/>>. Acesso em Abr de 2017.
- BRASIL, Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea. Conheça o Redome. Disponível em: <<http://redome.inca.gov.br/o-redome/conheca-o-redome/>>. Acesso em Mai de 2018.
- BRASIL, Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea. Conheça o Redome. Disponível em: <<http://redome.inca.gov.br/faqs/quantos-hospitais-fazem-o-transplante-no-brasil-2/>>. Acesso em Abr de 2019
- BRASIL, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia. Disponível em: <<https://www.abrale.org.br/>>. Acesso em Maio de 2018.
- CORGOZINHO, Marcelo Moreira. Gomes, Jacqueline R. A.A. Gomes. Transplante de medula óssea no Brasil; dimensão bioética. In: Revista Latinoamericana de Bioética. Vol. 12. Enero-Junio 2012.

O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NOS CAPS EM JUIZ DE FORA/MG: UM DEBATE NECESSÁRIO

Marcilea Tomaz (Universidade Federal De Juiz De Fora)

Resumo: O presente trabalho de conclusão da residência multiprofissional em saúde mental é requisito para obtenção de título para especialista multiprofissional em saúde mental. O estudo contido neste trabalho refere-se ao exercício profissional dos assistentes sociais nos centros de atenção psicossocial (CAPS) em Juiz de Fora/MG: um debate necessário, sendo destacada a direção ético-política adotada pelos profissionais. Para realização da pesquisa, foi submetida ao comitê de ética, CAAE: 67446517.5.0000.5133, e foi aprovado. Acredita-se que a análise dessa temática é de suma importância devido a possibilidades de contribuição do Serviço Social ao processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Palavras - chave: Serviço Social. Exercício Profissional. Saúde Mental.

Abstract:

The present work of completion of multiprofessional residency in mental health is required to obtain title for multiprofessional specialist in mental health. The study contained in this paper refers to the professional practice of social workers in psychosocial care centers (CAPS) in Juiz de Fora / MG: a necessary debate, highlighting the ethical-political direction adopted by professionals. To conduct the research, it was submitted to the ethics committee and then approved. It is believed that the analysis of this theme is extremely important due to the possibilities of contribution of Social Work to the process of Brazilian Psychiatric Reform.

Keywords: Social Work. Professional exercise. Mental health.

1. INTRODUÇÃO

Para a construção desta proposta de estudo, o interesse se originou em compreender o exercício profissional nos CAPS do município de Juiz de Fora somado a várias inquietações desenvolvidas durante a trajetória na residência, impulsionaram a escolha temática. Nesse sentido, se fez importante reportar a trajetória da autoria durante a pós-graduação lato-sensu como residente na área da saúde mental, uma vez que, as experiências acadêmica e como profissional geraram a oportunidade de conhecer e acompanhar o trabalho na saúde mental, o que fez surgir o questionamento sobre o processo de Reforma Psiquiátrica e a articulação do Projeto Ético-político da profissão.

A inserção nos campos de atuação como assistente social, os CAPS, que funcionam como um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS) trouxeram alguns questionamentos referente ao exercício profissional do assistente social. Uma profissão inserida de forma expressiva no campo da saúde mental do Brasil na década de 1990 com a reformulação da assistência a pessoa com transtorno mental. Tornou-se relevante destacar que durante séculos a loucura foi tratada através do isolamento em um modelo hospitalocêntrico e manicomial, no final dos anos 1970 e fortemente nos anos 1980 emergiram no Brasil críticas quanto a esse modelo, novas propostas de tratamento surgiram com a presença dos movimentos sociais, o que ficou conhecido como Reforma Psiquiátrica Brasileira. Neste mesmo período, o Serviço Social vivenciou dentro da categoria a discussão dos rumos da profissão, contento uma delas a abordagem crítica através da teoria marxista para compreender as relações sociais e o Serviço Social, esta tornou a vertente intenção de ruptura hegemônica na profissão e no processo da “virada”, no III Congresso Brasileiro de assistente sociais, realizado em São Paulo no ano de 1979, denominado “Congresso da Virada” deu ênfase e continuidade para a construção do projeto ético-político profissional, que é o horizonte e direciona a atuação do assistente social na busca por viabilizar a recusa e a crítica ao conservadorismo.

Dessa forma, o percurso profissional da autoria, instigou no acompanhamento e no desenvolvimento da política de saúde mental de Juiz de Fora, a partir da compreensão por ser um município que passou por grandes transformações. O fechamento de todos os hospitais psiquiátricos da cidade, a construção de uma rede de assistência voltada para o cuidado à pessoa que se apresenta em sofrimento mental e necessidade da articulação dos diversos dispositivos da rede sócio-assistencial, indo em direção aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica.



A reflexão diante da elaboração desse trabalho surgiu através de inquietações da autoria sobre a atuação do assistente social e o horizonte sobre o processo de Reforma Psiquiátrica. Todavia, para adentrar neste assunto, foi preciso anteriormente entender de forma resumida o processo de Reforma Psiquiátrica e os caminhos do Serviço Social, suas origens, o surgimento da vertente crítica ao conservadorismo, que culminaram na construção do projeto ético-político da profissão e sua relação contributiva para a Reforma Psiquiátrica.

2. POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL E SERVIÇO SOCIAL: ANÁLISE DA DIREÇÃO ÉTICO-POLÍTICA DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS NOS CAPS DO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA

No Brasil, o movimento de Reforma Psiquiátrica iniciou-se no final dos anos 1970, sendo contemporâneo do movimento pela Reforma Sanitária, neste mesmo período o movimento pela Reforma foi ganhando corpo e se fortaleceu com a participação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), conjuntamente com a participação da comunidade e importantes intelectuais, entendendo a reforma como processo possível e inadiável.

O processo de Reforma Psiquiátrica apontava para a construção de novas formas de se pensar a saúde mental que proporcionassem a ruptura com o aparato institucional criado para 'conter' a loucura. No Brasil, a construção de uma política que visasse um modelo de atenção comunitária, realizou-se nos anos 2000 com a III Conferência Nacional de Saúde Mental, na qual foram pactuados democraticamente os princípios, diretrizes e estratégias para a mudança da atenção em saúde mental.

Esta Conferência consolidou-se na Reforma Psiquiátrica como política de governo, conferindo aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, sendo um dispositivo voltado para a atenção integral ao portador de sofrimento psíquico. No entanto, observa-se, apesar dessas conquistas foi na década de 1990 que se iniciou os efeitos do neoliberalismo e com ele os desmontes dos direitos, assim as expressões da questão social tem-se intensificado e é requerido do assistente social respostas as demandas apresentadas.

Os surgimentos dos CAPS veem de uma proposta de transformação, substituindo uma realidade antes alicerçada e restrita ao espaço hospitalar. Esse novo dispositivo trabalha com a reinserção social dos usuários e é alternativo ao modelo manicomial, o assistente social apresenta como papel fundamental na conscientização, na orientação para a garantia de direitos, em defesa da cidadania, autonomia e fortalecimento dos laços familiares e



comunitários. Pois até pouco tempo atrás não se falava em cidadania quando se tratava de loucos, dispositivo CAPS ou direitos dos usuários. No entanto, torna-se relevante destacar que a questão social está presente nos diversos campos de atuação e se expressa nas mais diferentes formas, trazendo impasses para a equipe multiprofissional, portanto, faz-se necessário a atuação desse profissional, que ocupa assim um lugar estratégico e diferenciado nessas equipes.

Quanto à prática do Serviço Social no CAPS, ela se dá tanto no atendimento individual para usuários e familiares, quanto em alguns grupos realizados na instituição, no entanto a atuação esta voltada para inclusão da pessoa em sofrimento mental como cidadão de direitos na sociedade, compreendido como processo de desinstitucionalização pelo fechamento dos hospitais psiquiátricos e o trabalho para abolir práticas de cunho manicomial. Para tanto, faz-se necessário à compreensão do direcionamento ético-político profissional concomitante a defesa da Reforma Psiquiátrica.

Contudo, observa-se que no Brasil há uma tendência à hegemonia dos saberes *psi*, identificáveis inclusive nas nomenclaturas dos dispositivos do campo como grupos terapêuticos, oficinas terapêuticas, centro de atenção psicossocial, o processo de cuidado ao usuário como projeto terapêutico singular. Em relação a isso observa-se um deslizamento do modelo psiquiátrico para o psicológico, que interessa ao recorte neoliberal na medida em que as questões do campo podem ser tratadas como exclusividade da dimensão individual, a isso podemos problematizar quanto a perspectiva emancipatória contido por vezes no trato de uma dimensão das relações sociais esvaziadas de seus determinantes macrossocietários (ROBAINA, 2010).

Desta forma a necessidade de se atentar para o exercício profissional dos assistentes sociais inseridos na saúde mental. Uma profissão legitimada frente à sociedade a partir de um processo de inserção histórica na divisão sócio-técnica do trabalho, que possui como especialidade no mundo do trabalho a questão social. No entanto verificam-se na área da saúde mental, segundo Robaina (2010) duas matrizes: uma identificada com a atividade 'clínica', subordinada à homogeneização dos saberes *psi* e por isso trai o mandato social da profissão, trai o projeto ético-político e deixa uma lacuna histórica no projeto da Reforma Psiquiátrica. Outra perspectiva vigente refere-se àquela atuação que preserva a identidade profissional e sua autonomia técnica, sem negar a interdisciplinaridade, buscando contribuir no campo teórico-prático para a identificação dos determinantes sociais, das particularidades de como a questão social se expressa naquele âmbito.

Diante disso, o cenário da pesquisa delimitado no município de Juiz de Fora, possui em seu histórico a saúde mental o rompimento com a lógica hospitalocêntrica de cuidado. Hospitais psiquiátricos do município passaram por avaliações do Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH-Psiquiatria), os resultados mostraram várias irregularidades, como falta de condições físicas para o funcionamento adequado dessas instituições assim como falta de profissionais para realizarem uma adequada assistência a esses pacientes. Dessa maneira o fechamento dos hospitais psiquiátricos foi sendo realizado, o último em 2015.

Constituindo-se dessa forma em um avanço significativo para a cidade, onde historicamente havia uma contundência da cultura manicomial, levando a cidade a ser conhecida como “eixo da loucura”, juntamente com as cidades de Barbacena e Belo Horizonte. No entanto, o trabalho apresentará o contexto atual da saúde mental no município, os dispositivos que compõem a rede, os avanços a serem realizados e ainda assim explanando a política econômica neoliberal que vem produzindo impasses no avanço da Reforma Psiquiátrica e do Projeto profissional do Serviço Social.

O município de Juiz de Fora em relação à Saúde Mental segue a seguinte diretriz norteada pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) instituída pela portaria Nº 3.088 que estabelece a presença de dispositivos e equipamentos variados, tais como: os CAPS; os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais e nos CAPS III). Hoje, Juiz de Fora contém 29 residências terapêuticas e cinco CAPS em funcionamento: CAPS Liberdade HU/Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), CAPS Casa Viva, CAPS Leste, CAPS IJ (voltado para crianças e adolescentes) e CAPS AD (voltado para atender usuários de álcool e drogas) além do Serviço de Urgência Psiquiátrica e enfermarias como no Ana Nery e Dr. João Penido.

Assim, depreende-se que o município vivência um momento de reformulação da assistência em saúde mental, possui diversos assistentes sociais atuantes na rede e nos cinco CAPS da cidade, assim a necessidade de ensejar o estudo relacionado ao exercício profissional do assistente social neste contexto. O objetivo geral dessa pesquisa é analisar o exercício profissional do assistente social nos CAPS em Juiz de Fora MG a partir do projeto ético-político da profissão, compreendido como um debate necessário. Já os objetivos específicos elencados são: Identificar a organização do trabalho do assistente social neste espaço sócio ocupacional, as demandas, rotinas e respostas profissionais; Relacionar o



exercício profissional e o Projeto Ético-político da profissão no cotidiano profissional e refletir sobre os limites e possibilidades da intervenção profissional nos CAPS.

Para que os objetivos acima apresentados pudessem ser alcançados trabalhamos com o resgate histórico sobre a loucura no mundo e no Brasil afunilando para o processo histórico de reforma psiquiátrica de Juiz de Fora, destacando os principais acontecimento e conquistas. Em seguida se é abordado a discussão da política de saúde mental, o histórico do Serviço Social, a inserção do assistente social na saúde mental, a relação entre loucura e os desafios que vem sendo impostos pela política neoliberal no concerne a uma conjuntura ameaçadora e adversa aos pressupostos do projeto ético-político e conseqüentemente ao processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Por fim tem-se a análise da coleta de dados obtidos através das entrevistas realizadas com quatro assistentes sociais inseridas uma em cada CAPS do município.

A escolha dos CAPS pesquisados se deu pelas diferentes modalidades, tipo II e tipo III e dois específicos: Álcool e outras drogas e infância e juventude. Já o critério de escolha das assistentes sociais entrevistadas, se deu preferencialmente, o profissional mais antigo no CAPS.

Assim com a finalidade de analisar o exercício profissional do assistente social nos CAPS de Juiz de Fora, esse projeto tem-se um direcionamento voltado à perspectiva crítica de análise que contribuirá para a apreensão da realidade de modo sistemático e científico. De forma inicial torna necessário apreender que a metodologia constitui-se em uma forma de abordagem da realidade, integrando as ideias veiculadas a partir da teoria (MINAYO, 2010).

Segundo Minayo (2010), o caminho a ser seguido pelo pesquisador depende de seus propósitos e seus objetivos de estudo, assim a realização dessa pesquisa se dará de modo qualitativo, uma vez que consideramos o mais adequado para tal pesquisa, buscando a compreensão totalitária do objeto a ser pesquisado.

O embasamento dessa pesquisa esta calcada em dois momentos: o primeiro momento se deu através de pesquisas bibliográficas, por meio de artigos e livros que abrangem os aspectos relacionados ao histórico da loucura no mundo, Brasil e Juiz de Fora, e de forma privilegiada a historicidade do Serviço Social, sua inserção na saúde mental e o debate do projeto ético-político e da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O segundo momento se deu pela coleta de informações mediante a utilização de entrevistas com roteiro semi-estruturado, importante destacar que a pesquisa passou pelo comitê de ética do Hospital Universitário da UFJF, CAAE: 67446517.5.0000.5133, e foi aprovado de acordo com parecer: 2.148.527.

Para cada assistente social pesquisado, foi utilizado um único roteiro semi-estruturado que abarcava tanto questões de experiência profissional na saúde mental, tempo de atuação e vínculo empregatício e interrogações relacionadas a atuação profissional, estas embasadas nos seguintes eixos do documento Parâmetros para atuação dos assistentes sociais na saúde: 1. Atendimento direto aos usuários; 1.1 Ações assistenciais e socioeducativas; 1.2 Ações de articulação com a equipe; 2. Mobilização, participação e controle social e 3. Investigação e planejamento. Os eixos gestão, assessoria e formação profissional foram excluídos por não se aplicarem diretamente aos objetivos do estudo (CFESS, 2010). O contato para a realização das entrevistas ocorreu de forma prévia através com o Departamento de Saúde Mental do município em seguida com a coordenação de cada CAPS e finalmente com as profissionais onde esclarecemos sobre os objetivos da pesquisa e convidada para a participação na pesquisa.

Dessa forma, as entrevistas foram realizadas nas datas e horários combinados, com gravação das mesmas diante da assinatura do termo de consentimento esclarecido e livre² no qual continha dados da pesquisa como o objetivo, a responsável e o sigilo das informações coletadas. Em média as durações das entrevistas foram de trinta e cinco minutos, sendo que em duas houve interrupções de outros profissionais em decorrência da dinâmica de trabalho.

Diante das entrevistas realizadas e gravadas, seus conteúdos foram transcritos, contando com o sigilo das informações e o anonimato dos entrevistados. Após isso, o próximo passo foi à análise de dados e sua correlação com as questões apresentadas nas pesquisas bibliográficas, destacando os elementos que colaboram para a discussão sobre o exercício profissional dos assistentes sociais no CAPS.

3. CONCLUSÃO

Diante do exposto, percebeu-se que no que tange aos aspectos históricos da loucura e a construção social desde os primórdios da sociedade, os loucos na antiguidade eram associados à manifestação dos deuses e era tido como privilégio, o que eles diziam era ouvido com um saber importante e necessário. Enquanto no período medieval, os loucos já eram vistos com significados de tragédias, e seus espaços se davam nos asilos, prisões e hospitais, com tratamentos submetidos a práticas religiosas, feitiços e magias.

Com o passar dos séculos, o tratamento se modifica, no entanto nem sempre essas mudanças significaram avanços para as pessoas acometidas por sofrimento mental. O estigma e a violação de direitos permearam esta relação entre convívio social e tratamento



destinado à loucura. Nesse contexto, as pessoas em sofrimento mental eram destinadas a vagarem pelas ruas sem perspectiva de amparo social ou cuidado. Contudo, com o passar do tempo e o crescimento das cidades, século XVII, os loucos foram chamados de desocupados, mendigos e vagabundos.

Dessa forma, o século XVII é marcado pela dissolução do absolutismo e instauração do modelo econômico mercantilista. Período do crescimento das cidades e declínio da produção artesanal, onde diversas pessoas perderam seus espaços e multiplicaram-se nas ruas. Nesse contexto, são criados em toda Europa estabelecimentos de internação denominados hospitais gerais. Período chamado de A grande Internação, após a fundação do Hospital Geral diversos outros foram organizados para recolher e alojar os pobres, não possuíam o objetivo de tratamento e sim tentativa de solucionar a pobreza.

Foi através desses argumentos na história e na cultura que se foi instituído o hospital psiquiátrico, o isolamento se tornou a tecnologia do cuidado à loucura. Nesse contexto, tem-se o surgimento dos hospitais psiquiátricos, de forma inicial destaca-se o modelo asilar, prevalente no final do século XVIII e instituído pelo médico Philippe Pinel. Modelo caracterizado pelo rompimento das práticas dominantes das grandes internações e proposto um novo tratamento chamado Terapêutica moral. Esta foi caracterizada pelo processo de descrição e agrupamentos dos diferentes tipos de sintomas e a denominação dos diversos tipos de transtornos psíquicos, conhecida como “psiquiatria moderna”.

As novas relações entre loucura e sociedade se dava através atribuição do louco a uma estrutura institucional onde a psiquiatria se tornava reguladora da loucura. No entanto não houve avanços no sentido terapêutico, esses indivíduos permaneceram enclausurados por anos nos hospitais psiquiátricos. O movimento a favor da desinstitucionalização ganha força após a 2ª Guerra Mundial, despertado pelos maus tratos e pelas péssimas condições dos hospitais psiquiátricos, aliado também a sua incapacidade em recuperar os soldados advindos da guerra, que naquele momento eram de fundamental importância na recuperação e democratização da Europa.

Devido a esse movimento, foram propostas diversas reformas, apresentadas para a reformulação do modelo clássico psiquiátrico e criação de uma sociedade mais justa e solidária. O modelo que ganha destaque é o idealizado por Franco Basaglia, na Itália no ano 1960, que impulsionou o processo de rompimento com os paradigmas tradicionais.

No Brasil, o cenário psiquiátrico foi marcado pela inauguração do Hospital Psiquiátrico Dom Pedro II, em 1852, na cidade do Rio de Janeiro posteriormente diversos outros hospitais foram sendo criados nos Estados brasileiros. Neste período os psiquiatras brasileiros



ressaltaram a necessidade de criação de modelo nos moldes daquele da Europa, o que fez com que o Brasil adotasse também a ideologia da instituição psiquiátrica com tendência para segregação.

No ano de 1920 o Brasil vivenciou um período de segregação dos loucos em colônias agrícolas. Esse modelo se espalhou no Brasil, alcançando diversos municípios como Barbacena, esses hospitais passavam por superlotação, deficiência de pessoal, mau trato, a realidade se apresentava insustentável o que abriu a possibilidade da entrada da iniciativa privada o que acarretou consigo a mercantilização da saúde pública.

Em 1970 esta realidade começou a ser questionado, o que fez eclodir o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Um protagonista de fundamental desse momento foi o MTSM, inspirado nas experiências italianas este movimento trabalhou no intuito de adotar um tratamento mais humano e igualitário, em consonância aos preceitos da Reforma Psiquiátrica.

Neste mesmo período iniciava o movimento de ruptura com o Serviço Social tradicional, através da crítica ao conservadorismo e busca pela emancipação dos homens.

Ressalta-se que o conservadorismo foi presente desde os primórdios do Serviço Social, quando requisitado a atuar nas expressões da questão social no momento de monopolização do capital. No Brasil, a profissão surge em 1930, se insere na saúde mental em 1940 no trabalho com público infanto-juvenil, através de uma intervenção sem definição das dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa. Destaca-se também no histórico da profissão a presença do movimento higienista que por vezes norteava a atuação profissional, a influência do Serviço Social norte americano após a segunda Guerra mundial, através do Serviço Social de caso, grupo e comunidade o que levou a caracterização do Serviço Social Clínico através da abordagem fenomenológica da corrente teórica de renovação conservadora e a psicanálise norte-americana.

O Movimento de Reconceituação do Serviço Social Brasileiro ocorreu no contexto da ditadura militar, e através deste a vertente intenção de ruptura sob orientação marxista se consolidou, torna uma vertente hegemônica na profissão e dá ênfase para a construção do projeto ético-político profissional. Nesse momento a crítica ao Serviço Social Clínico se apresenta mais explícito, pois é considerado como uma atuação conservadora que vai de encontro aos preceitos defendidos pelo projeto profissional e da Reforma Psiquiátrica.

Nesse cenário surgiu também a Reforma Sanitária que desemboca na conquista do SUS. A partir desta perspectiva o Serviço Social passou a atuar na área da saúde mental no conhecimento e apreensão dos preceitos defendidos pelo movimento da Reforma Psiquiátrica com o intuito de efetivar os direitos das pessoas com sofrimento mental.



No entanto, apesar da conquista destes direitos, a partir da década de 1990, após a recém-democracia construída, o Brasil começou a vivenciar os efeitos do neoliberalismo, com ele os desmontes dos direitos conquistados pela classe trabalhadora. Com a entrada do projeto neoliberal e os desdobramentos do capital, as expressões da questão social se intensificam, através de diferentes formas e requer dos assistentes sociais novas técnicas operacionais para dar respostas às demandas institucionais e dos usuários.

Neste enfoque, a inserção do assistente social em saúde mental no Brasil se tornou expressiva na década de 1990 com a reformulação da modelo assistencial em saúde mental. Somente em 2001 foi aprovada a lei 10.216 que preconiza os direitos das pessoas em sofrimento mental e redireciona a assistência em saúde mental. Em 2002 com a aprovação da portaria 336 são definidas as modalidades de CAPS, este como principal equipamento substitutivo ao modelo hospitalocêntrico.

De acordo com a realização desse estudo observa-se que o perfil das assistentes sociais entrevistadas inseridas nos CAPS do município são ambas do sexo feminino, formadas na década de 1990 e 2000. No concerne à experiência na saúde mental apresentam como primeira experiência no campo e ambas possui menos de dois anos na saúde mental. Ambas apresentaram experiência profissional vindas de outras áreas, no entanto afirmaram gostar da saúde mental e o desejo de aprofundar os conhecimentos na área.

O estudo ainda aponta, que o exercício profissional está voltado para a garantia de direitos, orientação e acesso de alternativas na rede sócio assistencial na busca pela cidadania e autonomia. Em relação a atuação específica da profissão, a pesquisa aponta o atendimento e avaliação do vale transporte como atribuição do assistente social, no entanto se apresenta como uma ação burocratizada, efetivada através do diagnostico médico e dos requerimentos previstos na lei municipal.

Outro elemento que aparece na pesquisa é o trabalho dos assistentes sociais com as famílias, a importância deste dentro do dispositivo CAPS e a necessidade de dedicação de estudos, aprofundamentos e realização de ações interdisciplinares. Referente à atuação em equipe o estudo mostra que o Serviço Social é presente nos espaços de reuniões de equipe, contribui nos encaminhamento de casos em acompanhamento e apresenta o espaço como importante na troca e contribuição de saberes profissionais, assim como para capacitação da equipe. Os assistentes sociais realizam trabalho em equipe, em relação a forma como é realizado, multiprofissional e ou interprofissional, existe uma dicotomia, uma problematização referente a esse conceito, se os profissionais estão preparados a atuar juntamente na área

do outro, sem perder seu específico, a análise apresenta que a intervenção ainda é limitada a cada profissional.

Ainda é apresentado neste trabalho elementos referente à participação popular e controle social, quando se refere a este assunto observou-se que nos CAPS o espaço caracterizado como de participação são as assembleias, onde o Serviço Social participa juntamente com toda a equipe de profissionais e usuários. É um espaço aberto à fala, pautas e direcionamentos. Porém, de acordo com a análise presente neste trabalho, este espaço ainda limitado, pois refere a assuntos internos da instituição, ainda não alcançou amplitude e não possui outra frente de trabalho que articule outras discussões e espaços. De acordo com a análise dos dados o Serviço Social tem participado pouco dos espaços coletivos na cidade, no entanto o trabalho apresenta a importância de fomentar a inserção e articulação com esses órgãos.

O trabalho ainda apresenta que os assistentes sociais tem buscado trabalhar para organização da documentação e planejamento do Serviço Social. Os impasses apresentados é a falta de ambiente físico na instituição, falta de tempo disponível para a realização de estudos sociais e planejamento de projetos. Em relação ao arquivo privativo no contexto da saúde mental, este trabalho aponta a importância dele na possibilidade de ampliar o conhecimento social dos sujeitos inseridos no CAPS.

Este trabalho aponta a inserção dos assistentes sociais nos CAPS como necessário, a análise dos dados apresenta que a profissão é essencial no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, através da garantia de direitos, da liberdade de escolha dos usuários e cidadania. No entanto ainda é presente a necessidade de fortalecer enquanto categoria e ter ciência da formação para não correr o risco de descaracterizar a profissão. O trabalho apresenta que os assistentes sociais afirmam uma relação entre projeto ético-político e sua inserção no campo da saúde mental, a garantia de direitos, liberdade, autonomia e cidadania são os elementos que mais aparecem neste trabalho.

No que se refere aos limites e possibilidades, o trabalho apresentou mais limites do que possibilidades. Os limites apresentados são referentes à luta por melhores condições de trabalho, a falta de recursos e materiais técnicos referentes à estruturação institucional, equipe reduzida para a população de abrangência e falta de ambiente físico. Em relação às possibilidades o trabalho apresenta a importância de fomentar estudos na área, assim como fortalecer o processo de desinstitucionalização no município, considerados ainda recente.

Para concluir, percebe-se que o exercício profissional dos assistentes sociais nos CAPS ainda vem sendo construído, o Documento Parâmetros para atuação dos assistentes

sociais é norteador na atuação profissional, possui como horizonte à atuação voltada para o projeto ético-político da profissão e na busca pelo fortalecimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Acredita-se que este estudo irá proporcionar uma melhor apropriação da temática e dado ao pouco material existente sobre o assunto pretende-se que este trabalho seja um instrumento de apoio para futuras pesquisas, assim como uma contribuição dada ao município de Juiz de Fora, no fortalecimento do processo de Reforma Psiquiátrica, para a categoria profissional e aos demais trabalhadores da saúde mental no SUS.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 120 pp.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 3ª edição. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- ANDRADE. M. A. R. A. **O METODOLOGISMO E O DESENVOLVIMENTISMO NO SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO – 1947 a 1961**. Serviço Social & Realidade, Franca, v. 17, n. 1, p. 268-299, 2008.
- ARAÚJO. M. P.; “**1968, NAS TEIAS DA HISTÓRIA E DA MEMÓRIA**”. Clio - Série Revista de Pesquisa Histórica - N. 26-1, 2008.
- ARBEX. D. **Holocausto brasileiro**. 1. ed. – São Paulo: Geração Editorial, 2013. BARROSO, S. M.; SILVA, M. A. **Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia**. Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo Jan.-Jun. 2011, Vol. 12, No. 1, pp. 66-78. Disponível em: http://observasmjc.uff.br/psm/uploads/26-_reforma_psiqui%C3%A1trica_brasileira_o_caminho_da_desinst.pdf acessado em maio de 2018.
- BISNETO. A. J. **Uma análise da prática do Serviço Social em saúde mental**. In: Revista Serviço Social e Sociedade, n. 82, São Paulo: Cortez, 2005.
- _____. **Serviço Social e atuação na Reforma Psiquiátrica**. In: A prática do assistente social na Saúde Mental/Erinaldo Matias Nicacio, José Augusto Bisneto, org. – Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2013.
- BRASIL. **Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil: Texto promulgado em 05 de outubro de 1988**. Brasília. Disponível em: http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf Acesso em: abril de 2018.
- _____. Congresso Federal. **Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Brasília. Disponível em: Lei 8080: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/l8080.htm> Acesso em: Abril de 2018.
- _____. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Secretaria de atenção à saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da saúde, 2005. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf Acessado em 10 de maio de 2018.
- _____. **Saúde mental no SUS: Acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0416_M.pdf Acessado em: 15 de maio de 2018.
- _____. **Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2011.
- _____. **Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12**. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015. www.saude.gov.br/bvs/saudemental Acesso em: abril de 2018.

- _____. **Conselho nacional de saúde. Ministério da saúde.** Brasília. 2018. Disponível em : <http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/sus.html> Acesso em abril de 2018.
- BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais.** São Paulo- Rio de Janeiro: Cortez-Editora UFRJ, 1996.
- _____; MATOS, Maurílio Castro de. **Reforma Sanitária e Projeto Ético Político do Serviço Social: Elementos para o Debate.** In: Saúde e Serviço Social BRAVO, M. I. S et alli (Orgs). São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.
- _____. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais.** 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- CIRILO. S. L. **Novos Tempos: Saúde Mental, CAPS e cidadania no discurso de usuários e familiares.** Dissertação de metrado. Universidade Estadual da Paraíba. Mestrado Interdisciplinar em Saúde Coletiva. Campina Grande, 2006.
- CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [2010]. Disponível em: , Acessado em 16 de outubro de 2014.
- _____. **Mudanças na Política Nacional de Saúde Mental: mais uma ameaça do governo ilegítimo.** Nota pública sobre a questão. Disponível em: < <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1439>> Acesso em abril de 2018.
- CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL. Conselho Federal de Assistentes Sociais (Lei nº 8662/93). Março de 1993.
- COSTA, Jurandir Freire. **História da Psiquiatria no Brasil.** 4ª Edição, Rio de Janeiro: Editora Xenon, 1985.
- CRIZANTO. F.; ARBEX. D. **Aragão Villar fecha e 88 pacientes são transferidos.** Jornal Tribuna de Minas. Juiz de Fora, 15 jan. 2014. Disponível em: <http://www.tribunademinas.com.br/cidade/arag-o-villar-fecha-e-88-pacientes-s-o-transferidos-1.1412620>> Acesso em: Junho de 2018.
- FAZENDA. I. **Serviço Social, direitos humanos e saúde mental.** In: Serviço Social, saúde mental e drogas / organizado por Marco José de Oliveira Duarte, Rachel Gouveia Passos e Tathiana Meyre da Silva Gomes. – Campinas: Papel Social, 2017.
- _____. **Reforma Psiquiátrica e Serviço Social: o trabalho dos assistentes sociais na equipe dos CAPS.** In: Abordagens Psicossociais: Perspectivas para o Serviço Social. São Paulo: Hucitec, 2009, p. 32-120.
- FIOCRUZ. **Manifestação de repúdio à proposta de alteração da política nacional de saúde mental.** Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/manifestacao-de-repudio-a-proposta-de-alteracao-da-politica-nacional-de-saude-mental>> Acesso em maio de 2018.
- FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica.** São Paulo: Editora Perspectiva, 1978. 608p. (Série Estudos).
- GUEIROS. D. A. **Família e trabalho social: intervenções no âmbito do Serviço Social.** Rev. Katál. Florianópolis v. 13 n. 1 p. 126-132 jan./jun. 2010
- IAMAMOTO. M. V. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social.** 11. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- _____. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** São Paulo, Cortez, 2009.
- _____. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social.** 2. ed., São Paulo: Cortez, 2008.
- _____. **O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e Formação Profissional.** São Paulo, Cortez, 2005.
- IAMAMOTO. M. V. e CARVALHO. R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: Esboço de uma interpretação histórico-metodológica.** 19. Ed. São Paulo: Cortez; Lima, Peru: CELATS, 2006.

- MACHADO, G. S. **Subsídios Históricos para Crítica dos fundamentos do Serviço Social Clínico no Brasil**. In: Serviço Social, saúde mental e drogas / organizado por Marco José de Oliveira Duarte, Rachel Gouveia Passos e Tathiana Meyre da Silva Gomes. – Campinas: Papel Social, 2017.
- MACHADO, G. S. **Reforma psiquiátrica e serviço social o trabalho dos assistentes sociais na equipe dos CAPS**. In.: Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática. José Augusto Bisneto. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009.
- MATTOS, R. A. de. **Os Sentidos da integralidade**: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. de (Org.). Os sentidos da integralidade. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001. p. 39-64.
- MARTINS, M. R. **O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO PSQUIÁTRICA E O SERVIÇO SOCIAL**. In: A prática do assistente social na Saúde Mental/Erinaldo Matias Nicacio, José Augusto Bisneto, org. – Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2013.
- MENDES, O. M. S. **Saúde Mental e Trabalho: a transversalidade das políticas e o caso de Juiz de Fora**. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Serviço Social, 2007.
- MINAYO, M.C. S. (org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 26 ed. Petrópolis: Vozes, 2010.
- MINAS GERAIS. **Secretaria Estadual de Saúde. Atenção em saúde mental: Linha Guia da Saúde Mental**. Belo Horizonte, 2006. 238 p.
- NETTO, J. P. **Crise global contemporânea e barbárie**. IN: VIGEVANI, T. et. Al. Liberalismo e socialismo. Velhos e novos paradigmas. SP: UNESP, 1995.
- _____. **A construção do projeto ético-político contemporâneo**. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 1. Brasília: CEAD/ABEPSS/CFESS, 1999.
- _____. **Capitalismo monopolista e o serviço social**. São Paulo: Cortez, 2005.
- _____. **A construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social**. IN: BRAVO, et. al. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 4ª ed. São Paulo: Cortez; Brasília - DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde**, 2010. (versão portuguesa). Disponível em: < <http://www.who.int/>>. Acesso em: 21 de maio de 2018.
- PAIM, J. S; ALMEIDA-FILHO, N. **Reforma sanitária brasileira em perspectiva e o SUS**, In: _____. (orgs.). Saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Med Book, 2014, p. 203-209.
- QUEIROZ, V. D. C. **O processo de reforma psiquiátrica em Juiz de Fora e a atuação do assistente social**. Revista Maxwell PUC-Rio, nº 0710341/CA, p. 93 à 138, 2009. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/15056/15056_6.PDF> Acesso em abril de 2018.
- ROBAINA, C. M. V. **O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental**. Serv. Soc. Soc. [online]. 2010.
- ROSA, L. C. S. **Panorama Geral do Serviço Social na Saúde Mental no Contexto da Reforma Psiquiátrica / Atenção Psicossocial**. In: _____. Atenção Psicossocial e Serviço Social. Editora: Papel social, 2016.
- SILVA, V. A. **A história da loucura. Em busca da Saúde Mental**. Rio de Janeiro: TecnoPrint, 1977.
- SILVA, P. S. **A intervenção do assistente social na saúde mental: a experiência dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS de Juiz de Fora – MG**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.
- SILVA, D. O. *at al.* **Determinantes Sociais da Saúde**: reflexões a partir das raízes da “questão social”. Saúde Soc. São Paulo, v.22, n.1, p.44-56, 2013.



TENÓRIO, F.: **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito.** História, Ciências, Saúde Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1): 25-59, jan.-abr. 2002.

TOMAZ, C. S. **A cidadania do louco: um debate necessário para a compreensão da direção teórico-política da Luta Antimanicomial.** Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Serviço Social, 2009.

VASCONCELOS, E. M.; et al. (org.). **Saúde mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinariedade.** 3 ed. São Paulo: Cortez, 2006.

VASCONCELOS, E. M. **Reforma Psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo e o serviço social.** Campinas: Papel Social, 2016.

DETERMINANTES SOCIAIS NA ALTA COMPLEXIDADE DO SUS: O TRABALHO PROFISSIONAL DAS ASSISTENTES SOCIAIS NA AMPLIAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DO SUS

Matheus Oliveira De Paula (UFRJ - Universidade Federal Do Rio De Janeiro)

RESUMO: O presente trabalho versa sobre a política de saúde brasileira, sua organização e materialização cotidiana, com foco no trabalho das assistentes sociais que atuam em uma unidade de alta complexidade, apresentando entraves e resistência na consolidação do Sistema Único de Saúde. Adensando as discussões da prática profissional das assistentes sociais na alta complexidade, refletindo sobre os determinantes sociais do adoecimento que agravam as condições de vida e saúde da população brasileira, com vistas ao (re)ordenamento neoliberal e conservador contemporâneo. Ressaltando as práticas e discussões coletivas em saúde, considerando a importância do acesso à informação e da educação em saúde.

PALAVRAS CHAVES: SUS; trabalho profissional; determinantes sociais; alta complexidade; Serviço Social.

ABSTRACT: This essay aims to reflect about organization and embodiment of the Brazilian health politic, with focus on professional work of social workers in special care units of SUS (Sistema Único de Saúde), perform obstacles, limits and resistance in a development of SUS. Expand discussions of health social workers' professional practice and reflect about the social determinants of health-disease process, that get worse the living conditions of Brazilian population, considering the modern panorama of conservatism and neoliberalism reforms. Emphasize group discussions in health, remark importance of access of information and health education.

KEYWORDS: SUS; professional practice; social determinants; special care units; Social Work.



1. INTRODUÇÃO

A organização da política de saúde brasileira contemporânea tem suas bases nas lutas sociais da década de 1980 que cristalizou a saúde como um direito de todos, tendo como seu promotor o Estado. Nesse processo, a organização e a participação popular de diversos setores da sociedade civil e movimentos sociais foram importantes na construção de uma política de saúde arrojada que abarcasse toda a sociedade brasileira e fosse democrática no acesso em todos os níveis de complexidade.

Tem-se assim como um importante marco na saúde brasileira a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que reuniu diversos participantes de diferentes setores da sociedade, como trabalhadores da área da saúde, sociedades científicas e sociedade civil em geral. Assim, o adensamento do debate sobre saúde levou a compreensão de:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BVS/MS, 2020, p. 12)

Buscou-se nessa construção coletiva do conceito de saúde a compreensão da saúde a partir das bases materiais que constituem a vida dos indivíduos e da coletividade, que estão entrelaçadas as diferentes formas de opressão/exploração da sociabilidade vigente, ultrapassando o conceito biomédico e patológico. Nesse sentido, melhorar as condições de saúde da população passa por diversos aspectos, que ultrapassam o âmbito hospitalar e assistencial, e se relacionam com as relações sociais e a forma de organização da sociedade.

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, no sentido mais amplo, buscava uma mudança de bases radicais para a sociedade, compreendendo, que o processo saúde doença ultrapassa a compreensão patológica da saúde, que é construída, ao mesmo tempo, na vida social da coletividade e dos indivíduos, a partir de questões materiais objetivas e subjetivas. Essas mudanças abarcavam, segundo PAIM (2009, p.54):

A Reforma sanitária fazia parte de uma totalidade de mudanças, a exemplo da Reforma Agrária, da Reforma Urbana, da Reforma Tributária, entre outras. O SUS, embora um de seus filhos direitos tinha outros irmãos e irmãs igualmente importantes, tais como: distribuição de renda mais justa, avanço da democracia e desenvolvimento da educação e da cultura.

Um dos grandes ganhos do movimento da Reforma Sanitária brasileira foi o capítulo “da saúde” na Constituição Federal de 1988 e as subsequentes leis 8.080/90 e 8.142/90, conquanto houve alguns pontos reivindicados que não foram contemplados, visto a correlação de forças existentes no processo da nova constituinte. A Seguridade Social, conformando o

tripé saúde, assistência social e previdência social, consagrou a proteção social brasileira em lei, tendo orçamento e financiamento próprios, com diversidade de custeio e articuladas de forma integradas, prevendo a sua intersectorialidade para a consecução efetiva dos preceitos constitucionais. A saúde, nesse movimento, foi a política que mais obteve êxito, tornando-se de caráter universalista para todos os cidadãos brasileiros, sendo dever do Estado.

Nesse sentido, é axiomático que para a consecução dos princípios constitucionais elencados na Constituição Federal de 1988 e da Lei 8080/90 e 8142/90 se faz necessário o consequente aprofundamento da democracia no país e da riqueza socialmente produzida, que por anos foi concentrada mormente por poucos indivíduos – processo tal que se demonstra contínuo contemporaneamente.

A política de saúde se organizou a partir de princípios solidários, coletivos e democráticos, desde a sua gestão quanto no seu financiamento, entretanto a vontade política privilegiou um modelo de saúde contrário aos princípios da Reforma Sanitária, o modelo privatista, voltado ao mercado, tendo centralidade a compra da saúde a partir da saúde suplementar, no mercado. Tem-se então as bases materiais reais na qual a construção do SUS – Sistema Único de Saúde – se atravancam com questões políticas, na área da gestão e orçamentaria, e com questões de exploração/opressão, reproduzidas no cotidiano de trabalho nas unidades de saúde. O panorama que se sobressai é:

O projeto de saúde articulado ao mercado ou a reatualização do modelo médico assistencial privatista está pautado na Política de Ajuste, que tem como principais tendências: a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos que têm acesso ao mercado. (...) Os valores solidários, coletivos e universais que pautaram a formulação da Seguridade Social inscrita na Constituição de 1988 estão sendo substituídos pelos valores individualistas, corporativos, focalistas, que fortalecem a consolidação do projeto voltado para o mercado, que tem por suporte a consolidação do SUS para os pobres e a segmentação do sistema. (CFESS, 2010, p.22)

Nesse processo de precarização do SUS, o que se demonstra é o agravamento ainda maior da desigualdade social, com a falta de políticas sociais públicas, bem como o subfinanciamento e o desmonte das existentes. As condições de vida da população brasileira agravam-se paulatinamente, sendo por demais um dos fatores de maior determinação no processo de saúde-doença dos indivíduos que se encontram dentro da realidade das unidades de saúde. A compreensão do movimento da realidade, de forma a abarcar a saúde em sua totalidade na sociabilidade vigente é de sobremaneira fulcral no trabalho das (os) assistentes sociais na política de saúde.

A dinâmica do SUS e suas divisões em diversos níveis de atenção relacionam-se e conectam-se as diversas intervenções das assistentes sociais nesses níveis, bem como na gestão. Nesses espaços sua intervenção e articulação em equipe são políticas no seu sentido mais abrangente, nesse sentido, a orientação pautada no código de ética e na ampliação e adensamento dos princípios da reforma sanitária brasileira são requeridos nesse processo. O trabalho abordará sobre a relação dos determinantes sociais e a prática das assistentes sociais na alta complexidade do SUS, alinhando alguns embates e resistências do cotidiano profissional e dos determinantes sociais no processo de adoecimento.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 Panorama do acesso e dos atendimentos nas unidades de alta complexidade.

As unidades de alta complexidade do SUS, nos níveis terciário e quaternário, de assistência a saúde estão organizadas de forma hierarquizada, ou seja, para adentrar a essas unidades, supostamente, os usuários devem ter passado por outros atendimentos em unidades de saúde que fazem parte dos níveis primários e secundários. As unidades básicas de saúde, dão-se como porta de entrada, e o SISREG – Sistema Nacional de Regulação – organiza a oferta e a inserção dos usuários nas unidades de alta complexidade, bem como em procedimentos, exames e consultas ambulatoriais. A dinâmica de referência e contrarreferência ²⁷⁵são importantes aliadas para a articulação dos níveis de assistência e a integralidade do cuidado, uma vez que há um acompanhamento sistemático com o usuário do sistema de saúde.

Os usuários que chegam até as unidades de alta complexidade, estariam então com atendimentos e acompanhamentos prévios, da patologia em si, e a nível social, das questões de vida que interferem no seu adoecimento. Entretanto, o que se depreende nas intervenções profissionais são contrários ao que geralmente deveria ocorrer, havendo uma desarticulação entre os níveis de atenção devido a vulnerabilidade e a dificuldade de acesso que há em alguns territórios. Isso corrobora para que o atendimento do usuário fique fragmentado e pulverizado, desarticulando os níveis de atenção à saúde. No mesmo sentido, há uma

²⁷⁵ Essa dinâmica atua no sentido de referenciar o usuário do sistema de saúde nos diferentes níveis de complexidade entre os estabelecimentos que prestam serviços de saúde no SUS, e atua de forma articulada para que o usuário seja atendido integralmente, havendo uma comunicação em relação as questões de saúde do usuário.

necessidade de articulação das políticas públicas e da Seguridade Social, realizando assim um trabalho intersetorial que é imprescindível para avaliar os agravos à saúde do território e pactuar estratégias de trabalho e intervenção conjuntas com a população usuária.

O acesso à informação nas unidades de saúde, no que tange a oferta de serviços e as unidades especializadas, bem como aos direitos sociais, são essenciais para a entrada e permanência no sistema de saúde e para o tratamento, conjuntamente com a proposta terapêutica. As informações, por vezes, se encontram fragmentadas e dispersas, ou com linguagem pouco acessível para os diferentes públicos que utilizam o SUS, tornando-se uma barreira de acesso, e dificultando a permanência na proposta terapêutica, bem como no acesso as políticas sociais. O acesso à informação, assim, é fundamental na garantia do direito a saúde e no exercício da cidadania e do controle social. O trabalho de comunicação em saúde se demonstra de extrema importância nas intervenções profissionais das assistentes sociais, coletivizando o conhecimento e tornando-o acessível aos diferentes públicos, utilizando-se de diversas ferramentas e com diferentes profissionais da área da saúde.

As unidades de alta complexidade do SUS, têm alguns dilemas institucionais na materialização e na ampliação do conceito ampliado de saúde. Há uma cultura institucional, baseada no modelo hospitalocêntrico e que considera meramente a patologia da doença, pormenorizando os determinantes e condicionantes sociais do processo saúde-doença. Esse modelo desprestigia a peculiaridade dos usuários do sistema de saúde e a forma como a proposta terapêutica deve ser adequada, naturalizando os processos sociais e reproduzindo as desigualdades existentes dentro do âmbito hospitalar, em nível hierárquico, quanto na realidade social dos usuários.

O trabalho dos profissionais de saúde, são realizados de forma fragmentada, em uma equipe multiprofissional que poucas vezes compartilha os saberes e conhecimentos no estudo das questões clínicas e sociais dos usuários. Nesse sentido, há um descompasso com a PNH – Política Nacional de Humanização – que prevê um trabalho de formas mais transversais e integradas por equipes transdisciplinares, no mesmo sentido, ainda para a alta complexidade processos de desospitalização e de ampliação da visita e do acompanhamento dos usuários pela rede sociofamiliar/comunitária são fundamentais. Assim entre os princípios norteadores da PNH:

1. Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/ estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização;

2. Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
3. Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade;
4. Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS;
5. Utilização da informação, comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos coletivos. (BRASIL/MS, 2004, p.9-10)

O trabalho das assistentes sociais na alta complexidade deve ser transpassado e pautado pelos princípios da PNH, bem como pela sua articulação institucional para a efetiva materialização, entretanto é decerto que a efetiva consolidação só pode ser realizada a partir da construção coletiva dos profissionais de saúde e dos gestores que atuam conjuntamente nas unidades.

2.2 Determinantes sociais do processo saúde-doença na alta complexidade

A formação socio-histórica brasileira foi constituída por processos de exclusão de grande parte da população dos espaços decisório, tendo como base o patriarcado, o racismo e o colonialismo no bojo das relações de opressão/exploração. Reproduzem-se de forma velada, essas relações que sistematicamente violentam e excluem a população dos espaços e das unidades de saúde, esses processos são reafirmados por violências institucionais e estruturais que alimentam as desigualdades na sociedade brasileira.

Práticas como o racismo, são reproduzidas de diversas formas, uma delas, velada, o racismo institucional, naturaliza práticas cotidianas discriminatórias e viola direitos contribuindo para a manutenção de desigualdades raciais (CFESS, 2016). Segundo Eurico (2013 *apud* CFESS, 2016, p. 11) o racismo institucional:

possui duas dimensões interdependentes e correlacionadas: a da político-programática e a das relações interpessoais. EM relação a primeira, ela compreende as ações que impedem a formulação, implementação e avaliação de políticas públicas no combate ao racismo, bem como a visibilidade do racismo nas práticas cotidianas e nas rotinas administrativas. E a segunda compreende as relações estabelecidas entre gestores/as e trabalhadores/as, entre estes e outros trabalhadores/as e usuários/ as, sempre pautadas em atitudes discriminatórias.

As unidades de saúde, bem como profissionais e gestores que atuam nas políticas públicas devem se atentar para as desigualdades entre acesso e permanência no serviço devido a raça/cor do usuário. As atitudes racistas estão enraizadas na sociedade brasileira e

se faz necessária uma reflexão e mudança de postura nos espaços e na atuação profissional das assistentes sociais, compreendendo a natureza da desigualdade que afeta a população negra, que é a maior parcela da população no Brasil, mas que ainda ocupa os lugares mais periféricos em relação ao espaço, mercado de trabalho e fonte de renda. Isso se mostra como um fator determinante do adoecimento e agravante das condições de saúde e vida da população, negra, e deve ser referenciado e refletido nas intervenções profissionais das assistentes sociais na alta complexidade, como na alta responsável, que se alia com o processo de desospitalização e que deve ser averiguado e balizado para garantir a melhor assistência no pós alta aos usuários.

O conservadorismo como ideologia dominante, reproduzindo e hegemonizando as relações sociais hierárquicas vigentes se pauta na manutenção das formas de opressão/exploração que são vistas como naturais e inerentes a sociedade humana. Esse discurso mistifica a desigualdade, posta como algo orgânico e intocável, suprimido do seu caráter social e de construção coletiva a partir dos sujeitos sociais.

A questão de gênero e da sexualidade, sempre apareceram de forma exígua hegemonizada pelo padrão heteronormativo, ainda que a sociedade brasileira seja bastante heterogênea e com uma multiculturalidade profunda. Os papéis de gênero hegemônicos enraizados no bojo das relações sociais reproduzem o patriarcado e o modo de vida ocidental, dicotomizando homem e mulher como opostos complementares e normatizando o comportamento dos corpos de forma biológica, desconsiderando as relações sociais e a construção objetiva e subjetiva dos sujeitos que tem diversas formas de expressão.

Nesse sentido, o papel da mulher e do trabalho doméstico se mostram como um importante determinante e agravante da saúde na alta complexidade, uma vez que, as mulheres possuem os piores postos de trabalho, com jornadas duplas e até triplas, e ainda a falta do companheiro, geralmente, quando sua saúde está agravada e a proposta terapêutica é complexa. Nesse sentido, em relação ao trabalho doméstico e a reprodução da sociedade capitalista:

A produção e a reprodução da vida exigem, pois, no estágio de desenvolvimento das sociedades modernas, não somente a execução de tarefas remuneradas, mas a realização de serviços, que ainda não se constituem inteiramente em áreas de especialização ocupacional, nos moldes do sistema dominante de produção. Assim, na medida em que o trabalho doméstico se vai organizando em termos de empresa capitalista, as relações entre ele e os rendimentos da família vão-se explicitando. Quando se contrata uma pessoa para executar os trabalhos domésticos ou quando há utilização das organizações destinadas a executá-los, parcela da renda familiar é consumida sob a forma de pagamento de serviços, o que desvenda a natureza indiretamente econômica do trabalho da dona-de-casa. (SAFFIOTI,1978, p.200)

Isso se alia ainda na conformação do capitalismo brasileiro, que é periférico e se dá a partir da égide imperialista norte americana. A reprodução de um modelo ocidental de universalidade eurocêntrica arrevesa os povos que compõem a sociedade brasileira em sua totalidade complexa. Nessa estruturação a contradição é um item estruturante e as dimensões da vida social entre particularidade, singularidade e universalidade devem ser esmiuçadas com vistas a uma análise crítica dos reais problemas que atravancam a saúde da população brasileira e os determinantes sociais que agravam o processo de adoecimento dos indivíduos e da coletividade.

O Estado capitalista no seu processo de consolidação no Brasil foi dado por uma métrica de práticas clientelistas e patrimonialistas, bem como a ideologia do assistencialismo que perpassou durante tempos as condutas nas políticas sociais, com foco para a assistência social, vista como “benesse”. Essas práticas encontram-se enraizadas na sociedade brasileira e no imaginário social, tomando como privado o patrimônio público, devido a incompreensão do sentido do público, um bem e um patrimônio de toda a sociedade brasileira realizado a partir das contribuições sociais e impostos.

Compreender o sentido de espaço público e instituição pública é importante para o trabalho das assistentes sociais, vislumbrando o melhor atendimento e/ou intervenção junto ao usuário, uma vez que o SUS é um patrimônio de toda a sociedade e não deve ser alienado privadamente pelos profissionais ou usuários, mas torna-se indispensável a sua gradual democratização.

No mesmo sentido, o desemprego estrutural e estruturante da sociedade brasileira recoloca um panorama de desigualdades sociais ainda maior em tempos neoliberais, em que as políticas sociais ficam gradativamente mais focalizadas e o acesso ao mercado de trabalho e a previdência social se agudizam. Segundo Mézáros (2006, p.31) sobre a métrica do desemprego:

Atingimos uma fase do desenvolvimento histórico do sistema capitalista em que o desemprego é a sua característica dominante. Nessa nova configuração, o sistema capitalista é constituído por uma rede fechada de inter-relações e de interdeterminações por meio da qual agora é impossível encontrar paliativos e soluções parciais ao desemprego em áreas limitadas, em agudo contraste com o período desenvolvimentista do pós-guerra, em que políticos liberais de alguns países privilegiados afirmavam a possibilidade do pleno emprego em uma sociedade livre.

Enquanto a população necessita gradativamente do SUS e das políticas públicas o enredo é a minimização do Estado e a prevalência do mercado para as necessidades sociais da coletividade. Esse processo agrava o adoecimento nas unidades de alta complexidade,



com relações à direitos da previdência social, especialmente o auxílio doença, que se constitui como um dos principais benefícios para eventualidades de saída do mercado de trabalho por doenças.

No mesmo sentido, cresce o número de usuários do sistema de saúde que estão desprotegidos pelo “seguro social” da previdência social, uma vez que a informalidade cresce paulatinamente. O horizonte que se coloca para as políticas públicas, em épocas de Contra Reformas, é assim demonstrado por Boschetti (2016, p.124-125):

- Focalização das prestações sociais, sobretudo prestações assistenciais familiares, que passaram a ser dirigidas exclusivamente para as famílias de baixa renda sob o argumento de maior redistribuição e “justiça social”; o que, na verdade, constituiu uma estratégia para redução de despesas. (...)
- Introdução, no setor público, de métodos de gestão do setor privado a fim de controlar o volume de despesas e, sobretudo, atribuição de orçamento anual limitado com delegação de responsabilidade e autonomia financeira às próprias instituições públicas que devem buscar recursos próprios, como escolas, universidades e hospitais.
- Transferência de atividades públicas de proteção social para as famílias e a sociedade civil, o que provoca o crescimento constante de atribuições e responsabilidade das famílias e de associações, em nome da participação e solidariedade familiar e comunitária. (...).

Aliado a esses processos a concentração de terra e renda se deu substancialmente na mão de uma pequena parcela da população, contudo a importância do território e da terra é fundamental para o desenvolvimento comunitário e familiar, e se refere ao mesmo tempo com o acesso a saneamento básico, ambientes saudáveis, energia elétrica, segurança pública bem como acesso a bens e serviços públicos. A falta ou a precariedade dessas condições agrava e reafirma ambientes que se tornam não-saudáveis, em que são reproduzidas violências simbólicas, físicas, psicológicas.

Ratifica-se a necessidade da ampliação da intersectorialidade das políticas sociais e públicas e a compreensão ampla da saúde para além da patologia, com o trabalho das assistentes sociais na promoção e na defesa dos direitos sociais, tendo um importante espaço na coletivização das questões que fortaleçam a perspectiva de direito social público e o controle social. Desse modo, segundo Nogueira & Simionatto (1994, p.56 - 57):

Para tanto torna-se necessário que o profissional de Serviço Social compreenda os mecanismos estruturais e conjunturais da sociedade, das forças sociais que delineiam o perfil das políticas sociais públicas na realidade brasileira. Essa compreensão implica a articulação do movimento amplo da sociedade com as demandas locais, particulares que configuram o cotidiano profissional. (...) compreender os mecanismos de regulação social, do qual faz parte, entender esses mecanismos com produto históricos decorrentes das relações estabelecidas na sociedade, é fundamental para a ampliação dos direitos sociais e políticos, tanto individuais quanto coletivos.



Nessa linha de análise, as unidades de alta complexidade devem ampliar os debates sobre os determinantes e condicionantes sociais do processo saúde doença, demonstrando-se que não são momentos estanques e que o trabalho deve ser articulado e pensando em todos os níveis de complexidade, visto a importância e a centralidade que tem no agravamento da população brasileira. As assistentes sociais, lidam cotidianamente com esses determinantes e condicionantes e é importante refletir sobre a processualidade da realidade social e as mistificações que causam barreira de acesso para os usuários na alta complexidade. Nesse sentido, a teoria crítica e a intervenção ético-política são essenciais balizadoras para relatórios, estudos socioeconômicos e pareceres que fazem parte do cotidiano das profissionais de saúde da alta complexidade. Desse modo, segundo o CFESS (2010, p.43):

As ações a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais devem transpor o caráter emergencial e burocrático, bem como ter uma direção socioeducativa, por meio da reflexão com relação as condições socio-históricas a que são submetidos os usuários e mobilizações para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde. (...) A avaliação socioeconômica dos usuários tem por objetivo ser um meio que possibilite a mobilização dos mesmos para a garantia de direitos e não um instrumento que impeça o acesso aos serviços (...).

A articulação com demais profissionais, da mesma forma, deve fazer parte das intervenções, para ampliar a construção coletiva e os debates acerca da consolidação do SUS. Nesse processo vale ainda salientar a importância de ocupar os conselhos de saúde para a efetivação da participação e do controle social na saúde.

3. CONCLUSÃO

A prática profissional das assistentes sociais em uma unidade de alta complexidade do SUS deve ser transpassada pela garantia do direito à saúde, não de forma abstrata e/ou apenas no contraponto saúde como ausência de doença, todavia, no aprofundamento dos princípios da Reforma Sanitária Brasileira, como um fio condutor para a materialização e consolidação efetiva do Sistema Único de Saúde. Dá-se como necessário aprofundar o debate sobre a política de saúde e os problemas que permeiam o SUS, nesse sentido, uma importante estratégia se mostra na coletivização das ações e das discussões, com vistas a democratizar paulatinamente o acesso e as discussões sobre saúde e seus agravos, bem como os problemas que são vividos pelos usuários e profissionais que atuam na unidade de saúde.



A educação em saúde é um importante processo para a democratização da saúde e da compreensão dos fatores condicionantes e determinantes dela, bem com a ampliação do processo de participação social que é um dos pilares do SUS. Nesse processo, é primordial fortalecer espaços da educação popular no fortalecimento socio-comunitário dos usuários para com o SUS, tornando-se protagonistas da própria história, assim:

A educação popular parte da realidade dos sujeitos envolvidos, ajudando a fazer uma leitura crítica da situação, para que ela seja transformada. Isto é, ela nos ajuda a enxergar as violações de direitos humanos existentes, o que temos que melhorar no bairro, no município, estado ou país. Por exemplo, as condições da saúde, da educação, da habitação. Mas além de contribuir com a leitura da realidade, ela deve contribuir para que as pessoas se organizem e, juntas possam lutar para garantir os seus direitos. Direitos não são presentes, mas frutos de lutas de homens e mulheres que acreditam e sonham. (...) A educação popular faz parte da construção do SUS. Aliás, pode-se dizer que o SUS é filho da educação popular. Foi da luta da organização de grupos, de movimentos sociais, de profissionais da saúde, que nasceu o SUS, compreendendo esta como direito de todos e dever do Estado. (CEAP, 2017, p.105)

Fomentar práticas como a da educação em saúde e da educação popular, de forma crítica e organizada, se dá como um papel político fulcral nas intervenções das assistentes sociais, ampliando ainda a participação nos conselhos e conferências de saúde, para cobrar, avaliar e direcionar a garantia dos direitos à saúde e a fiscalização das ações.

As intervenções profissionais das assistentes sociais, tem caráter político, balizadas pelo código de ética da categoria profissional, nesse sentido, a articulação das demandas em grupos e a busca pela coletivização dos problemas, entendidos não no âmbito individual, mas como questões estruturais da sociedade brasileira, que se singulariza e particulariza com questões da subjetividade dos indivíduos é um importante processo no trabalho na alta complexidade. Há diversos entraves na consecução dos princípios e objetivos elencados no código de ética, tal como na realidade social contemporânea que recrudesce o conservadorismo e o neoliberalismo como métricas, entretanto fortalecer práticas coletivas e comunitárias é um importante processo de resistência na luta pela garantia de direitos.

Há uma adversidade na materialização dos princípios do código de ética e na articulação entre a teoria e a prática, que por vezes aparecem de formas estanques, contudo, o esforço dos profissionais devem ser realizados no sentido de captar as contradições da sociabilidade vigente, que naturaliza as relações de exploração/opressão, colocando-as de formas naturais para a manutenção do status quo. Assim, atentar para as relações sociais e para os processos do real, que estão articulados com os conhecimentos provenientes da categoria profissional em suas lutas e processos de debates durante as décadas. Segundo Guerra (2014, p.230):



O pensamento que reduz as múltiplas determinações que comparecem nos fatos, fenômenos e processos à sua dimensão técnica, prático-concreta, é o positivista, que pautado em formulações ideais abstratas só pode derivar na racionalidade formal. A atividade humana, o trabalho, bem como as práticas profissionais, enquanto uma das maneiras de objetivação do ser social, uma forma de sociabilidade entre os homens, portam, sobretudo, dimensões políticas e éticas que, ao serem limitadas à dimensão instrumental, postergam a natureza ontológica das relações sociais.

Esse processo de compreensão e confluência da teoria e prática torna as intervenções mais qualificadas e próximas de respostas concretas para os problemas da realidade social, desmistificando o que aparece como natural. Assim, as práticas profissionais realizadas têm um duplo caráter de um sentido político e pedagógico e devem ter como balizadores processos emancipatórios, de acordo com os princípios fundamentais código de ética, assim:

- Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras;
- Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida;
- Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;
- Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação/exploração de classe, etnia e gênero;

Dentre um dos problemas que permeiam o SUS, um dos crônicos é o subfinanciamento e contingenciamento de recursos para a saúde, uma vez que os recursos que deveriam ser destinados a Seguridade Social, não são alocados a ela, ficando ao pagamento de juros e amortizações da dívida pública, privilegiando o grande capital. Alguns mecanismos, como a EC 95 – Emenda Constitucional 95 – e a DRU – Desvinculação das Receitas da União – asfixiam ainda mais o orçamento destinado a saúde, entretanto mostra-se importante a compreensão desses mecanismos, para a luta e a defesa da saúde e dos direitos sociais, contra uma política de austeridade que desfinancia o SUS, à medida que privilegia a saúde privada.

Depreende-se assim, o intrincado trabalho na alta complexidade e a importância da compreensão do conceito ampliado de saúde, relacionando os seus determinantes e condicionantes sociais que tem base nas relações sociais e que produzem e reproduzem desigualdades de acesso, permanência e assistência no SUS. O trabalho da assistente social, dá-se, então, de maneira primordial na luta pela consolidação dos princípios da Reforma sanitária brasileira e na ampliação do direito à saúde, compreendido de forma ampla, desse modo, torna-se política e pedagógica a atuação das assistentes sociais, na luta cotidiana pela ampliação, fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS:

- ANTUNES, Ricardo (Org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2006.
- BEHRING, Elaine Rosseti. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: Fundamentos e História**. 9ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- BOSCHETTI, Ivanete. **Assistência Social e trabalho no capitalismo**. São Paulo: Cortez, 2016.
- BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade Social Pública ainda é possível! **Revista Inscrita**, Brasília, nº10, CFESS, 2007.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988: atualizada até a emenda Constitucional nº 95., de 15 de dezembro de 2016. 54.ed. São Paulo: Saraiva, 2017.
- BRASIL. **Código de ética do/a assistente social. Lei nº 8.662/93 de regulamentação da profissão**. 9.ed. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2011.
- BRASIL, Ministério da saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19.set.1990.
- BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28.dez.1990.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS**. 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Prêmio Sergio Arouca: experiências exitosas em gestão participativa no SUS**. Brasília: Ministério da saúde, 2015.
- BRASIL, Biblioteca Virtual em Saúde. **Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986)**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2020.
- BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez, 1996.
- CEAP. **O SUS e a efetivação do direito humano à saúde**. Centro de Educação e Assessoramento Popular; OPAS. Passo Fundo; Saluz, 2017.
- CEBES. A questão democrática na área da Saúde. **Saúde em Debate**, n.9, p.11-13, jan.-mar. 1980.
- COELHO, Marilene Aparecida. **A imediatividade na prática do assistente social**. Rio de Janeiro: Lumen Júris, 2013.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação das assistentes sociais na política de saúde**. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais, nº2, Brasília: CFESS, 2010.
- NOGUEIRA, Vera Maria; SIMIONATTO, Ivete. Políticas de Saúde – do projeto formal à prática concreta. **Serviço Social & Sociedade** (São Paulo), ano XV, n.44, p.53-60, abr.1994.
- PAIM, Jairnilson Silva. **A reforma Sanitária e o CEBES**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.
- PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- SAFFIOTI, Heleieth Bongioavani lara. **A mulher na luta de classes: Mito e realidade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1976.



IX CONASSS
CONGRESSO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE
XII SIMPSSS
SIMPOSIÓ DE SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE

30 anos do SUS: Território de Lutas e o Serviço Social na Saúde
Edição virtual, 22 a 24 de setembro de 2020

1351

VASCONCELOS, Ana Maria. A/O Assistente social na luta de classes: **Projetos Profissionais e mediações teórico práticas**. São Paulo: Cortez, 2015.



SERVIÇO SOCIAL, SAÚDE E FORMAÇÃO PROFISSIONAL: ALGUMAS REFLEXÕES INCONCLUSIVAS

Maurílio Castro De Matos (Secretaria Municipal De Saúde De Duque De Caxias)

RESUMO: Conforme será demonstrado na comunicação o debate sobre a saúde não vem sendo episódico nos eventos promovidos pela ABEPSS nos últimos anos, o que vem demonstrar que a reflexão sobre a interface da profissão com a política e o serviço de saúde vem sendo uma questão colocada para aqueles/as que lidam com a formação profissional de assistentes sociais.

PALAVRAS CHAVE: Serviço Social; Saúde; Formação Profissional

RESUMEN: Como se demostrará en la comunicación, el debate sobre la salud no ha sido episódico en los eventos promovidos por ABEPSS en los últimos años, lo que demuestra que la reflexión sobre la interfaz de la profesión con la política y el servicio de salud ha sido un tema planteado para aquellos / los que se ocupan de la formación profesional de trabajadores sociales.

PALABRAS CLAVE: Trabajo social; Salud; Formación profesional

1. INTRODUÇÃO

Longe de pensar uma especificidade do trabalho e da formação profissional de assistentes sociais para a área da saúde, a comunicação busca desvendar o porquê da permanência de debates sobre a interface da saúde na formação profissional de assistentes sociais. Para tanto realiza um breve resgate dos fundamentos da profissão e sobre a constituição da ruptura com o conservadorismo que marcou as suas origens, com a constituição do projeto ético-político do Serviço Social. Identifica que apesar da saúde ser um campo de trabalho da profissão desde as suas origens e do Conselho Nacional de Saúde reconhecer o Serviço Social como uma das profissões de formação universitária da área da Saúde desde 1997, o debate no âmbito da formação profissional se dá a partir da segunda metade da primeira década do século XXI. Por fim, considera que há avanços desse debate, mas também propõe - a partir do acúmulo da própria profissão, mas também considerando as condições objetivas - caminhos a serem trilhados.

2. A ÁREA DA SAÚDE PARA O SERVIÇO SOCIAL

O primeiro curso de Serviço Social da América Latina foi criado pelo médico Alejandro Del Río, em 1925²⁷⁶. Tratou-se de uma iniciativa estatal e nitidamente direcionada para formar assistentes sociais para trabalhar na saúde, ainda que também tenha nas suas origens a influência do Serviço Social belga e da Igreja Católica:

A iniciativa de Del Río parte de motivações sumamente específicas, inseridas no campo de interesses da profissão médica. Como se sabe, e o próprio Dr. Del Río se encarregou de explicitá-lo, o "assistente social deveria ser um subtécnico incumbido de colaborar diretamente com o médico". Por mais que o perfil original da profissão, esboçado pela primeira escola chilena, se colocasse sobre uma base doutrinária católica, o seu trabalho prático tinha um marco de ação bastante delimitado, pois, quase por definição, situava-se nos contornos da profissão médica (Manrique Castro, 1993: 69).

O Serviço Social no Brasil tem sua origem em 1936, com a criação do primeiro curso em São Paulo e no ano seguinte com a criação do curso no Rio de Janeiro, curso que hoje integram a PUC-SP e PUC-Rio. Em 1938 foi criada a Escola Técnica de Serviço Social (atualmente integra a UERJ) e em 1940 iniciado o curso de preparação em Trabalho Social na Escola de Enfermagem Ana Nery (atualmente compõe a UFRJ).

²⁷⁶Em 1929 foi criada a segunda escola chile, Escola Elvira Matte de Cruchaga, por iniciativa da Igreja Católica. Se inseriu na UCISS (União Católica Internacional de Serviço Social), sendo a Escola fundamental para a articulação com as escolas católicas na América Latina, inclusive com as duas primeiras criadas no Brasil (Manrique Castro, 1993: 88-91).



De acordo com Carvalho (1991), na década de 1940 haverá uma ampliação dos cursos de Serviço Social sob a influência das duas primeiras escolas brasileiras, mas ainda funcionavam em fase embrionária, se destacando destas a Escola de Pernambuco. Ao final da década de 1940 o número de diplomadas era pouco superior a 300 assistentes sociais, na sua maioria formada pelas escolas de São Paulo e Rio de Janeiro (Carvalho, 1991: 189-191).

Bravo (2013) considera, o que estamos de acordo, que nos cursos criados no Rio de Janeiro, em 1938 e 1940, há uma articulação com saúde, vide que o primeiro, criado com o nome de Escola Técnica de Serviço Social era vinculado a Secretaria Geral de saúde e Assistência da Prefeitura do Distrito Federal (além do fato de sua diretora ter sido convidada o setor de enfermarias sociais da secretaria) e o segundo ficou sediado na Escola de Enfermagem Ana Nery. Diz a autora: "Destaca-se que as duas escolas leigas do Rio de Janeiro tiveram sua origem articulada à questão saúde" (p. 155).

Não há dúvidas que há uma articulação com a questão saúde, até mesmo pelo lugar onde os cursos foram criados, mas o que vem se reafirmando aqui é que não é essa a área que demandou a criação desses cursos, como foi no primeiro curso da América Latina.

No caso Escola Técnica de Serviço Social cabe lembrar que a sua criadora, Maria Esolina Pinheiro (1985), também era profissional do Juizado de Menores e autora do que se considera o primeiro livro da profissão no país onde a mesma aborda nos diferentes espaços sócio ocupacionais.

Em relação ao curso da Escola Ana Nery tem-se poucas informações sobre seus primeiros anos, além de ter parado de funcionar durante a segunda guerra. Foi iniciativa da Deputada Carlota Pereira de Queiroz e existem vários documentos da época em que as responsáveis pela Escola Ana Nery repudiam criação do curso de Serviço Social, ou seja, foi uma criação do Congresso sem vinculação com uma demanda vindo da instituição formadora de saúde.

Não se vislumbra na iniciativa dos primeiros cursos uma preocupação com formação de assistentes sociais para trabalharem nos serviços de saúde. A preocupação mais preponderante era com a profissionalização das obras sociais, no contexto ideológico, conforme analisado por Iamamoto e Carvalho (1991) de preocupação com a laicização do Estado, da reação católica, da antimodernidade, no bojo do que se convencionou denominar como a influência Doutrina Social da Igreja Católica.

Assistentes Sociais tem como instrumento de trabalho a linguagem (Iamamoto, 1991), sendo agentes educativos da classe trabalhadora. Nesse período, a ação educativa visava o ajustamento daquela classe, nos termos que Marina Maciel Abreu (2002) denomina como a



"pedagogia da ajuda". Assim, os conteúdos sobre como ter condições melhores de saúde estavam presente nas disciplinas dos primeiros cursos, como cuidados com higiene e puericultura.

Assistentes sociais aprendiam sobre cuidados em saúde, não para executá-los e sim para repassar para os usuários/as, especialmente para as esposas dos trabalhadores, pois precisamos lembrar que o Serviço Social nasceu anti-moderno. Por exemplo, assistentes sociais, à época, entendiam que os males (ou seja as dificuldades pela qual vivia – e vive – a classe trabalhadora) tinham suas origens na modernidade exacerbada, por isso criticavam o trabalho das mulheres casadas. Aparentemente pode ser uma contradição com elas mesmas, mas precisamos lembrar que para elas, as assistentes sociais, Serviço social não era trabalho e sim vocação.

Repassar informações sobre higiene ou como cuidar do seu filho (a puericultura) era uma expressão concreta do que hoje falamos da influência da Doutrina Social da Igreja Católica como referencia ideológica para o trabalho.

A tônica do discurso e da prática do Serviço Social na Saúde, como também nas outras áreas, foi a ação educativa e posteriormente a "tecnificação" da assistência. A educação do povo, a instrução da família, a fiscalização sanitária foram considerados fundamentais, pois se pautavam na noção do proletariado com tendo um baixo nível cultural, o que agravava com a insuficiência de recursos econômicos desde a necessidade de ser educado para suavizar a miséria e a doença. A ação educativa estava relacionada ao ajustamento do "paciente" às relações sociais vigentes, sendo necessária às classes trabalhadoras a adesão à ordem social (Bravo, 2013: 157).

Mas, o fato é que Assistentes Sociais, no final da década de 1940, já vão estar inseridos/as nos serviços de saúde, conforme mostram os dados de Carvalho (1992), com inserção em espaços sócio-ocupacionais como Hospital dos Servidores do Estado, Hospital de Cardiologia de Laranjeiras, Dispensário de Tuberculose e Hospital de Clínicas da USP. Em 1949 será o "Serviço Social Médico" o maior campo de trabalho, com 24%, totalizando 39 profissionais (Carvalho, 1992: 201-206).

Assim, as preocupações com os cuidados em saúde, no seu binômio com a doença, estão presentes nas origens da profissão. Até porque, ainda que não existam estudos desenvolvidos, não é mera coincidência a emergência da profissão no mesmo contexto do higienismo²⁷⁷. Os conteúdos programáticos das disciplinas da época, acima citados, são indícios.

²⁷⁷Esta hipótese é levantada por Eduardo Mourão Vasconcelos (2000) quando analisa a intersecção do higienismo mental nas origens do Serviço Social na saúde mental.



Portanto, a inserção de profissionais de Serviço Social nos serviços de saúde se dá por uma demanda da realidade e não prevista, ou privilegiada, pelos sujeitos que criaram a profissão. Ou seja se reafirma aqui, mais uma vez, a clássica análise de Yamamoto (1991) de que as profissões não são frutos, apenas, das intenções dos seus sujeitos pioneiros, mas respondem a uma determinada necessidade da divisão social e técnica do trabalho. Tal mudança, na saúde, se dá com a alteração do paradigma da atenção à saúde no Brasil, que se dá com a construção dos hospitais e a constituição do trabalho coletivo em saúde nesse espaço.

Na década de 1940 no Brasil estão sendo construídos os hospitais. Esses, na história da humanidade, nos termos que conhecemos hoje é produto do capitalismo monopolista. Nesse espaço se dá a unificação entre as diferentes práticas da medicina, que até então era marcada ainda pela distinção entre físicos e cirurgiões²⁷⁸. Essa unificação, tratada nos termos de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (1992), trata-se de uma cooperação horizontal, donde há a integração das diferentes especialidades da medicina. Daí emerge outra forma de cooperação, denominada de vertical, que se trata da entrada de outras profissões da saúde, em distintos momentos históricos²⁷⁹.

Na perspectiva dos profissionais de medicina pode parecer que estavam repassando atividades que não queriam mais desenvolver. No entanto, os hospitais foram criados num contexto de crescimento da população e também de mudanças tecnológicas produzidas pelo capitalismo. Assim, está posta a impossibilidade do médico continuar trabalhando frente a complexidade que passa a impactar o binômio saúde-doença. Por exemplo, com o desenvolvimento do capitalismo, as condições de vida e trabalho vão impactar cada vez mais na saúde. Nesse contexto é necessário a existência de profissionais, nos serviços de saúde, que tenham condições de identificar as expressões da questão social no acesso à saúde, donde se justifica a inserção de profissionais de Serviço Social no trabalho coletivo em saúde (Matos, 2013).

Maria Esolina Pinheiro (1985), que vivenciou o processo de implementação do Serviço Social já afirmava que o chamado "serviço social médico" tinha como objetivo ser um elo entre a instituição com a família e o usuário, visando garantir seu tratamento após a alta, bem como

²⁷⁸ Devido a cultura eurocêntrica as informações que nos chegaram sobre a história da medicina informam que a mesma teria tido origem na Grécia antiga. E desde esse período, passando pela idade Média, a medicina era dividida em dois grupos: físicos e cirurgiões. Os primeiros não realizavam intervenções no corpo, eram responsáveis pelo ensino e controle das corporações de cirurgias. Os cirurgiões eram os que intervinham, claro que com os conhecimentos existentes à época. Em sua maioria eram barbeiros, dentistas e cirurgiões ortopédicos. Havia uma hierarquia dos físicos sobre os cirurgiões que só acabou com a definição do hospital como melhor lugar para tratamento (Nogueira, 2017).

²⁷⁹ Para maior de, detalhadamente desse processo, ver Matos (2013). Para a particularidade brasileira, tomando como campo São Paulo, ver Palma (1996).



realizar um trabalho para que a família não sofresse materialmente quando da ausência do chefe de família.

Aqui, ainda que com uma concepção paramédica da profissão, está posta nitidamente a requisição do saber do Serviço Social, para o trato além da questão biomédica. Mesmo que as requisições institucionais e de outros profissionais para a profissão ainda sejam próximas ao que apontou Pinheiro (1985), foi com a ruptura com o conservadorismo profissional, que o Serviço Social brasileiro pode construir uma nova proposição para o trabalho em saúde.

3. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: PROJETOS ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL E O DA REFORMA SANITÁRIA

A ruptura com o conservadorismo que marcou as origens da profissão foi enfrentada por meio da tendência, nomeada por Netto (1996), como "intenção de ruptura". Isso pôde-se dar a partir da crise da ditadura militar, quando estavam postas as condições para a emergência de uma concepção de profissão que não reatualizasse nem seu histórico conservadorismo (indicada por Netto como fez a perspectiva fenomenológica) e nem apenas propõe um verniz modernizado para a profissão, como foi o caso da perspectiva estrutural-funcionalista na profissão. Somente uma tendência que questionasse os fundamentos dos postulados profissionais poderia, de fato, romper com o conservadorismo profissional, ainda que não o tenha eliminado da profissão, uma vez que o conservadorismo e seus desdobramentos fazem parte do *ethos* capitalista. O que se quer chamar atenção é para constituição de um projeto profissional no Serviço Social desplugado do conservadorismo, uma vez que constituído em bases distintas deste.

É com o marxismo, e num contexto de reabertura política, que o Serviço Social pôde se questionar radicalmente e empreender uma caminhada para a constituição de outra concepção de profissão. Daí deriva a constituição do "projeto ético-político do Serviço Social brasileiro", que tem como marco paradigmático o Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais de 1979, conhecido como o "congresso da virada", uma vez que a partir dali ficou nítida a formulação dessa concepção de profissão. O "projeto ético-político profissional do Serviço Social" ganha essa definição nos anos 1990²⁸⁰ e tem sua expressão mais acurada no Código

²⁸⁰ A denominação tem suas origens na organização política da categoria. Em 1996 o CFESS publicou um artigo na Revista Serviço Social e Sociedade onde recorre ao termo (CFESS, 1996); em 1998 o tema do IX Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, realizado em Goiânia foi "Trabalho e Projeto Ético-político do Serviço Social"; e em 1999 José Paulo Netto (1999), publica o artigo "A construção do Projeto Ético-político do Serviço Social frente à crise contemporânea", a convite do Conjunto CFESS-CRESS e ABEPSS para um curso de especialização, sendo esse texto referência fundante sobre o tema (Matos, 2013).

de ética de assistentes sociais de 1993, na lei de regulamentação da profissão e nas diretrizes curriculares da ABEPSS de 1996. Se expressando, ainda, em diversas produções e se materializando na ação política organizada e em diversos exercícios profissionais sejam na intervenção profissional ou na docência.

O "projeto ético-político do Serviço Social" ao ter sua origem na recusa ao histórico conservadorismo da profissão, fundamenta-se nos princípios da liberdade e dos direitos humanos, negando, portanto, os (des) valores da sociedade capitalista, que derivam da naturalização da desigualdade social, que se expressam, por exemplo no individualismo, na competitividade e nos preconceitos de raça, religiosidade, gênero, orientação sexual e etc. Ou seja, é desvalor aquilo que nega ou impede a realização plena do homem/mulher como ser social (Heller, 1992).

Durante a reabertura política a área da saúde vai também poder se auto questionar e isso ocorrerá por meio da constituição do movimento da reforma sanitária, que tem suas raízes na experiência do movimento sanitário italiano por meio da influência das ideias de Antonio Gramsci, intelectual marxista.

O projeto da reforma sanitária tem a sua origem na negação da política de saúde historicamente tratada no país e agravada na ditadura militar, marcada, dentre outras características, pelo acesso ao serviço de saúde regulado pelo direito ao trabalho formal, pela privatização dos serviços e por uma concepção restrita de saúde, entendida apenas como a ausência de doenças. Nas suas origens tem duas grandes características, que são uma inovadora concepção de saúde (entendida como acesso a serviços e bens disponíveis na sociedade brasileira, mas usufruída por minoria) e a constituição de um serviço (a partir da concepção de saúde acima esboçada) estatal e público.

Assim, mesmo que distintos – uma vez que o primeiro projeto é de uma corporação profissional (com claras preocupações não corporativistas) e outro seja um projeto de política social, que busca tensionar para que se materializem em um serviço – ambos os projetos tem uma claríssima concepção de mundo onde homens e mulheres sejam sujeitos de sua história, onde o trabalho não exista para aliená-los e sim para dar vazão a riqueza humana crítica e consciente, onde os valores sejam aqueles que ampliem a potencialidade humana, tal qual foi o trabalho criador.

Portanto, os dois projetos vivem uma saudável tensão, uma vez que não coadunam com o projeto societário, mas são, ao mesmo tempo, produtos deste solo histórico, ou seja, foram e são projetos construídos na particularidade sócio-histórica brasileira, sendo propositivos e para ação imediata em condições objetivas.

Daqui emerge um duplo desafio fundamental: tomar os dois projetos anti capitalistas como norte, mas não na espera da mudança estrutural para que depois possamos adotá-los. Pois, no bojo desses projetos estão postas as condições para um trabalho de crítica, que será realizado nas condições possíveis, reais. Condições estas cada vez mais difíceis, vide os rumos atuais da política brasileira de defesa da desigualdade social e combate violento aos que discordam da existência dessa desigualdade.

4. A ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (ABEPSS) E A DISCUSSÃO SOBRE A SAÚDE

A inserção do debate sobre a saúde nos fóruns da ABEPSS tem sua origem a partir de junho de 2004 quando a entidade é convidada para se inserir no Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde (FNEPAS), criado no mês seguinte, que, de acordo com o seu sítio eletrônico tem como objetivo geral "Contribuir para o processo de mudança na graduação das profissões da área de saúde, tendo como eixo a integralidade na formação e na atenção à saúde".

O FNEPAS foi criado sob o estímulo da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SEGETS), do Ministério da Saúde, no início do primeiro governo do Partido dos Trabalhadores, sendo uma estratégia de gestores do Ministério da Saúde, articulado com associações da formação profissional em saúde, de gerar mudanças na formação profissional, buscando envolver e tensionar o MEC também para essa ação.

Diversas atividades do FNEPAS, e das suas entidades participantes, foram financiadas por convênios da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS). A ABEPSS, na gestão 2005-2006, contou com esses recursos para o desenvolvimento da pesquisa sobre a implementação das diretrizes curriculares da ABEPSS, por meio do projeto "Formação Profissional do Serviço Social e sua interface com a saúde", onde também foram levantadas questões referentes ao ensino da saúde e que foram analisadas por Uchôa (2007).

Para o desenvolvimento do projeto "Formação Profissional do Serviço Social e sua interface com a saúde" foi montado um comitê gestor com representante de cada regional da ABEPSS²⁸¹, com a previsão de um seminário em casa região. Algumas regiões, como a Leste, realizou oficinas locais e seminários nos três estados (RJ, MG e ES) que a compõe. Nos

²⁸¹ Os professores integrantes desse comitê foram: Roberta Uchoa - UFPE/Região Nordeste, Maria Inês Bravo - UERJ/Região Leste, Vera Nogueira - UCPEL/Região Sul I, Regina Marsiglia - PUC-SP/Região Sul II, Marlene Teixeira - UnB/Região Centro-Oeste e Luciano Gomes - UFPA/Região Norte.

seminários regionais a ABEPSS entregou CDs com filmes e textos de referência. Os textos posteriormente foram reunidos em livro organizado por Mota et alli (2006), sendo reimpresso até a atualidade. Tal experiência foi analisada no ENPESS realizado em Recife em 2006 e também gerou uma edição própria da Revista Temporalis, número 13 (2007), editada pela ABEPSS.

No mesmo contexto em que houve o estímulo à criação do FNEPAS, o Ministério da Saúde começou uma ação de estímulo a ampliação das residências multiprofissionais na área da saúde. Com o oferecimento de financiamento como contrapartida, muitas Universidades começaram a oferecer essa modalidade de formação profissional em serviço. Isso gerou uma demanda para a ABEPSS, pois não poucas Unidades de Formação Acadêmicas (UFAs) começaram a demandar da ABEPSS subsídios para a inserção nos referidos programas de residência.

Assim, a inserção dos debates da saúde nos fóruns da ABEPSS se dão a partir de uma provocação externa²⁸², que tem sua origem em comum, ou seja na política posta em curso pelo Ministério da Saúde dos governos do Partido dos Trabalhadores (PT), que se desdobra em duas expressões.

A primeira, a partir tanto do convite para integrar o FNEPAS²⁸³ de onde foi possível o financiamento de algumas atividades da ABEPSS²⁸⁴. E a segunda, que se deu pelo movimento de várias unidades de formação acadêmica de Serviço Social - com acúmulo ou não de pesquisa e extensão na área da saúde - que ao serem convocadas a se inserirem nas residências em saúde expressavam para a ABEPSS a necessidade de discutir coletivamente o que significava (e significa) essa formação profissional em serviço.

²⁸² Ainda que nos eventos e diretoria da ABEPSS tenha historicamente a presença de assistentes sociais pesquisadores/as vinculados ao movimento da reforma sanitária.

²⁸³ O FNEPAS ainda existe, mas como não conta mais com apoio financeiro em decorrência de convênios com o governo federal e possivelmente por isso não tem mais se reunido. O último informe em seu sítio eletrônico data de 2015. Isso pode ser uma expressão da articulação artificial desse fórum, na medida em que não foi criado a partir do coletivo de suas associações, ainda que o FNEPAS seja importante, pois, inclusive, algumas associações foram criadas sob o estímulo desse fórum.

²⁸⁴ Não nos é possível recuperar todos os apoios, e nem podemos afirmar se ocorreram, mas podemos registrar - a partir da nossa participação na direção da ABEPSS na gestão 2009-2010 - que as atividades sobre saúde na Oficina Nacional e Seminário de Pós-graduação (2009) e no ENPESS (2010), foram financiadas com recursos da OPAS/FNEPAS. No final de 2010 foram realizadas duas reuniões ampliadas com representantes do CFESS e da ABEPSS, que tiveram o mesmo financiamento, e suas proposições estão registradas em Cruz e Matos (2012). Nessa gestão foi montada uma grupo de apoio, radicado no Rio de Janeiro, para as ações na saúde, que contou com a nossa participação, de Cleusa Santos (coordenadora regional de pós-graduação da regional Leste da ABEPSS), Ana Maria de Vasconcelos, Fátima Masson e Maria Inês Bravo. Em Brasília, Marlene Teixeira (suplente da direção nacional da ABEPSS) representou a ABEPSS nos fóruns da saúde. Cabe ressaltar que para as reuniões no Rio de Janeiro e a locomoção para as representações da ABEPSS em Brasília, não houve financiamento de nenhum tipo.

Como desdobramento dessas ações, sempre na perspectiva de articulação entre o projeto ético-político do Serviço Social com o projeto da reforma sanitária, a ABEPSS ampliou sua participação no debate da saúde, participando desde 2009 do Fórum de Entidades Nacionais de Trabalhadores da área da Saúde (FENTAS) e do Conselho Nacional de Saúde, bem como da Frente Nacional contra a privatização da Saúde, criada em 2010. Essas participações são em conjunto com movimentos e entidades comprometidas com o SUS 100% público e estatal e, em especial articulação, com o Conselho Federal de Serviço Social (Cruz e Matos, 2012).

Em seus espaços a ABEPSS também vem promovendo reflexões sobre o assunto. Desde 2006, com exceção da edição de 2008, todos os ENPESS vêm contando com debates sobre a saúde, bem como as Oficinas Nacionais da ABEPSS de 2008 até 2017 contaram com o debate sobre a saúde. A última Oficina Nacional da ABEPSS, realizada em Campinas (SP) em 2019 não teve debate sobre a saúde.

Essas caminhadas impuseram ao debate da formação profissional de assistentes sociais uma reflexão, ainda inicial, sobre: a concepção ampla de saúde; o que significa compreender que assistentes sociais são profissionais da saúde; e o contexto onde se materializa esse trabalho profissional, permeado por contradições entre o direito à saúde versus a privatização do Sistema Único de Saúde (SUS).

5. AS DIRETRIZES CURRICULARES DA ABEPSS DÃO CONTA PARA ATUAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE?

As atuais diretrizes curriculares para a área de Serviço Social conformam o resultado de um esforço coletivo entre 1993 e 1996 que gerou vários debates realizados em oficinas locais, regionais e atividades nacionais. Partiu dos avanços do currículo de 1982 e também das suas limitações. Um dos avanços foi reafirmação / explicitação da "questão social" como eixo fundante da profissão.

Conforme já foi abordado a entrada do Serviço Social nos serviços de saúde se justifica exatamente pelo atravessamento da "questão social" no processo saúde-doença. Tal atravessamento, quando tratado na perspectiva do movimento da reforma sanitária, assume, ou melhor é desvelado como uma das expressões da apropriação privada daquilo que é produzido coletivamente. Afinal, como ter direito a concepção ampla de saúde em uma sociedade marcada uma imensa desigualdade social?

A formação generalista que a categoria do Serviço Social vem apontando é absolutamente coerente e necessária. Entretanto, precisamos também fazer uma discussão sincera: como formar assistentes sociais profissionais da saúde, conforme define a resolução 218 de 06 de março de 1997 do Conselho Nacional de Saúde, se os dados disponíveis informam a possibilidade desses profissionais se formarem na graduação sem debate sobre o tema?

Em 2006, no contexto da pesquisa sobre a implementação das diretrizes curriculares, foi realizada uma pesquisa sobre o ensino da saúde nos cursos de Serviço Social, desses dados, analisados por Roberta Uchoa (2007) podemos observar que:

- 35% dos cursos não ofertavam disciplina sobre saúde (sendo que a região Sul do país era a que mais ofertava)

- A bibliografia usada na sua maioria não era escrita por assistentes sociais

- Era o maior campo de estágio, totalizando 27%

- Em todas as regiões da ABEPSS o setor terciário era o maior campo de estágio, com 33%. E na atenção primária em saúde atuavam apenas 19% dos estagiários.

- Sobre a natureza da instituição do campo estágio, 63% eram públicas, 24% privadas sem fim lucrativo e 13% privadas.

Desses dados, podemos considerar que

- o trato da saúde parece ocorrer na disciplina de estágio. Entretanto, possivelmente, com limitações pois há projetos pedagógicos que prevêem disciplinas de estágio por semestre e outros por campo

- o ensino da política de saúde, descontextualizado do trabalho profissional na saúde, o que pode prejudicar a análise das particularidade esse espaço sócio ocupacional.

Assim, precisamos debater no âmbito da formação profissional - longe de uma falsa tensão entre a concepção generalista versus uma suposta especificidade requerida para a formação e trabalho profissional na área da saúde - sobre importância da garantia do ensino na graduação sobre a saúde, na perspectiva ampla defendida pelo movimento sanitário, haja vista ser o Serviço Social uma das profissões da área da saúde

Afinal, saúde é conceito amplo, direito universal, tem um potencial revolucionário e de consenso, nos termos de Escorel (2009). Afinal, a reforma sanitária tem conexão com o projeto societário, do qual o projeto ético-político do Serviço Social também é defensor.

De que conteúdo, e veja que não falamos necessariamente em "disciplinas", se poderia propor para a graduação em Serviço Social?



- Trajetória histórica da política de saúde, em interface com o conteúdo já previsto na abordagem das políticas sociais no Brasil; O movimento da reforma sanitária brasileira; "questão social" e saúde; o impacto das contrarreformas na política de saúde; a particularidade do trabalho de assistentes sociais na saúde.

6. QUAIS AS FRAGILIDADES DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL QUE IMPACTAM O ENSINO EM SAÚDE NO SERVIÇO SOCIAL?

- A universidade inundada pela contrarreforma. O debate do conhecimento tomado por teorias que não analisam a realidade a partir de crítica à essa mesma realidade. A universidade asséptica se iniciou com a disseminação da pós modernidade nos anos 1990 e se aprofunda nos tempos atuais de desmonte da universidade, com anúncio no início de 2019 de cortes sumários para o financiamento de pesquisas e com projetos como a "escola sem partido".

- A contrarreforma na saúde e demais políticas sociais, especialmente a que afeta a Seguridade Social brasileira, que produz impactos para a qualidade de serviços, onde assistentes sociais e estudantes vão atuar. A destruição do direito num contexto onde essas profissões visam contribuir para o acesso integral ao SUS.

- O aligeiramento da formação profissional, a expansão desenfreada do ensino e, especialmente, na modalidade EaD. De acordo com o volume 2 do dossiê do CFESS "Sobre a incompatibilidade entre a graduação à distância e Serviço Social" construído a partir de informações das COFIS (Comissão de Orientação e Fiscalização) dos CRESS, o cenário é preocupante. Tomando como eixo o estágio, componente fundamental na formação profissional e onde em geral os alunos vão ter contato com a política de saúde, observamos as seguintes constatações: supervisor de campo com número excessivo de estagiários em relação a C/H de trabalho; estágio sem supervisão direta do assistente social; supervisor de campo sem vínculo trabalhista, atuando como voluntário; contratação de assistentes sociais somente para dar supervisão de estágio, sem desenvolver efetivamente um trabalho na instituição; supervisão acadêmica à distância; supervisão acadêmica e de campo exercidas pelo mesmo profissional; ausência de supervisão acadêmica; etc.

Sabemos que algumas das questões não são exclusivas dessa modalidade, mas apontam questões importantes, que impactam a qualidade da formação em Serviço Social.

- Defendemos um trabalho em equipe multidisciplinar, isso está inscrito em nosso projeto de profissão, mas não abordamos isso na graduação. A defesa do trabalho com outros

profissionais também está previsto na formação de outras profissões. Mas, não se forma na graduação em conjunto com outras profissões. Queremos que depois de formado os profissionais de saúde trabalhem naturalmente interdisciplinarmente. Aqui cabe uma provocação – para a qual não temos resposta – que é a realidade de muitos cursos de Serviço Social, que ao terem péssimas experiências com disciplinas oferecidas por outros cursos, acabam as assumindo. Isso vem garantindo a direção social do curso, mas nos isolando no ensino universitário.

7. QUAIS POTENCIALIDADES TEMOS?

- O arsenal ético-político e teórico que o Serviço Social brasileiro tem sobre a saúde. Ao contrário do que encontrou Maria Inês Bravo (1996) na sua pesquisa histórica sobre o Serviço Social na saúde até início dos anos 1990, a área tem hoje acúmulo sobre o Serviço Social na Saúde, acúmulo esse pautado na perspectiva que o Serviço Social vem adotando com a constituição de seu projeto ético-político profissional.

- O SUS vem sofrendo diferentes ataques que expressam a disputa da concepção de saúde, o que Bravo (2006) trata acertadamente da disputa entre o projeto da reforma sanitária e o projeto privatista. Mas, a ação organizada pela "Frente nacional contra a privatização da saúde" com a presença das entidades representativas da categoria (ABEPSS e conjunto CFESS-CRESS) e projetos universitários da área, tem sido um espaço importante de resistência e luta (Silva, 2017; Bravo, Andreazzi, Menezes, 2017).

- Os parâmetros para Atuação de assistentes sociais na saúde (CFESS, 2010), fruto de um intenso debate²⁸⁵, que indica uma concepção de trabalho profissional para além das funções tradicionalmente desenvolvidas na execução terminal das políticas sociais, de acordo com os termos de Netto (1992), propondo o trabalho profissional a partir de quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

²⁸⁵Teve um intenso processo de discussão, entre 2008 e 2009: na Região Norte aconteceram 7 debates, que envolveram 1800 participantes; na Região Nordeste foram promovidos 16 debates, que envolveram 970 participantes; na Região Centro-Oeste foram 3 debates que envolveram 200 participantes; na Região Sul 4 debates, que envolveram 200 participantes; e na Região Sudeste: 22 debates, que envolveram 1630 participantes. Por fim ocorreu o Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde, em junho de 2009, que contou com a participação de 700 assistentes sociais (CFESS, 2010).

A incorporação do debate sobre a saúde no âmbito da formação profissional do Serviço Social surgiu a partir de uma provocação externa que possibilitou uma ampliação da compreensão do conceito de saúde no âmbito da ABEPSS, culminado, inclusive, com a sua participação em fóruns relevantes de luta pela saúde como direito humano, a exemplo do FENTAS e da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde. Ao mesmo tempo em que há esse relevante avanço, também indicamos questões que podem ainda ser aprimoradas com vistas a garantir a efetividade da garantia na formação profissional do reconhecimento de que Assistentes Sociais são profissionais de Saúde.

Tal debate, é nítido, deve se dar coletivamente e nos espaços da Abepss, não pode ser pensado, sem levar em consideração os acúmulos da profissão e as perversas condições objetivas da realidade. Em síntese, tal caminhar deve permanecer tendo como balizas o que até o momento orientou esse debate: a articulação entre o projeto ético-político do Serviço Social e o projeto de reforma sanitária.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Marina Maciel. *Serviço Social e a organização da cultura: perfis pedagógicos da prática profissional*. São Paulo: Cortez, 2002.
- BRAVO, Maria Inês Souza. *Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*. São Paulo: Cortez, 1996.
- _____. Serviço Social e Saúde: desafios atuais. *Revista Temporalis*, nº 13. São Luis: ABEPSS, 2007.
- _____. *Saúde e Serviço Social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos*. São Paulo: Cortez, 2013.
- BRAVO, Maria Inês Souza; ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky; MENEZES, Juliana S Bravo. As lutas pela saúde nos anos 2000: a participação da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde. In: SILVA, Alessandra Ximenes; NÓBREGA, Mônica Barros; MATIAS, Thaísa Simplício Carneiro (orgs.). *Contrarreforma, intelectuais e Serviço Social: as inflexões na política de Saúde*. Campina Grande: Eduepb, 2017.
- CFESS. “Serviço Social a caminho do século XXI: o protagonismo ético-político do conjunto CFESS-CRESS”. *Serviço Social e Sociedade*, nº 50. São Paulo, Cortez, 1996.
- CFESS. *Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na política de saúde*. Brasília: CFESS, 2010.
- COSTA, Maria Dalva Horácio. “O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais”. *Serviço Social e Sociedade*, nº 62. São Paulo: Cortez, 2000.
- CRUZ, Suenya Santos; Matos, Maurílio Castro. ABEPSS e FNEPAS: Construindo Interfaces Na Formação Com Qualidade Em Saúde. In: *Caderno FNEPAS*. Volume 3, Julho 2012. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/caderno2013/ABEPSS_FNEPAS.pdf. Acesso em 11/02/2019.
- ESCOREL, Sarah. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. 1ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- HELLER, Agnes. *O cotidiano e a história*. 4ª edição. Tradução de Carlos Nelson Coutinho e Leandro Konder. São Paulo: Paz e Terra, 1992.
- IAMAMOTO, Marilda e CARVALHO, Raul. *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil*. 8ª edição. São Paulo: Cortez e Celats, 1991.
- MANRIQUE CASTRO, Manuel. *História do Serviço Social na América Latina*. (Tradução de José Paulo Netto e Balkys Villa Lobo). 4ª edição. São Paulo: Cortez e Celats, 1993.
- MATOS, Maurílio Castro. *Serviço Social, Ética e Saúde: reflexões para o exercício profissional*. São Paulo: Cortez, 2013.
- MENDES GONÇALVES, Ricardo Bruno. *Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: CEFOR (Cadernos CEFOR, série textos 1), 1992.
- MOTA, Ana Elisabete et alli (orgs.). *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo: Cortez, OPAS, OMS, ABEPSS, Ministério da Saúde, 2006.
- NETTO, José Paulo. *Capitalismo Monopolista e Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 1992.
- _____. A construção do projeto ético-político do Serviço Social frente à crise contemporânea. In: ABEPSS, CFESS, CEAD-UnB. *Capacitação em Serviço Social e Política Social – Crise Contemporânea, Questão Social e Serviço Social*, nº 01. Brasília: Unb, 1999.
- NOGUEIRA, Roberto Passos. *Do físico ao médico moderno: a formação social da prática médica*. São Paulo: Editora Unesp, 2007.
- PALMA, José João Lanceiro. *Os trabalhadores em saúde: agentes, práticas e instituições de saúde em São Paulo*. São Paulo: Dissertação de mestrado em Medicina, USP, 1996. (mimeo).
- PINHEIRO, Maria Esolina. *Serviço Social: infância e juventude desvalidas [Documento histórico]*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: CEPUERJ, 1985.



SILVA, Alessandra Ximenes. A contrarreforma na política de saúde e a função dos intelectuais coletivos. In: SILVA, Alessandra Ximenes; NÓBREGA, Mônica Barros; MATIAS, Thaísa Simplício Carneiro (orgs.). *Contrarreforma, intelectuais e Serviço Social: as inflexões na política de Saúde*. Campina Grande: Eduepb, 2017.

UCHOA, Roberta. Resultados da pesquisa Serviço Social Interfaces com a Saúde: o ensino da política de saúde na formação dos profissionais dos Assistentes Sociais. *Revista Temporalis*, nº 13. São Luis: ABEPSS, 2007.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. O movimento de higiene mental e a emergência do serviço social no Brasil e no Rio de Janeiro. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.). *Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. São Paulo, Cortez, 2000.

CONTRARREFORMA DA POLÍTICA DE SAÚDE VIA ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

Nathália Moreira Albino (Universidade Estadual Paulista- Unesp); Andreia Aparecida Reis De Carvalho Liporoni (Universidade Estadual Paulista- Unesp)

RESUMO: Este artigo tem como objetivo analisar o processo de expansão das Organizações Sociais da Saúde (OSS), visando identificar de que forma essa modalidade de gestão interfere no sistema público de saúde. Para tal, utilizou-se a pesquisa bibliográfica e documental. A partir da pesquisa bibliográfica realizou-se uma análise da política de saúde no Brasil, e a pesquisa documental mediante leis e documentos que discorrem sobre o aprofundamento da contrarreforma da saúde sob a gestão das Organizações Sociais. Considera-se necessário resistir aos interesses do capital na saúde que desmontam o SUS e afastam a possibilidade de efetivação dos princípios da Reforma Sanitária.

Palavras-chave: Política de saúde. Organizações Sociais. Privatização.

ABSTRACT: This article aims to analyze the process of expansion of Social Health Organizations (OSS), identify the way of management of this interference in the public health system. To do this, use a bibliographic and documentary search. From the bibliographical research performed, an analysis of health policy in Brazil, and a documentary research using laws and documents that discuss the improvement of health counter-reform under the management of Social Organizations. It is considered necessary to resist capital interests in health that dismantle the SUS and rule out the possibility of implementing the principles of Health Reform.

Keywords: Health policy. Social Organizations. Privatization.

1. INTRODUÇÃO

Este artigo tem por objetivo analisar as contrarreformas da política de saúde brasileira por meio da transferência da gestão das unidades públicas de saúde para as Organizações Sociais. Direito garantido não se compra e não se vende. Essa assertiva, proclamada pelos movimentos em defesa de um sistema público de saúde, vem sendo rechaçada com mais intensidade pelo atual governo (Jair Bolsonaro), com o discurso de inviabilidade do SUS como um sistema público.

As propostas de reforma na saúde visam integrar o setor privado, a saúde suplementar, o mercado, o SUS e incluem a adoção de planos populares de saúde. Esse conjunto de medidas faz parte da alternativa central do capital em seu processo de desregulamentação, que teve ascensão com os neoliberais, e atualmente tem apostado nos mecanismos do mercado para recuperar o equilíbrio, como se a saída dessa crise estivesse condicionada à regulação.

Como apontou Behring (2010) a crise não é uma disfunção ou problema de regulação, mas é parte constitutiva do movimento contraditório do capital, que por sinal, vem mostrando sua dinâmica e seu esgotamento desde os anos 1970. No caso do Brasil, o processo de reforma do Estado se desenvolveu a partir de 1995, com o governo de Fernando Henrique Cardoso, a partir do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), executado por Bresser Pereira.

Dentro da agenda política da reforma foi criado o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), que definiu as áreas da saúde, assistência social, previdência, educação, transporte, como serviços não exclusivos do Estado, que poderiam ser executados por organizações privadas (BRASIL, 1995).

Com os ideários neoliberais, a contrarreforma do Estado instituiu uma nova modalidade de apropriação do fundo público para entidades sem fins lucrativos, denominados de “novos modelos de gestão”. O Estado entrega a administração do patrimônio público a essas instituições, terceiriza a contratação de força de trabalho e repassa o fundo público para financiar as ações.

É nesse contexto que diversos municípios vêm lidando com o sucateamento da política de saúde defendido pelo projeto neoliberal, sendo representado pelo mercado e pelos novos modelos de gestão. É a saúde defendida pelo projeto do capital por via da privatização e da mercantilização.

Nessa direção, o presente trabalho tem por objetivo analisar as tendências de contrarreforma da política de saúde por meio da transferência da gestão das unidades públicas de saúde para as Organizações Sociais.

2. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: TRAJETÓRIA E RACIONALIDADES

As políticas sociais, em especial, a política de saúde, constituíram-se como resultado de lutas sociais a partir das contradições e da correlação de forças entre trabalhadores e capitalistas. Não obstante, em cada país, elas assumem perfis particulares a depender da formação política, econômica, cultural e social. Por um lado, as políticas sociais expressam formas de dominação da burguesia, por outro, representam conquistas da classe trabalhadora por melhores condições de vida e trabalho (PEREIRA, 2016).

No Brasil, o Estado assume a política de saúde a partir de 1930, mediante as transformações políticas e econômicas ocorridas no país. Anteriormente, a assistência médica era realizada por meio de ações filantrópicas para aqueles que não tinham condições de custear e através da prática liberal para os mais abastados.

Segundo Bravo (2006) a saúde emerge como “questão social” no país, início do século XX, no contexto da economia capitalista exportadora de café, refletindo o avanço da divisão do trabalho e a emergência do trabalho assalariado. No ano de 1923, são instituídas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), através da Lei Elói Chaves, sendo a primeira modalidade de seguro para trabalhadores do setor privado. As Caixas de Aposentadoria eram organizadas por empresas, sob a forma contributiva, mediante um contrato compulsório, que tinham por objetivo a prestação de benefícios (aposentadoria e pensão) e a assistência médica aos seus filiados e dependentes (COHN, 1998).

Os grandes traços que caracterizaram as CAPs eram: um seguro com caráter altamente controlador dos segmentos de trabalhadores essenciais à economia brasileira, tanto no sentido de disciplinar essa força de trabalho quanto no sentido de assegurar recursos mínimos ante os acidentes e as consequências do esgotamento da sua capacidade para o trabalho; financiamento tripartite entre empregadores, trabalhadores e Estado, que no fim das contas recaía sobre os trabalhadores; acesso não universalizante e a compra de serviços privados para assistência médica. Esse período marca, portanto, as raízes da privatização da assistência médica no Brasil.

O período de 1933 a 1938 as CAPs são unificadas e transformadas em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS), que agregam agora os trabalhadores por categorias

profissionais. Tanto nas CAPs quanto nos IAPs, o direito aos benefícios e prestações de serviços “se constitui menos (ou quase nada) como função de sua condição de cidadão ou trabalhador, e sim do reconhecimento da sua situação ocupacional oficialmente legitimada e vinculada a uma obrigação contratual de caráter contributivo” (COHN, 1998, p.18). Assim, reforça a autora, consolida-se o perfil desse sistema: centralizador, burocrático e ineficiente. Os trabalhadores que não estavam inseridos no mercado de trabalho ficavam excluídos do direito à saúde.

Portanto, a assistência médica previdenciária emerge mercantilizada sob a forma de seguro, além de estruturar um sistema urbano de assistência quando a maioria da população era rural, atingindo apenas a força de trabalho urbana, e entre os trabalhadores, favorecia aqueles que estavam vinculados aos polos dinâmicos de acumulação capitalista.

Paim (2008) afirma que os serviços de saúde emergiram de forma dicotômica entre saúde pública e previdência social, em que na primeira realizava-se ações de prevenção e controle de doenças da população, na segunda serviços de medicina individual, isto é, previdenciária, filantrópica e liberal. Em nenhuma hipótese se configurava a ideia de direito à saúde.

Os IAPS se tornaram os maiores compradores de serviços médico-hospitalares em função dos recursos que dispunham, mas, como não investiram em equipamentos próprios, ficaram reféns da estrutura médico-hospitalar privada. O aumento dos gastos com esse setor e o aumento das contribuições, conduziu o governo a investir em equipamentos públicos para a saúde, foi quando em 1948/1949 hospitais e serviços públicos foram inaugurados em todo país, mas, ainda assim, o setor privado foi predominante (ACIOLE, 2006).

Se no Brasil a política de saúde encontrava-se polarizada entre as ações de caráter coletivo, o sanitarismo campanhista, e a assistência médica individual, por outro lado, existiam discussões acerca do conceito de saúde em diversas conjunturas internacionais. Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, antigo Ministério da Educação e Saúde, em período que ficou marcado pela separação entre saúde pública- centrada na erradicação de doenças e endemias- e assistência médica previdenciária, de caráter individual, destinada aos indivíduos acometidos por doenças que os impediam de trabalhar.

Até 1964, o MS se caracterizou pela transitoriedade de seus titulares, evidenciando ser objeto de intensa e frequente barganha política (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008). Na mesma direção, é possível identificar o aumento dos convênios do setor privado com empresas médicas, além do cenário marcado pela repressão e pelo autoritarismo, isto é, intensifica-se

ainda mais o processo de privatização e centralização da política de saúde realizada pelo Estado burguês brasileiro.

O questionamento da saúde como fonte de lucro para o capital foi o que unificou os movimentos sociais no que se denominou Movimento da Reforma Sanitária em torno da defesa de uma saúde pública e estatal.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em 1986, contou com uma diversidade de sujeitos e propostas, culminando um intenso embate político ideológico que, ao fim, deliberaram pela Reforma Sanitária. Representou o marco de um novo período para a saúde no Brasil, ao construir uma agenda de ações que buscavam consolidar o sistema, a fim de enfrentar os desafios existentes. As bases da construção do SUS fundamentaram-se nos princípios da universalidade, integralidade, equidade e nas diretrizes da descentralização, hierarquização, regionalização e participação social (BRASIL, 2007).

É notório que a constituição do SUS é decorrente de um processo de lutas, embates políticos e ideológicos que foram tensionados por diversos sujeitos sociais. Essas forças políticas foram fundamentais para o processo de redemocratização do país e intervíram nas propostas de construção de um novo sistema de saúde, que resultaram em um desenho heterogêneo do sistema de saúde, haja vista a presença de projetos contraditórios.

O movimento sanitário trava uma luta contra hegemônica à racionalidade da política de saúde, bem como do Estado brasileiro e do modelo de desenvolvimento capitalista. Tratava-se de um projeto que assinalava diversas mudanças na estrutura do Estado, além de defender que a saúde viesse a ser garantida como direito do cidadão e dever do Estado.

De acordo com Paim (2008) a RSB como uma reforma social poderia ser definida a partir dos seguintes elementos: a) democratização da saúde, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito a saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão; b) democratização do Estado e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social, bem como fomentando a ética e a transparência nos governos; c) democratização da sociedade alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza e do saber, seja na adoção de uma totalidade de mudanças, em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral.

Após a 8ª CNS foi constituída a Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) por decisão dos Ministérios da Previdência, Saúde e Educação, composta paritariamente por



governo e sociedade civil e a Plenária Nacional de Entidades de Saúde, para dar continuidade às propostas da sociedade civil e elaborar um Projeto Constitucional. Não obstante, era perceptível que frente a composição ampla e de diferentes forças sociais, os conflitos ideológicos se evidenciariam.

Na 8ª Conferência foram expressas propostas que defendiam um sistema exclusivamente estatal e propostas que apostavam no sistema público com abertura para a iniciativa privada, sendo deliberada a criação de um sistema que deveria passar por um processo de estatização progressiva. A perspectiva da Reforma Sanitária era instituir um sistema de saúde que fosse totalmente estatal. Entretanto, os lobbies do setor privado no Congresso Nacional pressionaram para manter um sistema privado de caráter complementar, o que garantiu a permanência da sua configuração híbrida, isto é, público/privado na CF/88 (SOUSA, 2013).

Segundo Rodrigues Neto (1997), na saúde, a grande bandeira levantada pelos setores conservadores foi a de combate à “estatização”, cujos integrantes eram o setor hospitalar privado, o setor da “medicina de grupo”, as cooperativas médicas e os representantes da medicina liberal. Esse último segmento havia feito alianças com os setores progressistas em defesa do setor público, no entanto, dada as possibilidades de definições mais amplas e estruturais, se afastaram e criaram alianças com os interesses do capital. Mesmo levantando a mesma bandeira, esses grupos apresentavam clivagens internas e carregavam diferenças em alguns pontos, sobretudo em relação à autonomia ou não frente ao Estado, como por exemplo, o setor hospitalar privado contratado pelo setor público:

Ao setor hospitalar privado contratado (ou contratável) interessava o aumento da receita da Seguridade social e uma estratégia de organização dos serviços que viabilizasse a sua participação nesses recursos, sem subordinação técnica ou administrativa ao poder público. Pelo contrário, ao setor de pré pagamento interessava a possibilidade de captação direta dos recursos sem a intermediação do Estado, isto é, sem passar pelo “caixa” da Seguridade Social; para tal seria necessário a não compulsoriedade de contribuição para a Seguridade Social e a possibilidade de o Estado transferir a esse setor parte da sua responsabilidade na cobertura da assistência (RODRIGUES NETO, 1997, p.83).

Paradoxalmente, ao mesmo tempo em que a saúde era tida como um sistema público, fruto do ideário de estatização do movimento sanitário, conforme o artigo 196; era também espaço da iniciativa privada, como afirma o artigo 199 da CF/ 88, ao permitir o setor privado no SUS em caráter complementar, com prioridade para instituições filantrópicas e sem fins lucrativos.

Portanto, apesar dos expressivos avanços normativos na saúde pública brasileira, ocorreu um processo incongruente na garantia desse direito, que legalmente foi instituído,

mas sofreu inúmeros obstáculos na tentativa de se materializar. A reforma constitucional irá conviver com o recrudescimento dos ideários conservadores e privatistas, ou seja, um intenso retrocesso institucional no âmbito dos direitos sociais e, especificamente, na política de saúde. A contradição que perpetua esse marco legal e a realidade, nada mais é que fruto das particularidades do Estado brasileiro, sua racionalidade histórica e o seu papel na economia mundial.

No próximo item será analisada a contrarreforma do Estado brasileiro por meio das OSs, com rebatimentos na consolidação de uma saúde estatal, universal e de qualidade.

3. AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS NA GESTÃO DA SAÚDE

Os chamados “novos modelos de gestão” trouxeram mudanças e desafios importantes na configuração do sistema de saúde brasileiro que se expressam a partir de mudanças na legislação e na criação de novas personalidades jurídicas como, por exemplo, as organizações sociais e as fundações estatais de direito privado. No entanto, a primeira instituição não é recente. Ela advém das propostas de contrarreforma do Estado, idealizadas por Bresser Pereira em 1995, mas foi a partir do final dos anos 2000 que diferentes governos municipais e estaduais intensificaram sua adoção.

Paralelo ao modelo assistencial privatista surge no governo de FHC o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) que visava reorganizar a máquina pública, isto é, uma administração que passaria a ser chamada de “gerencial” e seria orientada pelos valores da eficiência, efetividade, eficácia e flexibilidade, ressaltando que: “reformular o Estado significa transferir para o setor privado as atividades que podem ser controladas pelo mercado” (MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO FEDERAL E DA REFORMA DO ESTADO, 1995, p. 12).

Nessa direção, de tornar mínimo o papel do Estado e seguir com a focalização (atendimento aos mais pobres), o plano reformista apontou quatro setores fundamentais que redirecionariam as prioridades das ações estatais, afetando principalmente o setor saúde, que foram: 1) núcleo estratégico, sendo o setor que define as leis, o planejamento e a formulação das políticas públicas; 2) atividades exclusivas, que somente o Estado realizaria; 3) serviços não exclusivos, que corresponde a simultaneidade entre a ação do Estado com organizações públicas não estatais e privadas; 4) produção de bens e serviços para o mercado, voltadas para o lucro (MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO FEDERAL E DA REFORMA DO ESTADO, 1995, p. 42).

O intuito do governo era converter os serviços públicos de educação, saúde, meio ambiente em Organizações Sociais, isto é, entidades de direito privado, sem fins lucrativos, realizando sua administração através do orçamento público. Em outras palavras, o objetivo declarado da reforma administrativa foi o de encontrar uma forma de transferir algumas atividades que até então eram exercidas pelo Poder Público, para as OSs e que melhor seriam exercidas pelo setor privado, sem exigência de concessões ou permissões.

A contrarreforma neoliberal do Estado apostou nas OSs como forma de alavancar as políticas econômicas e administrativas, reduzindo o impacto financeiro sobre a máquina pública. Para isso, propôs efetivar a execução das políticas públicas por meio de diversas instituições “não governamentais”, “não lucrativas”, voltadas ao desenvolvimento social, sobretudo nas áreas consideradas “atividades exclusivas do Estado”.

De acordo com o documento (PDRAE) o aparelho do Estado abrangeria quatro setores. O primeiro núcleo estratégico corresponderia ao poder executivo, o poder legislativo, o judiciário e o Ministério Público. O segundo, diz respeito ao setor de atividades exclusivas, em que o Estado exerce o poder de fiscalizar, regulamentar e fomentar, como por exemplo, a cobrança de impostos e serviços de trânsito.

Esse cenário também foi marcado por concentração, fusões e aquisições concomitante à abertura de capital de empresas de seguros e serviços de saúde privados, grupos econômicos que Andreazzi (1991) chamou de conglomerados. Esses grandes grupos contam com empresas de seguro privado que prestam serviços de saúde e, por terem ligações prévias com o capital bancário, setor segurador e processos de capitalização possuem facilidades para consolidar suas ações (ANDREAZZI, BRAVO, 2014).

As autoras destacam que a crescente adoção das OSs ao final dos anos 2000 e a abertura de capitais, embora possam aparentemente não estar relacionados, haja vista que um é resultado de opções de políticas públicas e o outro decorre do próprio desenvolvimento do capital no setor privado de saúde, ambos são provenientes de um mesmo campo: as instituições financeiras internacionais, sobretudo o Banco Mundial, que impulsionaram propostas para a “reforma” do Estado nos anos 1990, principalmente no campo da saúde.

No próximo item será analisada a contrarreforma que vêm ocorrendo de forma gradual e crescente, que é a desresponsabilização do Estado na efetivação dos princípios e diretrizes do SUS sob a diretriz da complementaridade.

4. A DIRETRIZ DA COMPLEMENTARIDADE COMO ESTRATÉGIA DE PRIVATIZAÇÃO DO SUS

É exatamente sob a diretriz da complementaridade (posta na CF de 1988 e as diferentes formas de interpretá-la) que instâncias governamentais, situadas nas três esferas do governo, têm transferido suas responsabilidades no âmbito da gestão e do financiamento para outros modelos de gestão, isto é, desconstroem o princípio da complementariedade para justificar o subfinanciamento, a entrada de capital estrangeiro e a privatização do SUS.

A diretriz da complementaridade está presente no Art. 199 da CF/88 que prevê a participação de instituições privadas no Sistema Único de Saúde de forma complementar e, a Lei 8080/90 em seu art. 24 salienta que a inserção do SUS para ser complementado pela iniciativa privada pode ocorrer “Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada”.

E, para garantir que essa prestação de serviços não venha com finalidades lucrativas, a Lei em seu art. 38 afirma que “não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa” (BRASIL, 1990). A presença do setor privado na trajetória da política de saúde fez com que a lógica da complementaridade fosse implementada sob sua pressão. Ao invés de esgotar todas as possibilidades e capacidades do setor público para depois recorrer aos serviços privados, ocorre o contrário, o Estado passou a ser o principal comprador e consumidor do setor privado.

Dessa forma, a complementaridade é assegurada pela CF e trata da parceria pública e filantrópica privada que é feita através de convênios e contratos com o intuito de complementar os serviços ofertados pelo setor público, quando este for insuficiente para atender as necessidades do SUS, mas o que se apresenta é uma nítida inversão de investimentos do fundo público da saúde para o setor privado contratado ou conveniado. É a complementaridade às avessas, isto é, o setor privado que deveria atender de forma complementar, assumiu centralidade no setor público.

É nessa direção que se fortalecem as OSs, OSCIPs e fundações, ao celebrar contratos de gestão com o poder público, tendo direito a dotações orçamentárias, expressando o projeto de redução do aparelho do Estado. Em síntese, esses “novos modelos de gestão” representam a adoção do pacote neoliberal em detrimento da lógica de uma gestão pública, em que o investimento público é destinado ao setor público e gerido por entes públicos.

Segundo Andreazzi e Bravo (2014) as normatizações que criam e qualificam essas instituições não foram realizadas sem resistências da sociedade. No âmbito do judiciário diferentes ações questionaram a legalidade das OSs, como foi o caso da ação ajuizada no



Supremo Tribunal Federal arguindo a constitucionalidade na Lei dessas organizações (ADI 1.923/98), além de enfrentamentos da sociedade civil e dos trabalhadores da saúde no que diz respeito a sua implementação.

A jurisprudência brasileira não está isenta de contradições. Perim (2014) apresenta as experiências de diferentes estados no Brasil (São Paulo, Maranhão, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Paraná) acerca das (in) constitucionalidades nas gestões que querem interpretar o princípio da complementaridade da participação com uma perspectiva favorável ao setor privado. A natureza social dos objetivos das OSs (Lei nº 9.637/98) possuem alguns limites e contradições que perpassam vários âmbitos como, por exemplo, os contratos de gestão, a seleção de pessoal, a condução da qualificação, as parcerias público-privadas em detrimento das atividades próprias, típicas e fundamentais do Estado.

A autora chama atenção para o papel que o poder judiciário exerce na interpretação das leis, o impacto que pode gerar as necessidades coletivas, haja vista que não se restringe apenas a análise e conceituação das leis, mas uma análise democrática de sua origem e conteúdo.

O Poder Judiciário, embora não se limite a mero aplicador da “letra da lei”, não deve investir-se de um poder tão amplo na interpretação da lei, a ponto de comprometer a legitimação de todo o sistema, interpretando a norma jurídica à revelia da lei. Deve, antes, basear-se no substrato legitimador do texto legal, no seu lastro social, e é sobre tais bases que se pretende assentar a interpretação acerca dos limites constitucionais à participação privada de aplicação do modelo de OSs no SUS (PERIM, 2014, p.58).

Além das OSs, foram instituídas pela Lei nº 9.790/99 (alterada pela Lei nº 10.539/02) as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) que qualificou como OSCIP pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, que tenham finalidade pública e seja observado o princípio da universalidade dos serviços (BRASIL, 1999).

As OSs assim como as OSCIPs possuem diversas semelhanças, a ponto de até confundi-las. Ambas são pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, com previsão legal de celebração de um termo de parceria com o Poder Público e se beneficiam intimamente do Estado por meio de repasses públicos para fomento e execução de suas atividades. No entanto, existem algumas particularidades que as diferenciam.

As OSs recebem delegação para a gestão de serviço público, enquanto as OSCIPs se voltam para o desempenho de atividades de natureza privada, que mesmo não sendo serviço público, contempla as necessidades coletivas (BRASIL, 1999; BARRETO, 2005; PERIM, 2014). Outra divergência entre essas entidades diz respeito à sua vinculação com o Estado.



Para as OSs o instrumento que traduz o vínculo com o Estado é o Contrato de Gestão, para as OSCIPs, o Termo de Parceria.

O Contrato de Gestão é o fundamento básico da existência das OSs, cuja principal finalidade é absorver órgãos públicos extintos e prestar atividade de interesse público mediante variadas formas de fomento pelo Estado (ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde).

Para Moraes et al (2018), a atribuição de não-lucratividade das entidades do “terceiro setor” não pode ocultar seus interesses econômicos que são materializados por meio de isenção de impostos e subsídios estatais, bem como a possibilidade de altos salários aos seus corpos diretivos.

Além disso, as autoras ressaltam as vantagens das OS sobre outras formas de organizações estatais. Por adquirirem a condição de direito privado, gozam de uma autonomia administrativa mais ampla do que aquela possível por dentro do Estado, expressando entre outras vantagens, a possibilidade de contratar funcionários nas condições do mercado, elaborar normas próprias para compras, contratos e flexibilidade na execução orçamentária.

Pereira (2012) afirma que nos anos 2008 e 2009 os hospitais que tiveram gestão por OSs custaram aos cofres do Estado de São Paulo, cerca de 50% a mais que os hospitais que eram administrados diretamente pelo poder público. Em pesquisa realizada por Contreiras e Matta (2015) mostra que grande parte dos ajustes regulando a privatização da gestão não eram contratos de gestão, e sim convênios. O convênio utilizado na administração pública é um instrumento de fomento a uma entidade privada que realiza atividade de interesse público com sua estrutura e pessoal. Os convênios reconfigurados se assemelham aos contratos de gestão pela delegação de equipamento público ao setor privado.

A prefeitura de São Paulo utilizou a modalidade convênio como estratégia para efetivar a privatização da saúde antes de aprovar a lei municipal. As OSs do estado de São Paulo utilizaram o convênio com entidades que não puderam se qualificar como OS por ausência de algum requisito legal, o que conseqüentemente exigiria morosidade no processo de mudança de estatuto (PAIM, 2009).

No que se refere às fontes oficiais de informações, como por exemplo, o CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde) os dados não estão em consonância com a realidade, registrando um número muito menor de unidades de saúde gerenciadas por OSs em alguns estados brasileiros, como é o caso do estado do Rio de Janeiro que em 2014 já estava com mais de 40 unidades sob a gestão de OS sem constar no site.



Segundo Santos (2014) constata-se a incoerência dos dados apresentados, a “falha” na alimentação das fontes de dados oficiais do governo, falta de transparência pelas secretarias de saúde, que vai contra a lei de acesso à informação (nº 12.527, de 2011) e à Portaria nº 3.462, de 2010, do Ministério da Saúde, que preconiza o dever dos gestores de manterem seus dados atualizados junto às bases de dados do referido ministério.

Esses projetos que visam transformar o modelo de gestão das políticas sociais estão alinhados ao mercado privado e segue as recomendações dos agentes financeiros internacionais, ao ressaltarem a ineficiência do setor público, introduz modalidades privatizantes que tem o objetivo central de acumulação do capital financeiro internacional, em detrimento de políticas universais.

4. CONCLUSÃO

O Estado brasileiro, que deveria cumprir as funções de coordenar, financiar e executar as políticas públicas segue o modelo de administração pública gerencial que foi proposto pelo MARE, desde o governo de FHC, com as propostas de enxugamento do Estado, a partir das parcerias público-privadas, gestão não exclusiva do Estado, livre mercado.

A lógica da gestão privada é destruir um conjunto de direitos sociais, ao flexibilizar os direitos dos trabalhadores do serviço público, ao transferir a execução das políticas sociais de saúde e educação para entidades de direito privado, inviabilizam o controle social e submetem a produção de conhecimento e a formação de trabalhadores da saúde aos interesses mercantis em prejuízo das reais necessidades da população. As OSs são resultado da contrarreforma do Estado que combina redução de direitos sociais com fortes tentativas de anular as possibilidades de luta e organização política da classe trabalhadora.

Os projetos privatizantes têm avançado no cotidiano das áreas de saúde no Brasil e contribuído para o caráter excludente e focalizado da assistência, trazendo obstáculos para garantir um sistema de saúde universal, público e democrático, haja vista que estes “novos” modelos de gestão visam reduzir o papel do Estado para ampliar o campo de atuação do capital. Existem diferenças significativas entre os distintos modelos de privatização, mas todos expressam uma característica comum, apresentam-se como “parcerias” com o Estado.

É importante ressaltar que as resistências do povo organizado contra o projeto do capital vêm dificultando a entrega integral da gestão do SUS para setores não estatais. As resistências ao processo de privatização da saúde se manifestam de diversas formas, como

os conselhos e conferências que deliberam contra as formas de terceirização na saúde e em defesa do que está garantido na Lei 8.080/90.

De maneira mais combativa, as lutas em defesa do sistema único de saúde vêm se realizando através dos fóruns locais de saúde, fóruns estaduais, que já totalizam 20 em todo o país e a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, composta por movimentos sociais, sindicatos, partidos políticos, universidades e tem como princípio fundamental a defesa do SUS 100% público, estatal e de qualidade e uma posição contrária à privatização da saúde, por meio de mobilizações, atos, produção de coletâneas, seminários, articulação junto aos trabalhadores, cartas abertas que chama a população para a defesa do SUS e para o combate aos modelos privatizantes em curso na política de saúde.

Por isso, considera-se necessário resistir aos interesses do capital na saúde que desmontam o SUS e afastam a possibilidade de efetivação dos princípios da Reforma Sanitária. Trabalhadores e usuários da saúde pública poderão discutir e agir de forma coletiva sobre os rumos de uma política pública, universal e de qualidade, e ressaltando a necessidade de um novo projeto societário que atenda aos reais interesses e necessidades da classe trabalhadora, onde a política de saúde e a vida não sejam negociadas e mercantilizadas.

REFERÊNCIAS

- ANDREAZZI, M. F. S. **O seguro saúde privado no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.
- BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **A Reforma administrativa do sistema de saúde**, Caderno MARE, v. 13. Brasília (DF), 1995.
- BRAVO, M. I.; ANDREAZZI, F. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 3, p. 499-518, set.-dez. 2014.
- CONTREIRAS, H.; MATTA, G. Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, fev. 2015.
- ESCOREL, S; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 333-384, 2008.
- MORAIS, H. M. M. et al. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2018000105017&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em 02 jan. 2020.
- PAIM, J. S. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: **Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. (Org.) MATTA, G, C. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008.
- _____. **O que é o SUS?** (Coleção Temas em Saúde). Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
- PEREIRA, V. L. A privatização da saúde através das Organizações Sociais (OSs). **Esquerda Marxista**, São Paulo, 25 jun. 2012. Disponível em: . Acesso em: 02 jan. 2020.
- PERIM, M. C. M. **Organizações Sociais e a diretriz da complementariedade: desafios da participação social na saúde**. Curitiba, PR: CRV, 2014.
- RODRIGUES NETO, E. A via do parlamento. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997, p. 63- 91.
- SANTOS, V. **As Organizações Sociais e a privatização do SUS no contexto de contrarreformas do estado brasileiro**. 2014. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Alagoas, Sergipe, 2014.
- SOUSA, A. M. C. **O público e o privado no sistema de saúde em Mossoró- RN: as contradições para efetivação da universalidade**. Tese (Doutorado em Serviço Social)- Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013.

EXERCÍCIO PROFISSIONAL EM SERVIÇO SOCIAL NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS (HUS): AS PRODUÇÕES TEÓRICAS DOS ENCONTROS NACIONAIS DE PESQUISADORES (AS) EM SERVIÇO SOCIAL (ENPESS)

Marisa Camargo (Universidade Federal De Santa Catarina); Hélder Boska De Moraes Sarmento (Universidade Federal De Santa Catarina); **Sabrina Neves De Menezes** (Universidade Federal De Santa Catarina); Leonardo Moura Da Silva (Universidade Federal De Santa Catarina); Mayara Manes Tioquetti (Universidade Federal De Santa Catarina)

RESUMO: O presente artigo tem como delimitação temática o exercício profissional em Serviço Social nos hospitais universitários. Trata-se de um recorte do estudo exploratório, baseado em pesquisa bibliográfica e documental, abordagem qualitativa e referencial teórico crítico, sobre as particularidades do exercício profissional em Serviço Social no espaço universitário. Na análise de conteúdo temática, das 23 produções teóricas localizadas nos Anais do Encontro Nacional de Pesquisadores (as) em Serviço Social (ENPESS) (2008-2018), identificou-se que o exercício profissional nos hospitais universitários enfoca a atenção à saúde e a residência integrada multiprofissional em saúde. Nessa perspectiva, os hospitais universitários emergem como espaço privilegiado de produção de conhecimento e reflexões acerca do exercício profissional e majoritário de inserção profissional no espaço universitário.

Palavras-chave: Serviço Social. Exercício Profissional. Hospital Universitário. Alta Complexidade em Saúde. Espaço Universitário.

ABSTRACT: This article has thematic delimitation of professional practice in Social Work at university hospitals. This is an excerpt from the exploratory study, based on bibliographical and documentary research, a qualitative approach and critical theoretical framework, on the particularities of professional practice in Social Work in the university space. In the analysis of thematic content, of the 23 theoretical productions located in the Proceedings of the National Meeting of Researchers in Social Work (ENPESS) (2008-2018), it was identified that professional practice in university hospitals focuses on health care and health multiprofessional integrated health residency. In this perspective, university hospitals emerge as a privileged space for the production of knowledge and reflections on the professional and majority exercise of professional insertion in the university space.

Keywords: Social Work. Professional Exercise. University Hospital. High Complexity in Health. University Space.

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o Serviço Social teve um crescimento teórico-prático importante na direção de um caminho de consolidação política, marcado pela explicitação de uma perspectiva teórica crítica e fundada na historicidade das relações sociais e de produção nas sociedades capitalistas contemporâneas. Contudo, percebe-se que as pesquisas recentes intensificaram seus estudos na direção predominante de conteúdos referentes a aspectos estruturantes da sociedade, do Estado e da política social.

Se por um lado, essa direção ampliou a visão crítica e histórica da profissão na sociedade de classes, por outro lado, trouxe avanços concretos insuficientes acerca das dimensões institucionais e cotidianas dos objetos de intervenção e do exercício profissional. Yazbek (2005, p.155), corrobora que:

[...] Uma das questões cruciais do Serviço Social é o descompasso entre nossa apreensão mais ampla da realidade, fundamentada em referenciais ontológicos totalizantes, que nos permite uma apropriação do movimento mais geral da sociedade e o nosso exercício concreto da profissão, em seu tempo miúdo, com homens concretos, inseridos em processos e dinâmicas singulares.

Não obstante, essas conquistas teóricas e políticas apresentam lacunas que podem ser traduzidas em descompassos presentes também na pesquisa. Esse descompasso, muitas vezes, acaba por refletir na incapacidade de se trabalhar a universalidade contida no singular e na ausência de estabelecimento dos vínculos e das mediações da compreensão teórico-metodológico da realidade para as situações singulares que perpassam o exercício profissional cotidiano (YAZBEK, 2005).

No caminho dessas conquistas históricas, o Grupo de Estudos e Pesquisas em Serviço Social (GEPSS) vinculado aos Cursos de Graduação e Pós-Graduação em Serviço Social do Centro Socioeconômico (CSE) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), criado em 2009, vem avançando na direção da reconstrução de caminhos teóricos e políticos face às lacunas evidenciadas a partir do movimento histórico da profissão. Nessa perspectiva, a pesquisa proposta é resultado das preocupações e questões formuladas pelo grupo de pesquisadores acerca da produção do conhecimento para a formação e o exercício profissional em Serviço Social, vinculando-se à linha de pesquisa “exercício profissional na contemporaneidade” (GEPSS, 2019) e à linha de pesquisa “Serviço Social, ética e formação profissional” do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (UFSC, 2019).

A aproximação com a realidade, numa perspectiva de totalidade, pressupõe retomar a configuração sócio histórica do exercício profissional em Serviço Social nas políticas de

saúde, com destaque para os Hospitais Universitários (HUs). Estes, são entendidos como a interação entre ensino, pesquisa e assistência (ARAÚJO; LETA, 2014) e espaço em que historicamente se materializa o exercício profissional em Serviço Social. Nessa perspectiva, as reflexões aqui apresentadas são um recorte dos resultados parciais da pesquisa intitulada “Exercício profissional em Serviço Social no espaço universitário” e tem como objetivo fazer uma análise preliminar das produções teóricas sobre o exercício profissional em Serviço Social nos HUs, localizadas nos Anais do Encontro Nacional de Pesquisadores (as) em Serviço Social (ENPESS), nas edições realizadas no período de 2008 a 2018.

O artigo proposto encontra-se estruturado da seguinte forma: considerações introdutórias, percurso metodológico da pesquisa, análise preliminar dos resultados parciais encontrados e considerações finais. Para finalizar, são listadas as referências utilizadas.

2. PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA

Num movimento de sucessivas aproximações e indagações à realidade, a pesquisa se caracteriza como uma ação histórica, inacabada e permanente, que possibilita a vinculação entre a ação e o pensamento (MINAYO, 2004). Dessa forma, a formulação do problema de pesquisa “*quais as particularidades do exercício profissional em Serviço Social na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)?*” com o objetivo geral de “*identificar as particularidades do exercício profissional em Serviço Social na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)*” permitiram um delineamento inicial do percurso metodológico. Para tanto, considerou-se pertinente o caráter exploratório, a pesquisa bibliográfica e documental com abordagem qualitativa e o aporte teórico-metodológico fundamentado no método dialético e suas categorias: historicidade, totalidade e contradição.

O estudo do tipo exploratório “[...] permite ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema” [...] (TRIVIÑOS, 1987, p. 109), sendo indicado quando o tema escolhido ainda não foi suficientemente explorado (SEVERINO, 2000). Permite aprofundar conceitos preliminares, reunir conhecimento, incorporar características e buscar novas dimensões sobre a temática em pauta.

A finalidade da abordagem qualitativa, segundo Gaskell (2004, p.68), não é contar opiniões ou sujeitos, mas explorar “[...] as diferentes representações sobre o assunto em questão”. A pesquisa bibliográfica tem como finalidade o contato com as produções existentes sobre determinado tema e abrange toda bibliografia já tornada pública em relação a ele, como:

livros, teses, dissertações, monografias, artigos científicos, publicações periódicas, fontes *online*, das quais serão selecionadas as de relevada importância para subsidiar a análise da temática proposta (MARCONI; LAKATOS, 2002). A pesquisa documental assemelha-se à bibliográfica, tendo como diferença as fontes de coleta de dados, que podem ser documentos escritos ou não (GIL, 2008). Diante disso, a pesquisa bibliográfica e documental com abordagem qualitativa diz respeito ao:

a) Conjunto de produções teóricas sobre o exercício profissional em Serviço Social no espaço universitário, localizadas nos Anais do Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS) e do Encontro Nacional de Pesquisadores (as) de Serviço Social (ENPESS), no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), e publicadas na Revista Katálysis, na Revista Serviço Social & Sociedade e na Revista Temporalis, no período de 2008 a 2018.

b) Conjunto de produções teóricas sobre o exercício profissional em Serviço Social nos diversos espaços sócio-ocupacionais da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), considerando as informações disponíveis sobre a ação profissional dos (as) assistentes sociais no ano de 2019.

Para proceder à coleta de dados nas fontes secundárias selecionadas, construiu-se um instrumento que consiste em um roteiro composto de tópicos que articulam as questões norteadoras, discutido e validado coletivamente pela equipe de pesquisa durante o primeiro semestre do ano de 2019, contemplando: a ação profissional dos (as) assistentes sociais, as expressões do objeto de intervenção profissional e os fundamentos teórico-metodológicos relativos ao exercício profissional em Serviço Social no espaço universitário. O material de pesquisa constituirá o *corpus* de análise (BARDIN, 1977), cujo conteúdo será disposto em um quadro analítico com as informações ordenadas sequencialmente.

As informações qualitativas da pesquisa serão submetidas à análise de conteúdo proposta por Bardin (1977, p. 42), “[...] conjunto de técnicas de análise de comunicação, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens”. Considerando-se os cortes possíveis, optou-se pela análise de conteúdo temática.

Na análise de conteúdo temática “[...] a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso” (MINAYO, 2004, p. 209). Assim, a análise temática permitirá ampliar os conhecimentos do conteúdo das produções teóricas pesquisadas sobre o objeto de estudo, mediadas pelo referencial teórico

da área de Serviço Social. Por sua vez, os dados passíveis de quantificação serão submetidos à análise estatística simples e representados por meio de quadros, gráficos e/ou tabelas.

De acordo com o disposto na Resolução n. 466 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) deve-se “assegurar aos sujeitos da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa” (BRASIL, 2012, p. 04). Apesar da incidência da pesquisa bibliográfica e documental não recair diretamente sobre seres sociais, reafirma-se o compromisso ético-político profissional do Serviço Social em socializar os resultados parciais encontrados na pesquisa até o presente momento, que consistem na análise preliminar das produções teóricas sobre o exercício profissional em Serviço Social nos hospitais universitários, localizadas nos Anais do ENPESS, nas edições realizadas no período de 2008 a 2018.

3. ANÁLISE DOS RESULTADOS PARCIAIS ENCONTRADOS

Os resultados parciais encontrados na pesquisa dizem respeito à coleta de dados realizada durante os anos de 2018 e 2019 nos Anais do Encontro Nacional de Pesquisadores (as) de Serviço Social (ENPESS), importante evento da categoria profissional dos (as) assistentes sociais promovido pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) e pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). Inicialmente, para selecionar as produções teóricas sobre o exercício profissional em Serviço Social no espaço universitário nessa fonte secundária de coleta de dados, adotou-se o corte histórico de 2008 a 2018.

Para proceder à coleta de dados nos anais de cada uma das edições do evento, utilizou-se um conjunto de palavras-chave pré-definidas pelo grupo de pesquisadores, relativas a dois eixos: a) *espaço sócio ocupacional*, e, b) *exercício profissional*. Para uniformizar a metodologia de coleta de dados nas demais fontes secundárias da pesquisa, delimitaram-se alguns procedimentos: a) primeira busca com utilização da ferramenta do próprio aplicativo dos anais, inserindo as palavras-chave relativas ao *espaço sócio ocupacional*; b) leitura dos títulos e resumos de cada produção teórica das listas geradas pela ferramenta de busca do próprio aplicativo dos anais, buscando identificar as palavras-chave relativas ao *exercício profissional*; c) constituição de planilha no Programa *Excel for Windows*, contendo os títulos, autores, resumos e palavras-chave das produções teóricas selecionadas e aquelas que permitiram localizá-las por meio da ferramenta de busca do próprio aplicativo dos anais; e) disposição das produções teóricas que atenderam aos critérios de busca, em



pastas de arquivos por edição e fonte secundária de coleta de dados, para facilitar a localização e posterior análise.

Utilizando-se desses procedimentos, para o presente artigo, procedeu-se um recorte dos resultados parciais encontrados na pesquisa até o presente momento. Para tanto, tomou-se como foco desta análise preliminar, as produções teóricas sobre o exercício profissional em Serviço Social, tendo como espaço sócio-ocupacional os hospitais universitários.

Na 11ª edição do ENPESS, realizada no período de 1º a 6 de dezembro de 2008, no Rio Poty Hotel em São Luís/MA, com o tema: “Trabalho, políticas sociais e projeto ético-político profissional do Serviço Social: resistência e desafios” foram recomendados 852 trabalhos, sendo os trabalhos vinculados a comunicação oral e pôster organizados em quatro núcleos temáticos: fundamentos do Serviço Social; formação profissional e o processo interventivo do Serviço Social; questão social e trabalho; política social. Nessa edição, foram localizadas 05 produções teóricas referentes ao exercício profissional no espaço universitário, das quais 03 discutiam sobre a inserção dos (as) assistentes sociais nos HUs, com predominância da atuação junto às equipes multidisciplinares de saúde. As demais produções teóricas abordavam temas referentes ao exercício profissional na assistência estudantil.

Na 12ª edição do ENPESS, realizada no período de 6 a 10 de dezembro de 2010, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) em Rio de Janeiro/RJ, com o tema: “Crise do capital e produção do conhecimento na realidade brasileira: pesquisa para quê, para quem e como” foram inscritos e aprovados 1293 trabalhos, organizados em sete núcleos temáticos: trabalho, questão social e Serviço Social; política social e Serviço Social; Serviço Social: fundamentos, formação e trabalho profissional; movimentos sociais e Serviço Social; questões agrária, urbana, ambiental e Serviço Social; classe social, gênero, raça/etnia, geração, diversidade sexual; ética, direitos e Serviço Social. Nessa edição, foram localizadas 06 produções teóricas, das quais 04 sobre o exercício profissional nos HUs com enfoque em: formação continuada, capacitação de servidores técnicos e administrativos, assessoria e inserção nas equipes que tratam pessoas com HIV/AIDS. As demais produções teóricas se referiam ao trabalho desenvolvido na assistência estudantil e em incubadoras tecnológicas e empreendimentos solidários.

Na 13ª edição do ENPESS, realizada no período de 5 a 9 de novembro de 2012, na Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) em Juiz de Fora/MG, com o tema: “Serviço Social, acumulação capitalista e lutas sociais: o desenvolvimento em questão” foram aprovados 1343 trabalhos, organizados nos mesmos núcleos temáticos da edição de 2010. Nessa edição, foram localizadas 05 produções teóricas, das quais 02 tratavam sobre o

exercício profissional nos HUs, com destaque para uma produção sobre a preceptoria na residência integrada multiprofissional em saúde. As demais produções compreendiam o trabalho desenvolvido na assistência estudantil.

Na 14ª edição do ENPESS, realizada no período de 30 de novembro a 5 de dezembro de 2014, na Universidade Federal de Rio Grande do Norte (UFRN) em Natal/RN, com o tema: “Lutas sociais e produção do conhecimento: desafios para o Serviço Social no contexto da crise do capital” foram aprovados 1098 trabalhos, organizados nos mesmos núcleos temáticos das edições de 2010 e 2012. Nessa edição, foram localizadas 03 produções teóricas, das quais uma sobre o exercício profissional na residência integrada multiprofissional em saúde e as demais sobre o trabalho na assistência estudantil.

Na 15ª edição do ENPESS, realizada no período de 4 a 9 de dezembro de 2016, no Centro de Convenções de Ribeirão Preto em Ribeirão Preto/SP, com o tema: “20 anos de Diretrizes Curriculares, 70 anos de ABEPSS e 80 anos de Serviço Social” foram inscritos 917 trabalhos, porém, não foi possível identificar os núcleos temáticos das produções, pois, não havia esta informação na plataforma de dados deste encontro, assim, o acesso se deu somente pela busca de palavras chaves. Nessa edição, foram localizadas 10 produções teóricas, das quais 05 sobre o exercício profissional nos HUs, com destaque para o trabalho desenvolvido na residência integrada multiprofissional em saúde, condições e relações de trabalho a partir da implantação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e atendimentos direcionados aos lesionados medulares. As demais produções teóricas versavam sobre o trabalho na assistência estudantil.

Na 16ª edição do ENPESS, realizada no período de 2 a 7 de dezembro de 2018, no Centro de Convenções de Vitória/ES e na Universidade Federal do Espírito Santo (Campus Goiabeira), com o tema: “Em tempos de radicalização do capital, lutas, resistências e Serviço Social” foram inscritos 917 trabalhos, organizados em sete núcleos temáticos: trabalho, questão social e Serviço Social; política social e Serviço Social; Serviço Social: fundamentos, formação e trabalho profissional; movimentos sociais e Serviço Social; questões agrária, urbana, ambiental e Serviço Social; classe social, gênero, raça/etnia, geração, diversidade sexual; ética, direitos e Serviço Social. Nessa edição, foram localizadas 13 produções teóricas, das quais 08 sobre o exercício profissional nos HUs, destacando-se o trabalho desenvolvido a partir da implantação da EBSERH, nas equipes multidisciplinares para atendimento de pessoas transexuais, crianças e adolescentes vítimas de violência, em casos de demandas frente à precarização dos investimentos do Estado, perfil socioeconômico dos



usuários, preceptoria e plantão. As demais produções teóricas referiam-se ao trabalho na assistência estudantil.

Conforme as informações apresentadas, na atual etapa de coleta de dados nos Anais dos Encontros Nacionais de Pesquisadores (as) em Serviço Social (ENPESS), foram localizadas 42 produções teóricas sobre o exercício profissional em Serviço Social no espaço universitário, referentes ao período de 2008 a 2018, das quais 23 tratavam sobre o trabalho dos (as) assistentes sociais nos HUs, com foco na atenção à saúde e na residência integrada multiprofissional. Também se observou, a partir das produções de 2016, a emergência de análises referentes aos impactos da EBSEH, destacando-se tanto a precarização dos hospitais universitários quanto do trabalho dos (as) assistentes sociais.

[...] Uma situação exemplar tem acontecido no Brasil com os Hospitais Universitários (HUs). Não poucas vezes, os HUs foram caracterizados pela Organização Mundial da Saúde e por gestores brasileiros como instituições crescentemente inadaptadas à realidade do setor saúde e às mudanças em curso nos sistemas de saúde (MEDICI, 2001). Em nosso entender essa inadaptação foi construída num processo de desfinanciamento e sucateamento por quase 20 anos e culminou numa crise, que para sua solução o governo federal criou a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH)¹. Tal solução se contrapõe as conquistas democrático-populares brasileiras no âmbito da saúde e da educação dos anos de 1980, no qual os HUs possuem relevante papel de formar profissionais para o Sistema Único de Saúde (SUS). (KRÜGER; MORAES; SOBIERNSKI, 2020, p. 153).

Para proceder e aprofundar as análises das produções teóricas selecionadas, o grupo de pesquisadores (as) desenvolveu um roteiro de coleta de dados para ser utilizado em todas as fontes secundárias da pesquisa. Este roteiro foi elaborado e testado tendo em vista a necessária uniformização do processo de coleta de dados. Após a aprovação e a testagem pelo grupo de pesquisadores (as), elaborou-se um formulário de coleta no *Google Forms* baseado nesse roteiro, o qual vem funcionando como banco de dados da pesquisa.

Dessa forma, tendo em vista atingir os objetivos da pesquisa, as informações definidas pelo grupo de pesquisadores (as) para serem coletadas e submetidas a posterior análise de conteúdo temática, contemplaram os seguintes núcleos temáticos:

a) Caracterização da produção teórica: fonte secundária de coleta de dados estabelecida no projeto de pesquisa, ano da produção, quantidade de autores (as), tipo de produção, subdividida em: relato de experiência, pesquisa teórica, pesquisa empírica e outros

b) Caracterização da instituição: identificação da categoria institucional dos (as) autor (as), sendo subdividido em: professor (a), estudante de graduação ou pós-graduação e profissional. Além disso, a instituição de vinculação dos (as) autores (as) e a instituição objeto de análise. Também, a categoria administrativa da instituição objeto de análise, subdividida



em: pública federal, estadual ou municipal, comunitária, privada. Por fim o espaço sócio-ocupacional abordado na produção teórica.

c) Política social abordada na produção teórica: análise dos pesquisadores (as) sobre a identificação das políticas sociais apresentadas, com coleta de citação direta e análise.

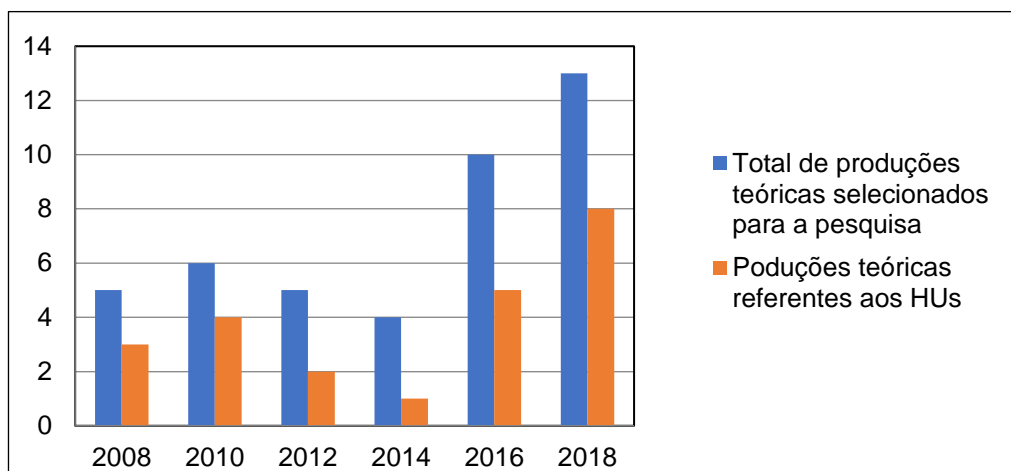
d) Exercício profissional em Serviço Social: ações desenvolvidas pelo (as) assistentes sociais e sua identificação pelos (as) autores (as), com citação direta e análise preliminar. Além disso, a identificação das expressões da questão social evidenciadas na produção teórica.

e) Fundamentos teórico-metodológicos: fundamentos teórico-metodológicos identificados, acompanhados de citação direta e análise preliminar, bem como observações gerais.

Além disso, foram construídas as referências completas de todas as produções teóricas selecionadas para a pesquisa, identificando-se cada uma delas por seus códigos para facilitar a posterior localização. Ao observar o conjunto de produções teóricas selecionadas, a partir da coleta nos Anais do ENPESS, nas edições do período de 2008 a 2018, observou-se a predominância de discussões sobre o espaço sócio-ocupacional dos hospitais universitários, representando 55% das 42 produções teóricas acerca do exercício profissional em Serviço Social no espaço universitário, destacando-os como espaço privilegiado de produção de conhecimento e reflexões acerca do exercício profissional e majoritário de inserção profissional dos (as) assistentes sociais no espaço universitário.

No Gráfico 1 abaixo, pode-se observar que no conjunto de produções teóricas das edições referentes ao período de 2010 a 2014 houve uma expressiva queda no quantitativo de trabalhos sobre os HUs. No entanto, a partir da edição de 2016, constata-se um expressivo aumento do quantitativo de produções teóricas sobre o exercício profissional em Serviço Social no espaço universitário, assim como referente ao espaço sócio-ocupacional dos HUs.

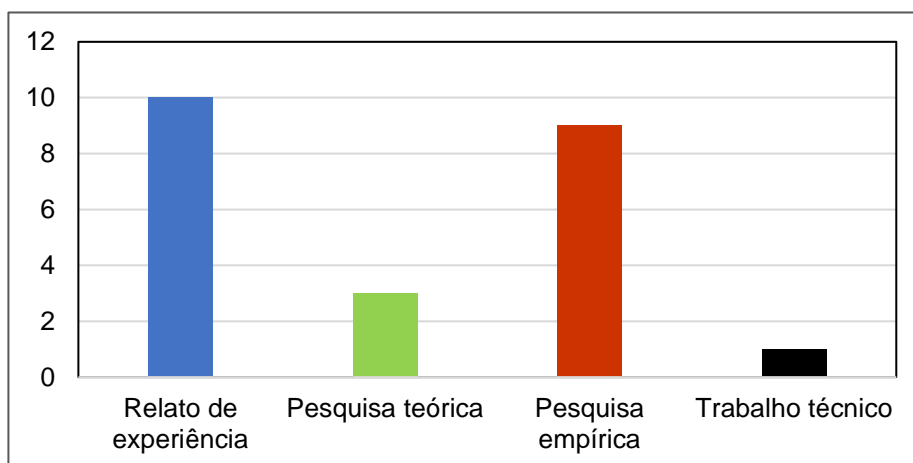
Gráfico 1 – Total de produções teóricas do ENPESS selecionadas para a pesquisa e referentes aos HUs (2008-2018)



Fonte: elaborado pelos (as) autores (as).

Os hospitais universitários se constituem em hospitais-escolas que integram ensino, pesquisa, atenção e gestão em saúde, com foco na integralidade da atenção e no trabalho multiprofissional e interdisciplinar em saúde. Martinelli (2002) considera a pesquisa como “efetivamente indispensável” nos hospitais universitários, enquanto elemento de prática profissional crítica. Não obstante ao pressuposto da autora, no Gráfico 2, observa-se um expressivo número de produções teóricas sob o formato de relato de experiência e pesquisas empíricas. Também, identifica-se a produção técnica como a menos expressiva em termos de número de produções teóricas localizadas.

Gráfico 2 – Tipo de produção teórica sobre o exercício profissional em Serviço Social nos HUs localizadas no ENPESS (2008-2018)

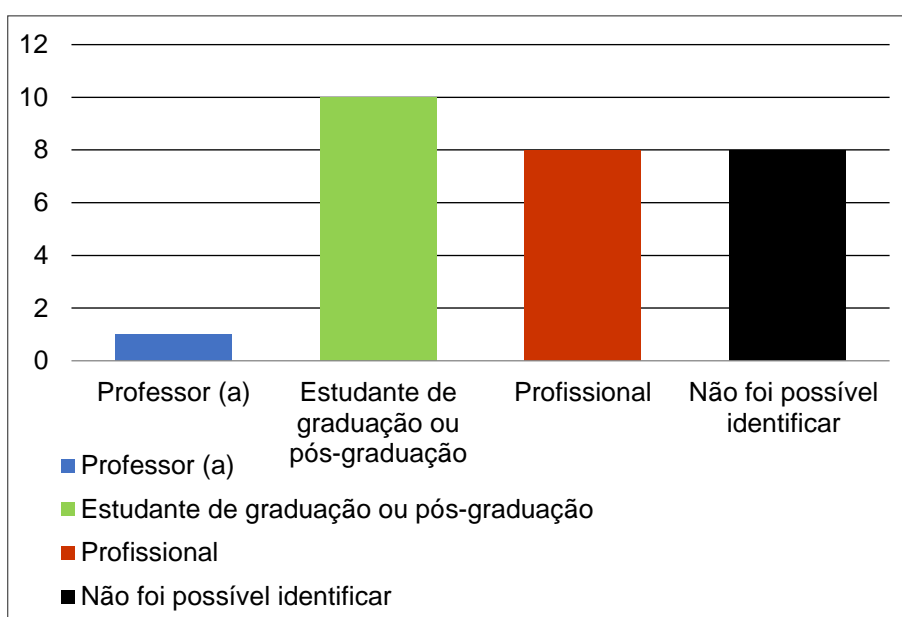


Fonte: elaborado pelos (as) autores (as).

Outra informação coletada foi acerca da categoria profissional dos (as) autores (as), conforme Gráfico 3 abaixo. Ao analisar os dados coletados e estabelecidos previamente, a

categoria *Professor* apresentou a menor expressão. Acredita-se que esse resultado pode apresentar relação com o recorte analítico adotado pelo grupo de pesquisadores (as) nos procedimentos de coleta de dados da pesquisa, quando optou-se pela exclusão da docência em Serviço Social no espaço universitário para seleção das produções teóricas. A categoria *Estudante de graduação ou pós-graduação* aparece de forma expressiva, o que reforça o caráter de hospital escola, além da ascensão das residências multiprofissionais integradas em saúde, espaço sócio-ocupacional em Serviço Social nos hospitais universitários.

Gráfico 3 – Categoria institucional dos (as) autores (as) das produções teóricas sobre o exercício profissional em Serviço Social nos HUs localizadas no ENPESS (2008-2018)



Fonte: elaborado pelos (as) autores (as)

Evidenciou-se ainda, a emergência de diversas produções teóricas integrando ambas as categorias profissionais, bem como outras com informações insuficientes, o que prejudicou a identificação da categoria profissional dos (as) autores (as) na análise dos dados encontrados na pesquisa. Além disso, constatou-se um expressivo número de autores (as) categorizados (as) como *Profissional* na categoria institucional dos (as) autores (as) das produções teóricas. Ademais, na leitura e análise preliminar das produções teóricas selecionadas para a pesquisa, observaram-se fragilidades e ausência de informações básicas na produção textual ainda que, considerando a generalizada precarização do trabalho profissional na sociedade capitalista contemporânea, o gráfico acima permite inferir o esforço da categoria profissional em socializar as experiências vivenciadas no exercício profissional desenvolvido nos diversos espaços sócio-ocupacionais do espaço universitário.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não obstante à insuficiente produção teórica acerca das particularidades do exercício profissional em Serviço Social nos diversos espaços sócio ocupacionais, acredita-se que a pesquisa desenvolvida pelo grupo de pesquisadores (as) contribuirá na ampliação do arsenal teórico e bibliográfico disponíveis à categoria profissional sobre o exercício profissional no espaço universitário e, em particular, nos hospitais universitários Nesse sentido, reafirma-se o compromisso ético-político profissional dos pesquisadores (as) envolvidos na pesquisa com a publicização da totalidade dos resultados encontrados na pesquisa.

Ademais, intenciona-se mapear e promover a socialização das experiências vivenciadas no exercício profissional em Serviço Social nos diversos espaços sócio ocupacionais no âmbito universitário, integrando e fortalecendo a articulação da categoria profissional dos (as) assistentes sociais. Destaca-se que a promoção de um seminário envolvendo profissionais de Serviço Social que atuam diretamente no tema delimitado para a pesquisa será a principal estratégia utilizada para o alcance desse resultado.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Kizi Mendonça de; LETA, Jacqueline. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.4, out./dez. 2014, p.1261-1281.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa/Portugal: Edições 70, Ltda, 1977. 225 p.
- BRASIL. **Resolução n. 466**, de 13 de junho de 2012. Trata sobre a pesquisa envolvendo seres humanos no País e atualiza a Resolução n. 196/1996. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: 2012. 12 p.
- GASKELL, George. Entrevistas individuais e grupais. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2004, c. 3, p. 64-89.
- GEPSS. Grupo de Estudos e Pesquisas em Serviço Social. **Diretório de Grupos de Pesquisa**. CNPq, 2019. Disponível em: <<http://dgp.cnpq.br/dgp/espelhogrupo/13166>>. Acesso em: 20 abr. 2019.
- GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- KRÜGER, Tânia Regina; MORAES, Bruna Veiga de Moraes; SOBIERANSKI, Cristiane Borghezán. EBSEH no HU da UFSC: da resistência à gestão pela empresa. **Rev. Katálysis**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 152-164, jan./abr. 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/1982-02592020v23n1p152/42519>>. Acesso em: 02 mar. 2020.
- MARCONI, Maria de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação dos dados**. 5. ed. São Paulo: Atlas S.A., 2002. 282 p.
- MARTINELLI, Maria Lucia. Serviço Social em hospital-escola: um espaço diferenciado de ação profissional. **Serviço Social & Saúde**. Campinas, n. 1, p.1-11, 2002.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2004.
- SEVERINO, Antonio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Cortez, 2000.
- TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas S.A., 1987. 175 p.
- UFSC. Universidade Federal de Santa Catarina. **Área de concentração e linhas de pesquisa**. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Florianópolis, 2019. Disponível em: <<http://ppgss.ufsc.br/pb/area-de-concentracao-e-linhas-2/>>. Acesso em 21. abr. 2019.
- YAZBEK, Maria Carmelita. Os caminhos para a pesquisa no serviço social. **Revista Temporalis**, Recife, Ano V, n. 9, p.147-159, 2005.

ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DO/DA ASSISTENTE SOCIAL NOS CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS

Taciana Lopes Bertholino (UNESP); Fernanda De Oliveira Sarreta (UNESP)

RESUMO: o artigo refere-se a proposta de pesquisa para conclusão do doutorado em Serviço Social. Este estudo se faz necessário visando trazer novos conhecimentos para aprimorar a atuação do/da assistente social nesta área. O objetivo da pesquisa é analisar a realidade brasileira de atuação dos/das assistentes sociais na equipe de cuidados paliativos oncológicos. Para o estudo utilizaremos pesquisa qualitativa mista através do método do materialismo histórico-dialético. Pretendemos com este trabalho proporcionar respaldo científico aos assistentes sociais atuantes nesta área.

Palavras-chave: Serviço Social. cuidados paliativos. atuação profissional

ABSTRACT: the article refers to the research proposal for the conclusion of the doctorate in Social Work. This study is necessary to bring new knowledge to improve the work of the social worker in this area. The objective of this research is to analyze the Brazilian reality of social workers' work in the oncologic palliative care team. For the study we will use mixed qualitative research through the method of historical-dialectical materialism. With this work we aim to provide scientific support to social workers working in this area.

Keywords: Social Work. palliative care. professional performance

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho se refere à proposta de pesquisa para conclusão do doutorado em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista (UNESP – Franca/SP). Pretende-se com esta pesquisa analisar a realidade brasileira de atuação profissional dos/das assistentes sociais na equipe de cuidados paliativos oncológicos com referência nos princípios básicos do Código de Ética Profissional, a fim de compreender como os profissionais lidam com esta área de atuação e como realizam suas abordagens tanto com os usuários quanto com os familiares. Não há intenção de esgotar tal assunto, mas sim encontrar algumas respostas científicas diante do tema levantado.

O foco da pesquisa será o/a assistente social, membro da equipe de cuidados paliativos oncológicos que, diante da equipe profissional possui um papel extremamente importante, devendo se destacar pela suas atribuições profissionais.

Para isso, serão realizados estudos teóricos de temas pertinentes ao assunto, tais como Serviço Social/saúde/câncer/cuidados paliativos/família/morte.

O desejo de realizar esta pesquisa foi instigado pela experiência profissional da pesquisadora, que tem proporcionado uma vivência direta com a atuação de pessoas com câncer em cuidados paliativos. A pesquisadora atua como assistente social na unidade de cuidados paliativos hospitalar e sentiu as dificuldades de atuação diante da equipe e também as barreiras para consolidar a filosofia dos cuidados paliativos. Além disso, observou-se durante sua pesquisa de mestrado que os estudos teóricos abordando esta questão e as referências que tratam sobre a abordagem do Serviço Social na equipe de cuidados paliativos são escassos. O estudo do mestrado levou a várias indagações: como o/a assistente social lida com os cuidados paliativos? Será que ele consegue desempenhar sua especificidade dentro da equipe? Como é a sua atuação profissional nesta área da saúde? Como lidam com a questão da morte? Como realizam suas abordagens com o paciente e com as famílias nos casos de apoio ao luto?

Através destas reflexões veio o desejo de transformar este conhecimento empírico em conhecimento científico para conhecer de maneira sistematizada a realidade de atuação do/da assistente social na equipe de cuidados paliativos, a fim de compreender como os profissionais lidam com esta área de atuação.

2. Os cuidados paliativos

Os cuidados paliativos são uma modalidade de atendimento que têm avançado nos últimos anos, porém as construções literárias envolvendo os aspectos sociais dentro desta área não têm avançado nas mesmas proporções. Esta abordagem busca oferecer cuidados multiprofissional aos pacientes com doenças que ameaçam a continuidade da vida, para que tenham qualidade de vida e uma morte digna

A abordagem em cuidados paliativos possui princípios claros, tais como: alívio da dor, tratar a morte como processo natural, não acelerar e nem adiar a morte, integrar os aspectos psicológicos e espirituais, oferecer condições para que o paciente viva ativamente até a sua morte, incluir os familiares no suporte da equipe e ter uma abordagem multiprofissional (MATSUMOTO, 2012). Sendo assim, trabalhar com os cuidados paliativos e com a proximidade da morte exige da equipe alguns cuidados de natureza bioética, que envolvem procedimentos para tratar da morte com algo natural e sem sofrimento. Estes aspectos englobam conceitos como a distanásia, ortotanásia, eutanásia e suicídio assistido. Para os cuidados paliativos o ideal é a prática da ortotanásia. Mas apesar da abordagem em cuidados paliativos estar focada na equipe, alguns autores apontaram que as decisões visando a aplicação de condutas para uma morte tranquila, ainda estão centralizadas nos médicos e os outros profissionais da equipe não participam destas decisões (BERTHOLINO, 2017).

A equipe precisa oferecer suporte à família, pois ela muitas vezes, participa ativamente nas decisões e nos cuidados com os pacientes, adquirindo uma nova e desgastante rotina. É necessário que haja espaços para resolver questões pendentes entre os familiares e o paciente, reconciliação de mágoas, pois nem sempre quem está doente é amado por todos da família, os vínculos familiares podem estar fragilizados e acreditamos que para uma “boa morte” estas questões precisam ser resolvidas.

A práxis da equipe precisa basear-se nos princípios dos cuidados paliativos e cada membro atuar dentro da sua especificidade, porém numa abordagem interdisciplinar. O/A assistente social faz parte desta equipe, mas será que sua atuação condiz com esta maneira de abordagem?

Diante destas reflexões, buscaremos com este estudo conhecer a realidade da atuação do assistente social na equipe de cuidados paliativos, a fim de compreendermos como estes profissionais lidam com esta área de atuação.

Desejamos com esta pesquisa obter um conhecimento científico que seja útil aos profissionais que trabalham com cuidados paliativos, visando trazer novos conhecimentos para aprimorar a atuação do assistente social nesta área e também proporcionar novos recursos e preparo para enfrentarem tal situação.

3. O Serviço Social na equipe de cuidados paliativos

O/A assistente social é um profissional da área da saúde e segundo Martinelli (2002), a relação do profissional com a área é bastante intensa e histórica, sendo constitutiva de sua identidade profissional.

Contudo pela peculiaridade que se reveste a sua ação interventiva no campo das relações sociais, e pela própria forma de ser de sua identidade, onde se articulam dimensões ético-políticas, teórico-metodológicas e técnico-operativas, o Serviço Social tem uma contribuição essencialmente importante na perspectiva da realização de processos e trabalhos interdisciplinares que tenham por referência os sujeitos sociais com os quais atuamos. (MARTINELLI, 2002, p. 7).

O Serviço Social tem sua atuação voltada para a compreensão e enfrentamento das expressões da questão social, que segundo Iamamoto (2007), são o objeto de trabalho do assistente social. Questão social compreendida como “[...]conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura.” (IAMAMOTO, 2007, p. 27). Os/As assistentes sociais trabalham com vários tipos destas expressões, tais como desemprego, habitação, saúde, entre outras. A autora afirma que questão social é desigualdade e rebeldia, pois envolve quem vive estas desigualdades e também luta se opondo a elas.

No âmbito da saúde, busca atuar “[...] tanto de acordo com os princípios discutidos e preconizados pelos defensores da Reforma Sanitária como pelos dispostos no Código de Ética que rege a profissão.” (SIMÃO et al., 2010, p. 159).

As propostas do Sistema Único de Saúde (SUS) vão de encontro aos princípios do projeto ético-político e com a Lei de Regulamentação da Profissão, que norteiam e orientam a atuação do profissional e “[...] devem ser observados e respeitados, tanto pelos profissionais quanto pelas instituições empregadoras.” (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2014, p. 31). O projeto profissional luta pela efetivação da democracia e da cidadania e isso envolve a busca pela efetivação e ampliação dos serviços públicos universais e de qualidade, com controle por parte da sociedade nos assuntos e decisões que lhe envolve.

Isso é viabilizado pela socialização de informações; ampliação do conhecimento de direitos e interesses em jogo; acesso às regras que conduzem a negociação dos interesses atribuindo-lhes transparência; abertura e/ou alargamento de canais que permitam o acompanhamento da implementação das decisões por parte da coletividade; ampliação de fóruns de debate e de representação, etc. (IAMAMOTO, 2007, p. 143).

Bravo e Matos (2012, p. 45) citam que “[...] o nosso código de ética apresenta ferramentas fundantes para o trabalho dos assistentes sociais na saúde.” Sendo assim, o

trabalho do assistente social guiado pelo projeto ético- político deve impreterivelmente estar vinculado à reforma sanitária.

De acordo com Vasconcelos (2003), o assistente social na saúde é um dos principais articuladores de equipes multiprofissionais; sua prática deve ser voltada para o coletivo, com ações que objetive a ampliação e universalização de direitos, levando a uma transformação que priorize os interesses da maioria. No exercício profissional, a prioridade é a ação projetada e realizada a partir da reflexão sobre o real.

Concordamos com a autora ao afirmar que na saúde cabe aos assistentes sociais: planejar, desenvolver e divulgar os conhecimentos e informações necessárias sobre todos as vertentes históricas e da conjuntura, relacionados à saúde, à participação social e política dos usuários, a partir dos novos conhecimentos que a ciência tem gerado sobre a realidade social. De acordo com o Conselho Federal de Serviço Social (2014), as ações predominantes no Serviço Social são as socioassistenciais, as de atuação interdisciplinar e as intervenções socioeducativas.

O profissional precisa ter clareza do seu papel e de suas atribuições, inclusive junto à equipe de saúde para poder desenvolver ações conjuntas, pois:

O assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde. (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2014, p. 44).

Destarte, o/a assistente social é um/a profissional que dentro do trabalho de cuidados paliativos, ocupa um lugar na equipe e diante dela, deve se destacar pela sua especificidade. Fortalece a defesa da garantia de direitos do paciente e familiares, considerando que os cuidados paliativos têm o objetivo de respeitar a integridade pessoal, dignificando e garantindo que suas necessidades básicas sejam honradas.

De acordo com Souza e Bifulco (2010), as intervenções do Serviço Social com pessoas em tratamento paliativo devem atender as necessidades sociais dos paciente e da família, trabalhar o luto antecipatório, possibilitar que “questões pendentes” possam ser resolvidas, facilitar a comunicação entre paciente, família e equipe, trabalhar o luto familiar após o óbito, proporcionar que o paciente administre seu tempo restante de vida, orientar e democratizar as informações sobre os direitos sociais, entre outras. A autora cita também, que o assistente social e a equipe jurídica podem auxiliar o paciente e seus familiares quanto às questões de bens, curatelas, procurações, seguros e auxílios governamentais destinados aos pacientes fora das possibilidades terapêuticas de cura.

A interdisciplinaridade, segundo Martinelli (2002) é um processo de ações, decisões e relações socializadas com os membros da equipe. Esta socialização é essencial quando se trata de cuidados paliativos, já que este tem como objetivo a qualidade de vida da pessoa até os momentos finais de sua vida, trabalhando os fatores físicos, sociais, emocionais e espirituais:

Assim, na prática, o assistente social, junto com os demais profissionais, deve fortalecer o sistema de apoio ao paciente, evitando que o mesmo tenha de enfrentar situações que gerem sentimentos como abandono, limitação, dependências etc. Enfim, em conjunto com outros profissionais, o assistente social deve agir de forma a contribuir para que esse paciente se sinta respeitado, valorizado e amado. Além disso, em diversos casos o profissional pode auxiliar no resgate da dignidade que, muitas vezes, se perde com a descoberta da doença e a impossibilidade de cura. Entre tais gestos estão a escuta da vontade dele e a busca de compreensão da mesma. (SIMÃO et al., 2010, p. 161).

Teixeira e Nunes (2012) citam que a interdisciplinaridade pode colaborar para a evolução da atenção qualitativa, visando a maior satisfação do usuário ao serviço, no entanto a equipe precisa ser diversificada, com formação que possa trazer conhecimentos que se completam tanto ao clínico, epidemiológico como ao social. Isso pode representar a compreensão de um trabalho coletivo, priorizando práticas reflexivas e democráticas, “[...] em que se percebe a família dialeticamente, construída histórica e socialmente, como sujeitos coletivos, que também fazem a história de sua sociedade, de sua época.” (TEIXEIRA; NUNES, 2012, p. 141).

As mesmas autoras dizem que esta concepção de trabalho exige uma prática sanitária visando a atenção integral, para isso o espaço de ação deve ser intersetorial e interdisciplinar, pois os indivíduos são sujeitos sociais e o processo de adoecer envolve determinações sociais. Portanto, é preciso que haja troca de saberes, porque somente a saúde não dará conta.

A intervenção do Serviço Social em cuidados paliativos deve voltar-se não apenas para a pessoa em tratamento, mas também para a família, pois além dela enfrentar todas as dificuldades do contexto social e desgaste emocional em relação ao enfrentamento de uma doença grave, muitas vezes é sobrecarregada por ter que exercer a função dos cuidados no lar.

Ademais, é preciso saber lidar com a proximidade da morte:

A morte é um evento que todos temos que enfrentar, sejam quais forem nossas crenças. As percepções da morte e do processo do morrer e as formas de reação a esse fato variam de acordo com a sociedade em que vivemos e com o período histórico e a cultura em que estamos inseridos. (GUIMARÃES, 2009, p. 18).



Para conviver com pessoas em tratamento paliativo é preciso encarar a morte como algo natural e buscar junto à equipe profissional, que ela seja um processo tranquilo, com dignidade e com aceitação. Essa condição é difícil, pois a sociedade brasileira contemporânea, diante dos avanços tecnológicos na área da saúde, tem idealizado a vida como infinita.

Apesar do/da profissional trabalhar com a família questões que envolvem o óbito, precisamos deixar claro que não é função do assistente social realizar a comunicação do óbito aos familiares. A intervenção do/da assistente social é realizada somente após a comunicação deste óbito já ter sido realizada pelo médico que acompanhou o processo.

O Conselho Federal de Serviço Social (2014) traz também outras funções que não devem ser realizadas pelos assistentes sociais na área da saúde como um todo, tais como agendamento de consultas e exames, requisição de ambulância para transporte e alta, levantamento de vagas em outras unidades de saúde para realizar transferência hospitalar, elaboração de declaração de comparecimento na unidade quando o atendimento não for realizado pelo assistente social; além disso:

Não cabe ao profissional de Serviço Social se utilizar no exercício de suas funções de terapias individuais, de grupos, de família ou comunitárias, mas sim potencializar a orientação social com vistas à ampliação do acesso dos indivíduos e da coletividade aos direitos sociais. (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2014, p. 42).

Segundo Bravo e Matos (2012), o/a assistente social busca estudos na área da saúde e muitas vezes, passa a realizar outras funções, como direção de unidade, gerência, etc, distanciando-se das atividades do assistente social. Então, o/a profissional acaba exercendo apenas ações que lhes são transferidas historicamente pela divisão de trabalho em saúde.

É importante destacarmos que os/as profissionais que compõem a equipe de cuidados paliativos precisam ter conhecimento e capacidade de analisar o contexto social que envolve os pacientes e seus familiares. O assistente social possui uma capacidade de percepção e leitura da realidade social, que são essenciais neste tipo de atuação colaborando assim, na melhoria da qualidade de vida destas pessoas.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que em 2020, cerca de quinze milhões de pessoas no mundo terão algum tipo de câncer, dos quais dez milhões morrerão anualmente por essa doença. O diagnóstico do câncer é sempre acompanhado de um grande impacto emocional, social e físico tanto para a pessoa, quanto para seus familiares. “[...] a doença provoca, além do sofrimento físico, um enorme abalo psicológico no paciente e em



seus familiares, na maioria das vezes, também com intensa repercussão na vida financeira dessas famílias”. (BIFULCO et al., 2010, p.414).

A palavra câncer é originária do grego “Karkinos” (carangueijo) e de acordo com Fernandes (2010), o câncer é uma doença que se desenvolve pelo crescimento descontrolado de células aberrantes e cada tipo de tumor tem características específicas, que devem ser estudadas para um adequado diagnóstico, tratamento e acompanhamento. Os tipos de tratamento são a quimioterapia, radioterapia, imunoterapia, cirurgia, hormonioterapia e o paliativo.

Segundo Fernandes (2010), até há pouco tempo a população evitava discutir e falar sobre o câncer, porém hoje em dia é impossível não dialogar sobre o assunto, principalmente pelo aumento significativo da ocorrência de casos desta doença. Portanto, o câncer deve ser falado e discutido, para que desta maneira as causas da doença sejam combatidas.

O câncer não é uma doença da era atual; historicamente, suas primeiras ocorrências foram constatadas há 8.000 a.C. tanto em animais quanto em humanos (FERNANDES, 2010, p. 3).

Hipócrates, o pai da medicina, que viveu entre 460 e 377 a. C., usou pela primeira vez a palavra câncer ao descrever tumorações que pareciam invadir os tecidos vizinhos de modo parecido com as patas de um crustáceo. O aspecto de “carangueijo” dos tumores chamou a sua atenção. (FERNANDES, 2010, p. 3).

No Brasil o início do diagnóstico e tratamento de câncer, deu-se no começo do século XX. O trabalho era voltado ao tratamento, pois não havia conhecimento quanto as formas de prevenção da doença. No ano de 1937, durante o governo de Getúlio Vargas, foi criado no Rio de Janeiro o Centro de Cancerologia de Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal, atualmente chamado de Instituto Nacional do Câncer (INCA), considerado referência no tratamento oncológico no Brasil. Posteriormente, outros centros de tratamento foram surgindo no país.

Outro fator importante a ser esclarecido é que, além do diagnóstico e tratamento, a prevenção é fundamental para a diminuição e cura da doença: “atuar de maneira profilática contra uma patologia consiste em eliminar os fatores de risco que levariam ao seu aparecimento.” (FERNANDES, 2010, p. 6). De acordo com o autor, cerca de $\frac{3}{4}$ dos tipos de câncer são provocados por fatores externos, tais como: exposição solar e as radiações ionizantes, alimentação, drogas e medicamentos, vírus, toxinas, poluentes, tabagismo e etilismo. Além dos fatores externos, existe também a predisposição genética.

Dentro do tratamento oncológico estão os cuidados paliativos, definidos como:



A abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e de seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, a avaliação e o tratamento impecável da dor e de outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual. (BIFULCO et al., 2010, p. 370).

Segundo Bifulco et al. (2010), a práxis da equipe de cuidados paliativos possui princípios claros, tais como: afirmar a vida e tratar a morte como um processo natural, não antecipar ou prolongar a morte, proporcionar alívio da dor e outros sintomas, integrar os aspectos psicológicos e espirituais dos cuidados ao paciente, oferecer um sistema de apoio para auxiliar os pacientes a viverem ativamente até a sua morte e um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente e com o seu próprio luto.

[...] a busca pela qualidade de vida, ou pela dignidade de uma morte com menor sofrimento possível, torna-se imprescindível. Neste contexto, não somente o paciente passa a ser alvo de todos os cuidados multiprofissionais, como também todos os seus familiares e cuidadores passam a ser vistos como agentes cujo sofrimento deve ser amenizado. A humanização na área do câncer obriga os profissionais a saber lidar, tanto com os pacientes que estão vivendo a expectativa de um diagnóstico, quanto com aqueles que estão sucumbindo à doença, bem como com todos seus familiares e cuidadores. (FERNANDES, 2010, p. 6).

Nos cuidados paliativos, a equipe deve ser composta por vários profissionais, tais como assistentes sociais, médicos, psicólogos, enfermeiros, fisioterapeutas, entre outros. Eles devem ter responsabilidades compartilhadas numa abordagem interdisciplinar. É importante destacar que a família é um eixo importante na atuação da equipe e deve ser tratada como parte integrante dela.

De acordo com Caponero (2011), durante o tratamento, normalmente a atenção de uma equipe volta-se à pessoa em tratamento, no entanto, muitas vezes o sofrimento da família é igual ou superior ao do paciente. A família desgasta-se física, emocional e financeiramente pelos cuidados e principalmente pelo motivo da proximidade da perda da pessoa.

Concomitante ao sentimento de perda, a família precisa tomar decisões e providências práticas, tais como: organização para atender as diferentes necessidades do paciente; permitir que a pessoa utilize seu tempo restante de vida e tenha espaço para expressar seus sentimentos. É fundamental facilitar a comunicação entre a pessoa e o familiar, evitando a “conspiração do silêncio”, o que prejudica a possibilidade de um relacionamento de confiança até o final. É necessário, que a família defina com quem compartilhará seu sofrimento, suas preocupações e, é importante que ela disponibilize um tempo para se despedir da pessoa, proporcionando um momento para perdão e reconciliação de mágoas e ressentimentos. Diante deste turbilhão de desafios, é fundamental que a família tenha informações claras sobre os objetivos dos cuidados paliativos (CAPONERO, 2011).



4. Metodologia da pesquisa

A pesquisa tem como objetivo analisar a realidade brasileira de atuação do/da assistente social na equipe de cuidados paliativos oncológicos com referência nos princípios básicos do Código de Ética Profissional. O método que utilizaremos para a pesquisa será o materialismo histórico-dialético, sendo o materialismo histórico a representação do percurso teórico que mostra a dinâmica do real na sociedade e, a dialética o método de abordagem desta realidade, buscando compreender o processo histórico em seu próprio dinamismo (MINAYO, 2004).

Segundo Paulo Netto (2011), o método dialético de Marx partiu criticamente da realidade objetiva e, a partir daí, iniciou uma análise da sociedade, para descobrir sua estrutura e dinâmica além da realidade aparente, buscando atingir a sua essência. “O conhecimento teórico é o conhecimento do objeto, como é em si mesmo, real, independente dos desejos do pesquisador. A teoria é o movimento real do objeto transposto para o cérebro do pesquisador.” (PAULO NETTO, 2011, p. 21).

A relação sujeito/objeto, não é uma relação de externalidade, é uma relação em que o sujeito faz parte do objeto e por isso, a pesquisa exclui qualquer tipo neutralidade. Paulo Netto (2011) afirma que o papel do sujeito é ativo, ele deve instigar o máximo de conhecimentos, de criticá-los, revisá-los com criticidade.

O grande ponto da questão é definir o objeto e, a partir deste ponto, iniciar o processo de como conhecê-lo. Para isso, deve ser utilizado como instrumento a abstração, que segundo Tonet (2013) é a ferramenta mais apropriada e, quando utilizada corretamente faz a tradução do que acontece no plano real para o plano ideal.

Destarte, esta análise da realidade social deve ter como princípio metodológico a totalidade, isso significa que nada pode ser compreendido de modo isolado. “Toda ciência seria desnecessária se essência e aparência coincidissem.” (MARX apud TONET, 2013, p. 117). Para se atingir a essência é preciso fazer a crítica dos dados imediatos, pois a imediaticidade dos fatos leva ao conhecimento falso da realidade.

O materialismo histórico para esta pesquisa se faz necessário, pois para compreendermos a noção atual do Serviço Social e dos cuidados paliativos, é preciso estudar no passado os diversos elementos característicos da formação da profissão, principalmente dentro da saúde e as fases de sua evolução, relacionando-os aos fatores macro e socioeconômicos que influenciaram nestas mudanças.

Utilizar-se-á para este estudo, a abordagem qualitativa, pois de acordo com Minayo (1996):

A abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se volve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir do qual as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas. (MINAYO, 1996, p.244).

Além disso, a autora afirma que a pesquisa qualitativa envolve aspectos da realidade social sendo o local em que se proferem os conflitos, as mudanças e onde tudo ganha significação.

O estudo será realizado a partir de revisão bibliográfica e coleta mista de dados em campo. Para Minayo (2010), uma pesquisa sem embasamento teórico pode se tornar uma simples opinião pessoal sobre a realidade observada, além disso, a teoria é importante para estruturar a formação das ideias do pesquisador. O estudo será acrescido de informações de revistas, jornais e sites científicos sobre assuntos relacionados a este estudo. Já para a coleta de dados em campo “[...] se caracterizam pela interrogação direta das pessoas cujo comportamento se deseja conhecer.” (GIL, 2008, p.55).

A pesquisa será qualitativa com utilização de duas técnicas para coleta de dados em campo, a entrevista semiestruturada e o questionário. É importante ressaltar a relação do método de Marx com o estudo misto, pois Prates (2019) cita que de acordo com Marx a investigação deve se apropriar de todos os detalhes possíveis da realidade. A autora cita também que existem particularidades comuns deste método com o enfoque misto, como por exemplo a perspectiva transformadora emancipatória, os procedimentos dedutivo e indutivo, o uso articulado de dados quantitativos e qualitativos, articulação a uma agenda política explícita, uma finalidade visando a superação das desigualdades, entre outras.

O universo da pesquisa serão os hospitais brasileiros, que possuem unidades de cuidados paliativos.

O sujeito da pesquisa será o/a assistente social membro da equipe de cuidados paliativos, que esteja atuando no mínimo por um ano nesta área. O critério colocado para este limite de tempo deve-se ao fato de que, com este período o profissional já tenha um relativo domínio sobre a abordagem, suas facilidades, dificuldades e o impacto emocional que este tipo de atuação pode causar ao profissional.

A amostragem será aleatória e a escolha dos sujeitos ocorrerá no período de outubro a dezembro de 2020, através de análise dos/das profissionais do Serviço Social destas instituições de saúde, desde que estejam de acordo com os critérios descritos acima. O



período da realização da pesquisa justifica-se pelo fato de ser o final do ano e nesta época o desgaste físico e emocional da equipe podem ser intensificados, pois ocorre o acúmulo da rotina intensa do ano todo. Escolheremos seis assistentes sociais, pois Minayo (2004) afirma que, para uma pesquisa qualitativa o critério não é numérico e uma amostra ideal é aquela capaz de espelhar a totalidade nos seus múltiplos aspectos.

A técnica da entrevista é importante, porque possibilita a obtenção de conteúdos fornecidos diretamente pelos sujeitos da pesquisa (MINAYO, 1996), pois:

A fala torna-se reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, norma e símbolos (sendo ela mesma um deles), e, ao mesmo tempo, possui a magia de transmitir, através de um porta-voz (o entrevistado), representações de grupos determinados em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas. (MINAYO, 1996, p.245).

A entrevista é muito utilizada no processo de pesquisa de campo e pode ser aplicada à população em geral, independente de haver escolaridade ou não, pode-se observar os gestos e reações dos entrevistados e há possibilidade de se conseguir informações mais precisas (MARCONI; LAKATOS, 2003).

Segundo Minayo (2004), o roteiro de entrevista semiestruturado engloba perguntas fechadas e abertas, que possibilitam ao entrevistado discorrer suas respostas livremente, sem condições prefixadas pelo pesquisador.

Serão escolhidos/as 5 (cinco) assistentes sociais para a entrevista semiestruturada, pois Minayo (2004) afirma que, para uma pesquisa qualitativa o critério não é numérico, e uma amostra ideal é aquela capaz de espelhar a totalidade nos seus múltiplos aspectos.

As entrevistas ocorrerão nas unidades de atendimento dos Hospitais em que as/os profissionais atuam, e todas as exigências éticas para a sua realização serão cumpridas. Os participantes assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo o projeto sido submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Estadual Paulista – UNESP, Campus de Franca.

Haverá também a coleta de dados e aplicação do questionário com aos/as assistentes sociais dos Hospitais que desempenham serviços de cuidados paliativos localizados em outras regiões do país, a fim de obter um melhor entendimento sobre a atuação do Serviço Social onde os cuidados paliativos são mais escassos, considera a orientação de Gil (2008, p. 128), pois trata-se de uma: “[...] técnica de investigação composta por número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas, etc.” Além disso, para o autor esta técnica permite atingir um grande número de

pessoas, mesmo que estejam em áreas afastadas, pois os questionários podem ser enviados por correspondências.

Os questionários serão enviados através de correspondências eletrônicas e poderão ser respondidos com mais facilidade, uma vez que serão enviados para todas as unidades das regiões norte, nordeste e centro-oeste do país, desde que possuam assistentes sociais na equipe de cuidados paliativos.

A etapa da análise e interpretação dos dados será feita por categorização, que “[...] significa agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito.” (MINAYO, 1996, p. 70).

A análise de conteúdo diz respeito a técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos.” (MINAYO, 2004, p. 303). Para a autora, a análise passa pelas seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, análise, tratamento e interpretação dos resultados.

Pretende-se utilizar a técnica da Triangulação, que segundo Minayo, Assis e Souza (2005), consiste em combinar e cruzar pontos de vista, contemplando o olhar de vários informantes e aplicando várias técnicas de coletas de dados que acompanha a pesquisa.

A análise e interpretação das informações apreendidas estarão contidas no mesmo movimento, e apontam a ideia de não perder a perspectiva de totalidade. Portanto, a devolutiva da pesquisa será definida através dos roteiros de entrevistas e dos questionários, pois indagaremos os sujeitos da pesquisa sobre o modo que desejam recebê-la. É essa, portanto, a dimensão política da pesquisa, está na intenção de que ela retorne à realidade e contribua com novas formas de se pensar e relacionar na saúde. Para Martinelli (2000) a pesquisa qualitativa é um exercício político porque trabalha com significados de vivências e experiências, uma vez que não há nenhuma pesquisa qualitativa que se faça à distância de uma opção política.

5. Considerações finais

Vimos que os cuidados paliativos trazem uma proposta de atendimento humanizado através de uma equipe multiprofissional, focado na qualidade de vida do ser humano até os momentos finais de sua vida, porém esta abordagem ainda é pouco estudada pelo Serviço Social.



A atuação do/da assistente social na equipe de cuidados paliativos é essencial, pois é um profissional da área da saúde, que possui uma especificidade profissional e capacidade de leitura da realidade social, estendendo sua intervenção ao familiares, que é essencial nos cuidados paliativos.

Sendo assim, esta pesquisa visa um estudo sobre a atuação do/da assistente social na equipe de cuidados paliativos oncológicos. Através desta proposta, deseja-se obter um conhecimento científico que seja útil aos profissionais que trabalham com cuidados paliativos, visando trazer novos conhecimentos para aprimorar a atuação do assistente social com os cuidados paliativos, além de proporcionar novos recursos e preparo para enfrentarem tal situação.

Vê-se também a importância de consolidar a relação entre a pesquisa e a prática, como algo que está associado, pois segundo Iamamoto (2007), há uma preocupação com a pesquisa no Serviço Social, porém ao mesmo tempo em que ela é considerada importante para a prática, ela tem sido tratada como algo separado dela.

O que se reivindica, hoje, é uma pesquisa que se firme como uma dimensão integrante do exercício profissional, visto ser uma condição para se formular respostas capazes de impulsionar a formulação de propostas profissionais que tenham efetividade e permitam atribuir materialidade aos princípios éticos-políticos norteadores do projeto profissional. Ora, para isso é necessário um cuidadoso conhecimento das situações ou fenômenos sociais que são objeto de trabalho do assistente social. (IAMAMOTO, 2007, p. 56).

Ademais, visa contribuir também para a expansão de produções literárias abordando a temática, pois durante os estudos para aprimorar a prática profissional da pesquisadora, para a conclusão do mestrado e também para a elaboração deste projeto, não se encontrou nenhuma pesquisa em pós-graduação abordando esta temática.

Desta maneira, o estudo caracteriza-se como inovador dentro do Serviço Social, pois como já citado anteriormente, há e escassez de materiais literários produzidos pela categoria profissional nesta área.

Acrescenta-se ainda, a possibilidade de contribuir para a formação acadêmica e tornar-se um subsídio para novas pesquisas envolvendo os cuidados paliativos na visão do Serviço Social.

REFERÊNCIAS

- BERTHOLINO, Taciana Lopes. **O familiar envolvido no tratamento oncológico com os cuidados paliativos domiciliares**. 2017. 153 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2017).
- BIFULCO, Vera Anita. Psico-oncologia: apoio emocional para o paciente, a família e a equipe no enfrentamento ao câncer. In: _____; FERNANDES, Hézio Jadir; BARBOZA, Alessandra Bigal. (Coord.). **Câncer: uma visão multiprofissional**. Barueri: Minha Ed. 2010.
- BRAVO, Maria Inês; MATOS, Maurílio Costa. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: _____. (Org.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2012.
- CAPONERO, Ricardo. Cuidados paliativos. **Revista Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica**. Belo Horizonte, outubro. 2011.
- GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas. 2008.
- GUIMARÃES, Regina Maria. Filosofia dos cuidados paliativos. In: SALTZ, Ernani; JUVER, Jeane (Org.). **Cuidados paliativos em oncologia**. Rio de Janeiro: Ed. Senac Rio, 2009.
- IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2007.
- MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos da metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2003.
- MARTINELLI, Maria Lúcia. Serviço Social em Hospital-Escola: um espaço diferenciado de ação profissional. **Serviço Social e Saúde**, Campinas, ano 1, n. 1, p. 1-12, jan./dez. 2002.
- MATSUMOTO, Dalva Yukie. Avaliação do paciente em cuidados paliativos. In: CARVALHO, Ricardo Tavares; PARSONS, Henrique Afonseca. (Org.). **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2. ed. ampl. e atual. São Paulo: ANCP, 2012. Disponível em: <<http://www.paliativo.org.br/noticias/tag/manual-de-cuidados-paliativos-ancp/>>. Acesso em: 20 out. 2016.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Hucitec, 1996.
- _____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004.
- _____. O desafio da pesquisa social. In: _____. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2010.
- PAULO NETTO, José. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.
- SIMÃO, Andréa Branco et al. A atuação do Serviço Social junto a pacientes terminais: breves considerações. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 102, p. 152-164, abr./jun. 2010.
- TEIXEIRA, Mary Jane; NUNES, Sheila Torres. A interdisciplinaridade no programa saúde da família: uma utopia? In: BRAVO, Maria Inês Souza et al. (Org.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2012.
- TONET, Ivo. **Método científico: uma abordagem ontológica**. São Paulo: Instituto Lukács, 2013.
- VASCONCELOS, Ana Maria. **A prática do Serviço Social: cotidiana, formação e alternativas na área da saúde**. São Paulo: Cortez, 2003.

A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL JUNTO À EQUIPE INTERDISCIPLINAR NOS CUIDADOS PALIATIVOS

Tatiana Gregório Garcia (Integradas De Ensino UNIFAC De Botucatu/SP); Kássia Soares Nunes (Integradas De Ensino UNIFAC De Botucatu/SP)

RESUMO: A atuação do profissional de serviço social junto à equipe interdisciplinar nos cuidados paliativos, desenvolve um trabalho de análise do contexto de vida do paciente, e sua capacidade de reflexão, subsidiando as ações da equipe, além de proporcionar ao usuário e familiares apoio social, acolhimento e orientação quanto ao acesso aos direitos sociais que influenciam no processo de saúde e doença dos mesmos e sua rede de apoio. Este trabalho tem por objetivo através de revisões literárias, compreender o papel do Serviço Social junto a equipe dos cuidados paliativos e familiares, bem como a metodologia de trabalho utilizada pelo profissional.

Palavras-chave: serviço social; equipe interdisciplinar; cuidados paliativos;

ABSTRACT: The performance of the social service professional with the interdisciplinary team in palliative care, develops a work of analysis of the patient's life context, and their capacity for reflection, supporting the team's actions, in addition to providing the user and family social support, welcoming. and guidance on access to social rights that influence their health and disease process and their support network. This work aims, through literary reviews, to understand the role of Social Work with the palliative and family care team, as well as the work methodology used by the professional.

Keywords: social service; interdisciplinary team; palliative care;



1. INTRODUÇÃO

Pudemos observar que inicialmente, os cuidados paliativos foram pensados apenas para o tratamento oncológico, mas hoje englobam qualquer doença que ameace a vida por ser progressiva ou até mesmo incurável.

De acordo com ANDRADE (2007)

O cuidado com o próximo sempre esteve presente na história do homem, e a busca pela atenção efetivamente direcionada àquele que apresenta doenças não passíveis de cura se constitui em preocupação antiga da humanidade, podendo ser percebida claramente na história dos Cuidados Paliativos. (p.21)

Seu início se deu em 1967 quando Cicely Saunders funda o St. Christopher Hospice na Inglaterra. Cicely Saunders é considerada a pioneira dos Cuidados Paliativos até os dias de hoje. ANDRADE (2007 p. 31)

Seus estudos foram importantes na questão humanitária da dor e do tratamento, não somente ao paciente mais também com a família. Foi pioneira na utilização da morfina como tratamento de dor e acreditava na importância do acolhimento das famílias enlutadas. ARRUDA (1993 p.1).

Segundo SAUNDERS (1976),

“ao cuidar de você no momento final da vida, quero que você sinta que me importo pelo fato de você ser você, que me importo até o último momento de sua vida, e faremos de tudo que estiver ao nosso alcance, não somente para ajudá-lo a morrer em paz, mais também para você viver até o dia de sua morte”

Segundo MENEZES (2004, p. 53) apud MACHADO (2009, p.14) Cicely Saunders deixou sua contribuição para os Cuidados Paliativos e deu voz para estas pessoas a princípio no Serviço Social já que era formado na área nos dando direcionamento no amparo para com pacientes e família, quanto os cuidados físicos já que se formou como enfermeira e posteriormente médica.

É preciso desmistificar a ideia de que, cuidados paliativos só devem ser empregados quando não há mais possibilidade de tratamento e o paciente estiver em condição de terminalidade. Seu principal conceito é promover a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares por meio controle e alívio de dor e sintomas do paciente e sofrimento de todos.

2. OBJETIVOS



- Verificar como os cuidados paliativos são oferecidos para o paciente e sua família no momento em que o médico identifica que não existem mais possibilidades de cura, dentro de um limite no qual nenhum tratamento possa significar mais desconforto ao paciente;
- Compreender a atuação do Assistente Social como membro de uma equipe multidisciplinar nos Cuidados Paliativos;

3. METODOLOGIA

Para a execução desse trabalho, foram utilizadas revisões literárias, análises sistemáticas e sumarizados das literaturas e interpretação e discussão dos resultados obtidos a fim de relacioná-lo com o conteúdo a ser apresentado;

4. DESENVOLVIMENTO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2002, temos a definição dos cuidados paliativos como

“[...] na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos espirituais.”

E no Brasil posteriormente na Resolução N° 41, 31 de outubro de 2018, dispõe das diretrizes dos cuidados paliativos no Sistema Único de Saúde (SUS) tornando-a uma política pública de saúde.

“Art. 2º Cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

Parágrafo único: Será elegível para cuidados paliativos toda pessoa afetada por uma doença que ameace a vida, seja aguda ou crônica, a partir do diagnóstico desta condição.”

Através de revisões bibliográficas, percebemos a definição dos cuidados paliativos, onde há busca constantemente a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares e que é composta por uma equipe multidisciplinar como médicos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, dentistas e assistentes sociais.

Abrange o paciente como um todo desde sua doença, das dores, de doenças psíquicas que possam o afetar nesta condição, bem como sua família e o como lidar com o luto.

Com relação ao Serviço social e a equipe interprofissional dos cuidados paliativos, temos segundo Medeiros (2015, p.12), apud Tavares (2017, p.7):

O assistente social dentro de uma equipe em cuidados paliativos desenvolve ações que visam à identificação do usuário traçando um perfil social do mesmo, sempre fazendo uma relação com a família que juntamente participa desse processo e sofre os mesmo determinantes, que revelam a importância dessa concessão de direitos para que possam minimizar essas condições postas, levando em conta as inúmeras dificuldades que se colocam nesse processo no processo de adoecimento sem uma possibilidade de cura. Através de visitas, mediação em processos burocráticos, como realização de exames acesso a benefícios assistenciais e previdenciários, gratuidades de muitos serviços e a interação ou mediação entre paciente e os demais profissionais e/ou instituição o assistente social entre outros)

Assim podemos entender que o assistente social perpassa pela equipe interdisciplinar visando identificar o perfil socioeconômico, a intervenção com a finalidade de orientar pacientes e familiares ao acesso de seus direitos sociais, assistenciais e burocráticos, como os benefícios previdenciários, com a visão de mediação entre paciente, família e profissionais da entidade e consequentemente a equipe dos cuidados paliativos.

O acolhimento também é um instrumento importante para os assistentes sociais segundo Medeiros (2015, p.12), apud Tavares (2017, p.7):

“a importância do acolhimento é vista como uma forma de dar uma resposta positiva ao paciente e de retirar o foco apenas do médico e trazer a importância da equipe multidisciplinar para que o paciente seja atendido em sua totalidade, e que seja um atendimento qualificado e que não seja feito de forma isolada, mas pressupõe a ideia de troca de saberes e uma educação permanente e referente ao serviço social. Destacam os métodos utilizados que dão referência ao que seja acolhimento na prática do assistente social, como uma forma de conhecer a realidade do paciente e trazer uma resposta positiva no atendimento das demandas sociais referentes à viabilização do acesso a direitos sociais.”

A família é considerada parte fundamental do paciente e nos cuidados paliativos deverá ser acolhida nesta fase de enlutamento, bem como seus aspectos e perfil socioeconômico, levando em consideração o acolhimento como instrumento, bem como orientações a seus direitos sociais, assim segundo REIGADA (2014, p.3):

“Em cuidados paliativos (CP), o principal objetivo no apoio à família assenta em ajudá-las a cumprir a sua função cuidadora, a fim de que a participação no processo de perda que vivenciam seja concluída da forma mais saudável possível. As primeiras e mais importantes premissas para conseguir apoiar bem uma família num processo de doença avançada são o conhecimento e a compreensão. Essas capacidades facilitam e ajudam a encontrar a forma mais adequada de tratar cada situação em particular, possibilitando a identificação dos determinantes e condicionantes circunstanciais, que aparecem no seio familiar e, assim, realizar um enquadramento da situação do momento que está

se está a viver. É adequado realizar uma visão introdutória dos acontecimentos, dinâmicas ou condutas familiares que muitas vezes ocorrem neste processo.”

Será necessário entender as demandas dos cuidados paliativos para que os assistentes sociais possam atuar com excelência neste quesito. Entende-se como família um complemento do paciente, seja da problemática por ele apresentada, sentimentos, amparo emocionais e até mesmo físico. Acolher e conhecer a família tanto quanto seu perfil tornara o tratamento mais eficaz. A intervenção do assistente social se dará no acolhimento destas famílias, no conhecer perfil familiar objetivando o bem-estar do paciente e familiares, bem como orientar família e paciente sobre ao acesso de seus direitos sociais.

Segundo REIGADA (2014, p.3) apud Tavares (2017, p.8 e 9):

“A intervenção do assistente social na família se dá na socialização de informações, atendendo as necessidades sociais, prestando apoio e educação nos cuidados. A função do assistente social incorre na identificação de problemas, levantamento e avaliação das necessidades sociais, quanto mais precocemente os indicadores de risco social forem identificados, mais cedo serão trabalhados e resolvidos.”

Descrevendo, a atuação do assistente social, como de acolhimento para que o processo de morte seja para o doente e sua família o mais confortável e tranquilo possível.

Há também uma intervenção educativa junto aos familiares, construindo uma relação de confiança, para que assim o profissional atue na perspectiva da orientação dos direitos sociais tanto do paciente quanto da família.

5. RESULTADOS

Foram encontrados, 15 artigos, 3 livros, 1 cartilha e uma resolução, pertinentes a temática, sendo que após avaliações criteriosas de conteúdo, foram excluídos 3 artigos e 2 livros, por incompatibilidade aos critérios de seleção. Sendo assim, a amostra foi constituída por 11 estudos conforme quadro 1.

Quadro 1 - Distribuição dos artigos, livros, cartilhas e resoluções segundo autoria, ano de publicação, período, título e abordagem metodológica de estudo.

Autores/Ano	Periódico	Título	Abordagem Metodológica
SIMÃO AB, SANTOS F, OLIVEIRA LF, SANTOS RA,	Serviço Social & Sociedade	A atuação do Serviço Social junto a pacientes	Revisão de Literária

HILÁRIO RC e CAETANEO SC. 2010		terminais: breves considerações	
HERMES HR. e LAMARCA ICA. 2013	Ciência & Saúde Coletiva	Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde	Revisão de Literária
VIEIRA AP, TELIS LA E NOVAIS MR 2011	TCC	Cuidados paliativos: atuação do assistente social	Revisão de Literária
ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. 2017	Livro	Cuidar na essência: uma conversa sobre cuidados paliativos	Revisão de Literária
GRUPO DE TRABALHO " SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE." 2010	CARTILHA DO CFESS E GRESS	Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde	Revisão de Literária
ANDRADE, L. 2007	Doutorado em Serviço Social	Trajetórias no Limiar da Vida e da Morte: Cuidados Paliativos na Assistência Domiciliar	Revisão de Literária
ARRUDA, L 2016	Artigo	Dame Cicely Saunders: Dedicou-se aos Cuidados Paliativos	Revisão de Literária
DIARIO OFICIAL DA UNIÃO	Edição 225, Seção 1, Pag. 276	Resolução N° 41, dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS)	Revisão de Literária
TAVARES AMO, SOUZA DM e SANTOS CT 2017	VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas 22 a 25 agosto de 2017	A PRÁTICA DO ASSISTENTE SOCIAL EM CUIDADOS PALIATIVOS	Revisão de Literária
REIGADA C, RIBEIRO JLP, NOVELLAS A e PEREIRA JL 2014	Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 13, n. 1, p. 159 - 169, jan./jun. 2014	O SUPORTE À FAMÍLIA EM CUIDADOS PALIATIVOS	Revisão de Literária
MEDEIROS, T.S; SILVA, O.R; SARDINHA, A. L. B. 2015	Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 14, n. 2, p. 403 -415 ago./dez. 2015	Acolhimento e acesso aos direitos sociais: assistência a pacientes em cuidados paliativos.	Revisão de Literária

Analisando os artigos verificamos que o assistente social atua em uma equipe multidisciplinar composta por médicos, psicólogos e enfermeiros entre outros como farmacêuticos, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, assistente espiritual, e dentista com a responsabilidade de contribuir para o melhor tratamento do paciente.

Uma equipe de Cuidados Paliativos atende pacientes com as mais diversas enfermidades, desde casos simples até os mais complexos. A proposta desse trabalho é aliviar o sofrimento causado pela doença, desde uma hipertensão, em que o paciente terá que mudar alguns hábitos de vida, até casos mais graves, como problemas pulmonares, insuficiência cardíaca, câncer, doenças crônicas, entre outros.

Toda equipe de profissionais é capacitada para cuidar da doença e dos sintomas que ela possa causar aos pacientes e também a seus familiares.

Aliviar o sofrimento da família a ajudará a cuidar melhor do paciente e fazer com que os momentos de cuidado durante a doença se tornem momentos significativos de convivência.

Não existe prazo definido para a realização desse trabalho, podendo ser realizado enquanto houver necessidade por parte dos pacientes ou familiares. Isso depende de cada caso. Onde sempre há reunião com a família, com o médico e a equipe. O objetivo é assegurar que o paciente e sua família entendam o estágio atual da doença e seus prognósticos.

Receber cuidados paliativos não significa que não haja mais nada a fazer pelo paciente e família. Isso simplesmente indica que o diagnóstico é de uma doença crônica grave, que ameaça a vida, e que uma equipe, juntamente com os profissionais especialistas na enfermidade, irá cuidar de quem está doente e daqueles que o cercam.

Os cuidados paliativos, também pretendem a aliviar os problemas existentes, prevenir a ocorrência de novos problemas e promover oportunidades para experiências significativas e valiosas, o crescimento pessoal e espiritual e autorrealização.

Verificamos que o assistente social dentro de uma equipe interdisciplinar atua na mediação entre paciente, família e profissionais da entidade, onde também é estudado o perfil socioeconômico do paciente e família, realizam mediações e orientações sobre seus direitos burocráticos, como benefício previdenciário, como também os benefícios assistenciais e defende os direitos sociais deste paciente. Tem como instrumento primordial o acolhimento interdisciplinar neste momento tão difícil na vida destes pacientes e familiares.



Durante o curso de uma doença e o processo de luto, pacientes e familiares apresentam necessidade variável de Cuidados Paliativos, de acordo com a intensidade dos problemas que surgem de forma dinâmica.

Pacientes e familiares necessitam de acesso a Cuidados Paliativos em cada um dos ambientes em que estejam recebendo cuidados.

Cuidados ao fim da Vida são uma parte importante dos Cuidados Paliativos que se refere à assistência que a pessoa deve receber durante a última etapa de sua vida, a partir do momento em que fica claro que ela se encontra em estado de declínio progressivo e inexorável, aproximando-se da morte.

Segundo, Rachel Aisengart Menezes, coloca em questão a morte fria e desprotegida no hospital, buscando a reflexão a cerca de um processo de mudança cultural, de contornos ainda pouco precisos, mas que, inegavelmente, procura humanizar o momento da morte, encarando a relação médico-paciente sob um outro ponto de vista.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo podemos compreender melhor o que é e quando se dá os cuidados paliativos, assim como a atuação dos assistentes sociais, suas atribuições e como ela é efetivada nos cuidados paliativos.

Assim temos clareza da necessidade de tirarmos a venda dos olhos e parar de olharmos para os cuidados paliativos como uma “fase final da vida” deste indivíduo, pois muito das vezes, ainda muito que se viver mesmo estando em cuidados paliativos.

Pudemos verificar, que os Cuidados Paliativos são os cuidados assistenciais oferecidos para todo paciente que tenha uma doença fora de possibilidades de cura (que ameaça a vida) visando melhor qualidade de vida através da prevenção e alívio do sofrimento imposto pela doença.

Os cuidados paliativos são uma concepção de atendimento na medicina cujo objetivo é melhorar a qualidade de vida do paciente com doença progressiva, e a todos os envolvidos nesse processo de adoecimento, sendo que a atuação do serviço social – junto a equipe, paciente e família se faz importante, pois o mesmo desenvolverá um processo de mediação entre paciente, família e entidade, bem como buscará garantir a-aos pacientes e familiares, o acesso aos direitos sociais e socioassistenciais deste paciente através de orientações e encaminhamentos necessários a rede socioassistencial, assim como a acolhida humanizada e a escuta qualificada..



IX CONASSS
CONGRESSO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE
XII SIMPSSS
SIMPOSIÓ DE SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE

30 anos do SUS: Território de Lutas e o Serviço Social na Saúde
Edição virtual, 22 a 24 de setembro de 2020

1418

REFERENCIAS:

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS- ANCP, Cartilha: Cuidar na essência: uma conversa sobre cuidados paliativos, Dinamo Editora, Publicada em 8 de dez de 2013. Disponível em: https://issuu.com/dinamoeditora/docs/cartilha_online_final. Acesso em 22 ago. 2019

ANCP-ACADEMIA NACIONAL DOS CUIDADOS PALIATIVOS. Manual de Cuidados Paliativos: Rio de Janeiro de 2009. Disponível em https://www.Santacasasp.org.br/upSrv01/up_publicacoes/8011/10577_Manual%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf. Acesso em 18 jul. 2019.

ANDRADE, L.; Trajetórias no limiar da vida e da morte: cuidados paliativos na essência domiciliar. 2007. Tese (Doutorado em Serviço Social). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Setor Ciências Humanas, Universidade do Paraná, Curitiba, 2018. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/54502>. Acesso em 18 ago. 2019.

Araújo MMT, Silva MJP. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. Revista Escola Enfermagem USP. 2007; 41(4): 668-74

ARAUJO, M.M.T. de. Quando “uma palavra de cainho conforta mais que um medicamento”: necessidades e expectativas de pacientes sob cuidados paliativos., São Paulo. 2006, 141p. Tese de Mestrado, Escola de Enfermagem da USP. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-02102006-144115/publico/MonicaTrovo.pdf>, Acesso em 15 ago. 2019.

ARRUDA, L.; Dame Cicely Saunders: Dedicou-se aos cuidados paliativos. [s.l. s.n.:] 2016, disponível em: < <http://hospitaldocoracao.com.br/wp-content/uploads/2016/01/DAM-CICELY-SAUNDERS-1.pdf>>. Acesso em 18 jul. 2019.

BRASIL. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018, Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Publicado no D.O.U. em: 23/11/2018, Edição: 225, Seção:1, Página: 276. Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710. Acesso em 10 ago. 2019

CEFSS-CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde/CFESS: Brasília, novembro de 2010. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/ParametrosparaaAtuacaodeAssistentesSociaisnaSaude.pdf>. Acesso em 18 jul. 2019.

GARCIA, TATIANA G. NUNES, KÁSSIA S. SERVIÇO SOCIAL E A EQUIPE INTERDISCIPLINAR NOS CUIDADOS PALIATIVOS, 2019, ANAIS 18º conic-semesp.org.br > anais > files > trabalho-1000003833, Disponível em <http://conic-semesp.org.br/anais/files/2019/trabalho-1000003833.pdf>, Acesso em 20 dez 2019.

HERMES, Héliida R.; LAMARCA, Isabel C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde, in Revista Ciência & Saúde Coletiva, 18(9):2577-2588, 2013, Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000900012&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 10 ago. 2019.

Kovács MJ. Comunicação nos programas de cuidados paliativos: uma abordagem multidisciplinar. Mundo Saúde (1995). 2003; 27(1): 71- 80

MACHADO, Mariana de Abreu. “Cuidados Paliativos e a Construção da Identidade Médica Paliativista no Brasil”, Rio de Janeiro, junho de 2009. Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública. Disponível em https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2329/1/ENSP_Disserta%C3%A7%C3%A3o_Machado_Mariana_de_Abreu.pdf. Acesso 12 jan. 2020.

MEDEIROS, T.S; SILVA. O. R.; SARDINHA, A. L. B.; Acolhimento e Acesso aos Direitos Sociais: assistência a pacientes em cuidados paliativos oncológicos, in: Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 14, n. 2, p. 403 - 415, ago./dez. 2015, Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/view/21225/13962>. Acesso em 08 ago. 2019.

MENEZES. R. A. Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Garamond, FIOCRUZ, 2004.

REIGADA C, RIBEIRO JLP, NOVELLAS A e PEREIRA JL. *O Suporte a Família em Cuidados Paliativos*. In: Revista Textos & Contextos (Porto Alegre) Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/16478>. Acesso em 20 ago. 2019.

SIMÃO, A. B; SANTOS, et al; A atuação do Serviço Social junto a pacientes terminais: breves considerações, em Revista Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 102, p. 352-364, abr./jun. 2010, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n102/a09n102.pdf>. Acesso em 19 ago. 2019

TAVARES AMO, SOUZA DM e SANTOS CT. A Prática do Assistente Social em Cuidados Paliativos. In VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2017, São Luis/Maranhão Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo8/apraticadoassistentesocialemcuidadospaliativos.pdf> Acesso em 20 ago. 2019.



IX CONASSS
CONGRESSO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE
XII SIMPSSS
SIMPÓSIO DE SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE

30 anos do SUS: Território de Lutas e o Serviço Social na Saúde
Edição virtual, 22 a 24 de setembro de 2020

1421

**EIXO: SERVIÇO SOCIAL, RELAÇÕES DE EXPLORAÇÃO/OPRESSÃO DE GÊNERO,
RAÇA/ETNIA, SEXUALIDADES, ÊNFASE PARA A SAÚDE**

SERVIÇO SOCIAL, TRABALHO COM GRUPOS E SAÚDE: UMA ANÁLISE SOB A PERSPECTIVA DE GÊNERO

Bruna Cristina Faustino De Souza (PUC São Paulo - Pontifícia Universidade Católica De São Paulo)

RESUMO: O trabalho com grupos, recorrentemente utilizado na saúde, representa uma potência para abordagens profissionais mediatas e reflexivas e se coloca como importante ferramenta ao assistente social. Entretanto, o uso deste instrumental também possui contradições. A majoritária presença feminina destaca-se ao observarmos este tipo de ação, o que requisita um olhar crítico acerca das relações sociais de gênero dos profissionais. Busca-se neste artigo, a investigação dos impactos da adoção da perspectiva de gênero no uso do referido instrumento, a fim de oferecer subsídios para o trabalho do assistente social na saúde no concerne tal discussão.

PALAVRAS-CHAVE: Estudos de gênero, feminismo, grupos, serviço social.

RESUMEN: El trabajo con grupos, frecuentemente utilizado en la salud, representa una potencia para enfoques profesionales mediatas y reflexivas y se pone como importante herramienta al trabajador(a) social. Sin embargo, el uso deste instrumental también pose contradicciones. La mayoritaria presencia femenina se destaca al observar este tipo de acción, lo que requiere una mirada crítica acerca de las relaciones sociales de género de los y las profesionales. Se busca en este artículo, la investigación de los impactos de la adopción de la perspectiva de género en el uso del referido instrumento, a fin de se ofrecer subsidios para el trabajo del trabajador (a) social en la salud en el concierne de tal discusión.

Palabras claves: estudios de género, feminismo, grupos, servicio social

1. INTRODUÇÃO

Este estudo nasce do desafio de se investigar um instrumental pouco referido nas produções do Serviço Social brasileiro na atualidade: o trabalho com grupos. A partir desta intenção e do levantamento bibliográfico acerca da temática, uma constatação é feita: o público usuário dos trabalhos com grupos na profissão é composto majoritariamente por mulheres ao longo de toda sua trajetória. A partir deste fato, à luz das relações sociais de gênero, buscou-se uma análise histórica do significado desta marca feminina e de seu impacto na intervenção das (os) assistentes sociais, especialmente no instrumental supracitado.

A partir desta indagação, que resultou na elaboração do trabalho de conclusão de curso de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) no ano de 2018 intitulado “Serviço Social, relações sociais de gênero e o trabalho com grupos: uma análise histórica”, temos como objetivo propor a reflexão crítica acerca do instrumental de trabalho com grupos no Serviço Social, recorrentemente utilizado na área da saúde, tendo como foco a análise das relações sociais de gênero embutidas nesta discussão.

Como um dos primeiros resultados do estudo mencionado, destacamos que as oito décadas de existência do Serviço Social se inserem em um fecundo cenário de avanços promovidos pela luta de mulheres – em grande medida, pela organização popular e autônoma – marcada pela propositura de conferências, concepção de leis, criação de políticas sociais e promoção de teorias e debates. Todavia, mesmo inserido em um contexto onde a marca feminina compõe um selo da identidade profissional, é apenas em 1990 que a profissão passa a discutir criticamente, de forma mais generalizada, as relações sociais de gênero.

Isto revela como a discussão crítica acerca destas relações é recente nesta área, o que implica consequências materiais para àquelas que representam parcela tão expressiva desta categoria e de seu público usuário. Compreende-se que tal análise é primordial e tema transversal para investigação da profissão, inclusive, no que se refere ao aparato instrumental-operativo desta, e, portanto, para a abordagem com grupos. Ao se analisar os desafios presentes no uso do trabalho com grupos no Serviço Social desde de sua gênese, é essencial demarcar a conexão existente entre este instrumento e a figura feminina.

Outro ponto primordial dessa discussão reside no recorrente uso desta ferramenta de trabalho na área da saúde e da inegável presença feminina nesta política pública, em seu público usuário e, também, em sua força de trabalho¹. Diante de tal contexto, este artigo visa a refelexão

¹ “As mulheres são a principal força de trabalho da saúde. Representam 65% dos mais de 6 milhões de profissionais ocupados no macrossetor, tanto nas atividades diretas de assistência em hospitais,

crítica acerca da importância da adoção da perspectiva de gênero no uso de abordagens grupais, a fim de contribuir para a demarcação de limites e possibilidades no que concerne esta discussão, oferecendo subsídios à intervenção profissional do assistente social na área da saúde.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 Trabalho com grupos, Serviço Social e Saúde

Ao investigar as primeiras abordagens grupais na profissão no Brasil, verifica-se diversos acontecimentos relevantes na década de 1940. Neste período, uma das primeiras experiências a ser mencionada, reside nos trabalhos realizados na área da saúde, que tratavam sobre os cuidados físicos e psicológicos de recém-nascidos:

“[...] a ação sanitária compulsória embutida no discurso da pediatria-
puericultura, na esfera da saúde materno infantil, adquire um caráter mais
científico, mesmo preservando seu tom moralizados e coercitivo, sendo
deslocado da truculência médica para grupos de orientação realizados pelas
assistentes sociais nos centros de saúde”. (MARCONDES, 1973, apud
VALENTE, 2013, p.18).

Tal relação estabelecida entre trabalho com grupos, Serviço Social e Saúde vislumbrada na gênese da profissão permanece ocorrendo na contemporaneidade sob novas roupagens, não sendo raro observar ações profissionais de cunho coletivo nesta área, seja na atenção básica ou em serviços de maior complexidade. As Unidades Básicas de Saúde, por exemplo, consolidam-se como importante espaço do uso desta ferramenta e os assistentes sociais em muitas situações² assumem a condução de tais atividades, justamente por compreendermos que este tipo de ação caracteriza-se como uma das competências deste profissional:

“Art. 4º Constituem competências do Assistente Social:

I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações

prontos-socorros, consultórios, clínicas, CAPS e demais espaços, quanto nas atividades indiretas, como produção e comercialização de produtos, equipamentos e fármacos, ensino e pesquisa, e saneamento básico. No total, são 3.9 milhões de mulheres. Em algumas carreiras, como Fonoaudiologia, Nutrição e Serviço Social, elas alcançam quase a totalidade, ultrapassando 90% de participação. Em outras, como Enfermagem e suas ramificações (graduadas, técnicas e auxiliares, incluindo a Saúde Bucal) e Psicologia, estão quase lá, com percentuais acima de 80%. Os dados têm como base o Censo do IBGE e foram compilados pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado, do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais (EPSM/ NESCON/UFMG)” (ABRASCO, 2015).

² É primordial destacar que a condução de atividades grupais também podem e devem ser realizadas por outros profissionais na área da saúde, uma vez que não se trata de uma atribuição privativa de determinada profissão, todavia, nossa análise neste artigo pensará no uso desta ferramenta por assistentes sociais.

populares;

II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;

III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;

IV - (Vetado);

V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos [...] (Lei n. 8662, de 7 de junho de 1993. Grifos nossos).

O trabalho com grupos, entendido estritamente como instrumento de intervenção, tem sido valorizado como habilidade profissional em diferentes espaços sócio-ocupacionais, inclusive, àqueles que utilizam deste instrumento para promover a criação de consensos e/ou conformismos entre a população usuária. Entretanto, a dimensão grupal e coletiva, presente enquanto prática humana e social, também tem sido “desvelada” como importante aliada nas possíveis projeções societárias, em um horizonte de emancipação humana.

Boa parte das discussões envolvendo a intervenção profissional com grupos a partir da década de 1990, está articulada organicamente com a dimensão pedagógica do trabalho do assistente social. Para Mito (2009, p. 504, apud Moreira, 2013, p. 76), as ações socioeducativas realizadas no âmbito da intervenção profissional estão colocadas sobre dois pilares:

“[...] um diz respeito à socialização de informação no seu sentido mais amplo, considerando o direito do usuário a ter acesso e usufruir de todo o conhecimento socialmente produzido necessário para a melhoria das suas condições de vida. O outro se refere ao processo reflexivo desenvolvido no percurso da relação estabelecida entre profissionais e usuários, pautando-se no princípio de que as demandas trazidas à instituição por ações individuais ou através de grupos são matéria-prima para a formação de consciências críticas”.

A autora, ainda neste sentido, ressalta:

O estabelecimento de vínculos e a conformação de uma relação democrática entre profissionais e usuários são fundamentais para que o processo educativo alcance seus objetivos. Ou seja, espera-se que por meio do processo educativo, o usuário – com informação e reflexão – ganhe mais autonomia para circular no espaço social, tomar decisões sobre as formas de conduzir sua vida, avançar na consciência de sua cidadania e ter participação em diferentes instâncias da esfera pública, especialmente nas de controle social (Idem; *ibidem*).

Vasconcelos (1997, p. 133) também realiza uma importante contribuição no que tange os trabalhos com grupos na profissão. A autora destaca a importância do trabalho do assistente social voltado para o processo de ampliação de visão de mundo do público-usuário, a quem estes profissionais atendem através daquilo que foi intitulado em sua obra de

“prática reflexiva”, ou seja, “uma prática educativa, crítica, criativa, politizante, que aponte para a ruptura com o instituído”. A autora é categórica ao afirmar:

[...] que no trabalho com grupos o processo de autorreflexão se dá de forma mais rica e facilitada do que no atendimento individual, sobretudo ao considerar o uso da técnica que Vasconcelos chama de “repetição de comunicação” (1997, p. 155). Exemplificando: quando o “assistente social [...] repete uma afirmação para que o usuário possa ouvir o que ele disse e ele discorda, o grupo funciona como memória e imediatamente alguém reafirma o que foi dito” (Ibidem).

Apesar da potência embutida neste tipo de abordagem, que pode promover o desenvolvimento do pensamento crítico e a promoção da cidadania e da emancipação humana dos usuários de diversos serviços, devemos pontuar que tais ações também podem ser utilizadas para a criação de consensos e mecanismos de controle para a população, retornando a um passado conservador do uso desta técnica, onde a possibilidade de apreensão do real de forma crítica, mediata e coletiva nem sempre direcionava as ações empreendidas.

Os trabalhos coletivos, por vezes, podem se caracterizar pela dinâmica do grupo envolto em si mesmo, sem estabelecer relações mais amplas com o conjunto da sociedade e suas determinações estruturais. Deste modo, por exemplo, um grupo destinado para “mães” realizado em uma unidade básica de saúde pode ter um potencial para promover a emancipação e o fortalecimento da cidadania destas mulheres e lhes apresentar um mundo fértil em relação às discussões de gênero, maternagem e direitos sociais e civis pertinentes a esta fase da vida, como também, podem oferecer elementos para reforçar papéis tradicionais destinados à mulheres e mães na sociedade, disparando sentimentos como a culpabilização, a responsabilização individual, fortalecendo as desigualdades sociais existentes entre os sexos.

Neste sentido, é fundamental pontuar que a existência de trabalhos em grupos por si só, em alguns casos, não é suficiente para a promoção de um espaço com reflexões críticas, mediatas e coletivas. É necessário, antes de mais nada, compreender determinados assuntos estruturantes que permeiam a existência destes espaços, como é o caso da discussão crítica acerca das relações sociais de gênero, que circundam grande parte dos trabalhos desenvolvidos na esfera coletiva, considerando a expressiva parcela deste público nos serviços de saúde³.

A utilização deste instrumento também está vinculada as concepções adotadas pelos espaços sócio-ocupacionais onde tal trabalho se desenvolve. Assim, apesar do



recorrente uso de tal ferramenta na área da saúde, em um cenário de ampliação dos ditames do capitalismo neoliberal, observa-se uma certa resistência a espaços de reflexão, engendrados nos processos grupais, essencialmente quando estes adotam práticas críticas e emancipatórias como horizonte.

³ É primordial destacar que as mulheres são majoritariamente usuárias dos serviços de saúde em números e que estas necessitam de um olhar específico para suas questões, todavia, devemos ressaltar que as relações sociais de gênero não permeiam apenas a existência das mulheres, mas, também dos homens e da discussão sobre masculinidade.



Como já mencionamos, o trabalho com grupos pode e deve ser realizado por outra gama de profissionais, todavia, para fins da análise proposta, pensaremos os limites e as possibilidades do Serviço Social, como uma profissão assumidamente comprometida com a classe trabalhadora e com suas discussões, no uso deste instrumento de trabalho e em sua relação com o debate acerca das relações sociais de gênero.

3. Trabalho com grupos e Serviço Social: uma análise sob a perspectiva das relações sociais de gênero

Quando pensamos na utilização do instrumental de trabalho com grupos, não é raro observar a significativa presença de mulheres no público usuário e no público condutor deste tipo de atividade. As mulheres, como já citado anteriormente, marcam a força de trabalho da saúde pública brasileira, o que não se difere da realidade do Serviço Social enquanto profissão:

“Além de sua relação intrínseca com a questão social, outras três características marcam o processo de nascimento do Serviço Social, sendo elas: a) sua ligação às doutrinas religiosas; b) sua ligação à classe burguesa; c) e, por fim, sua constituição como uma profissão de e para mulheres (LIMA, 2014). Este último ponto nos orienta a ressaltar que a história do Serviço Social, tem sido construída por mulheres e para mulheres e que tal fato, é fundamental para a compreensão do significado sócio histórico e ideopolítico da profissão” (SOUZA, PUPO, 2018, p. 9).

A predominância do perfil feminino no Serviço Social, evidenciada em pesquisa coordenada pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) acerca do tema em 2005, mostra que cerca de 97% das (os) assistentes sociais no Brasil são mulheres. O perfil de usuárias(os) dos serviços e políticas sociais ao longo da história, também se mantêm caracterizado, majoritariamente, pela figura feminina, tendo destaque nesta discussão o protagonismo das mulheres como as grandes interlocutoras entre a família e o Estado.

Nesta perspectiva, Carloto e Mariano (2008, p. 157) elucidam:

“[...] perdura em nosso meio a compreensão de que a família é o lócus de atuação da mulher e o mercado de trabalho o lócus de atuação do homem – mesmo sabendo que homens e mulheres estão presentes em ambos os espaços – essa concepção é incorporada pelas intervenções estatais. Logo, as chamadas políticas de família dirigem-se preferencialmente às mulheres. Esse enfoque em que a mulher corporifica o grupo familiar diante das políticas estatais dirigidas à família repete-se em outras políticas sociais brasileiras, podendo ser identificado também na saúde e na educação”.

Apesar deste imbricamento entre gênero e Serviço Social e da ampla organização popular e social de mulheres no país – através dos movimentos de mulheres e feministas disseminados desde a década de 1960 e até mesmo antes disto – as discussões críticas

acerca das relações sociais de gênero na profissão só começam a tomar forma em meados dos anos 1990.

Esta temática só adquire certa relevância nas diretrizes curriculares para os cursos de graduação de Serviço Social, sendo considerada uma discussão que deve perpassar a formação profissional, a partir da aprovação da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), em 1996. Este fato imputa rebatimentos significativos para a intervenção profissional que desconexa de tal conjuntura, admite esta discussão de forma qualificada com certos limites, inclusive, no que concerne suas produções teóricas.

Como já é amplamente reconhecido, o Serviço Social como profissão perpassa um longo caminho até adquirir sua maturidade crítica, tendo um passado marcado por um irrefutável conservadorismo. É apenas em meados da década de 1970, no esteio das lutas pela democratização e enfrentamento à ditadura militar, que se transforma e admite seu compromisso com a classe trabalhadora. O Código de Ética de 1993, ao estabelecer a liberdade como valor ético central, ilustra significativamente este processo.

Apesar do giro promovido, com a conseqüente incorporação da teoria social marxista, expressamente ocorrida na década de 1980, as relações sociais de gênero, como categoria de análise – assim como as relações sociais de raça/etnia – ainda ganham título de secundariedade nas discussões empreendidas na profissão, uma vez que o grande centro dos debates se referencia na centralidade da discussão de classe.

Isto é, mesmo com a renovação crítica no interior da profissão e com a ampla discussão na sociedade acerca das relações sociais de gênero, o Serviço Social sofre a imposição de uma tendência homogeneizadora de construção do pensamento social, a partir de uma teoria que se pretende universal e prioriza o enfoque de classe. Desconsidera-se, assim, em certa medida, a heterogeneidade do pensamento a partir das dimensões sócio-históricas e culturais, entre elas as diferenças sexuais, de identidade, de raça/etnia e de gênero (LISBOA, 2010).

Diversas intelectuais do Serviço Social apontam a necessidade da compreensão da consubstancialidade entre patriarcado, racismo e capitalismo, percebendo a dimensão opressão-exploração em uma lógica dialética, que expressa de fato, a totalidade do ser social em sua realidade sócio histórica. Todavia, ao se observar o cenário profissional no país, através de suas principais produções e expressões na contemporaneidade, a centralidade de classe ainda representa um discurso preponderante.

A presença de uma perspectiva que consubstancie patriarcado, racismo e capitalismo (KERGOAT, 2019) faz com que a profissão possua condições materiais para compreender

seu público usuário, através de suas dimensões sócio-históricas e culturais, em uma sociedade construída sob a égide do patriarcado e do racismo.

Assim, nos dias atuais, apesar do comprometimento da categoria com a classe trabalhadora, expresso em seu Projeto Ético Político, nota-se as consequências dos desencontros entre gênero e Serviço Social⁴, que impactam profundamente a intervenção profissional e expressam-se na construção de políticas, programas e projetos sociais. As marcas deste desencontro, conseqüentemente, permeiam o aparato técnico-operativo da profissão.

As relações sociais de gênero, assim, também marcam a história da intervenção profissional nos trabalhos com grupos, desde de sua gênese – onde este instrumental, ainda considerado uma metodologia, materializou-se em uma ferramenta de controle e readequação social – até os dias atuais – onde este instrumento coloca-se como uma possibilidade para a elaboração de trabalhos reflexivos.

As mulheres, como já se repetiu reiteradas vezes, marcam o público usuário do Serviço Social e integram, de forma majoritária, a composição dos grupos realizados ao longo da história da profissão no país. Contudo, a presença do público feminino nestes espaços, muitas vezes, não foi explorada a partir de uma perspectiva onde se pudesse analisar criticamente as determinações de gênero implicadas em sua existência.

Quando se pensa nos trabalhos com grupos, constata-se não só o desencontro entre Serviço Social e gênero, mas, os impactos do avanço da regressão neoliberal na sociedade e seus rebatimentos, vislumbrados desde os anos 90. Assim, além da possibilidade da ausência de uma leitura da realidade, com embasamento teórico acerca das relações sociais de gênero nos trabalhos com grupos, percebe-se uma tendência, cada vez maior, da negação de espaços de reflexão crítica coletiva no interior da profissão e das organizações.

Neste contexto, é importante pontuar que o trabalho do assistente social, cooptado pelo cotidiano institucional, por precárias formações acadêmicas e pela própria desatualização profissional, muitas vezes, se restringe a dar respostas automáticas e superficiais a diversas situações singulares que acabam sendo homogêneas por meio de instrumentos de gestão de políticas sociais pautados em arcabouços jurídicos burocráticos. Assim, torna-se muito mais frequente, ações profissionais direcionadas as demandas imediatas dos sujeitos. Contudo, embora a socialização de riqueza via políticas sociais seja substancial para as necessidades imediatas do trabalhador, evidencia-se que o trabalho do assistente social pode vislumbrar não só um objetivo imediato, mas, também,

um mediato, de maior abrangência.

⁴O objeto deste estudo, se dirige as relações sociais de gênero, contudo, ao se declarar a necessidade da consubstancialidade entre patriarcado, racismo e capitalismo, é inconcebível não mencionar que tal desencontro também se materializa na profissão quando se pensa nas categorias de raça/etnia e diversidade sexual.

Os assistentes sociais pactuam com um projeto Ético Político que contrasta o modo de produção vigente, assim, é mais que primordial que este profissional não seja um mero burocrata ou um gestor que responda as demandas emergentes postas em seu cotidiano, mas, sim, que crie estratégias que viabilizem e materializem os pressupostos estabelecidos em seu código de ética. É mais que elementar a necessidade da reflexão acerca da materialização de direitos e cidadania com ações que remetam à luta de classes e a construção de uma ordem social não antagônica, sem opressões de gênero, raça/etnia e diversidade sexual.

Uma das formas de se alcançar esta proposta, se concretiza através do fortalecimento dos sujeitos coletivos e no trabalho com grupos. Esta perspectiva de trabalho tem se mostrado como uma importante ferramenta para a ação profissional, dado que neste espaço, além da satisfação das necessidades imediatas do usuário, o assistente social pode engendrar práxis junto a este, aspirando à apreensão do real de forma crítica, mediata e coletiva.

“Assim, por mais que os atendimentos no âmbito do Estado burguês sejam individualizados (e há questões particulares que não têm como ser tratadas em grupo, como violências, negligências, questões íntimas etc.), o profissional tem possibilidades mais transgressoras em ações profissionais coletivas, posto que abrem a possibilidade de se pensar na identidade coletiva e nas questões mediatas” (LACERDA, 2006, p. 37).

Muitas profissões, dentre as quais ressalta-se a psicologia, admitem e desenvolvem a discussão acerca do trabalho com grupos, a partir de uma visão crítica. Autoras como Arakcy Rodrigues e Silvia Lane, vinculadas a psicologia social, destacam-se neste processo, ainda nos anos 80, a partir de suas produções acadêmicas acerca desta temática. No Serviço Social, contudo, a discussão acerca do trabalho com grupos, passa a possuir



poucas referências na produção acadêmica e pouco espaço nas grades curriculares das graduações nas últimas décadas.

“Apesar de a abordagem com grupo pelo Serviço Social ser reconhecida pelo CFESS, através da resolução n.569/2010, o estudo realizado por Amorim (2013) na Universidade de Brasília – UnB apresenta um dado relevante: na busca por artigos científicos que trabalhassem especificamente a abordagem de grupo pelo Serviço Social, num universo de 129 artigos, nenhum trazia essa técnica, como tema central. Tal dado em certa medida pode suscitar a ausência de estudo desse instrumental e suas especificidades e também uma desqualificação deste pela categoria” (AMORIM et. al, 2016, p. 3).

Apesar das poucas referências acerca dos trabalhos com grupos na profissão, observa-se a presença deste instrumento ao longo de toda a história do Serviço Social brasileiro – inclusive, nos dias atuais. Mesmo com o emprego deste instrumento na profissão, nota-se que a possibilidade de apreensão do real de forma crítica, mediata e coletiva nem sempre direciona a ação deste tipo de trabalho. Os trabalhos coletivos, por vezes, caracterizam-se pela dinâmica do grupo envolto em si mesmo, sem estabelecer relações mais amplas com o conjunto da sociedade e suas determinações estruturais. Fato que impacta não só o trabalho dos assistentes sociais, mas, de outros profissionais que também desenvolvem este tipo de abordagem.

E muitas são as explicações para isso, dentre as quais destacam-se: as imposições das organizações, que permeadas pela visão neoliberal inibem a existência de espaços de reflexão crítica, a reduzida abordagem deste tipo de instrumental nas graduações de Serviço Social e a própria individualização das expressões da questão social. Além disto, ao se analisar os desafios presentes no uso deste instrumental, é essencial destacar as consequências dos desencontros entre gênero e Serviço Social, no que se refere a adoção de um olhar crítico acerca destas dimensões, que também é vislumbrado em outras profissões que, do mesmo modo, conduzem este tipo de trabalho. O espaço dos grupos, destinados a reflexão crítica e coletiva, sem a adoção de uma perspectiva de gênero, ganha características que reiteram os papéis tradicionais destinados às mulheres que compõem, em números, a grande expressividade destes espaços.

Apesar dos desencontros, observados na esfera hegemônica da profissão, no que diz respeito a transversalidade das categorias de gênero e raça/etnia nos processos de

percepção crítica da realidade, é possível destacar e evidenciar ações de parte da categoria que disputam e fomentam um projeto profissional comprometido com a consubstancialidade entre patriarcado, racismo e capitalismo. Os dias atuais demonstram a abertura de espaço e o advento de produções acadêmicas que expandem a centralidade de classe nas análises empreendidas na profissão.

É essencial demarcar que por mais que tais contradições expressem a conjuntura hegemônica da profissão, existem experiências e conjuntos de profissionais extremamente comprometidos com uma visão crítica acerca das relações sociais de gênero, raça/etnia e diversidade sexual, que nos oferecem subsídios para refletir acerca da potencialidade da profissão diante destas opressões.

A ampliação do debate acerca da consubstancialidade entre patriarcado, racismo e capitalismo também influencia o desenvolvimento dos trabalhos com grupos na profissão, oferecendo novas referências e possibilidades de trabalho. Assim, é essencial demarcar a existência de grupos desenvolvidos por agentes desta profissão que expõem a força contida neste tipo de abordagem, por meio de uma ação profissional de caráter reflexivo, que admite uma percepção crítica acerca das categorias de gênero, raça/etnia e classe, ainda que tais experiências não representem a maior parte das ações engendradas.

4. CONCLUSÃO

Os estudos indicam que a realidade social impõe as discussões de gênero à profissão e que há um processo endógeno de construção e de visibilidade que evidencia a necessidade de ampliação e apropriação destes debates pela categoria. A importância de abordagens profissionais que explorem a dimensão mediata e reflexiva, também se destaca em um contexto profissional marcado por um horizonte de emancipação humana e por um cotidiano cooptado pelos ditames do neoliberalismo.

A partir da discussão realizada é possível afirmar a relevância do uso de instrumentais que promovam reflexões críticas e coletivas e a pertinência da incorporação da categoria gênero na profissão – não só em suas produções teóricas, mas, em suas ações de intervenção, inclusive, no que tange seu aparato técnico-operativo. Ainda que exista um posicionamento explícito no Projeto Ético Político do Serviço Social acerca da construção de uma ordem social sem opressões de gênero, raça/etnia e diversidade sexual, não é possível afirmar que a categoria construiu condições materiais para que estas dimensões se



expressassem no cotidiano profissional de forma central.

A centralidade que a categoria classe adquire nos processos formativos em geral merece destaque neste sentido, já que como amplamente abordado, os estudos acerca das relações sociais de gênero, raça/etnia e diversidade sexual ainda não possuem seu devido espaço nas discussões engendradas na profissão, colocando-se, por vezes, como “temáticas” secundárias. Isto reafirma a necessidade de o Serviço Social compreender e se munir de perspectivas que compreendam a complexidade imposta nas relações sociais de gênero, assim como, das relações sociais de raça/etnia e de diversidade sexual.

Entender os sujeitos que compõem o público usuário da profissão como humanos genéricos não basta em uma sociedade marcada pelo racismo e pelo patriarcado, seja no desenvolvimento de processos grupais, seja na realização de qualquer outro tipo de intervenção.

A análise empreendida neste artigo é fundamental para a prática do assistente social na saúde - e de outros profissionais - no que concerne a incorporação da discussão das relações sociais de gênero e o uso do instrumento técnico-operativo do trabalho com grupos, em um cenário onde o impacto neoliberal demonstra-se cada vez mais expressivo nesta área de atuação, restringindo práticas comprometidas com a reflexão e com a promoção da cidadania dos usuários, por meio de cortes perceptíveis em atividades que se direcionam a promoção e prevenção em saúde.

Por fim, seria inevitável não ponderar a importância deste debate e sua urgência, que se encontram seriamente em risco em uma conjuntura social marcada pelo avanço do fascismo, representada por um governo que repudia as discussões acerca das relações sociais de gênero e de diversidade sexual e que, infelizmente, não se compromete com a defesa da saúde pública de forma universal e qualificada.

REFERÊNCIAS

- ABRASCO. A mulher na Saúde: visões de cinco pesquisadoras, 2015. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/mulher-na-saude-visoes-de-cinco-pesquisadoras>. Acesso em: 02/02/2020.
- AMORIM, Camila Gabriel Meireles; MENDONÇA, Camilla Rezende de Mello; FIGUEIREDO, Karina Aparecida. *A intervenção do Serviço Social em grupos multifamiliares com foco no abuso sexual: desafios e possibilidades*. Minas Gerais: 4º Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais: 80 anos de Serviço Social - Tendências e Desafios, 2016.
- BRASIL, Lei nº 8.662, de 07 de Junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Disponível em http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf
- CARLOTO, Maria Cássia; MARIANO, Silvana. *A Família e o Foco nas Mulheres na Política de Assistência Social*. Rio Grande do Sul: Sociedade em Debate, Pelotas, 14 (2): 153-168, julho- dezembro, 2008.
- KERGOAT, Danièle. Dinâmica e consubstancialidade das relações sociais. Novos Estudos Cebrap, São Paulo, n. 86, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/nec/n86/n86a05.pdf>. Acesso em: 13 set. 2019.
- LACERDA, Lélica Elis P. de. Exercício profissional do assistente social: *da imediatividade às possibilidades históricas*. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 117, p. 22-44, janeiro/março, 2014.
- LISBOA, Teresa Kleba. *Gênero, feminismo e Serviço Social: Encontros e desencontros ao longo da história da profissão*. Revista Katálysis, Florianópolis, v. 13, n.1, 2010.
- MIOTO, Regina Célia Tamasso. *Orientação e acompanhamento social a indivíduos, grupos e famílias*. In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.
- MIOTO, Regina Célia Tamasso; LIMA, Telma Cristiane Sasso de. *A dimensão técnico-operativa do Serviço Social em foco: sistematização de um processo investigativo*. Revista textos e contextos, Porto Alegre, n. 01, vol. 08, p. 22-48, 2009;
- MOREIRA, Carlos Felipe Nunes. *O Trabalho com grupos em Serviço Social: A Dinâmica de Grupo como Estratégia para Reflexão Crítica*. 2ª Edição. São Paulo: Cortez Editora, 2014.
- SAFFIOTI, Heleieth. *Gênero, patriarcado, violência*. São Paulo: Perseu Abramo, 2004.
- SOUZA, Bruna Cristina Faustino; PUPO, Lívia de Paula. *Serviço Social, relações sociais de gênero e o trabalho com grupos: Uma análise histórica*. Trabalho de conclusão de Curso – Serviço Social – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2018.
- VALENTE, Thereza Mara. *A Ressignificação do trabalho com grupos na área da saúde presente na prática do Serviço Social contemporâneo*. Tese de Doutorado. São Paulo: PUC-SP, 2013.
- VASCONCELOS, Ana Maria. *Prática Reflexiva e Serviço Social em Pauta*. Rio de Janeiro: UERJ/FSS, 1997.

POLÍTICA PÚBLICA NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E A ARTICULAÇÃO EM REDE NO ÂMBITO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Ciomara Maria Santos (UFF - Universidade Federal Fluminense); Adriana Valle Mota (AMB); Roselene Sergio Ribeiro (Universidade Federal Rural Do Rio De Janeiro)

Resumo: Este artigo trata das políticas públicas para as mulheres no Estado do Rio de Janeiro abordando questões relativas a articulação e integração de profissionais nas políticas de enfrentamento da violência contra a mulher, incluindo serviços que atuam diretamente com profissionais da saúde, especialmente das áreas de serviço social e psicologia que fazem a escuta e acompanham os casos das vítimas em razão da opressão de gênero. Serão utilizados dados da MUNIC/IBGE de 2009 e 2013, do Instituto de Segurança Pública (ASP) de 2019, além de outros documentos de apoio para tratar da temática.

Palavras – chave: política pública, violência contra a mulher, rede de atendimento

Abstract: This article deals with public policies for women in the State of Rio de Janeiro, addressing issues related to the articulation and integration of professionals in policies to combat violence against women, including services that work directly with health professionals, especially in the areas of social assistance and psychology that listens to and monitors victims' cases due to gender oppression. The MUNIC / IBGE data from 2009 and 2013, from the Public Security Institute (ASP) 2019, as well as other supporting documents to solve the problem.

Keywords: public policy, violence against women, care network

1. INTRODUÇÃO

A violência contra as mulheres é um fenômeno mundial que afeta diretamente uma grande parcela da população, impactando diferentes serviços e exigindo a mobilização de profissionais e recursos de políticas públicas intersetoriais, fato notoriamente conhecido e reconhecido por diferentes atores internacionais como a Organização das Nações Unidas – ONU, a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, e a Anistia Internacional²⁸⁶. No Brasil, a violência contra as mulheres vem merecendo, a cada dia, uma maior atenção por parte do poder público, mas também da sociedade civil organizada, devido às suas graves consequências e impactos na vida pessoal, profissional e na saúde das mulheres, que passa a ganhar notoriedade a partir da Constituição Federal de 1988.

O artigo trata das políticas públicas para as mulheres no Estado do Rio de Janeiro, por ser um tema amplo e complexo, aborda questões relativas a articulação e integração de profissionais nas políticas públicas de enfrentamento da violência contra a mulher no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, incluindo serviços que atuam diretamente com profissionais da saúde, especialmente das áreas de serviço social e psicologia que fazem a escuta e acompanham os casos das vítimas em razão da opressão de gênero. Baseia-se nos dados da MUNIC/IBGE de 2009 e 2013, do Instituto Segurança Pública (ISP) de 2019, material bibliográfico sobre a temática - Rede de Enfrentamento da Violência Contra a Mulher, pesquisas com informações sobre o processo de constituição dos organismos de políticas para as mulheres, no plano nacional de políticas para as mulheres e na experiência de atuação das autoras junto a rede de atendimento às mulheres no território fluminense.

É possível destacar na Carta Magna que no art. 196 da Constituição atual de 1988, destaca uma linguagem inclusiva procurando contrapor uma inegável eleição de gênero masculino como universal na gramática, o caráter Universalista referente a Saúde desta Constituição elegeu o Direito a Saúde como um dentre os outros Direitos fundamentais, cuja repercussão alcança o direito à vida e da dignidade da pessoa humana sendo dever da sociedade sua garantia mas também do Estado, a sua proteção (curativas) e prevenção. Prescinde, pois, da criação de estruturas organizacionais de fomento, tutela adequadas, com regulamentação e fiscalização, isto independe de uma mera discricionariedade administrativa:

Art. 196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de

²⁸⁶<https://nacoesunidas.org/violencia-contra-as-mulheres-e-pandemia-global-diz-chefe-da-onu/><https://anistia.org.br/um-ano-marcado-pela-resistencia-das-mulheres/>
<https://nacoesunidas.org/violencia-contra-a-mulher-e-grave-problema-de-saude-publica-alerta-opas/>

outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CFRB)²⁸⁷

E nessa linha de raciocínio que a saúde a partir da concepção de universalidade, enquanto um princípio que representa a superação da igualdade deve ir além da questão formal²⁸⁸ promovendo ações não só de redução de riscos como de proteção e recuperação para rompimento da situação de violação, cabendo destaque para a distinção de gêneros diante da peculiar situação de violência que as mulheres são afetadas, incluindo as situações de violência doméstica. Um aspecto relevante do processo de garantias é que conforme já mencionado a conquista foi fruto da luta organizada da sociedade civil.

Desde os anos 1970, com a repercussão de casos gravíssimos de violência que o movimento de mulheres é quem mais tem tensionado o poder público no sentido de prover respostas, por meio de políticas públicas, que pudessem, por um lado, garantir às mulheres o direito a uma vida livre de violência e, por outro, responsabilizar os autores de tais fatos.

As mulheres vítimas da violência de gênero carregam em sua maioria, consequências profundas e duradouras, incluindo gravidez indesejada, aborto, doenças sexualmente transmissíveis (como a HIV/AIDS), além de carregar graves problemas para a saúde mental. Para o enfrentamento dessa questão os diferentes setores da saúde precisam articular e integrar a rede de enfrentamento da violência contra a mulher, tendo como prioridade a qualificação na escuta visando melhorias no atendimento às vítimas que circulam entre os diferentes serviços. Pensar a qualidade do atendimento às vítimas da violência de gênero requer considerar a visão de mundo que diferentes pessoas carregam para o seu cotidiano profissional, sobretudo em relação as questões de gênero. Portanto as políticas de enfrentamento da violência contra a mulher precisa de estruturas que deem conta de atuar na articulação da rede desempenhando um papel fundamental na sensibilização e capacitação de profissionais que integram os serviços de atendimento à mulher proporcionando nas ações de integração um processo de desconstrução e construção de uma ampliação ou nova concepção de relações de gênero. Portanto, a presença de organismos específicos para promover ações que proporcione a integração e sensibilização de forma a garantir transversalidade de gênero nos diferentes setores da administração pública passa a ser um instrumento importante na agenda governamental das esferas Federal – Estadual e Municipal.

Diante do contexto, reafirmamos que esta análise objetiva mapear os municípios do território fluminense que tem OPMs e os serviços especializados de atendimento à mulher e

²⁸⁷ Constituição da República Federativa do Brasil

²⁸⁸ Igualdade jurídica onde todos devem ser tratados de maneira igual, sem quaisquer distinções – art. 5º CFRB.

a articulação das OPMs com os diferentes setores para implementar políticas públicas para as mulheres segundo dados da MUNIC/IBGE 2009 e 2013, a rede de enfrentamento da violência contra a mulher no Rio de Janeiro com dados atualizados, a importância da Lei nº 11340 - Lei Maria da Penha e o papel da assessoria jurídica na rede.

Com base na experiência e estudos das autoras, observa-se que a área da saúde está entre as políticas que aderem a articulação para construir uma política pública de qualidade no âmbito da saúde para promover a política de enfrentamento da violência contra a mulher no espaço de cuidado, porém não ocupa a posição prioritária.

2. Mapeando OPMs Fluminenses, os serviços especializados e a rede para o enfrentamento da violência contra a mulher

O estudo sobre os Organismos de Políticas para as Mulheres - OPMs no âmbito do Estado do Rio de Janeiro que encontra-se em andamento na UFF, com base nos dados obtidos na Pesquisa sobre Informações Básico Municipais -MUNIC/IBGE sobre o Perfil dos Municípios Brasileiros de 2009 e 2013, mais especificamente, das cidades do território fluminense²⁸⁹, identificou que no âmbito municipal e estadual²⁹⁰ a incorporação de organismos específicos para tratar das ações direcionadas às demandas das questões sociais das relações de gênero, principalmente as reivindicações dos diferentes movimentos organizados das mulheres a garantia dos direitos, só é possível acontecer mediante ações que visem a igualdade com a incorporação da transversalidade de gênero nos diferentes setores das políticas públicas e a articulação dos serviços em rede. Acrescenta-se na presente reflexão os dados da CPI do Femicídio apresentados pela ALERJ em 2019²⁹¹.

Analisando o percentual dos municípios com OPMs no Estado do Rio de Janeiro para os anos de 2009 e 2013 constata-se que nas estruturas administrativas municipais fluminenses houve um crescimento na participação destes municípios no conjunto do estado do Rio de Janeiro, em 2009 eram 50% dos municípios tinham OPMs e em 2013 passou a ser 56,5%. A importância deste número é demonstrada pela média nacional, esta foi em 2009 de 18,7% dos municípios brasileiros com OPMs e em 2013 esta percentagem passou para

²⁸⁹ Também observa-se que no período, ocorreram as Pesquisas de Informações Básicas Estaduais (ESTADIC/IBGE) sobre o Perfil dos Estados Brasileiros de 2008 e 2012.

²⁹⁰ Vide Pesquisas sobre Informações Básicas Municipais (MUNIC) sobre o Perfil dos Municípios Brasileiros de 2009 e 2013 do IBGE e as Pesquisas de Informações Básicas Estaduais (ESTADIC) sobre o Perfil dos Estados Brasileiros de 2008 e 2012 do IBGE.

²⁹¹ <http://www.alerj.rj.gov.br/Visualizar/Noticia/47372>



27,5%, cresceu mas ainda aquém de uma verdadeira política pública inclusiva para as mulheres, como afirma o IBGE abaixo:

“Os resultados da MUNIC indicaram que somente, 27,5% dos municípios brasileiros possuíam estruturas para a formulação, coordenação, e implementação de políticas para as mulheres. Em 2009, quando o tema foi pesquisado pela primeira vez na MUNIC, esse percentual era de 18,7%. O aumento de cerca de nove pontos percentuais em quatro anos é reflexo dos movimentos político e social da necessidade de criação de estrutura que promovam a igualdade de gênero em todos os setores da política pública e nos diferentes níveis de governo”.

(MUNIC/IBGE,2014, p.81)

Observa-se na pesquisa do IBGE que a inclusão de organismos de políticas para as mulheres na agenda governamental obteve um crescimento considerado relevante ainda é um desafio para os movimentos sociais de mulheres conquistar a adesão de cidades que compõem o território nacional. Contudo, os que foram incluídos na agenda governamental de âmbito local proporcionou a ampliação de programas e rede de serviços de atendimento à mulher, como por exemplo no território fluminense.

2.1 Os serviços especializados de atendimento à mulher segundo a MUNIC/IBGE de 2009 e 2013

De acordo com os dados da MUNIC IBGE – 2009 e 2013 sobre os serviços especializados de atendimento à mulher no âmbito do território fluminense, a maioria dos municípios que constituíram OPMs, declararam ter Centros Especializados de Atendimento à Mulher. Em 2009 os Centros Especializados eram compostos pelos seguintes municípios: Angra dos Reis, Belford Roxo, Bom Jardim, Cabo Frio, Campos dos Goytacazes, Conceição de Macabu, Itaboraí, Macaé, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Friburgo, Paracambi, Paraíba do Sul, Petrópolis, Queimados, Rio das Ostras, Rio de Janeiro, São Gonçalo, São João de Meriti, Três Rios, Silva Jardim, Volta Redonda – totalizando 23 Centros Especializados, lembrando que foram analisados os 46 municípios que informaram ter OPMs, não constam os três pertencentes a esfera estadual localizados na Capital. Ainda em 2009, em relação a existência de Casas Abrigos os municípios de Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, São João de Meriti e Volta Redonda informaram a existência de abrigos especializados e eram conhecidos pela rede de serviços do estado. Entre os 4, apenas 01 informado pelo município de São João de Meriti era vinculado ao organismo estadual, os demais pertencentes as estruturas municipais. Outros dois municípios informaram ter abrigos: Guapimirim e Paraíba do Sul, porém cabe informar que os mesmos não eram identificados na rede de serviços

vinculados ao Pacto Nacional de Enfrentamento da Violência Contra a Mulher. Portanto, segundo o IBGE foram informados 6 municípios com abrigos. Não houve no questionário da MUNIC/IBGE 2009 nenhuma pergunta sobre serviços especializados nas áreas de saúde, segurança, justiça.

Em 2013 os municípios com OPMs que informaram a existência de Centros Especializados para atendimento à mulheres em situação de violência foram: Angra dos Reis, Aperibé, Araruama, Arraial do Cabo, Barra Mansa, Belford Roxo, Cachoeira de Macacu, Cardoso Moreira, Engenheiro Paulo de Frontin, Itaboraí, Itatiaia, Macaé, Maricá, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Nova Friburgo, Niterói, Paracambi, Paraíba do Sul, Petrópolis Piraí, Porto Real, Quatis, Queimados, Resende, Rio das Flores, Rio das Ostras, Saquarema, São João da Barra, São João de Meriti, Seropédica, Tanguá, Teresópolis, Três Rios, Volta Redonda – totalizando 39 Centros Especializados. Em relação as casa abrigos foram informados apenas os abrigos municipais, totalizando 5 municípios, sendo apenas 2 de conhecimento da rede de serviços do estado composto pelo município do Rio de Janeiro e Volta Redonda Capital. São Gonçalo inaugurou no período da pesquisa do IBGE, mas não chegou a ser incorporado na rede estadual de abrigos para mulher em situação de risco, Comendador Levy Gasparian e São João da Barra não eram abrigos de conhecimento da rede estadual.

Na pesquisa da MUNIC/IBGE de 2013, foi levantado dados sobre serviços da saúde especializados para o atendimento aos casos de violência contra a mulher, entre os 52 municípios que informaram ter OPMs, apenas 15 declararam ter este tipo de atendimento, sendo composto pelos seguintes municípios: Araruama, Barra Mansa, Cabo Frio, Itaboraí, Mesquita, Niterói, Petrópolis, Porto Real, Resende, Rio das Ostras, Rio de Janeiro, São João de Meriti, Teresópolis, Valença, Volta Redonda.

Os três tipos de serviços- CEAMs, Abrigos e Serviços da Saúde Especializados no atendimento à mulher fazem parte da Política Nacional de Enfrentamento da Violência Contra a Mulher que em 2011 foi instituída pela Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres – órgão do executivo nacional com status de Ministério na época. Essa política, que nasce alimentada pelos mesmos debates teóricos que pautaram a discussão em torno da Lei 11.340/2006, preconiza a organização de uma Rede de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência, reconhecendo que a busca do rompimento do ciclo de violência leva às mulheres a percorrerem diferentes serviços de apoio que viabilizem essa decisão, garantindo assistência integral, qualificada e especializada. No decorrer dos anos a Rede de Serviço foi sendo ampliada, no Rio de Janeiro o Pacto Nacional de Enfrentamento da Violência Contra

Mulher foi uma ferramenta importante para atender demandas das mulheres vítimas e/ou em situação da violência de gênero.

2.2 Rede de Serviços Especializados de atendimento à Mulher no território fluminense na atualidade

No Rio de Janeiro, o Instituto de Segurança Pública, por meio do Dossiê Mulher de 2019²⁹², demonstra o quanto as mulheres ainda sofrem violência de forma sistemática. Desde 2005 o Instituto analisa anualmente os dados oficiais do estado relativos à violência contra a mulher, a partir dos registros de ocorrências feitos nas Delegacias Policiais. Segundo os dados do Dossiê, em 2018 tivemos 71 feminicídios consumados e 288 tentados em todo o estado do Rio de Janeiro. Isso significa que a cada 05 dias uma mulher morre no RJ vítima de um feminicídio. 62% dos casos, a morte aconteceu dentro da residência da vítima e 56% dos autores eram companheiros ou ex-companheiros das vítimas. Mais de 60% das mulheres mortas eram negras e 53% delas tinha entre 16 e 30 anos de idade.

Para enfrentar o fenômeno da violência contra as mulheres o Estado do Rio de Janeiro dispõe de uma Rede de Serviços Especializados, que de acordo com o relatório apresentado nas audiências da CPI sobre feminicídio de 2019²⁹³ atualmente é composta por:

- 14 Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulheres – DEAMs: Angra dos Reis, Belford Roxo, Cabo Frio, Campos, Duque de Caxias, Niterói, Nova Friburgo, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro (03 DEAMs), São Gonçalo, São João de Meriti e Volta Redonda;
- 01 Núcleo de investigação de Feminicídios na Divisão de Homicídios;
- 06 Salas Lilás no IML;
- 42 viaturas para a Patrulha Maria da Penha – uma para cada um dos 39 batalhões da Polícia Militar e as restantes para três Unidades de Polícia Pacificadora – Rocinha, Andaraí e Barreira do Vasco.
- 32 Centros Especializados de Atendimento à Mulheres - CEAMs: Araruama, Belford Roxo, Cabo Frio, Duque de Caxias, Itaboraí, Itaperuna, Itatiaia, Macaé, Maricá, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Nova Friburgo, Paracambi,

²⁹² http://arquivos.proderj.rj.gov.br/isp_imagens/uploads/DossieMulher2019.pdf

²⁹³ Os dados da CPI foram apresentados nas audiências sobre Feminicídio em 2019 na Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro. Levantamento da Comissão Parlamentar de Inquéritos do Feminicídio da ALERJ/2019. Relatório apresentado no dia 16 de outubro na ALERJ e aprovado no dia 23 de outubro de 2019.

Petrópolis, Resende, Rio das Ostras, Rio de Janeiro (04 Centros), São Gonçalo, São João de Meriti, Saquarema, Seropédica, Silva Jardim, Tanguá, Teresópolis, Volta Redonda, Queimados, Quissamã;

- 03 Unidades Móveis de Atendimento a Mulheres em Situação de Violência (01 da Prefeitura de Petrópolis e 02 do Governo do Estado);
- 2 Casas-abrigo (localização sigilosa);
- 11 Juizados da Violência Doméstica e Familiar - Rio de Janeiro (05 Juizados), Nova Iguaçu, Niterói, São Gonçalo e Duque de Caxias;
- 1 Núcleo Especializado de Defensoria da Mulher - Rio de Janeiro;
- 2 Disques Mulher; e
- Serviços de saúde voltados para o atendimento dos casos de violência sexual e doméstica e realização do Aborto Legal.

A despeito da aparente grandiosidade da rede de serviços, é preciso mencionar que alguns Centros Especializados de Atendimento a Mulheres tiveram suas atividades encerradas nos últimos anos, como a Casa da Mulher de Manguinhos e o CIAM Baixada por um período, ambos vinculados ao governo do Estado, o CEAM de Armação dos Búzios e também o de Barra Mansa. A maior parte das instituições da rede especializada é de natureza estadual e com sede na cidade do Rio de Janeiro e região metropolitana. Um desafio que se nota e que merece atenção é a escassez de serviços especializados de atendimento à mulher em situação de violência nas regiões em que o contexto rural é relevante.

O Estado do Rio de Janeiro foi o primeiro a aderir ao Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher, em novembro de 2007, reconhecendo que cabe aos governos assumir esta agenda. Embora muito se tenha avançado desde então, ainda há muito a fazer neste campo para que se garantam às fluminenses uma vida livre da violência. O caminho a ser percorrido ainda é longo e depende de investimentos sérios e continuados em políticas públicas por parte dos poderes executivo, legislativo e judiciário.

2.3 Articulação em rede para o enfrentamento da violência contra a mulher no âmbito do Rio de Janeiro

Antes de tratar das articulações e integração dos serviços no estado do Rio de Janeiro é importante trazer a reflexão em relação ao conceito de rede, há definições que podem auxiliar bastante na compreensão das razões que justificam a adoção desse modelo de

atuação pela Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Em Turck (2001, p.03), encontramos que rede é “uma articulação de atores em torno de objetivo; é uma trama relacional”. Portanto, o aspecto da relação entre os atores, no caso os serviços de atendimento a mulheres em situação de violência, ganha aqui um sentido importante e que deve ser preservado. Já em Castells (1999, p.497), verificamos que a organização em redes tem como premissa a mudança do fazer, resultando em novos processos produtivos, que levem a resultados melhores, uma vez que provêm de uma e de experiência articulada e organizada.

A atuação em conjunto a partir de diferentes iniciativas públicas na construção das ações é importante, evitando a sobreposição de função para um mesmo público ou até mesmo resultados catastróficos. A formulação e implementação de uma política integral de enfrentamento das questões que envolvem discriminação, preconceito e violência contra a mulher necessita de incorporar vários setores da sociedade para tratar de diferentes aspectos dessa desigualdade que atravessa as relações sociais, sobretudo, as relações de gênero. Portanto, cabe aos serviços na rede movimentar a agenda governamental no enfrentamento da violência contra a mulher, inclusive são áreas que em relação a temática são os que mais conseguem disponibilizar repasse de verbas entre os entes federativos.

Analisando os dados da MUNIC/IBGE de 2009 e 2013, constatamos que os municípios com articulação em sua maioria informaram ter articulação em diferentes áreas temáticas em ambos períodos. Em 2009, 80% dos municípios com organismos, declararam ter articulação com as demais políticas da administração local e em 2013 houve uma ampliação nesta articulação e 85% dos municípios fizeram a mesma declaração. Entre as áreas de articulação encontra-se a rede de enfrentamento da violência contra a mulher e a área da saúde, estas são fundamentais para que as mulheres que demandam ajuda para o rompimento do ciclo da violência possam se apoiar trabalhar a auto estima visando a superação da situação a qual se encontra.

Em relação a articulação das OPMS com as outras áreas temáticas dos municípios é importante destacar que a pesquisa do IBGE ampliou o leque de áreas e a parte da violência foi reformulada, mesmo assim, as que eram prevaletentes de 2009, também aparecem com um quantitativo relevante. Ou seja, a área da educação e saúde continuam sendo territórios de maiores articulações com os órgãos municipais gestores de políticas para as mulheres no Rio de Janeiro, juntando-se as duas a área da assistência social. A violência contra a mulher é a temática que mais mobiliza ações articuladas da rede. Com a Lei 11340 – Lei Maria da Penha a rede intensifica o trabalho de articulação contando com o apoio técnico jurídico de

profissionais da área de Direito inseridos em serviços especializados do atendimento à mulher, sendo os casos demandados pela saúde parte desta integração em rede.

3 A Lei Maria da Penha a escuta qualificada e o trabalho interdisciplinar

Uma das maiores conquistas brasileiras para o enfrentamento da violência contra a mulher foi a Lei 11.340, conhecida como Lei Maria da Penha, sancionada em 2006, também resultante das reivindicações e pressões dos movimentos feministas e de mulheres do Brasil. A sanção da Lei Maria da Penha corrobora a tese de que a violência contra as mulheres é um fenômeno cuja magnitude e consequências exige uma ação direta do estado, para a proteção das mulheres e responsabilização dos agressores. Além disso, a Lei Maria da Penha destaca a importância do atendimento interdisciplinar para os casos de violência de gênero, o que deve ser feito a partir de uma rede de serviços já apresentada neste artigo,

A Lei nº 11340/2006²⁹⁴ além de ser consequência de uma histórica trajetória na tentativa de Proteção integral às mulheres em situação de violência doméstica, propõe novas políticas públicas, no sentido de efetiva de proteção:

Art. 8º A política pública que visa coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher far-se-á por meio de um conjunto articulado de ações da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e de ações não-governamentais, tendo por diretrizes:

I - a integração operacional do Poder Judiciário, do Ministério Público e da Defensoria Pública com as áreas de segurança pública, assistência social, saúde, educação, trabalho e habitação;

Art. 9º A assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar será prestada de forma articulada e conforme os princípios e as diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social, no Sistema Único de Saúde, no Sistema Único de Segurança Pública, entre outras normas e políticas públicas de proteção, e emergencialmente quando for o caso.

Em breve leitura, verifica-se que as diretrizes da citada Lei se coaduna aos Princípios norteadores da Saúde²⁹⁵:

Universalização: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a

²⁹⁴ LEI MARIA DA PENHA - LEI 11340/06 | LEI Nº 11.340, DE 7 DE AGOSTO DE 2006

²⁹⁵ www.saude.gov.br > sistema-unico-de-saude > principios-do-sus



todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais.

Equidade: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.

Mediante os princípios elencados reafirmasse a importância da escuta qualificada de profissionais do serviço social, da psicologia e do direito. Como na política de enfrentamento da violência contra a mulher a escuta qualificada da área jurídica no âmbito do estado do Rio de Janeiro está diretamente vinculada aos serviços especializados na justiça ou em serviços vinculados aos OPMs, cabe as demais áreas a missão de articular juntamente com a área jurídica para garantir o acesso do público alvo aos seus direitos no processo de enfrentamento da violência sofrida, especialmente em relação a violência doméstica. A qualificação dos serviços compreende entender não só o seu papel na rede, mais sobretudo, a atuação de profissionais antes não percebido na área de atendimento ao público que demanda assistência, neste caso, cabe destacar o serviço de **Atendimento²⁹⁶ e acompanhamento jurídico:**

“Oferece aconselhamento jurídico e acompanhamento nos atos administrativos de natureza policial e nos procedimentos judiciais, informando e preparando a mulher em situação de violência para participação nessas atividades”.

Desta forma, passando para a especificidade do atendimento jurídico, é de bom destacar que não se perfaz o serviço de advocacia, embora de forma plena, conforme **Lei nº 8906/94:**²⁹⁷

Art. 1º São atividades privativas de advocacia:

- I – a postulação a qualquer órgão do Poder Judiciário e aos juizados especiais;
- II – as atividades de consultoria, assessoria e direção jurídicas.

No entanto, tal serviço técnico é realizado de maneira **interdisciplinar²⁹⁸**, significando a linearidade com os demais serviços técnicos: Serviço Social e Psicologia. Dentre as atividades de prevenção, a citada NT (Norma Técnica) determina o seguinte:

²⁹⁶ O termo Atendimento Jurídico é identificado por profissionais da área jurídica como “Aconselhamento”.

²⁹⁷ Dispõe sobre o Estatuto da Advocacia e a Ordem dos Advogados do Brasil

²⁹⁸ <https://www.significados.com.br/interdisciplinar/>

“Sobre a dinâmica, tipos e o impacto da violência contra a mulher são elementos essenciais para a desestruturação de preconceitos que fundamentam a discriminação e a violência contra a mulher. Reafirmasse que a toda evidência, a violência é sim um fenômeno histórico que afeta a saúde individual, não se configurando mais um mero conflito no sentido de desacordo ou incompatibilidade, mas sim fato concreto que pode causar a morte, lesão, sofrimento ou danos.

O atendimento jurídico se perfaz no acolhimento das demandas trazidas pelas usuárias que causam violência de gênero ou doméstica, não importando o grau de parentesco do agressor.

Não obstante a violência física, é certo que aspectos subjetivos nos fazem crer e entender que a saúde destas mulheres está vulnerável já que o fenômeno não é pontual mas se perfaz no tempo e abrange as pessoas mais próximas da vítima. Cumpre destacar a violência patrimonial (abandono material da mulher idosa, ausência de alimentos entre cônjuges ou aos filhos da relação finda, apenas para citar alguns exemplos); a violência causadora dano moral (aqui extensivo a relação de trabalho com perda do vínculo trabalhista, exposição em redes sociais..) mas a existente violência que tem por consequência o **sofrimento físico, sexual ou psicológico**, entende-se mais perceptível nos atendimentos médicos e passíveis de serem identificados tornando-se assim uma forma preventiva ou se for o caso de proteção, determinando a efetividade de uma parceria e política pública integrada.

O atendimento jurídico deve esclarecer a mulher em situação de violência doméstica seus direitos e o que pode e deve ser conquistado por meios e métodos, uma vez que o terror psicológico quanto a perda da guarda dos filhos, a ausência de suporte financeiro, a retirada total de bens e a possibilidade de “vergonha moral” são quase sempre utilizados para que a mulher não tenha a necessária força suficiente para o término da relação.

4 Conclusão

As questões que apresentamos sobre a política de enfrentamento da violência contra a mulher pontua a importância da temática na agenda governamental, trata-se de um processo contraditório, pois para que a mesma seja executada exige um esforço coletivo de diferentes setores da política pública e um exercício para profissionais das diferentes áreas aturem com a política de transversalidade de forma interdisciplinar visando o atendimento qualificado da demanda específica.

Destaca-se no processo que diante da violência e do feminicídio todas as mulheres são vulneráveis, mas as desigualdades entre as mulheres vão fazer com que algumas sejam ainda mais vulneráveis, seja por sua raça/cor, orientação sexual, identidade de gênero, procedência territorial, idade ou condição física e mental. Com relação às mulheres com deficiência, os serviços hoje disponíveis ainda são repletos de barreiras arquitetônicas e atitudinais que reforçam a vulnerabilidade e revitimizam mulheres. Destacamos aqui a alteração recente na lei Maria da Penha, por meio da lei 13.836/2019, que obriga que a condição de deficiência seja registrada corretamente na ficha de atendimento das mulheres que estão em situação de violência, o que deve ser feito em todos os serviços da rede de atendimento.

Organizar adequadamente os serviços que atendem mulheres em situação de violência contribui para uma meta fundamental ao crescimento do nosso estado e do nosso país: o reconhecimento de que a violência contra as mulheres é uma violação de direitos humanos. É papel do poder público e de toda a sociedade conjugar esforços para que esta meta seja alcançada.

As políticas públicas para as mulheres tem um fator de prevenção e desta forma possível a parceria efetiva, visando o bem estar da mulher evitando que a violência seja tratada de maneira pontual ou somente como um caso de polícia e denúncia até que a mulher esteja fortalecida e ciente da sua condição de cidadã nos diferentes setores.

É papel dos profissionais de diferentes áreas que atuam na saúde, na educação, no trabalho, na segurança pública, na justiça qualificar de forma continuada a intervenção visando o rompimento da violação a qual a pessoa que busca atendimento se encontra.

REFERÊNCIA:

- ALMEIDA, Suely Souza.** (org.). *Violência Doméstica - Bases para Formulação de Políticas Públicas*. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.
- ÁVILA, Maria Betânia.** (org.). *Textos e imagens do feminismo: mulheres construindo a igualdade*. Recife: SOS CORPO, 2001.
- BANDEIRA, Lourdes e MELO, Hildete Pereira de.** *Tempos e Memórias*. Movimento Feminista no Brasil. Brasília: SPM, 2010.
- BANDEIRA, Lourdes, ALMEIDA, Tânia Campos e CAMPELO, Eliane.** *Políticas públicas e violência contra as mulheres: metodologia de capacitação de agentes públicos/as*. Brasília, AGENDE, 2006.
- BEHRING, Elaine Rossetti e Ivanete, Boschetti.** *Política Social - fundamentos e história*. São Paulo, Cortez, 2008.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** *Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. - Brasília: CONASS, 2003.
- BRASIL. Constituição (1988).** *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL.** Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acessado em 27 de janeiro de 2020.
- BRASIL.** Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres**, edições 2004 e 2006. 104 p.
- BRASIL.** Secretaria Nacional de Enfretamento à Violência contra as Mulheres/Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Política Nacional de Enfretamento à Violência contra a Mulher*. Brasília, 2011.
- CAPPELA, AC.** **Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas**. BIB – Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais 2006;(41):25-52
- CASTELLS, M.** *A Sociedade em rede*. São Paulo: Paz e Terra, 1999.
- MANSO, Flávia Vastano e CAMPAGNAC, Vanessa.** **Dossiê mulher: 2019**. 14ª. ed. (Série Estudos- 2), Rio Segurança, Rio de Janeiro, 2019.
- IBGE, Pesquisa de Informações Básicas Municipais - Perfil dos Municípios Brasileiros: 2013/IBGE**, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.
- _____, *Pesquisa de Informações Básicas Municipais - Perfil dos Municípios Brasileiros: 2008/IBGE*, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.
- _____, *PESQUISA de Informações Básicas Estaduais - Perfil dos Estados Brasileiros: 2013*
- KINGDON, John W.** (1995). **Agendas, Alternatives, and Public Policies**. 2ªnd Edition. Harper Collins College Publisher. In: SARAVIA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete. (2007). **Políticas Públicas – Coletânea**. Volume 1.
- MEDEIROS, Luciene A.** “Quem Ama Não Mata”: A atuação do movimento feminista fluminense no enfrentamento da violência doméstica contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo. Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH. São Paulo: USP, jul. 2011.
- SALES, Lília Maia de Moraes.** *Justiça e Mediação de conflitos*. RJ, Ed. Del Rey, Rio de 2004.
- SOUZA JUNIOR, José Geraldo.** (Org.) *O Direito Achado na Rua: Concepção e prática*, Rio de Janeiro, Lumen Juris, 2015.
- TURCK, M. M. G.** *Rede Interna e Rede Social: o desafio permanente na teia das relações sociais*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2001

OPMS FLUMINENSES E A ARTICULAÇÃO DE POLÍTICAS PARA A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DAS MULHERES

Ciomara Maria Santos (UFF - Universidade Federal Fluminense).

RESUMO: O artigo integra um estudo sobre políticas públicas as mulheres no Estado do Rio de Janeiro, com base nos dados da MUNIC - Pesquisa sobre Informações Básicas Municipais /IBGE de 2009 e 2013 e tem como objetivo tratar sobre a articulação e integração das Organismos de Políticas para as Mulheres com os setores da saúde, mais especificamente, a promoção e execução das ações voltadas para a saúde sexual e reprodutiva das mulheres no âmbito do território fluminense e a importância da atuação do Serviço Social na articulação dessas políticas.

Palavras – chave: Política pública – Saúde da Mulher – Articulação – Serviço Social

ABSTRACT: The article is part of a study on public policies for women in the State of Rio de Janeiro, based on data from MUNIC - Research on Municipal Basic Information / IBGE 2009 and 2013, and aims to deal with the articulation and integration of organizations. Policies for Women with the health sectors, more specifically, the promotion and implementation of actions aimed at the sexual and reproductive health of women within the territory of Rio de Janeiro and the importance of Social Work in the articulation of these policies.

Keywords: Public policy - Women's Health - Articulation - Social Work

1 INTRODUÇÃO

Neste artigo será tratada questões relativas a articulação dos Organismos de Políticas para as Mulheres - OPMs no âmbito local voltada para a saúde sexual e reprodutiva das mulheres. A promoção da saúde integral da mulher faz parte da política pública que incorpora os Direitos Sexuais e Reprodutivos, fruto da luta do movimento de mulheres que no campo da saúde tem como pauta a efetivação dos direitos relativos a autonomia corporal, controle da própria fecundidade e atenção à saúde especial à mulher. A preocupação do movimento não está relacionada somente a reprodução, mas doenças específicas como o câncer de colo do útero e da mama, doenças sexualmente transmissíveis, violência doméstica e sexual. Essas questões afetam diretamente a saúde feminina e têm fortes impactos na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher. Os organismos de políticas para as mulheres desempenham um papel importante nesse processo de articulação e integração de setores para que as ações governamentais estejam voltadas para um olhar de equidade nas relações de gênero.

A análise integra uma pesquisa que se debruça sobre as condições nas quais estão sendo implementadas as políticas públicas para as mulheres, o foco está direcionado para os organismos de políticas para as mulheres, trazendo o recorte temporal de 2009 à 2014. Período compreendido entre as publicações dos resultados da Pesquisa de Informações Básicas Estaduais (ESTADIC) - Perfil dos Estados Brasileiros de 2008 e 2012 e da Pesquisa sobre Informações Básicas Municipais (MUNIC) - Perfil dos Municípios Brasileiros de 2009 e 2013. A análise traz dados sobre a articulação e integração das OPMs com os setores da saúde, mais especificamente, as ações voltadas para a saúde das mulheres no território estadual - Rio de Janeiro.

Diante das observações apresentadas, ressalta-se que entre as preocupações da pesquisa encontra-se os dados relativos a relação dos organismos específicos de políticas para as mulheres com as políticas transversais, priorizando a articulação dessa política com os setores das esferas governamentais que tratam da saúde sexual e reprodutiva da mulher. Para tanto, será apresentada uma contextualização das políticas voltadas para a saúde integral e os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, enquanto direitos conquistados no âmbito internacional e nacional. Os dados da MUNIC/IBGE de 2009 e 2013, e por último, a importância da atuação do Serviço Social na articulação dessas políticas.

2 Um pouco da trajetória da luta dos Movimentos de Mulheres e as Política Pública para a Saúde Sexual e Reprodutiva

Na estrutura governamental é possível identificar a incorporação de organismos de políticas para as mulheres, fruto principalmente das reivindicações dos movimentos organizados de mulheres. No entanto, a garantia e proteção de fato desses direitos, só é possível acontecer mediante ações que visem a igualdade com a incorporação da transversalidade de gênero nos diferentes setores das políticas públicas, em especial as demandas que são frutos das conflituosas relações sociais na sociedade capitalista. Em razão dessa realidade, cabe a afirmação de que, a efetivação das ações precisa de área específica para diagnosticar e avaliar as necessidades envolvidas no processo de implementação dessas políticas.

A questão das políticas voltadas para a saúde integral da mulher passa a ser palco de atenção nas agendas governamentais a partir da legislação no âmbito internacional. Em 1919, a Organização Internacional do Trabalho – OIT lança mão do que foi considerada a primeira garantia de direitos voltada para a saúde da mulher – a regulamentação da proteção à maternidade. Portanto, foi a partir dos direitos trabalhistas que veio as garantias relativas à maternidade. Essas foram estabelecidas internacionalmente e gradativamente incorporados nos documentos pactuados pelas nações em diferentes convenções e/ou conferências.

A II Conferência Mundial sobre Direitos Humanos realizada em Viena, no ano de 1993, merece ser destacada, pois a aprovou que os direitos humanos das mulheres e das meninas são inalienáveis, sendo parte integral e indivisíveis dos direitos humanos. Esta Conferência recomendou que os Estados partes intensificassem as ações voltadas para proteção e garantia de direitos visando a redução e eliminação das violações no campo da sexualidade e reprodução, incluindo no pacto, além dos órgãos governamentais, a participação das organizações não governamentais.

De acordo com Ventura (2009), o Brasil participou de todas as Convenções e Pactos Internacionais e não só ratificou, como promulgou todas essas leis internacionais, sem restrições, as mesmas fazem parte do ordenamento jurídico do país. A década de 1980 marca a luta do movimento feminista na busca por mudanças na orientação do modelo de intervenção na saúde reprodutiva sob a argumentação da política de esterilização em massa que afetava a vida de muitas brasileiras. As reivindicações das feministas passam a fazer parte do movimento de reforma sanitária do país. Com isso, em 1983, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, de âmbito nacional que em 1985 passa



a ser pauta do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, criado no mesmo ano junto ao Ministério da Justiça. As mudanças de orientação política e ideológica no país em 2003 não deixou o Programa de lado, as ideias centrais passaram a ser parte da Política Nacional de Saúde Integral da Mulher, coordenada por uma área técnica específica no Ministério da Saúde contado com a parceria da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República – SPM/PR. O CNDM passa a condição de órgão de monitoramento das políticas para as mulheres não só na área da saúde, enquanto parte do controle social.

A Saúde das Mulheres, Direitos Sexuais e Reprodutivos é dos eixos estruturantes do Plano Nacional de Política para as Mulheres- PNPM construído em 2004. Esta tem como base os resultados da Conferência que contou com a participação da sociedade civil e dos ministérios das diferentes áreas temáticas, dos governos estaduais, municipais e do Distrito Federal, envolvendo 120 mil brasileiras. Após a Conferência foi criado um Grupo de Trabalho Interministerial – GTI composto por representantes de 7 ministérios, entre eles o da saúde. A concepção era que o PNPM fosse executado nas três esferas, para que fosse cumprido era necessária a criação de Organismos de Políticas para as Mulheres. O papel dos organismos e movimentos sociais de mulheres era de contribuir com a execução das políticas em cada eixo estruturante, buscando incentivar a inclusão das ações nos Planos Plurianuais – PPA e nas Leis Orçamentárias. Após o I Plano Nacional, ocorreram mais 3 Conferências, nos anos de 2007 foi a segunda, 2011 aconteceu a terceira e a quarta foi de 2015 (etapa dos municípios e estados) e a etapa nacional em 2016, mobilizando instituições das três esferas governamentais e mulheres da sociedade civil. Ressalta-se a importância do movimento feminista no processo.

No 1º Plano Nacional o eixo da Saúde da Mulher, Direito Sexuais e Reprodutivos era estruturado em 6 linhas de ações, no segundo passou a contar com 10 linhas de ações e no terceiro passou para 13 linhas, a quarta conferência adotou uma metodologia diferente das outras. A saúde da mulher foi discutida nos diferentes eixos, foram aprovadas 21 propostas de ações que estão no relatório final, incluindo o aprimoramento do Plano Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher – PNAISM; a humanização no atendimento; campanhas educativas; e a qualificação de profissionais das diferentes áreas que atuam na saúde. Todas essas ações citadas comportam a intervenção do Serviço Social, sobretudo em relação coordenação de ações e programas, além da articulação e integração para que as mulheres tenham acesso aos seus direitos na área da saúde. Como já citado interessa saber se os organismos de políticas para as mulheres tem articulação com a saúde no território fluminense.

3 OPMs fluminense e a articulação com órgãos municipais de saúde na formulação e/ou implementação de políticas para as mulheres no estado

O desenvolvimento de uma política pública em uma área local requer o cuidado com o planejamento e a coordenação frente as questões de gênero com foco nas mulheres, considerando ser fundamental o envolvimento de diferentes iniciativas públicas na construção das ações, evitando sobreposição de função para um mesmo público ou até mesmo resultados catastróficos. A formulação e implementação de uma política integral de enfrentamento das questões que envolvem as relações de gênero, tem como desafio o envolvimento de vários setores da sociedade para tratar de diferentes aspectos dessa desigualdade que atravessa as relações sociais, sobretudo, as relações de gênero.

“O desafio para a atuação do poder público é construir um instrumento de ação que cheguem ao cotidiano das mulheres, por meio de uma política pública que amplie o atendimento direto, aumente substancialmente o número de portas de entrada e construa uma inter-relação e coordenação das diversas áreas de atenção, estabelecendo uma lógica integrada entre prevenção e atendimento.”

(Godinho e Costa, 2006, pág., 61)

Concordando com Tatau Godinho e Maria Luiza da Costa (2006), o grande desafio na gestão pública é a criação de mecanismos para que a ação aconteça de forma integrada, garantindo que as mulheres consigam acessar os seus direitos de cidadania, sem sofrer qualquer tipo de lesão no setor público em razão da desigualdades nas relações de gênero. Para que isso aconteça é necessário que a atuação das diferentes áreas temáticas seja de forma articulada e se tratando da área da saúde, é fundamental a existência de uma rede de serviços que falem uma língua comum para facilitar o acesso do público, no caso as mulheres que demandam os diferentes serviços do PNAISM.

Em relação ao território fluminense, a MUNIC/IBGE informa que em 2009, 50% dos municípios no território declarou a existência de algum tipo de OPM para tratar das políticas públicas para as mulheres, ou seja, 46 municípios tinham OPM, em 2013 os dados da MUNIC/IBGE indicam o aumento, passando a ser 52 organismos, representando um percentual de 56,5%. A importância deste número é demonstrada pela média nacional, esta foi em 2009 de 18,7% dos municípios brasileiros com OPMs. Em 2013 esta percentagem passou para 27,5%, cresceu, mas ainda aquém de uma verdadeira política pública inclusiva para as mulheres, como afirma o IBGE (2014)

Analisando essa questão da articulação no cotidiano dos municípios fluminenses, a maioria declararam ter articulação com os outros serviços conforme mostra o gráfico 01, vale

ressaltar que em 2009, 80% dos municípios com organismos, declararam ter articulação com as demais políticas da administração local, em 2013 houve uma ampliação da articulação, pois 85% dos municípios declararam que fazem articulação.



Gráfico 01

Fonte: IBGE, MUNIC/ 2009 e 2013, microdados, elaboração própria.

Para dimensionar o processo de articulação das OPMs no espaço fluminense, torna-se imprescindível analisar com que serviços eram realizadas estas articulações no âmbito local. Em 2009 os municípios fluminenses, informaram ter relações de articulações com os serviços: de educação, saúde, violência, trabalho, cultura, política e outros. Em 2013 ocorreu uma ampliação destes serviços: educação, trabalho, cultura, serviços especializados de atendimento à mulher, justiça, comunicação, meio ambiente, esporte, saúde, e outros.

Quanto a articulação dos OPMs com a saúde, o gráfico 02 informa o percentual de municípios que declararam ter articulação com o setor nos dois períodos. De acordo com os dados da MUNIC em 2009, 70% dos municípios do Rio de Janeiro, com gestão de política para as mulheres se articularam com a área da saúde para implementar políticas públicas. Em 2013 a posição passou à terceira no ranking, contudo houve um aumento significativo de municípios fluminenses se articulando para tratar de questões que envolve a saúde da mulher. Essa aproximação das duas áreas é muito importante, pois implica na incorporação de ações conjuntas voltadas para a garantia de direitos.

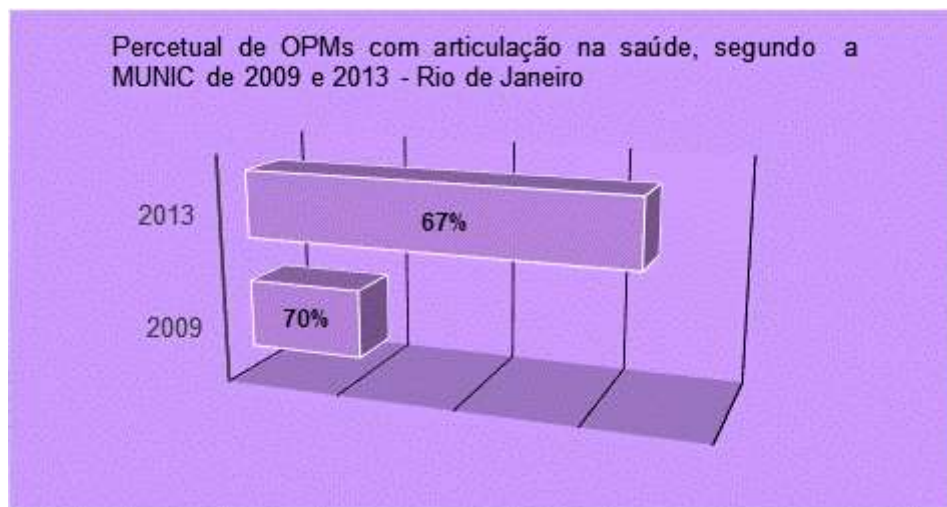


Gráfico 02

Fonte: IBGE, MUNIC/ 2009 e 2013, microdados, elaboração própria.

Continuando a análise do gráfico 02, 76% dos OPMs municipais do território se articulavam com algum setor da saúde. A saúde aparece como o setor que ocupava juntamente com a educação a primeira posição no ranking, o que significa que há articulação dos municípios fluminenses com programas ou serviços da saúde que cuidam das mulheres em suas diferentes demandas.

A articulação das OPMs com os programas da saúde representa um desafio e um grande avanço, considerando que a própria política de saúde tem uma dinâmica própria para executar as políticas para as mulheres, outro aspecto é a área da saúde abrir espaço para dialogar e desenvolver um trabalho de sensibilização sobre as questões de gênero envolvendo o papel de profissionais junto a área temática. De acordo com o 2º Plano Nacional de Política para as Mulheres:

“As questões de saúde sexual e reprodutiva – que incluem a saúde materna, mas não somente ela – foram durante muito tempo mantidas fora do escopo das políticas públicas governamentais. Este quadro, felizmente, tem sido alterado e novas dimensões relacionadas à vivência da sexualidade feminina têm sido merecedoras de atenção pelo poder público, tal como o planejamento familiar, o câncer de colo de útero e de mama, as DSTs e os cuidados com a mulher no pré-natal, parto e puerpério.” (Brasil. SPM/PR, 2008, pág. 72)

As políticas voltadas para a saúde sexual e reprodutiva das mulheres ao serem implementadas no âmbito municipal, sobretudo, nos municípios fluminenses, precisam levar em consideração que assim como no âmbito Brasil, elas representam maioria nas cidades do Rio de Janeiro, com isso são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde – SUS, conforme indica a SPM/PR (2008). Neste caso, a articulação dos serviços de saúde nos municípios com a gestão de políticas para as mulheres é uma ferramenta importante no

processo de inclusão de programas voltados para a saúde da mulher na agenda governamental.

“Para assegurar a qualidade do atendimento e ampliar o acesso, o governo propôs novos programas como a Rede Cegonha e o Plano de Enfrentamento à feminização das DST/HIV/Aids. Somam-se a isso, as Políticas de Atenção Integral à População Negra, às Pessoas com Deficiência, à Indígena, à População LGBT, de Saúde Mental, dos Trabalhadores/as, enfim, políticas específicas que reconhecem a diversidade buscam dar respostas adequadas para atendimento de qualidade e cidadão.” (Brasil. SPM/PR, 2013, pág. 31)

A inclusão de novos programas na área da saúde sexual e reprodutiva da mulher no âmbito local contou com o incentivo e articulação proporcionada pelos ministérios, que motivou encontros entre as áreas para discutir temas relativos a questão da mortalidade materna e a questão do aborto, incluindo a implementação de comitê de prevenção e acompanhamento dos casos de mortalidade materna, sendo essas ações previstas no Plano Nacional de Política para as Mulheres, com inclusão no Plano Nacional da Política de Saúde.

As OPMs municipais fluminenses assumem formatos diversos e mutantes com as realidades políticas dispersas de cada localidade do território estadual. Como não há uma legislação própria para estas organizações públicas, algumas contam com uma legislação própria no âmbito local, outras tem orçamentos insuficientes, além da falta de um Plano Municipal de Política para as Mulheres na maioria delas. Diante das questões apresentadas, cabe resgatar o papel de profissionais com escuta qualificada para garantir o acesso as políticas enquanto direito de cidadania com autonomia, entre esses profissionais está a área do Serviço Social que em algumas realidades assume os programas específicos para as mulheres no espaço da saúde, atuando com uma equipe multidisciplinar.

4 A atuação do Serviço Social na articulação, formulação e/ou implementação de políticas para as mulheres

Para uma atuação qualificada com os princípios que regem a profissão de serviço social, cabe aos profissionais compreender as complexidades que envolvem as relações sociais de gênero no campo de atuação, significa que o agir técnico e coerente deve superar as visões fragmentadas do conhecimento. No caso das políticas públicas para as mulheres no Brasil, as políticas sociais tem como mola motivadora da sua execução as respostas ao nível elevado de desigualdade que as mulheres enfrentam nas relações de produção e reprodução da vida em diferentes aspectos. As (os) assistentes sociais devem compreender que a atuação nessa área é de contribuição no processo de construção de uma nova cultura de

cidadania, reconhecendo que as desigualdades são frutos das relações capitalistas e agindo para a inclusão da população feminina em diferentes espaços, no caso da área de saúde, à garantia de direitos em relação a saúde reprodutiva e sexual da mulher passa pela resposta às múltiplas expressões da questão social.

A ampliação exponencial das desigualdades de classe, densas de disparidades de gênero, etnia, geração e desigual distribuição territorial, radicaliza a questão social em suas múltiplas expressões coletivas inscritas na vida dos sujeitos, densa de tensões entre consentimento e rebeldia, o que certamente encontra-se na base da tendência de ampliação do mercado de trabalho para a profissão de Serviço Social na última década. Ela é indissociável da reconfiguração das estratégias políticas e ideológicas de legitimação do poder de classe – acompanhadas da despolitização das necessidades e lutas sociais –, às quais não estão imunes as políticas sociais públicas. (IAMAMOTO, 2009, p.404)

Nesse contexto de radicalização das questões sociais que aponta Iamamoto (2009), as/os profissionais do Serviço Social se colocam nas múltiplas expressões coletivas defendendo ou na concretização de demandas levantadas pelo movimento de mulheres no Brasil, mais especificamente, de forma mais presente na década de 1980, atuando nas políticas sociais de enfrentamento da violência contra a mulher e/ou nos programas voltados para a saúde da mulher, posteriormente, conforme ampliação das políticas públicas para as mulheres há o crescimento da presença de assistentes nos diferentes serviços, assim como na gestão dessas políticas.

Com a ampliação das políticas públicas oriundas das conferências que aconteceram nas esferas municipais, estaduais e federal, o serviço social é chamado para atuar na interdisciplinaridade visando instrumentalizar as ações para a desconstrução de relações desiguais na sociedade. Com base na reflexão de Yazbek(2009) constatasse que a atuação ocorre em um ambiente de relações complexas onde a política representa, assim como, o diverso e o contraditório, pois a própria política que trata o artigo está em constante reelaboração criando e recriando formas de permanência, o mesmo acontece com a profissão de serviço social.

Um aspecto importante é que as políticas públicas para as mulheres fortalecidas pelas pautas do movimento feminista reviu as suas prioridades, fazendo com que a agenda governamental abrisse espaço para a inclusão da temática, cabe ressaltar que a profissão também passou por processos que, historicamente, a partir da segunda metade de 1960, alcançando a década de 1980, transformou o interior da profissão, direcionando a intervenção profissional para defesa incondicional dos direitos humanos da pessoa em suas diferentes questões. Os acontecimentos internos e externos influenciaram tanto na grade curricular de formação da profissão, como na prática através do novo código de ética aprovado em 1993.



Nestes, o processo reconhecido como reconceituação, serviu de base para a construção de um projeto ético-político do serviço social que se materializou a partir dos princípios e valores que norteiam a função social, objetivos, conhecimentos teóricos, normas e práticas a partir de três dimensões que se articulam entre si: a produção de conhecimento no interior da profissão; o aspecto político organizativa da categoria; e o elemento jurídico-política do serviço social. (Cress 7ª R-RJ, 2005 p. 402) .

Com essa concepção de uma intervenção comprometida com um projeto ético-político onde o reconhecimento da liberdade é o valor ético central, envolvendo autonomia, emancipação e expansão das pessoas sociais, é possível identificar a profissão de serviço social se inserindo nas ações da agenda governamental de política pública para as mulheres, ocupando cargos de gestão, coordenação e espaço de atendimento com escuta qualificada na área, contribuindo com o acesso aos direitos das pessoas que demandam a sua intervenção.

A atuação de profissionais do Serviço Social na gestão com base no projeto ético-político requer competência teórico-metodológica, técnico-operacional, ético-política enquanto dimensões que vão contribuir com a finalidade da política. Além da base teórica de competência profissional, é preciso conhecimento e apropriação da área temática para garantir qualidade na intervenção para não cair na armadilha do tecnicismo.

No caso da política para as mulheres, a gestão é no campo da justiça envolvendo a questão de reconhecimento, redistribuição e representação. É preciso clareza que se trata de uma política nova que nasce a partir da luta do movimento de mulheres no combate de todas as formas de preconceitos e discriminação. Com base em Fraser (2007), essas são políticas que representam um caminho para se pensar um modelo de ação voltada para o enfretamento das desigualdades. O serviço social tem material teórico que pode contribuir com a compreensão das desigualdades nas relações de gênero, cabe a apropriação por parte de quem esteja ocupando uma posição de gestão direta.

O desafio não é apenas conhecer o seu papel com base no projeto profissional e no conhecimento das demandas do movimento social, mais de compreender que as condições nem sempre são favoráveis. Trata-se de uma política que não tem um Sistema como o SUAS – Sistema Único da Assistência Social, nem como o SUS – Sistema Único da Saúde para garantir continuidade nos programas, o orçamento quase sempre é incerto. É preciso dialogar com as áreas transversais para que as ações previstas sejam concretizadas. É importante ressaltar que não é um desafio específico para profissionais de serviço social, também é para as outras áreas técnicas que atuam no mesmo tipo de gestão.

Além da atuação na gestão dos organismos de políticas para as mulheres, pode ser observado a inserção de Assistentes Sociais nos serviços que fazem parte da política de enfrentamento da violência contra a mulher. Nas últimas três décadas, a ampliação dos serviços especializados proporcionou uma abertura para a atuação do serviço social no atendimento dos Centros Especializados de Atendimento à Mulher – CEAMs, nos abrigos específicos para as mulheres que em sua maioria são vinculados aos organismos de políticas para as mulheres, nas Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher – DEAMs, Nos Juizados da Violência Doméstica e Familiar – JVDF.

A intervenção profissional nos serviços especializados envolve o atendimento às mulheres vítimas da violência, principalmente de violência doméstica com a escuta qualificada. O acompanhamento envolve o atendimento individual, em grupos reflexivos visando o rompimento do ciclo da violência a qual se encontra, estudo de caso com a equipe multidisciplinar, encaminhamento das demandas das mulheres atendidas, relatórios e parecer social. Além disso, a participação no planejamento de ações voltadas para a melhoria da qualidade do atendimento, envolvendo programas, projetos e pesquisas.

Além dos serviços ligados aos organismos de política para as mulheres, as Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher – DEAMs também é uma área de atuação de profissionais de serviço social, que faz a escuta, orienta e encaminha a demanda para as outras áreas. Na justiça a atuação está nos estudos de casos e parecer social contribuindo com o processo que tramita na justiça e nos estudos de casos junto aos demais serviços da rede. Na educação atua com a elaboração de atividades e programas que possam contribuir com a identificação de casos e atuação em campanhas preventivas, ainda são poucas unidades escolares com a presença de profissionais de serviço social para atuar no enfrentamento da violência contra a mulher.

Na saúde, o desafio da intervenção direta às vítimas da violência contra a mulher está na garantia de uma escuta qualificada envolvendo as orientações adequadas em relação ao registro de ocorrência nas DEAMs, exames de corpo de delito no IML e acompanhamento dos casos visando o fortalecimento das mulheres atendidas para acessar os serviços e programas especializados, além de atuação em rede.

Quanto aos programas voltados à saúde sexual e reprodutiva da mulher é uma área importante da intervenção profissional, que pode acontecer através das atividades variadas envolvendo as próprias usuárias/os. No Brasil esses programas avançaram por conta da atuação interministerial junto aos Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres, motivando a articulação interdisciplinar nas redes intersetoriais no âmbito estadual e municipal.

O documento do CFESS (2010), intitulado “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde considera que o Código de Ética apresenta ferramentas imprescindíveis para a atuação de Assistentes Sociais na saúde nas suas diferentes dimensões: na prestação de serviços diretos à população, no planejamento, na assessoria, na gestão e na mobilização, além da participação social.

Seguindo a orientação do órgão máximo de regulamentação da profissão, a atuação profissional na política da saúde sexual e reprodutiva da mulher deve ser com base nas últimas recomendações sobre a defesa intransigente dos direitos sexuais e reprodutivo da mulher. A conjuntura dos últimos 5 anos, demonstra que o projeto desenhado ao longo das duas últimas décadas, inscritos nos Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres, vem sofrendo ataques da onda de conservadorismo que cerca a agenda governamental, inclusive trazendo de volta e com força as questões que aparentemente estavam em processo de superação nas relações sociais como o patriarcalismo compreendido enquanto um instrumento de opressão da mulher na sociedade. Essa situação requer da profissão cuidados com a intervenção e a compreensão do papel profissional diante do lugar que ocupa nessa política específica, sobretudo, em relação ao direito de decidir sobre os direitos reprodutivos discutidos e defendidos pelos movimentos feministas no Brasil.

Reafirmasse que a intervenção de profissionais do Serviço Social na saúde é complexa, não só pela atuação em diferentes programas ao mesmo tempo, como, pelas diferentes concepções teóricas metodológicas da profissão que pode influenciar na forma de intervenção profissional, nesse caso, reforçasse a busca pelo projeto ético político da profissão. O conhecimento sobre as ferramentas da profissão é fundamental para a superação da visão fragmentada, levando a atuação profissão à condição de contribuinte no processo da mudança de cultura nas relações sociais visando a igualdade.

5 Conclusão

Conforme as questões que apresentamos nesse texto, as políticas públicas para as mulheres cresceram na agenda governamental em um processo contraditório, onde desafiou as relações de produção e reprodução da vida em sociedade. É claro que o movimento feminista que sempre se manteve em alerta contribuiu para o lugar que a política ocupou nas discussões sobre prioridades da política governamental, porém hoje não se sabe ao certo o rumo dessas conquistas, apesar desse movimento representar uma grande força de mobilização da população para o enfrentamento das questões que cercam os direitos sociais,



as políticas públicas vem passando por graves ameaças de continuidade devido a orientação político-ideológica que cerca a agenda governamental do país.

Assim, é possível perceber diante da ofensiva do conservadorismo nas políticas públicas para as mulheres que a atuação da profissão encontra-se em um período crucial da sua trajetória na área temática, sendo necessário alimenta-se das bases teóricas, organizativas e ético-políticas do projeto coletivo construindo nas últimas décadas e que mudou o perfil da atuação profissional do serviço social no Brasil, é obvio que o próprio projeto também precisa ser atento ao processo de manutenção dos valores que cercam o as normativas da profissão.

As conquistas das mulheres no campo da Saúde Sexual e Reprodutiva da Mulher é uma área que vive na corda bomba da garantia de direitos nas últimas iniciativas do governo que vive sob a orientação conservadora sobre a concepção de direitos sociais e constituição de famílias. O movimento feminista atravessa a onda de desmonte lutando pela manutenção dos direitos conquistados não só na área da saúde como em outras áreas temáticas no Brasil.

Com isso, o grande desafio para a atuação do Serviço Social é de lutar pela manutenção de política públicas que estejam a serviço dos direitos sociais que envolvam o exercício de cidadania com autonomia e se manter ao lado das lutas em defesa dos direitos humanos.

REFERÊNCIA:

- ALMEIDA**, Suely Souza. (org.). *Violência Doméstica - Bases para Formulação de Políticas Públicas*. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.
- ÁVILA**, Maria Betânia. (org.). *Textos e imagens do feminismo: mulheres construindo a igualdade*. Recife: SOS CORPO, 2001.
- ARRETCHE, MTS.** *Tendências no estudo sobre avaliação*. IN *Avaliação de Políticas Sociais*. Rico, EM (org.) São Paulo: Cortez; IEE, 1998. P 29-49
- BANDEIRA**, Lourdes e **MELO**, Hildete Pereira de. *Tempos e Memórias*. Movimento Feminista no Brasil. Brasília: SPM, 2010.
- BANDEIRA**, Lourdes, **ALMEIDA**, Tânia Campos e **CAMPELO**, Eliane. *Políticas públicas e violência contra as mulheres: metodologia de capacitação de agentes públicos/as*. Brasília, AGENDE, 2006.
- BEHRING**, Elaine Rossetti e Ivanete, Boschetti. *Política Social - fundamentos e história*. São Paulo, Cortez, 2008.
- BRASIL**. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**, Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004. 104 p.
- _____. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013.
- _____. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013
- BRASIL**. Tribunal Superior Eleitoral. Disponível em <http://www.tse.jus.br/eleicoesanteriores.br> – Acessado em 22/10/2018.
- Brasil: Uma ênfase no papel dos *policy-makers***”. Relatório Final de Pesquisa, 2006
- CAPPELA**, AC. **Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas**. BIB – Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais 2006;(41):25-52
- CFEMEA** – Centro Feminista de Estudos e Assessoria – **Mulher, população e Desenvolvimento: Subsídios aos Parlamentares na Implementação do Plano de Ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento**, CFEMEA, Brasília, 1996.
- Convenção pela Eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres**. Cedaw/ Organizações das Nações Unidas. Brasília. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008.
- CFESS. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [2010]. Disponível em: Acessado em 21 de março de 2020.
- _____, **ABEPSS. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. CEAD/UnB. Brasília. 2009.
- DYE**, T.R. **Mapeamento dos modelos de análise de políticas públicas**. In
- FARIA**, Nalu; **SILVEIRA**, Maria Lucia e **NOBRE**, Miriam (org.). **Gênero e Políticas Públicas**. Ed. SOF - Coleções Caderno Sempre Viva São Paulo, 2000.
- FRASER**, Nancy. **Mapeando a imaginação feminista: da redistribuição ao reconhecimento e à representação**. Revista Estudos Feministas, 2007.
- INOJOSA**, Rose Marie et. al. **Descentralização e intersectorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza. Concurso de Ensayos del CLAD “El Tránsito de la Cultura Burocrática al Modelo de la Gerencia Pública: Perspectivas, Posibilidades y Limitaciones”**. Caracas, 1997.
- IBGE**, Pesquisa de Informações Básicas Municipais - **Perfil dos Municípios Brasileiros: 2013/IBGE**, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

- _____, Pesquisa de Informações Básicas Municipais - **Perfil dos Municípios Brasileiros: 2008/IBGE**, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.
- _____, PESQUISA de Informações Básicas Estaduais - **Perfil dos Estados Brasileiros: 2013**
- KINGDON, John W.** (1995). **Agendas, Alternatives, and Public Policies**. 2nd Edition. Harper Collins College Publishers. In: SARAIVA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete. (2007). **Políticas Públicas** – Coletânea. Volume 1.
- MEDEIROS, Luciene.** Em briga de marido e mulher, o Estado deve meter a colher: políticas públicas de enfrentamento à violência doméstica. Rio de Janeiro, Ed. Puc-Rio; São Paulo: Reflexão, 2016.
- _____(Org.). Políticas públicas de enfrentamento à violência contra a mulher. Rio de Janeiro, Ed. Letra Capital: PUC-Rio, Departamento de Serviço Social, 2018.
- MELO, Hildete Pereira de. e THOMÉ Debora.** **Mulheres e poder: histórias, ideias e indicadores**. Rio de Janeiro, FGV Editora, 2018.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza.** **Desafio do Conhecimento**. Ed. Hucitec, São Paulo, 1992.
- MULLER, P & SUREL, Y.** **A análise das políticas públicas. Pelotas: EDUCAT, 2010.** – Capítulo 1 e 2
- NASCIMENTO, Sueli.** **Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 101, p. 95-120, jan./mar. 2010.
- OLIVEIRA, Guacira Cesar de; BARROS, Ivônio e SOUZA, Maria Helena.** **Trilhas Feministas na Gestão Pública**. Brasília: CFEMEA: Fundação Ford, MDG3 Fund., 2010.
- PATEMAN, Carole.** **Participação e Teoria Democrática**. São Paulo. Ed. Paz e Terra S.A, 1992.
- PEREIRA, Hildete de Melo. THOMÉ, Débora.** **Mulheres e Poder**. Rio de Janeiro. ed. FGV Editora, 2018.
- PEREIRA, Potyara A P.** **Discussões conceituais sobre a política social como política pública e direito de cidadania** In: BOSCHETTI. Ivanete, et. Al. Política Social no Capitalismo – Tendências Contemporâneas. São Paulo: Cortez Editora, 2008.
- _____. **Política Social – temas e questões**. São Paulo, Cortez, 2008.
- PIMENTEL, Silvia.** **Experiências e Desafios: Comitê sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW/ONU) - relatório bienal de minha participação**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008. 92p.
- PITANGUY, Jacqueline.** **Direitos Humanos das Mulheres Passo a Passo – Guia Prático dos Direito Internacional dos Direitos Humanos e dos Mecanismos para defender os Direitos Humanos das Mulheres** (edição em português). CEPIA – Cidadania, Pesquisa, Informação e Ação, Rio de Janeiro, 1997.
- SAFIOTTI, Heleieth I. B.** **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo, Fundação Perseu Abramo- Expressão Popular, 2015.
- _____. **O Poder do Macho**. São Paulo, Ed. Moderna, 1987.
- _____ & ALMEIDA, S. S. de. **Violência de Gênero, Poder e Impotência**. RJ, Revinter, 1995.
- SCOTT, J.** **Gênero uma categoria útil de análise histórica**. Educação e Realidade, S.O S. Corpo. 1991.
- SECCHI, Leonardo.** **Políticas Públicas: Conceitos, esquemas de análise, casos práticos** – 2^a ed., São Paulo: CENGAGE-Trilha, 2014. 169p
- SERAFIM, MP & DIAS, RB.** **Análise de Políticas. Uma revisão da literatura**. Cadernos Gestão Social 2012, 3(1): 121-134.
- SOUZA, Celina.** **Políticas Públicas: Uma revisão da literatura**. Sociologias, Porto Alegre, ano 8 nº 16, jul./dez, p. 20-45, 2006.



IX CONASSS
CONGRESSO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE
XII SIMPSSS
SIMPOSIÓ DE SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE

30 anos do SUS: Território de Lutas e o Serviço Social na Saúde
Edição virtual, 22 a 24 de setembro de 2020

1467

UNIFEM. Quem responde às mulheres? Gênero e responsabilização. Progresso das Mulheres no Mundo 2008/2009. Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher.

DIVISÃO SEXUAL DO TRABALHO E A MULHER NEGRA NA INDÚSTRIA CALÇADISTA DE FRANCA

Flávia Cristina Da Silva Morais (Unesp - Universidade Estadual Paulista - Câmpus Franca); Fernanda Maria Manço Tozzi (Unesp - Universidade Estadual Paulista - Câmpus Franca); Onilda Alves Do Carmo (Unesp - Universidade Estadual Paulista - Câmpus Franca)

RESUMO: Este texto por objetivo suscitar o debate sobre as desigualdades ocasionadas pela estrutura patriarcal, machista, racista e sexista que fortalece o processo de acumulação do capital, quando faz das diferenças um empecilho ao acesso aos direitos sociais. A sociedade capitalista, entre outras violações, interpreta como privilégios os direitos de uma classe quando esta luta por seus espaços. O texto busca suscitar a discussão sobre como essa estrutura incide com maior violência sobre as mulheres negras. Espera-se que o trabalho contribua com o debate a respeito dos temas abordados, sendo um material de apoio para quem pretende estudar a temática.

Palavras chaves: racismo, sexismo, patriarcal, mulher.

RESÚMEN: Este texto tiene como objetivo suscitar el debate sobre las desigualdades resultantes de la estructura patriarcal, machista, racista, sexista que fortalece, aún más, el proceso de acumulación de capital, cuando hace de las diferencias trabas al acceso a los derechos sociales. La sociedad capitalista, entre otras violaciones, entiende como privilegios los derechos de una clase cuando esta lucha por tener sus espacios. El intenta suscitar la discusión de como esa estructura incide con más violencia sobre las mujeres negras. Ojalá pueda contribuir con el debate a respecto de los temas tratados, siendo un aporte para quienes pretende estudiar la temática.

Palabras claves: racismo, sexismo, patriarcal, mujer.

1 INTRODUÇÃO

O debate da questão étnico-racial apesar de tratar-se de uma particularidade da formação sócio histórica do país, ainda é pouco estudado, inclusive no meio universitário; falando especificamente do Curso de Graduação de Serviço Social da Unesp Franca, observamos que a grade curricular se isenta de promover tal discussão de forma mais aprofundada, sistemática e com mais afinco. Essa lacuna é observável ao analisar o Projeto Pedagógico do Curso, projeto este que foi alvo de uma pesquisa para o trabalho de conclusão de curso, feita por Cheliman Alves, em 2017 sobre o debate da questão étnico racial no curso de Serviço Social. A pesquisa qualitativa foi realizada com discentes e docentes do curso, por meio de questionário com perguntas abertas e semiestruturadas, com o intuito de analisar como a questão étnico-racial é trabalhada ao longo dos quatro anos do curso. O que se observou foi que, a disciplina que mais apontada como espaço da discussão sobre a questão étnico racial foi a disciplina de Formação Sócio Econômica do Brasil, que é ministrada no primeiro ano do curso. Observou-se ainda que a temática é abordada por outras disciplinas, mais como “recorte” do que um debate fundante da discussão.

[...] é essencial para as/os futuros profissionais o contato denso da história do Brasil e a formação sócio-histórica uma vez que [...] ela perpassa a profissão e sua intervenção, e não pode ser realizada “de forma superficial”. (ALVES 2017, p.79).

É importante registrar que em se tratando do curso de Serviço Social, a falta desse debate, deixa essa lacuna na formação de profissionais que atuarão direto com as expressões da questão social e, portanto, vinculado às políticas e programas voltados à população, com grande predominância da população negra.

Não podemos deixar de fora o atual momento político que estamos vivenciando no Brasil, que evidencia uma profunda crise no que diz respeito aos valores éticos, humanos e de respeito aos direitos humanos e sociais, explicitados por falas de cunho racistas, machista, homofóbica, lesbofóbica, proferidas, muitas vezes, como noticiado pela imprensa, pelas autoridades e seus subalternos, inclusive pelo presidente da república. Estas atitudes contribuem para construir discursos de ódio entre a população, mais desinformada. A consequência disto, entre outras, são o retrocesso das políticas sociais, e o avanço do conservadorismo que permeia a política de Estado, com verdadeiros ataques aos direitos sociais conquistados pelas lutas da classe trabalhadora, o ataque às universidades públicas, ao pensamento crítico, aos movimentos sociais, entre outros. O modelo de política econômica neoliberal que está em curso traz medidas duras para os trabalhadores, como a reforma da

previdência, mudanças nas leis trabalhistas, possíveis alterações tributárias, entre outras medidas, que intensificam cada vez mais a desigualdade já existente no país. E, por outro lado a defesa incondicional do grande capital, em especial especulativo que não, não investe, não produz e não paga imposto (Ladislaw Dawbor, 2020)²⁹⁹

Trata-se, portanto, de um contexto que está afetando e afetará ainda mais a classe trabalhadora. Em consequência, tais efeitos negativos, incidirão muito mais violentamente sobre a população negra intensificando sua exclusão, a qual permanece com direitos mínimos desde pós-escravidão, e mais ainda as mulheres negras que já são vítimas de desemprego e racismo estrutural.

2 A DESCONSTRUÇÃO DO NEGRO

Toma-se como referência o fato de que o fim da escravização no Brasil não teve por base a reparação da coisificação, humilhação e violência que o povo negro sofreu desde o início da colonização, sendo que, ao findar a escravidão no país, tardiamente, quando comparado a outros países, não houve aqui quaisquer políticas que pudesse dar condições de integrar essa população à sociedade que já se constitui como sociedade capitalista dependente. A população negra foi abandonada sem teto e sem trabalho, sem nenhuma proteção ou segurança para passar por essa transição. Longe de integrar a população negra no sistema assalariado, o país passou a incentivar a vinda de imigrantes brancos europeus, na sua maioria italianos, (mesmo antes da abolição da escravatura no país) que trabalhavam lado a lado com escravos e trabalhadores assalariados, ao passo que quando a Lei Aurea foi instaurada em 1888 já havia no país uma grande quantidade de imigrantes brancos para laborarem nas lavouras, nas indústrias, ferrovias e outros ramos da economia que estavam em constante crescimento. A entrada no país de um grande número de imigrantes brancos fazia parte da construção de uma identidade nacional que a elite julgava ideal, o que foi chamado de movimento eugenista, cujo o objetivo era melhorar as características genéticas da população pois, se esperava que ao passo de cem anos os traços dos negros teriam desaparecido, através da miscigenação. Este movimento também foi chamado, política de branqueamento, acreditava-se que os europeus eram o modelo perfeito, mais inteligente e hábil, por isso deveria prevalecer sobre a raça negra e outras etnias.

À população negra coube os serviços esporádicos, mal remunerados ou sem remuneração alguma, muitas vezes trabalhavam em troca de um prato de

²⁹⁹Artigo publicado pela Outra palavras. <https://www.brasil247.com/economia/ladislaw-dawbor-nada-se-compara-ao-parasita-brasileiro>, disponível em 01 de março de 2020.

comida. À maioria das mulheres negras coube os trabalhos domésticos, sem que lhes fosse pago devido salário ou direito. Com o fim do sistema escravocrata, a população negra passou a compor o exército de reserva, fato este que colocou essa população em posição desfavorável, o que se mantém até os dias atuais.

No mais, o Brasil foi o último país da América Latina a abolir a escravidão e com tal medida não promoveu nenhuma política de inserção da população escrava no mercado de trabalho, o que contribuiu para o crescimento do índice de desemprego envolvendo essa camada populacional, um acelerado processo de urbanização dos negros e formas precarização de relações de trabalho (GUIRALDELLI, 2006, p.76).

O fato é que a identidade do povo negro vem sendo desconstruída desde que foram arrancados de suas terras africanas, destruindo sua identidade, negando-lhes sua nacionalidade, terras, crenças, cultura, e até mesmo o direito de ir e vir. Todas essas violações carregam até hoje graves consequências para a população negra, que é marginalizada e tratada como inferior.

3 RACISMO ESTRURAL E SUAS RAIZES NO PATRIARCADO E NO MACHISMO

O racismo estrutural hoje impera no Brasil. Ele está presente na sociedade brasileira antes (na decisão de organizar a economia utilizando a força de trabalho escrava) durante (os escravos compunham o conjunto da força de trabalho nas principais atividades do processo produtivo) e depois do fim da escravização (força de trabalho marginal ao sistema mas necessária para o processo de reprodução do capital). Ele é parte estruturante da sociedade brasileira. Para uma parte da sociedade, a abolição da escravidão seria suficiente para que a população negra obtivesse igualdade de direitos civis, o que não ocorreu porque além de não haver nenhuma política que os inserisse na nova configuração social; houve uma ampla campanha de marginalização do povo negro.

[...] como se no seu cotidiano da sociedade competitiva (capitalismo dependente) que se criou esse princípio ou norma não passasse de um mito protetor para esconder desigualdades sociais, econômicas e étnicas. O negro foi obrigado a disputar a sua sobrevivência social, cultural e mesmo biológica em uma sociedade secularmente racista, na qual as técnicas de seleção profissional, cultural, política e étnica são feitas para que ele permaneça imobilizado nas camadas mais oprimidas, exploradas e subalternizadas. (MOURA 1994, p.160).

Foi a partir da acumulação de capital adquirida pela mão de obra escravizada que se consolidou a base na qual se ergueu o capitalismo. Ao falar da formação sócio-histórica e econômica da sociedade brasileira, é preciso considerar a divisão patriarcal-machista-racista



e sexista aprofundada pela divisão de classes no capitalismo, que se apropria desta segregação para expropriar e intensificar o acúmulo do capital.

[...] nos dizem que a fusão foi e é absolutamente funcional para a produção e reprodução do capital, uma vez que no patriarcado e no racismo encontramos bases para o entendimento da exploração intensificada da força de trabalho, condição central para a reprodução das situações concretas da exploração e das múltiplas opressões (CISNE 2018, p.25).

O nosso país foi alicerçado sobre as bases do patriarcado, onde o homem fazendeiro - chefe de família e proprietário - detinha o poder e a sua autoridade era legitimada pela tradição e costume. Esse sistema sexista e machista onde os homens sempre estiveram em posição superior às mulheres, suas características físicas e culturais sempre foram supervalorizadas, em detrimento das mulheres, mais não só as mulheres, afetando também a todos que possuam alguma característica considerada como feminina (como no caso da comunidade LGBT IQ+). É por meio dessa nova sociabilidade que se constroem papéis sociais a homens e mulheres, perpassando para a esfera do trabalho.

A partir da autora Saffioti, conseguimos visualizar como as tarefas do lar e do cuidar do outro historicamente foram destinadas às mulheres, muitos desses estigmas são construídos, naturalizados e legitimados pela maternidade e/ou religiosidade, que inclina sempre a responsabilidade à mulher independente da posição social que ela ocupa, (o diferencial é que se a mulher tem melhores condições financeiras ela contrata alguém que a ajude nas atividades do lar, que em geral se trata de outra mulher) a realização dos afazeres do lar, o cuidado dos filhos e dos mais velhos. Cabe dizer que nas classes burguesas, pode ser que a mulher tenha um pouco mais de autonomia, considerando as possibilidades de estudo, formação continuada, maior liberdade de ir e vir, entretanto, não se trata de relações isentas do machismo, ao contrário, se trata de uma exceção, ainda que com impactos diferentes, conforme a classe.

Quando a mulher também trabalha fora da esfera do lar há uma sobrecarga que recai sobre ela, pois acaba por acumular mais trabalho (vida profissional e atividades da reprodução), pois mesmo se ela trabalhar fora, as atividades do lar são atribuídas a ela, uma vez que a sua renda é vista como um complemento da renda do marido. [...] é *natural* que a mulher se dedique aos afazeres domésticos, aí compreendida a socialização dos filhos, como é *natural* sua capacidade de conceber e dar luz (SAFFIOTI, 1997, p11).

O discurso sobre as qualidades “naturais” femininas serve também para escamotear a apropriação masculina da tecnologia (SILVA FILHO, 1997). Cabe chamar a atenção para a realidade das mulheres negras no mercado de trabalho, as quais estiveram (e ainda estão)

sujeitas à exploração mais acentuada. As mulheres negras sofrem com um processo histórico de humilhações e servidão, quando escravas ocupavam os espaços domiciliares em todas as esferas, desde cuidados da casa inclusive se ocupando de amas de leite, a objeto sexual dos senhores.

Mulheres negras, fazemos parte de um contingente de mulheres, provavelmente majoritário, que nunca (...) fomos tratadas como frágeis. Fazemos parte de um contingente de mulheres que trabalharam durante séculos como escravas nas lavouras ou nas ruas como vendedoras, quituteiras, prostitutas...

Mulheres que não entenderam nada quando as feministas disseram que mulheres deveriam ganhar as ruas e trabalhar! Fazemos parte de um contingente de mulheres com identidade de objeto. Ontem a serviço de frágeis sinhazinhas e de senhores de engenho tarados. Hoje empregadas domésticas de mulheres liberadas e dondocas, ou de mulatas, tipo exportação. Segundo (CARNEIRO, 2003, p.49, apud CISNE, 2018).

Tais resquícios chegaram até a atualidade, pois as trabalhadoras negras ocupam cargos subalternizados e sofrem com o senso comum da hiper sexualização advinda do estereótipo que as condiciona. A remuneração reflete os cargos de menor protagonismo e a discriminação que enfrentam em um sistema que não proporciona possibilidades, e quando ocorrem são mínimas, acompanhadas de pré-requisitos exigidos pelo mercado de trabalho, condições essas que acabam por diminuir ainda mais os acessos a esses espaços.

Além das condições materiais de trabalho em piores condições e salários rebaixados cabe chamar a atenção para outro problema que incide violentamente sobre as mulheres, que é a do assédio moral e/ou sexual, isso em relação à mulher negra é muito mais forte tendo em vista o seu biotipo, demarcado por uma cultura que a hipersexualiza e a desvaloriza enquanto ser/sujeito.

A conquista da constituição de 1988 e leis como a da discriminação racial, a Lei Maria da Penha, conquistadas pelas lutas das mulheres, ainda hoje os índices de violência contra as mulheres é grande. Estas leis que visam proteção advinda de um processo de luta (tanto da mulher que sofreu a agressão e a lei ganhou seu nome como símbolo de luta, quanto pelos abusos sofridos pela população negra) pelo movimento feminista e abolicionista, essas ainda não são efetivas, enquanto não conseguirmos repensar as bases as quais estamos imersos em nossa sociabilidade (sendo elas o machismo e racismo que tratamos neste trecho).

As mulheres apesar de suas lutas e conquistas, ainda sofrem violência. Um dos tipos mais invisibilizados de violência sofrida pelas mulheres é a violência psicológica. Ela é definida, de acordo com o inciso II do art. 7º da Lei 11.340/2006 (Lei Maria da Penha), como[...] qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações,



comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, violação de sua intimidade, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhes cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação; (Redação dada pela Lei nº 13.772, de 2018).

A Lei nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989, passam a vigorar com a seguinte redação: "Art. 1º Serão punidos, na forma desta Lei, os crimes resultantes de discriminação ou preconceito de raça, cor, etnia, religião ou procedência nacional."

"Art. 20. Praticar, induzir ou incitar a discriminação ou preconceito de raça, cor, etnia, religião ou procedência nacional.

Com o surgimento do movimento feminista, na metade do século XX, a mulher passou a buscar direitos igualitários coletivos e individuais, participação nas atividades econômicas, autonomia reprodutiva, dentre outros (GHIRALDELLI, 2006). O que possibilitou à mulher adentrar alguns espaços, porém a luta pela efetivação dos seus direitos deve ser constante. Porque a partir desse movimento pode-se repensar nos estereótipos construídos em relação ao masculino e feminino e a sobrecarga que lhes foi incumbida, e a quem o lucro é determinante neste contexto.

Ainda assim o patriarcado tornou-se o alicerce da sociedade contemporânea, onde hierarquicamente as mulheres são subordinadas aos homens, colocando a mulher como inferior ao homem em todos os espaços, incluindo o domiciliar e o profissional, trazendo muitos atrasos e desigualdades para a vida das mulheres.

É muito frequente que homens poderosos extravasem seus desejos para ir além dos limites do poder que o cargo lhes confere. Poderosos no campo das relações de trabalho julgam-se no direito de subjugar sexualmente mulheres que desempenham atividade remunerada ao seu comando (SAFFIOTI, 2001 p.17).

É importante considerar que a nova condição social colocada para a mulher branca pelo capitalismo, carregava consigo contradições do papel ideológico exercido (ou esperado) por ela em detrimento da mulher negra. A postura da ideologia dominante tanto em tempos de escravização quanto no capitalismo é de extrema conveniência; mulheres negras eram (e são) tão exploradas quanto os homens, desprovidas de gênero; porém quando sofriam punições eram reduzidas a sua condição de fêmea, evidenciando não apenas o racismo estrutural mais a diferença de classe e gênero.

Esses estigmas não se limitam apenas ao espaço familiar, acabam por ser reproduzidos na sociedade como um todo. Por exemplo, no âmbito do trabalho ocorre a

divisão sexual, (sexismo) reforçada pelo senso comum, que historicamente assimilou e naturalizou a cultura machista e reforçou o patriarcado. Processo este que explica, por exemplo, os menores salários pagos as mulheres, mesmo quando esta realiza mesma função que o homem.

É de extrema importância compreender como naturalização dos processos socioculturais de discriminação contra mulher e outras categorias sociais constitui o caminho mais fácil e curto para legitimar a superioridade dos homens, assim como a dos brancos, a dos heterossexuais, a dos ricos (SAFFIOTI 2001, p.11).

4 A MULHER NA INDÚSTRIA CALÇADISTA EM FRANCA

O sistema fabril como está organizado, a partir do ritmo de trabalho instituído não garante aos indivíduos a reflexão, tendo em vista a separação entre a concepção, fabricação e produto final como eixo central que aliena, resultando ainda na quantificação do processo, cuja classe que detém esses meios, reforça as diferenças já existentes em relação às mulheres, quando lhe oferece o salário menor em relação ao homem. O cenário não é diferente na indústria calçadista de Franca, onde mulheres possivelmente ganham menores salários que os homens para exercerem mesma função e dificilmente são vistas em cargo de chefia, gestão, diretoria.

A organização científica do trabalho (OCT) já no início do século XX, a partir de Taylor e Ford, impôs o ritmo e a candência das máquinas. Nessa organização manteve-se a divisão sexual do trabalho, a partir da qual coube às mulheres a ocupação de atividades mais repetitivas, de maior concentração e de menor autonomia de decisão e de trânsito no ambiente, apenas reproduzindo o padrão incorporado da sociedade patriarcal existente. Além disso, o salário sempre em menor proporção que o pago ao masculino.

A indústria calçadista de Franca já viveu seus tempos de glória, a cidade já foi considerada o maior polo produtor de calçados masculinos de couro do país. Isso aconteceu na década de 1970 quando entrou no mercado externo, passando a ser a maior fonte econômica do município, e que a partir da década de 1990, promove uma ampla reestruturação produtiva, que significou retirar parte do trabalho da confecção do calçado, de dentro das fábricas que demandava maior uso de força de trabalho e encaminhar para as pequenas fabriquetas localizadas na periferia, ou para as casas dos trabalhadores que constituíram as denominadas bancas³⁰⁰, onde passou a serem realizados trabalhos manuais

³⁰⁰Navarro, 2006. P 171,172. As bancas são unidades produtivas contratadas pelas empresas calçadistas para realizar determinadas operações envolvidas na produção de calçados de couro, principalmente as que demandam maior trabalho vivo, como o pesponto e mesmo a costura manual.

de costura e montagem do calçado que antes eram realizados dentro das fábricas. Etapas como passar cola e colar, costurar manualmente, passar tressê e outras que antes eram feitas majoritariamente por mulheres dentro das fábricas, agora passa a demandar a força de trabalho de crianças e idosos, fazendo com que a família se dedique integralmente ao trabalho domiciliar.

Nos seus primórdios, na indústria calçadista de Franca não havia espaço para as mulheres, o quadro de funcionários era composto majoritariamente por homens, a partir de 1970 quando a produção calçadista começa a entrar no mercado externo a mulher passa a ganhar timidamente espaço nas indústrias. As mulheres ocupavam espaços que não necessitavam de muita força física nem de trabalho intelectual, passavam cola e faziam as costuras e a remuneração era baixa.

Com a ampla reestruturação produtiva que ocorreu a partir de 1990, ainda que se manteve mulheres trabalhando dentro das indústrias, a maioria foi redirecionada para o trabalho manual que passou a ser feito nas bancas e nas casas das próprias. Um agravante para a mulher que trabalha em casa com banca de pesponto ou costura manual é que ela não deixa de ser a responsável pelas atividades que historicamente foram atribuídas a ela, e ainda acaba por comprometer toda a sociabilidade da família assim como a saúde, pois não há a devida estrutura para acomodar ambos, porém a luta pela sobrevivência a faz se adequar.

Ainda com dificuldade, Franca permanece tendo como principal atividade econômica o setor calçadista, sendo esse constituído de uma miríade de pequenas empresas familiares, que nos primórdios era integrado pela maioria do sexo masculino. Posteriormente, possibilitando a entrada das mulheres, mas como observado, de maneira informal e sem condições de igualdade, como evidencia Guiraldelli (2006).

As observações empíricas, seja enquanto trabalhadoras do setor calçadista em Franca, seja enquanto moradoras desse município, juntamente com conhecimentos adquiridos em um estudo bibliográfico com intensas leituras de livros e trabalhos acadêmicos a respeito do tema é possível verificarmos que há presença inquestionavelmente maior de mulheres que de homens nas funções de carimbar, passar tressê, passar cadaço, colocar bucha, passar cola. Talvez a justificativa com base no senso comum seja que, são serviços fáceis e sem exigência de força física, justificando inclusive a má remuneração, uma vez que esse tipo de trabalho comparece travestido de qualidades que são intrínsecas a mulher. Cisne (2018) diz que isso implica em não valorizar as atividades realizadas pelas mulheres como trabalho especializado.

É preciso ter discernimento quanto à divisão sexual do trabalho, pois se torna uma chave importante para o capital, uma vez que a partir daí se naturaliza os baixos salários pagos às mulheres, agudizando a exploração do trabalho, pois o Capital não age de forma desmistificada, na realidade, se aproveita das relações machistas já estabelecidas. O discurso oficial é da pseudo igualdade, quando na verdade, há intensas distorções do uso da força de trabalho feminina e de mulheres negras, invariavelmente contratadas com menores salários.

Torna-se necessário evidenciar esta problemática para repensar ações que possam solucioná-la, levando conhecimento e percepções; pois a não discussão e o silenciamento também pode decorrer de algo proposital que leva a estagnação. Tendo em vista que atualmente o quadro das novas configurações familiares está apinhado por mulheres que são chefes de família.

Acrescido a esses fatores ainda se faz necessário analisar que essa realidade precária e rude de exploração, na maioria das vezes, é a única fonte de renda dessas mulheres e/ou tida como suplementação do salário familiar (GUIRALDELLI, 2006).

Cabe enfatizar que além dos baixos salários, o trabalho nas bancas de pespontos ocorre sem proteção e segurança, tanto em termos das condições de trabalho quanto da seguridade social, ou seja, das garantias de direitos do trabalhador e da Previdência Social. Garantias estas que seriam de extrema importância para elas, pois devido à jornada dupla e carga excessiva de trabalho, por vezes acabam sem tempo de fazer uma refeição de qualidade e sem descanso. A necessidade de entregar o trabalho pronto no prazo determinado se soma com a correria de ter que cumprir com as atividades do lar. Mas, vai muito além da correria, o próprio trabalho nas bancas já tem os seus riscos, como o cheiro forte dos materiais usados, materiais perfuro cortantes, extensas horas em uma única posição, e outros. Fatores que podem fazer com que elas sejam mais facilmente acometidas por doenças, físicas e psicológicas, o que torna tudo mais difícil quando não se tem nenhuma garantia trabalhista e de Previdência Social.

Tal forma de produção inclina o trabalhador para as relações de trabalho informais sem registro em carteira e a submissas aos ditames da indústria; pois o salário é inerente ao que é produzido e quando não há uma regularidade na produção, acaba por modificar a forma de sociabilidade dos trabalhadores e trabalhadoras que dele necessitam, inviabilizando o atendimento de suas necessidades básicas, fazendo com que eles precisem em muitos casos, de utilizar os programas da Política de Assistência. Trata-se de um trabalho instável, que tem uma duração, pois a produção de calçados de Franca está condicionada a datas festivas, como, Natal, dias dos pais, dia dos namorados, e as vendas feitas nas feiras

específicas do setor, fazendo a produção oscilar muito durante o ano, não sendo possível uma família que sobrevive da banca ter um salário fixo porque o mesmo é por peça e ele depende da quantidade repassada pela fábrica. [...] compreender as determinações da informalidade é indispensável não só para o universo acadêmico, mas como eixo de debate e reconhecimento das dimensões da questão social (GUIRALDELLI, 2006).

O trabalho terceirizado pela fábrica passa a ser realizado então pelas famílias (e principalmente pelas mulheres) em suas residências reforçando a ideologia, que já citamos anteriormente, confinando-as à esfera do lar, não conseguindo remuneração regular que possibilite arcar com suas despesas primárias de maneira mais satisfatória e tirando a responsabilidade estatal sob essas famílias que ficam desprotegidas dos efeitos causados pelo próprio trabalho e a ausência de condições para a realização do mesmo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É imprescindível ao capital que tais camadas (mulheres, negros, indígenas, gays) estejam sempre a margem da sociedade para que os mesmos possam ser explorados. Explorar este exército de reserva, composto em sua maioria por mulheres, contribui para a reprodução de relações trabalhistas de exploração, relações machistas e de desrespeito pelo trabalho feminino, tendo em vista que, muitas mulheres trabalham para um(a) banqueiro(a) que subloca a terceirização da costura e, paga um preço irrisório, R\$ 1,20, R\$ 2,20, no máximo R\$ 3,00 o par³⁰¹. Muitas vezes quem faz o combinado do repasse do trabalho da fábrica é um homem que está inserido nesse local, exemplo: o companheiro, filho, ressaltando que as relações de gênero e questão ético-racial se interagem.

Através de um simples cálculo aritmético, pode se concluir que o poder do macho no seio das classes trabalhadoras representa uma vitória da classe patronal e não uma conquista do trabalhador. Efetivamente, os trabalhadores estão desembolsando, no caso da família tomada como exemplo, menos de três salários, quando deveriam pagar quatro, numa sociedade em que homens e mulheres fossem socialmente iguais (SAFFIOTI, 2001, p.23).

O racismo é inerente à nossa sociedade, (mesmo que muitos digam que ele não existe, por ser um país multirracial e pela ideologia de que o Brasil é um país pacífico que abraça a todos) está presente nas mais diversas relações sociais. Ao longo do tempo mudam-se as relações de trabalho, as condições econômicas e as formas de opressão, mais a condição dos negros se mantém na pirâmide social, sendo ideologicamente vistos como inferiores.

³⁰¹ Resultado de uma pesquisa realizada em dezembro de 2019 por Onilda Alves do Carmo como mulheres que realizam costura manual a domicílio.

Assim como a mulher que é vista como inferior ao homem, a mulher negra sofre triplamente, seja pelo gênero, classe e o racismo.

Portanto o debate a respeito do racismo está ligado às relações de classes e gênero, tais violências são intrínsecas em nossa sociedade capitalista. É necessário que tais categorias sejam analisadas e debatidas amplamente afim de obter uma perspectiva de totalidade.

REFERÊNCIA

- ALVES, Cleliman. **Questão étnico-racial: um substancial debate para a formação em Serviço Social**. Dissertação de Discente – Franca, Universidade Estadual Paulista, Faculdade de História, Direito e Serviço Social: Franca, 2017, p.79.
- CISNE, SANTOS. **Diversidade sexual e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2018. Cap. 1, Fundamentos Teórico Político da Diversidade Humana, do Heteropatriarcado e do Racismo, p. 25 e p. 49.
- DAWBOR, Ladislau. Nada se compara ao parasita brasileiro. Artigo publicado pela Outra palavras. <https://www.brasil247.com/economia/ladislau-dowbor-nada-se-compara-ao-parasita-brasileiro>, disponível em 01 de março de 2020.
- GUIRALDELLI, Reginaldo. **Ser negra na precariedade das relações de trabalho**. 234 f. **Dissertação (mestrado)** – Franca, Universidade Estadual Paulista, Faculdade de História, Direito e Serviço Social: Franca, 2006. Cap.1.2 Informalidade: expressões e tendências, p.58 e 67. Cap.2; Gênero e raça/Etnia: Evidências da Questão Social, p.76.
- MOURA, Clovis. **Dialética radical do Brasil negro**. Cap 2. População, Miscigenação, Identidade Étnica e Racismo, p.160. São Paulo: Anita, 1994.
- NAVARRO, Vera Lucia. **Trabalho e trabalhadores do calçado**. A indústria calçadista de Franca: das origens artesanais à reestruturação produtiva. São Paulo: Expressão Popular, 2006.
- SAFFIOTI, Heleieth. **O poder do macho**. São Paulo: Moderna, 2001. Cap 1, Papéis sociais atribuídos às diferentes categorias de sexo, p.11, 17. Cap 2, A quem serve a relação de dominação da mulher pelo homem, p.23.

OS DESAFIOS PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO ÂMBITO DA SAÚDE MENTAL

Graziela Donizetti Dos Reis (UNESP- Franca); Katicilene Barsanulfa Tavares De Oliveira (UNESP- Franca)

RESUMO: O presente trabalho visa expor uma análise sobre a relação entre a pobreza, o uso de substâncias psicoativas e as consequências dessa relação na saúde mental da população em situação de rua. Busca-se demonstrar a complexidade do tema considerando a culpabilização da pessoa adepta desse consumo e as dificuldades para a sua reinserção no mundo do trabalho. A metodologia embasou-se em pesquisa bibliográfica e documental

Palavras-chave: População em situação de rua; Pobreza; Substâncias psicoativas.

RESUMEN: El presente trabajo tiene como objetivo presentar un análisis de la relación entre la pobreza, el uso de sustancias psicoactivas y las consecuencias de esta relación en la salud mental de la población sin hogar. El objetivo es demostrar la complejidad del tema, considerando la culpa de la persona que se adhiere a este consumo y las dificultades para su reintegración en el mundo del trabajo. La metodología se basó en la investigación bibliográfica y documental.

Palabras clave: Población sin hogar; Pobreza; Sustancias psicoactivas.



1 INTRODUÇÃO

Este ensaio teórico parte da premissa de que o tema população em situação de rua, a pobreza extrema e sua relação com o uso de spa's não tem sido discutido como prioridade para o poder público, pois o caráter proibicionista revela a necessidade do estado e sociedade civil diagnosticarem, regulamentarem e normatizarem o uso dessas substâncias, porém mantendo-se a lógica moral que estigmatiza os usuários que as consomem. Ou seja, o debate permanece distante das causas do problema, dos motivos que levam uma pessoa a ver nessas substâncias uma possibilidade de fugir da dura realidade encarada cotidianamente. Pretende-se evidenciar a relação entre a privação do mínimo existencial e uso de spa's³⁰², assim como as consequências do uso dessas substâncias na saúde mental da pessoa em situação de rua e a criminalização da pobreza e do uso de substância psicoativa em determinadas camadas sociais. Infelizmente a sociedade atual adormecida pelas demandas excessivas para manutenção do sistema capitalista apresenta diversos estímulos para o consumo de algumas drogas lícitas e criminaliza outras drogas que ainda não foram legalizadas. Diante da inconstância da sobrevivência a situação de rua pergunta-se: é possível que uma pessoa privada do mínimo existencial e da possibilidade de perspectiva de mudança em sua realidade, consiga manter a sua saúde mental mesmo enfrentando a situação de rua e posteriormente o uso de spa's?

Destaca-se o fato de spa's em todas as camadas sociais, porém há diferenças na qualidade e nos tipos de substâncias que são consumidas de acordo com a classe social na qual a pessoa está inserida. Isso também se traduz em relação à legalização ou criminalização das mesmas. Por isso a forma como os indivíduos em frente aos seus processos decisórios valendo-se do consumo de spa's também se relaciona com as determinações sociais e históricas da sociedade inserida no modo de produção capitalista e que se baseia não produção de demandas para o consumo de mercadorias. Reforça-se que o sistema capitalista comumente produz a ideia de que a pessoa precisa consumir algo para fazer parte da sociedade, pode-se constatar isso por meio das múltiplas propagandas de bebidas alcoólicas e cigarros divulgadas amplamente nos canais midiáticos. O álcool e o cigarro são muito utilizados pela população em situação de rua que após um determinado período na rua aderem ao consumo de outras spa's, mas aí acentua-se o problema, pois dentre as spa's mais utilizada pela população em situação de rua está o álcool, o cigarro e o crack. Como

³⁰² Este trabalho utilizará a expressão spa's para se referir as substâncias psicoativas.

essa substância não é legalizada existe a criminalização e culpabilização da pessoa que a consome, resultando em maior dificuldade para reinserção no mundo do trabalho e potencializando a estigmatização da sociedade para com este público.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 A relação entre a pobreza e uso de spa's

De acordo com Passeti (2004, p. 08), o consumo de spa's pode resultar no adoecimento assim como na morte, porém também pode remeter a movimentos direcionados para resistência, que reinventam as formas de se viver, possibilitam a expressão da arte, de deslocamentos e comportamentos que apresentam “éticas anunciadoras do inominável o que é impossível conter”, tais movimentos representam a inviabilidade da domesticação e dá possibilidade de controlar definitivamente os resultados do uso da spa's. Entretanto, debater a relação entre a pobreza e uso de spa's apresenta-se como um desafio ainda maior, pois é necessário ter uma abordagem que desnaturaliza esse consumo e também faz a crítica do ínfimo posicionamento ético-político de uma grande parcela de profissionais que atuam nos equipamentos que atendem a população em situação de rua, pois observa-se a continuação de práticas e discursos muito mais votados para a moralidade e para as convenções da sociedade do que para a possibilidade de se chegar ao cerne deste problema.

Considera-se essencial incluir a pobreza extrema nesta discussão, pois ela se apresenta em múltiplas expressões da questão social como o desemprego a situação de rua e o consumo de spa's. A pobreza não deveria ser naturalizada principalmente nos momentos que levam a degradação da dignidade e vida humana de todas as pessoas que se encontram desprovidos do mínimo existencial para garantir o seu acesso aos direitos sociais mais básicos, como habitação, alimentação, saúde, educação e lazer. As situações repressoras nas quais as pessoas inseridas na pobreza extrema são submetidas demonstram que as políticas públicas ainda tem um grande desafio diante do cenário atual que agrava a exploração da classe trabalhadora até o seu limite físico e mental, após absoluta extenuação da força de trabalho da pessoa ela é excluída do mundo do trabalho e concomitantemente privada do acesso a uma boa alimentação, a locais de lazer, a moradia digna e isso somado ao contexto de estresse no núcleo familiar, pode resultar na momentânea ou definitiva ruptura dos vínculos familiares, sendo este mais um fator que contribui para a situação de rua levar ao consumo de spa's. Entende-se que a sociedade capitalista apresenta a pobreza como



responsabilidade individual e inerente a meritocracia de cada pessoa, assim como a forma com que cada pessoa se relaciona com o mundo do trabalho. Historicamente constata-se que o sistema capitalista coloca sobre os ombros da classe trabalhadora inserida na pobreza extrema o peso da má índole e da falta de boa vontade, como se a pessoa não quisesse trabalhar e por isso tivesse o seu caráter questionável.

A mendicância era severamente punida; a vagabundagem era uma ofensa capital, em caso de reincidência. A Poor Law de 1601 decretou que os pobres capacitados deveriam trabalhar para ganhar seu sustento, e a paróquia deveria providenciar esse trabalho. Toda a carga da assistência recaiu sobre a paróquia através de impostos ou taxações locais. Estes incidiam sobre todos os donos de casas e arrendatários, ricos ou não, de acordo com o aluguel das terras ou casas que ocupavam. (POLANYI, 2000, p.110)

A exclusão no mundo do trabalho provoca uma transformação radical no cotidiano da pessoa que enfrenta grandes desafios para a manutenção da sua própria vida, essa catástrofe social que acomete uma expressiva parcela da sociedade resulta em condições insalubres de existência. Diante desse contexto, a possibilidade de se constituir um vínculo com o consumo de spa's se apresenta com maior força, pois para permanecer nas ruas é necessário fazer um esforço sobre-humano de resistência física e mental, mas existe a necessidade de uma válvula de escape para esta realidade tão dura. Historicamente constata-se que o consumo de spa's assim como a situação de rua, não caminham separadamente. Em relação às spa's (Bucher, 1989), afirma que há registros deste consumo independente delas serem lícitas ou ilícitas, pois este consumo está envolto em questões econômicas, políticas, sociais, culturais, morais e religiosas. Para o autor em vários momentos históricos o consumo não foi considerado um problema, ou motivo de preocupação na sociedade, eram assimilados como uma manifestação cultural e humana. Por outro lado, segundo (Snow e Anderson 1998), a situação de rua é um fenômeno que acompanha a maior parte da história humana, porém registrada de formas distintas, como vadios, mendigos, moradores de rua e atualmente sua nomenclatura no Brasil segue a recomendação da Política Nacional para a População em Situação de Rua (2009), por isso são chamados de pessoas em situação de rua.

Considera-se que as duas situações (uso de spa's e situação de rua) mantêm uma relação muito próxima principalmente na sociedade capitalista e por isso evidencia-se que a intervenção do Estado assume o caráter de controle populacional a fim de manter o status quo da sociedade burguesa, não queremos aqui desconsiderar a validade das políticas públicas voltadas para a população em situação de rua, mas não pretende-se deixar de fazer a crítica ao Estado e ao seu encolhimento diante das demandas desse público. Ou seja, as políticas públicas destinadas tanto para a população em situação de rua quanto para as

questões relacionadas à drogadição são extremamente necessárias para garantir os direitos básicos desse público, porém elas não alteram a estrutura social que leva a situação de rua e ao consumo de spa's.

A pesquisa realizada por Bruce Alexander no conhecido experimento Rat-t park demonstra a influência do contexto social no qual a pessoa está inserida:

Os resultados desses experimentos Rat-park com "ratos previamente viciados" refutaram a teoria da dependência química normatizadas naquela época: o que os sintomas de abstinência eram tão poderosos que forneciam um ímpeto ao consumo de opiáceos. Assim como acontece com os seres humanos, a resposta de um rato após a retirada de um narcótico influenciada por fatores situacionais. Quando alojadas no Rat-park, os animais neste experimento não agiram como se a necessidade de evitar o incômodo da abstinência fosse o imperativo irresistível. (ALEXANDER, 2018, p. 35-36)

Considerando essa afirmação de Alexander (2018), compara-se essa experiência com a situação de uma pessoa que ao se ver desprovida de seus direitos sociais e qualquer expectativa de mudança, de lazer de educação saúde e uma moradia digna, torna-se mais propensa a constituir laços e vínculos com uma válvula de escape que lhe possibilite sobreviver a mais um dia de angústia. Como existe a estratificação em relação à spa's, tal estratificação também se estende a quem as consome, o fator preponderante para se estratificar a spa's não está relacionado ao quanto ela pode ser prejudicial à saúde física ou mental, mas sim a sua categorização social, cultural e moral. Comumente observa-se o uso de bebidas alcoólicas em celebrações religiosas, em locais com fins recreativos, nesse contexto o seu consumo é liberado e até exaltado. Nota-se uma transformação no olhar sobre a spa's quando se trata do crack, pois quando essa spa's é usada na periferia, considerando as questões de gênero, etnia e classe, ela é criminalizada.

Assim o olhar sobre o consumo de spa's muda de acordo com a sua finalidade. O consumo do crack pela população em situação de rua torna gritante a presença da luta de classes, sendo este usuário uma pessoa inserida na pobreza extrema, ele tem pouca possibilidade de recuperação e reinserção no mundo do trabalho e conseqüentemente na sociedade. Em suma o que diferencia o usuário é a sua condição socioeconômica para adquirir spa's com o controle mínimo de qualidade ou não.

A heterogeneidade se faz presente entre as pessoas que vivem em situação de rua, porém este público a partir da década de 1980 apresenta-se com maior enfoque na pobreza extrema e exclusão social.

No Brasil, com o agravamento da questão social, ganhou visibilidade à problemática que envolve a população de rua com o crescimento qualitativo, cada vez mais expressivo nas grandes e médias cidades brasileiras, acompanhado pela deterioração maior de suas condições de trabalho e de vida. Faz sentido relacionar esse processo de deterioração como um dos



fatores significativos na trajetória das pessoas que estão nas ruas da cidade. (ROSA, 2005, p.39).

De acordo com (BURSZTYN, 2000 a), o desemprego estrutural relacionado com a lógica econômica neoliberal que precisava de um maior índice de produção ao menor custo resultou em uma expressiva parcela de trabalhadores que não eram mais necessários para o mundo do trabalho. Pode-se somar a isso o processo migratório interestadual e do campo para a cidade, a economia urbana não absorveu todo o contingente populacional englobado nesses fatores. Por isso houve um exponencial crescimento de pessoas privadas do acesso aos seus direitos básicos e constitucionais como a higiene, alimentação e a moradia, nessas condições precárias o consumo de spa's se apresenta como uma das estratégias de sobrevivência imediata, porém com notáveis consequências para a saúde física e mental da pessoa que a consome, sendo que em alguns casos o efeito desse consumo pode ser irreversível.

2.2 A criminalização da pobreza e do uso de spa's

O conflito social presente na criminalização da pobreza demonstra de forma enfática a luta de classes, pois as mesmas ações que são divinizadas quando realizadas pela classe dominante, são criminalizadas quando são feitas pelas classes subalternas da sociedade. Reforça-se aqui o fato de que quando as spa's são utilizadas em determinadas áreas privilegiadas da sociedade não há a sua criminalização e nem de seus usuários, porém quando estas mesmas spa's são utilizadas na periferia da sociedade capitalistas tanto elas quanto os seus usuários enfrentam a criminalização, ou seja, o problema não é o consumo o problema é a classe social de quem a consome. Os problemas sociais que permeiam o cotidiano da população em situação de rua que utilizam as spa's são tratados com quase total indiferença pela sociedade civil e pelo Estado considerando o seu pouco alcance da realidade da maioria das pessoas que estão nessa condição.

É essa invisibilidade da sociedade e de seus conflitos que é o principal produto do tipo de ciência social conservadora que se tornou dominante entre nós nas universidades, na grande imprensa em um debate público que permite um tipo de economicismo, que de tão hegemônico, transformou-se na única linguagem social compreensível por todos. É esse contexto desolador que explica que, mesmo nos setores não identificados com a manutenção indefinida dos privilégios de mercado de alguns poucos, nossos graves problemas sociais e políticos sejam todos superficialmente percebidos e amesquinados a questões de "gestão de recursos". com isso, cria-se a falsa impressão de que conhecemos os nossos problemas sociais e que o que falta é apenas uma "eficient" eficiente, a crença fundamental de toda a visão tecnocrática do mundo

quando, na verdade, sequer se sabe do que se está falando. (JESSE, 2017,p.17)

Quando o poder público alcança essa população isso ocorre muito mais numa forma de repressão e incriminação do quê por meio das políticas públicas necessárias para garantir os direitos dessas pessoas.

Em janeiro de 2012, novo acirramento dos conflitos e das intervenções ostensivas colocou a Cracolândia no centro da questão social brasileira contemporânea. A área foi outra vez ao vivo de violenta operação policial, a operação sufoco, que impingindo declaradamente dor e sofrimento visor não cuidado dos usuários mais retomada desse espaço da cidade por parte do poder público o que gerou crise institucional, disputa de poderes entre as secretarias governamentais, denúncias da defensoria pública, manifestação contrária da imprensa e críticas de parcela significativa da população. (RUI, 2014, p.96)

Aponta-se como exemplo a forma pejorativa como o espaço denominado Cracolândia na cidade de São Paulo é relatado na mídia com o intuito de convencer a população de que as pessoas que estão naquele local devem ser temidas e isoladas, pois representa um perigo para a sociedade e para si mesmo. Tal esforço midiático repercute imediatamente na vida das pessoas inseridas na pobreza extrema, que estão em situação de rua e consomem spa's, pois o preconceito tende a se generalizar em relação a esse público.

Como uma territorialidade itinerante está situada numa certa área urbana, mas é sujeita a deslocamentos que variam de acordo com a repressão e intervenção exercidas, além da dinâmica das relações internas. Como um campo de relações, a região também passou a ser sinônimo de degradação e criminalidade urbana em razão da grande presença de usuários de crack, homens, mulheres, meninos e meninas em situação de rua ou prostituição nas Ruas dos bairros; todos eles, como se sabe, atores urbanos associados simbolicamente a uma série de estigmas como sujeira, perigo, ameaça, drogas, encrenca e vergonha. (RUI, 2014, p.96)

A instrumentalização da repressão massiva da população em situação de rua que consome spa's se apresenta como uma solução imediata pelo aparelho estatal, sendo que isso acontece com o apoio da sociedade que prefere continuar mantendo a mesma estrutura societária que produz um contingente expressivo de marginalizados e estigmatizadas, mas não proporciona o acesso dessa população aos seus direitos básicos, sociais e humanos. Considerando o descaso e medo com o qual a sociedade se refere a esse fragmento societário que expressa à desigualdade social, assim como a escassez de possibilidades ao qual esse público está condicionado, não causa grande estranhamento o fato deles aderirem ao uso de spa's.

Garcia juntamente com o Ministério da Justiça e Cidadania (2016 p.13) apresenta uma pesquisa realizada pela fundação Oswaldo Cruz sobre o perfil dos usuários de crack nas capitais brasileiras, sendo que 0,8% da população que consumia a essa substância era adulta.



Porém outro fator preocupante era a dependência de álcool que se apresentava de oito a quinze vezes maiores do que a dependência do crack. O perfil de pessoas que consumiam essa spa's trouxe números de relevância para a posterior formulação de políticas públicas.

Com 80% de homens, na faixa dos 20 e 30 anos fazendo uso de crack há 6,5 anos em média, não é mais possível aceitar a hipótese que o crack mata em 6 meses. No entanto, foram os mercadores de exclusão social que mais chamaram a atenção do governo federal na interpretação dessa pesquisa. Oito em cada dez usuários regulares de crack são negros. 8 em cada 10 não chegaram ao ensino médio. Essas proporções são bem maiores do que as encontradas no conjunto da população brasileira. Além disso, elas referem-se a características temporalmente anteriores ao uso do crack. Somavam-se a esses, e outros indicadores de vulnerabilidade social, como viver em situação de rua 40% e ter passagem pelo sistema prisional (49%). As mulheres usuárias tem o mesmo padrão de vulnerabilidade social, com o agravante que (47%) relataram histórico de violência sexual comparado a 7,5% entre os homens. (GARCIA, 2016, p.13)

Constata-se a presença da questão étnico-racial e de gênero também no consumo de spa's, assim como a questão da classe social na qual a pessoa está inserida. Por isso entende-se que há relação entre a exclusão social e o consumo de substância psicoativa, assim como a criminalização da pobreza e do consumo de spa's.

2.3 As consequências do uso de spa's na saúde mental da população em situação de rua.

A política de saúde é direito humano fundamental, todo cidadão tem acesso universal e igualitário aos recursos básicos desta política, respaldada pela Lei 8.080 de 1990, que institui o SUS (Sistema Único de Saúde). De acordo com esta Lei, o SUS é constituído por ações e serviços de saúde executados pelo Poder Público e demais instâncias, que promovem a prevenção de doenças, a prática curativa, a educação sanitária, a reabilitação física, psicológica e moral, que visa à universalidade, e a equidade com enfoque na humanização, no respeito à pessoa sem distinção de classes, raça, nacionalidade, gênero e religião. A partir deste conceito, fica mais fácil compreender os significados de saúde e doença para as pessoas em situação de rua.

De acordo com Silva (2009), o trabalho com a saúde dessa população carece de um olhar interdisciplinar, pois as diversas expressões da questão social condicionam inúmeras particularidades para os mais diferentes setores da saúde (saúde mental, dependência química, danos causados por violência, saúde sexual, etc.) tanto no âmbito da prevenção, como na reparação ou no tratamento.



Discutir sobre a saúde da população em situação de rua engloba uma gama de aspectos e determinantes, que estão ligados às condições precárias e a exposição de diversos riscos à saúde nas ruas. Para esta população, a saúde mental e a dependência química são as maiores incidências de adoecimento, muitos necessitam de tratamento e acompanhamento específicos, mas por viver nas ruas e pelo uso contínuo de spa's e álcool, não conseguem se tratar e sofrem grandes prejuízos na saúde em geral. Viver nas ruas é se deparar com inúmeras situações de risco, como a violência, a miséria, o abuso, a exploração, a violação de direitos, o preconceito e a discriminação, tais situações interferem no acesso desta população nas políticas públicas, de modo particular, as de saúde mental.

Ainda hoje, falar sobre saúde mental requer maior aproximação sobre o seu significado e uma explicação acerca do processo de sofrimento e adoecimento, pois historicamente os transtornos mentais recebiam as mais diferentes interpretações, algumas ligadas a influências religiosas, outras a bruxaria e magia, ainda assim, algumas ainda permanecem influenciadas pelo popular senso comum. Sendo assim,

Os conceitos de saúde mental abrangem, entre outras coisas, o bem-estar subjetivo, a auto eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa. Por uma perspectiva transcultural, é quase impossível definir saúde mental de uma forma completa. De modo geral, porém, concorda-se quanto ao fato de que a saúde mental é algo mais do que a ausência de transtornos mentais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001, p. 31-32).

Estar em situação de rua, em si é estar mais suscetível a desenvolver doenças físicas e transtornos mentais pelo uso eminente de álcool e outras drogas. Desta maneira, a vivência de rua dessas pessoas é carregada de rompimentos, estresse, perda de vínculos sociais, ameaças à vida, violência e exposições a ambientes insalubres, pois trata-se de pessoas que sofrem situações de exclusões e desvinculações em várias dimensões.

São muitos os agravantes que acometem a saúde mental desta população, por esse motivo notamos uma dificuldade em reconhecer o “fator temporal de causalidade, ou seja, se os transtornos mentais antecedem ou sucedem a situação de rua”. O abuso de drogas é, também, um desses agravantes comum entre as pessoas em situação de rua, é estimado que as taxas de usuários de álcool sejam maiores do que as de outras drogas, estão entre as mais usadas: maconha, crack, resina, mesclado, cocaína, cola e tiner. Assim é possível observar, na maioria das vezes, a predominância da comorbidade, neste caso, a incidência de transtornos mentais associados ao consumo de drogas.

A política Nacional para a População em Situação de Rua (2009) prevê um atendimento humanizado e universalizado, respeitando a dignidade da pessoa humana. Para

tanto, faz-se necessário criar meios de articulação entre os serviços e programas que integrem as políticas públicas. Assim, para oferecer atenção à saúde da população de rua o Ministério da Saúde criou o serviço de Consultório Na Rua em 2011. Os Consultórios na Rua integram a atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e atuam frente aos diferentes problemas e necessidades de saúde da população de rua, inclusive ações de busca ativa e cuidado a essa população com uso de drogas e transtornos mentais.

Apesar de a Constituição Federal assegurar nas políticas sociais a universalização dos direitos, o que se vê é preconceito, descaso e a desigualdade sofridos pela população de rua ao procurar o acesso aos serviços. O acesso dessas pessoas a rede de saúde pública é na maioria das vezes, mais difícil do que para qualquer cidadão, neste caso a pessoa em situação de rua sofre com as condicionalidades e exigências para que seja realizado o atendimento, como por exemplo, a falta de documentos, comprovante de endereço, falta de contato telefônico, a ausência de acompanhante e até mesmo as condições de vestimenta e higiene pessoal.

A esses entraves “burocrático” de acesso às políticas sociais pela população em situação de rua somam-se: a falta de articulação entre as políticas sociais, as metodologias inadequadas dos programas, a falta de habilidade a capacitação dos servidores públicos para lidarem com esse grupo populacional, além do preconceito social que estigmatiza essas pessoas como “vagabundos”, “desordeiros”, “preguiçosos” e “bandidos”, fazendo com que sejam consideradas não merecedoras do acesso aos direitos sociais. (SILVA, 2009, p. 176).

O preconceito e o estigma social que atingem essa população confirmam vários indicadores negativos, como o aumento do número de doenças físicas e mentais destas pessoas e o baixo número de adesão a tratamentos por meio de internações ou ambulatoriais. São recorrentes a esta população os relatos de recusa em ir às unidades de saúde, o mau atendimento e em algumas vezes a negação deste. Nas palavras de Goffman (1988), o estigma é definido como um aspecto negativo (desprezível) que torna o indivíduo diferente, em desvantagem, diminuído.

Portanto, é possível compreender a importância da articulação e estratégias do trabalho interdisciplinar e intersetorial dos diversos serviços que atendem a população em situação de rua. Com isso, o consumo abusivo de spa's e os problemas de saúde mental sofridos por esse grupo populacional, quando identificados precocemente e garantido o acesso às políticas públicas, promove-se a qualidade na atenção à saúde desta população.

3 CONCLUSÃO

O tema discutido neste estudo possibilitou identificar quais os desafios enfrentados e necessidades trazidas pela população em situação de rua, mediante as tentativas de acesso dos serviços de saúde em busca de um atendimento integral e humanizado. Desta forma, propõe-se a reestruturação de programas e projetos das políticas públicas de acordo com a leitura do mundo da rua e das condições de vida dessas pessoas.

As imposições do capitalismo financeiro e o atual cenário do ideário neoliberal contribuem cada vez mais com o aumento do número de pessoas nas ruas. Estas, excluídas dos direitos sociais, como saúde, educação, moradia, trabalho entre outros, o que as deixam a margem da invisibilidade. Entretanto, para o enfrentamento desta invisibilidade, faz-se necessário a participação desta população em movimentos sociais, em conselhos e conferências e em decisões públicas, a fim de materializar a luta pelo alcance de seus direitos.

Com tudo, entender como vivem as pessoas em situação de rua, e identificar suas particularidades e maneiras de sobrevivência, não eliminam a desigualdade e a exclusão social, mas pode contribuir com a elaboração de iniciativas que propiciem para esta população um atendimento com equidade de qualidade e livre de preconceitos.

REFERÊNCIA

- Alexander, B.K. EMERSON, Elias. SILVEIRA Merhy, Paulo. **Dependência dos opiáceos: Rat-park revisitado**, in :Criminalização ou Acolhimento? Políticas e práticas de cuidado a pessoas que também fazem o uso de drogas.1 ed. 2018.
- BRASIL. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. **Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 dez. 2009c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm>. Acesso em: 08. jan. 2020.
- BUCHER, Richard (org.) **Prevenção ao uso indevido de drogas**. Brasília: Editora Universitária de Brasília, 1989.
- BURSZTYN, Marcel. **Da pobreza à miséria, da miséria à exclusão: o caso das populações de rua**. In: BURSZTYN, Marcel (org). No meio da Rua – nômades, excluídos e viradores. Rio de Janeiro: Garamond, 2000 a.
- GARCIA, Leon. **Crack e exclusão social**. Organização, Jessé Souza. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 2016.
- GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Editora LTC, 1988.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório Sobre a Saúde no Mundo 2001 – **Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra, 2001. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2001/en/whr01-po.pdf>>. Acesso em 27 de jan. 2020.
- Passeti, E. **A arte de lidar com as drogas e o Estado**. Prefácio. Rodrigues, T. In: Política e drogas nas Américas. São Paulo: EDUC: FAPESP. 2004.
- POLANYI, Karl. **A grande transformação: as origens de nossa época**. Tradução de Fanny Wrabel. 2. ed. Rio de Janeiro: Compus, 2000.
- ROSA, A. S; SANTANA, C.L.A. **Saúde Mental das Pessoas em Situação de Rua: conceitos e práticas para profissionais da assistência social**. São Paulo: Epidaurus Medicina e Arte, 2016.
- ROSA, Cleisa Moreno Maffei. **Vidas de Rua**. São Paulo: Editora Hucitec: Associação Rede de Rua, 2005.
- RUI, Taniele. **Usos da “Luz” e da “cracolândia”: etnografia de práticas espaciais**. Saúde Soc. São Paulo, v.23, n.1, p.91-104, 2014. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n1/0104-1290-sausoc-23-01-00091.pdf>>. Acesso em: 17 de jan de2020.
- SILVA, M. L.L. **Trabalho e População em Situação de Rua no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2009.
- SNOW, David & ANDERSON, Leon. **Desafortunados. Um estudo sobre o povo da rua**. Petrópolis: Vozes, 1998.
- SOUZA, Jessé de. **A elite do atraso: da escravidão à Lava-Jato**. Leya, Rio de Janeiro: 2017.

O POSICIONAMENTO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL FRENTE AO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR – UMA REFLEXÃO SOBRE A RESOLUÇÃO CFESS 845/2018

Guilherme Moraes Da Costa (SANASA); Terezinha De Fátima Rodrigues (UNIFESP)

RESUMO: Este artigo tem por objetivo discutir a Resolução CFESS 845/2018 que trata do trabalho profissional de assistentes sociais frente ao processo transexualizador no Sistema Único de Saúde - SUS. Por meio de pesquisa bibliográfica sobre a temática, nos propomos a debater a relevância desta iniciativa para a população de travestis e transexuais atendidas por estes serviços e os parâmetros mínimos estabelecidos por esta Resolução para o trabalho profissional de assistentes sociais.

PALAVRAS CHAVE: Serviço Social; Trabalho Profissional; Processo Transexualizador;

RESUMEN: Este artículo tiene como objetivo discutir la Resolución CFESS 845/2018 que trata sobre el trabajo profesional de los trabajadores sociales que enfrentan el proceso de transexualización en el Sistema Único de Salud. A través de la investigación bibliográfica sobre el tema, proponemos discutir la relevancia de esta iniciativa para la población. travestis y transexuales atendidos por estos servicios y los parámetros mínimos establecidos por esta Resolución para el trabajo profesional de los trabajadores sociales.

PALABRAS CLAVE: Trabajo social; Trabajo profesional; Proceso de transexualización;

1 INTRODUÇÃO

Enquanto órgão de classe, o Conselho Federal de Serviço Social - CFESS³⁰³ possui dentre suas funções, regulamentar o exercício profissional de assistentes sociais no Brasil e, em meio a outras estratégias utilizadas para este fim, está à elaboração e promulgação de Resoluções, cujo teor abrange e complementa pontos não abordados na Lei nº 8.662/93 - Lei de Regulamentação da Profissão.

A Resolução CFESS nº 845, de 26 de fevereiro de 2018 versa sobre a atuação profissional de assistentes sociais no processo transexualizador.

O processo transexualizador no SUS é regulamentado pela Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013, promulgada pelo Ministério da Saúde - MS. A referida Portaria define as diretrizes de atendimento para quem necessita desse tipo de assistência à saúde, a rede de atendimento, os critérios para a adesão de outros hospitais para a realização destes procedimentos e define a equipe técnica que acompanha todo o processo, do qual dentre várias profissões da saúde, consta o serviço social.

De acordo com o disposto nesta Portaria, o processo transexualizador consiste em várias etapas, das quais não necessariamente todas as pessoas trans³⁰⁴ terão que passar. Os procedimentos cobertos pelo SUS são:

- a) Acompanhamento multidisciplinar no pré e pós-operatório;
- b) Tratamento hormonal;
- c) Redesignação³⁰⁵ sexual no sexo masculino;
- d) Tireoplastia (cirurgia de redução do pomo de Adão);
- e) Mastectomia simples bilateral;
- f) Histerectomia c/ anexectomia bilateral e colpectomia (cirurgia de ressecção do útero e ovários, com colpectomia);
- g) Cirurgias complementares de redesignação sexual (reconstrução da neovagina realizada, meatotomia, meatoplastia, cirurgia estética para correções complementares dos grandes lábios, pequenos lábios e clitóris e tratamento de deiscências e fistulectomia), e;
- h) Plástica mamária reconstrutiva bilateral incluindo prótese mamária de silicone bilateral no processo transexualizador. BRASIL, 2013, s/págs.

³⁰³ O Conjunto CFESS/CRESS é composto pelo CFESS e CRESS Regionais, sendo juridicamente uma autarquia federal normatizada pela Lei de Regulamentação da Profissão. Isso se dá porque o serviço social está no bojo das profissões regulamentadas no Brasil e, o Conselho Federal de Serviço Social e os Conselhos Regionais de Serviço Social, enquanto autarquias federais exercem uma prerrogativa do Estado, sendo centrais a fiscalização, orientação, a normatização e a defesa da profissão.

³⁰⁴ Trans são pessoas que não se reconhecem no gênero que lhes foi determinado no nascimento.

³⁰⁵ Esta é a nomenclatura utilizada pelo Ministério da Saúde, no entanto, preferimos o uso da expressão "cirurgia de afirmação de gênero".

Embora possamos considerar que essa abrangência de procedimentos atenda às necessidades da população trans, Rocon, Sodré e Rodrigues (2016) alertam que a conquista disso não se deu de forma pacífica, pelo contrário, foram necessários anos de lutas, incluindo disputas judiciais, articulações do movimento social com pressões ao governo para que o SUS passasse a ofertar este tipo de assistência médica.

A rede precisa ser ampliada tendo em vista que há, em todo Brasil, apenas dez locais credenciados pelo SUS que realizam atendimento referente ao processo transexualizador, a saber: Ambulatório do Núcleo de Assistência à Pessoa Trans da Universidade Federal de São Paulo, Centro de Referência de Treinamento de DST/AIDS (SP), CRE Metropolitano de Curitiba (PR), Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia do Rio de Janeiro, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (SP), Hospital das Clínicas de Goiânia (GO), Hospital das Clínicas de Porto Alegre (RS), Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (PE), Hospital das Clínicas de Uberlândia (MG) e Hospital Universitário Pedro Ernesto (RJ). Essa realidade explicita que a demanda é sempre maior do que a oferta de vagas, além de estar concentrado na região Sudeste do país.

Debater a Resolução 845/2018 que aponta a atuação profissional de assistentes sociais frente ao processo transexualizador implica apontar inicialmente o avanço da discussão da pauta sobre a diversidade sexual no âmbito do Conjunto CFESS-CRESS. Inaugurada com a promulgação da Resolução CFESS nº 273/1993, que estabelece o Código de Ética do/a assistente social, o Conjunto CFESS/CRESS demarca o debate sobre a diversidade sexual no serviço social brasileiro.

Nas duas primeiras décadas do século XXI, essas ações se intensificaram, avançando em pautas como a revisão de nomenclaturas e a consequente adoção de termos definidos pelo movimento social, a vedação explícita de discriminação por orientação sexual e/ou identidade de gênero, o uso do nome social e orientações técnicas para o trabalho profissional na realização do processo transexualizador

O Conjunto CFESS-CRESS estendeu seu olhar às pautas presentes no campo dos direitos na perspectiva de um projeto profissional articulado às lutas presentes nos movimentos sociais, incorporou a pauta da diversidade sexual possibilitando o amadurecimento da profissão e sua luta na defesa radical dos direitos humanos.

2 A Diversidade Sexual no Contexto Atual



O processo transexualizador, inserido na política pública de saúde no Brasil, representa um significativo avanço nos direitos das pessoas trans e reconhecimento público da diversidade sexual, ainda que seja uma pauta atravessada por preconceitos pela norma heterossexual vigente na sociedade.

A diversidade sexual e humana é pautada pela norma heterossexual, situação que coloca as demais formas de expressão sexual à margem, processo que é denominado heterossexualidade compulsória. Borillo (2010) define que a heterossexualidade é tida como padrão, “assim, nessa ordem sexual, o sexo biológico (macho/fêmea) determina um desejo sexual unívoco (hétero), assim como um comportamento sexual específico (masculino/feminino)”.

De acordo com Assunção (2018), as sexualidades são hierarquizadas a partir do prisma da heterossexualidade, apresentando as categorias ideologia e instituição. Ideologia porque parte da premissa que a heterossexualidade é uma construção social que aliada ao patriarcado subalterniza as demais orientações sexuais e identidades de gênero dissonantes de sua norma. Como instituição, promove o controle dos corpos para atender suas necessidades e se perpetuar como ideologia dominante.

Seguindo esta lógica, no tecido das relações sociais, as orientações sexuais e identidades de gênero dissonantes da norma heterossexual precisam ser reajustadas a ela, o que ocorre por meio da violência em suas diversas manifestações: física (maus tratos, lesão corporal, tentativa de homicídio, latrocínio, homicídio, cárcere privado, chacina/massacre, etc.), psicológica (humilhação, hostilização, calúnia, injúria ou difamação, chantagem, perseguição, ameaça, etc.), abuso de poder econômico, discriminação, negligência (abandono, em alimentação, em medicamentos/assistência à saúde, em limpeza/higiene, em amparo e responsabilização, etc.), tráfico de pessoas, violência sexual (estupro, exploração sexual, abuso sexual, exploração sexual, outros). Estas violências ocorrem no escopo das relações familiares, no ambiente escolar, nos meios de comunicação, no mercado de trabalho, nas ruas das cidades, em todos os espaços de sociabilidade coletiva.

Ainda com base na ideologia heterossexual, essa lógica se expandiu para outros campos, como em alguns profissionais das ciências médicas e da psicologia³⁰⁶, terreno fértil

³⁰⁶ Há uma cruzada liderada pela Bancada Evangélica no Congresso Nacional que visa revogar a Resolução CFP nº 007/2009 que proíbe psicólogas/os de realizarem tratamentos que tenham como foco à cura e reversão da homossexualidade. No entanto, a mesma Resolução não veta o acolhimento das demandas apresentadas por homossexuais, pelo contrário, fornece subsídios baseados nos preceitos ético-políticos da profissão, que não considera a homossexualidade como doença e sim como mais uma expressão da sexualidade humana e desse modo, não cabem terapias de reversão.

para o campo da patologia³⁰⁷, embora atualmente se reconheça que as demais orientações sexuais não são doença e, por isso, não cabe tratamento para promover a cura, a reversão ou algo parecido.

A partir deste breve panorama, vamos tratar então das especificidades das distintas orientações sexuais e identidades de gênero dissonantes da norma heterossexual. As pessoas que nelas se reconhecem, veem suas identidades políticas, uma vez que determinam seus modos de ser, formas de se relacionar com a/o outra/o e com o mundo, bem como definem seu lugar de pertencimento na sociedade. Todavia, somam-se outros fatores, como a inserção em determinada classe social, a raça e o gênero à qual pertence.

O conceito de identidade de gênero se refere ao processo que acontece no íntimo, em como a pessoa se *reconhece*, em como se *enxerga*. Diz respeito a como a pessoa se vê no mundo, como homem, como mulher ou não binária/o e, ainda, se a maneira como se percebe está em consonância ou em dissonância com seu aparelho sexual e reprodutor.

A identidade de gênero está no campo do pertencimento, diferente de gênero que lhe é atribuído no nascimento e da orientação sexual a qual está no campo da afetividade e do desejo. Como resultado, a identidade de gênero, embora seja um conceito recente, podemos afirmar que é universal, pois se aplica a todas as pessoas.

Já a orientação sexual diz respeito a quem eu me relaciono afetivo e sexualmente. A heterossexualidade reflete o desejo afetivo e sexual por pessoas do sexo oposto. A homossexualidade diz respeito ao desejo afetivo e sexual por pessoas do mesmo sexo e se aplica a homens gays e mulheres lésbicas.

A bissexualidade referencia as pessoas que sentem desejo afetivo e sexual por ambos os sexos e possui a prerrogativa de romper com a dualidade heterossexual/homossexual, por isso, é difícil associá-la a características estanques como nas outras orientações sexuais e no geral, bissexuais são invisibilizadas/os ou tidos no senso comum como “confusos”, o que acarreta no binarismo de gênero a cobrança por direcionar seu afeto para somente um dos sexos, negando assim a principal característica desta orientação sexual.

A assexualidade refere-se a pessoas que não sentem desejo atração sexual por nenhum gênero. O termo não deve ser confundido com celibato ou mesmo não se deve imaginar que as/os assexuais tiveram algum trauma enquanto praticavam relações sexuais, pois há pesquisas demonstrando que estas pessoas se masturbam com a mesma frequência

³⁰⁷ Desde 17 de maio de 1990, a homossexualidade foi retirada do Catálogo Internacional de Doenças (CID) pela Organização Mundial de Saúde.



de outros extratos da população. Bem como, embora não sintam o desejo sexual, procuram manter relacionamentos amorosos (Bezzera, 2015).

As orientações sexuais e identidades de gênero dissonantes da norma costumam se aglutinar na sigla LGBT+ (lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e mais). O mais refere-se à outras variantes da sexualidade, bem como está aberta a mudanças e a acolher quem se sentir representada/o nestas letras. Até os anos 1990 era comum o uso da sigla GLS (gays, lésbicas e simpatizantes). Contudo, essa sigla foi abandonada em razão de não comportar as sexualidades a contento. Há uma discussão de que o “S” de simpatizantes foi deixado de lado, entretanto, no + a letra dedicada a essas pessoas é o “A” de Aliadas/os. Este termo provoca uma mudança de paradigma frente à nomenclatura simpatizantes, pois a/o aliada/o é uma pessoa que mesmo estando dentro da norma, está alinhada com as pautas LGBT+.

Entretanto, pontuamos que ao traçar esses significados não temos a pretensão de colocá-los em caixas ou rótulos, uma vez que o movimento da realidade é dinâmico e essas pessoas podem transitar por estas distintas maneiras e exercitar livremente sua forma de amar e se relacionar com a outra/o. Desse modo, considerando a particularidade deste artigo, passaremos a descrever a letra “T” da sigla LGBT+.

Começamos pela travesti – sempre a utilização do artigo “a”, não existe o travesti – é a pessoa que se assume ou se reconhece com características físicas, sociais e culturais do gênero distinto da que lhe foi atribuída no nascimento. Ao mesmo tempo, isso não necessariamente significa a negação de sua genitália. Segundo Kulick (1998), o termo travesti é oriundo do verbo travestir ou transformar. Não são homens, tampouco são mulheres, embora expressem sua identidade de gênero associada ao feminino, por meio de seus nomes sempre femininos, suas vestimentas, penteados.

É marcante para as travestis o desejo por readequar o corpo de acordo com sua identidade de gênero, a *feminilização* de seus corpos que envolve o tratamento com hormônios e outras terapias. Essa necessidade de readequação não é uma questão meramente estética, parte da urgência na afirmação de seus corpos, do reconhecimento e do pertencimento de si mesmas enquanto travestis.

Uma expressão da questão social nessa particularidade diz respeito ao fato de que muitas travestis injetam silicone industrial no corpo com ajuda das chamadas “bombadeiras”³⁰⁸, uma solução perigosa, visto que o produto é líquido e, no primeiro momento, pode conferir

³⁰⁸ Bombadeira é o nome dado a travestis ou transexuais que injetam silicone industrial no corpo de suas “clientes”, visando *feminilizar* essas pessoas. A prática é condenada pela ANVISA, portanto, ilegal.



o feito desejado, mas, ao longo do tempo infiltra-se nos órgãos, com o agravante de que não poder ser retirado, processo que pode levar ao óbito.

As travestis, no geral, vivem nos grandes centros e de acordo com informações da Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA), 90% das travestis estão trabalhando na prostituição. Silva e Barbosa (2017) apontam que é uma alternativa à exclusão sofrida por elas quando são colocados para fora de casa, expulsas da escola pelo preconceito e ainda quando não conseguem ingressar no mercado formal de trabalho. É enganoso determinar que as travestis que estão na prostituição exercitam sua sexualidade de maneira passiva, ou seja, são apenas penetradas, não raras vezes atuam como ativas – penetram – com o cliente, por isso, apesar de terem um corpo com formas femininas, procuram zelar por seu aparelho sexual.

Esse efeito-desigualdade está presente em todas as etapas da vida das travestis e pode ser cartografado logo nas primeiras experiências vividas de discriminação, estigmatização, violência e exclusão que ocorrem no espaço familiar, que maltrata, ridiculariza e violenta qualquer tipo de expressão das homossexualidades, intensificando-se diante das expressões das travestilidades (PERES, 2010, p. 871).

Já transexuais são pessoas que não se reconhecem no gênero que lhes foi determinado no nascimento. A título de exemplo, se um sujeito nasceu mulher, mas, ao longo da vida se identificou com o sexo masculino, é um homem transexual. O mesmo ocorre com o inverso, se uma mulher nasceu com o sexo masculino, mas, no decorrer da sua história se identificou com características do sexo feminino e assim se afirma, é uma mulher transexual, mesmo que em ambos os casos, a pessoa não tenha feito ou não almeje readequar sua genitália em acordo com sua identidade de gênero.

É muito comum que pessoas transexuais (ou pessoas trans) lancem mão de diferentes recursos estéticos para se sentirem bem no seu gênero (corte e investimentos nos cabelos, roupas, calçados, adornos, entre outros) e que isso é muito importante para o seu bem-estar, saúde mental e convívio social. Além disso, muitas delas lançam mão de recursos biomédicos para viverem melhor, como tratamentos hormonais, cirurgias plásticas e outras cirurgias, (inclusive as cirurgias de transgenitalização), mais isso não é uma rega que valha para todas as transexuais. (ALMEIDA, 2016, p. 10).

Entretanto, o universo transexual é diverso e delimitá-lo entre travestis e transexuais é um erro, dado o fato de que isso inferioriza outras expressões das transexualidades. O elo entre essas várias identidades é o fato de que essas pessoas não se reconhecem com o sexo ao qual foram designadas ao nascer.

A transexualidade não é outra expressão de orientação sexual, pelo contrário, uma pessoa trans pode se identificar tanto com a heterossexualidade, homossexualidade e a bissexualidade. Um homem trans que realizou o processo transexualizador, mesmo que não

tenha realizado a cirurgia de afirmação de gênero e se relaciona afetiva e sexualmente com mulheres é um homem trans de orientação heterossexual, pois seu afeto e desejo se direcionam a pessoas do sexo oposto, em razão de sua identidade de gênero ser masculina.

Uma pessoa transexual enfrenta diversas violências ao longo de sua história, começando com a violência doméstica e familiar, violência institucional no ambiente escolar, atendimento discriminatório nos serviços públicos e privados, violência simbólica e dentre outras, a violência institucional no trabalho. Esses exemplos, somados a outras situações, dá-se o nome *transfobia*.

Nas relações formais de trabalho, o primeiro entrave aparece quanto ao sexo jurídico que é aquele que consta na certidão de nascimento, porém é distinto da pessoa que está se candidatando à vaga de emprego. Ressalta-se que na divisão sexual do trabalho, gênero é sinônimo de masculino e feminino, bem como, há postos de trabalho e determinadas atividades destinadas a cada sexo e as pessoas trans não são reconhecidas em muitos destes espaços.

Outra situação é o respeito ao uso do nome social no espaço de trabalho, uma vez que, as pessoas trans em geral têm dois nomes: o do registro civil e o nome que escolheram para si e pelo qual se reconhecem socialmente.

No Brasil, há lugares e espaços que garantem o uso do nome social – processo que se deu inicialmente de forma individual, recorrendo à justiça e posteriormente por decretos na União, alguns estados e alguns municípios, como o Decreto nº 55.588, de 17 de março de 2010, do governo do Estado de São Paulo – em repartições e serviços públicos, tais quais como escolas, universidades, hospitais e outros, nos quais as pessoas trans podem usar o nome que escolheram sem necessariamente ter passado pela cirurgia de afirmação de gênero.

Embora tais legislações possam ser consideradas um avanço, Bento (2014) considera esses arranjos como cidadania de segunda classe, como uma forma de incluir os excluídos sem de fato incluí-los. Por outro lado, Marinho e Almeida (2017), demonstram a importância de normativas dessa natureza:

[...] nesses espaços além de formas degradantes de trabalho, temos podido observar iniciativas de algumas empresas (ainda que isoladamente) de reconhecimento do nome social de pessoas trans numa demonstração pública “acolhedora” dessa população, permitindo, por exemplo, que atendam à clientela ao telefone usando apenas seu nome de preferência. Nesse sentido, esse local de trabalho também se expressa como um espaço de prazer e satisfação para as pessoas trans, por ser, em muitos casos, o único dispositivo que esses indivíduos trans acionam para de fato corporificar seu gênero e seu nome. (MARINHO; ALMEIDA, 2017, p. 85).

Não raras vezes, essas pessoas passaram por mudanças corporais que as tornaram diferentes do sexo com o qual nasceram, bem como, é o resultado da soma de todo um processo, uma vez que essas pessoas não se reconhecem no corpo em que nasceram.

[...] se o nome antecede o corpo, o sexo e o gênero, logo, a linguagem tem o poder de operar nos corpos e na produção dos sujeitos como efeito discursivo, isto é, uma citacionalidade. Assim o corpo é vulnerável à linguagem, sendo esta performativa. É interessante notar que para refletir e pensar o ato de nomear é necessário compreender como se configura a articulação da linguagem e do corpo que, por sua vez, acionam as categorias de gênero e sexualidade. Assim, o ato de nomear e reconhecer o outro a partir de um nome revelem práticas discursivas que tanto podem viabilizar politicamente sujeitos e seus corpos quanto silenciá-los. (Alves e Moreira, 2015). (RODRIGUES; MARQUES; REIS, 2017, p. 99).

Travestis e transexuais ao buscar a inserção no mercado formal de trabalho sofrem vários constrangimentos que começam muitas vezes quando os recrutadores se recusam a receber seus currículos (CARRIERI; SOUZA; AGUIAR, 2014).

Gays e lésbicas podem se “esconder no armário”, policiando seus comportamentos, disfarçando a voz, usando vestimentas que vão ao encontro do que é socialmente definido conforme o gênero ao qual nasceram. No entanto, pessoas trans não dispõem desses recursos, uma vez que seus corpos espelham a realidade a qual estão vivenciando.

Assim, como a canção dedicada à Geni, escrita por Chico Buarque, as pessoas trans desafiam o binarismo de gênero imposto pela norma heterossexual e corroborado pela transfobia impõe diversos obstáculos, sujeitando essas pessoas a uma trajetória de exclusão que permeia diversos momentos de suas histórias.

3. A Resolução CFESS nº 845/2018

Seguindo deliberações de vários encontros nacionais (2012, 2013, 2014, 2015 e 2016), foi promulgada em 26 de fevereiro de 2018, a Resolução CFESS 845/2018 que trata da atuação profissional do/a assistente social no processo transexualizador.

Já nos “Considerando” há menção aos Princípios de Yogyakarta. Em 2006, a Organização das Nações Unidas convocou um grupo de especialistas que se reuniram na Universidade Gadjah Mada em Yogyakarta, cidade da Indonésia e dessa reunião foi elaborado um documento que remete a Declaração Universal dos Direitos Humanos, com enfoque na particularidade da comunidade LGBT+.

Faz-se necessário ressaltar que os direitos humanos são universais, interdependentes, indivisíveis e inter-relacionados, todavia, essa parcela da população tem

direitos específicos que lhes são negados e/ou violados exclusivamente por conta da orientação sexual e/ou identidade de gênero dissonante da norma heterossexual.

O documento preconiza a necessidade de ações de caráter multidisciplinar, nas quais os direitos da população LGBT devem ser vistos e analisados em sua totalidade, na perspectiva da garantia dos direitos humanos LGBT. Este documento inspirou diversas políticas públicas no Brasil, inclusive a Portaria nº 2.836/GM/MS, de 1º de dezembro de 2011, que institui no âmbito do SUS, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

A Resolução CFESS, em seus artigos 1º e 6º reforça posicionamentos anteriores do Conjunto CFESS/CRESS em criar uma cultura de respeito à diversidade de expressão e de orientação de gênero, discussão que remonta a 2006 com a Campanha “O amor fala todas as línguas³⁰⁹”.

O artigo 2º estabelece que é competência profissional do/a assistente social participar desse processo, bem como o artigo 5º garante a manifestação técnica sempre que se fizer necessário.

O artigo 6º trata do respeito ao uso do nome social da pessoa trans, lembrando que em 2011 por meio da Resolução CFESS nº 615³¹⁰, garantia aos/as assistentes sociais trans o direito ao uso do nome social.

O artigo 9º veda expressamente práticas discriminatórias e os artigos 10, 11, 12 e 13 tratam de questões administrativas.

Importante ressaltar que a Resolução faz menção ao Código de Ética Profissional do/a Assistente Social como norteador da atuação profissional com a população que acessa esse serviço, além de referenciar a prática profissional na ótica da integralidade de atendimento do SUS.

A atuação do/a assistente social no processo transexualizador está restrita a poucos espaços, visto que se trata de uma política pública ainda incipiente no país. Todavia, as orientações ali contidas extrapolam a relação com esse espaço sócioocupacional, fornecendo

³⁰⁹ A Campanha intencionou trazer para a agenda da profissão a discussão sobre a opressão em razão de orientação sexual, tendo como norte *a livre expressão de orientação sexual como um direito humano*. Essa iniciativa almejou estimular o debate na categoria profissional e conscientizar as/os assistentes sociais quanto às especificidades do segmento LGBTI+, destacando como principais diretrizes sensibilizar, tanto os/as assistentes sociais quanto a sociedade, sobre a importância desta pauta e fomentar o debate pela livre expressão sexual. Se propôs ainda ao debate sobre a sexualidade humana, olhando-a na ótica da diversidade sexual com posicionamento político da categoria na defesa da livre expressão e orientação sexual e contrária a todas as formas de discriminação.

³¹⁰ A Resolução CFESS nº 615, de oito de setembro de 2011, que versa sobre a inclusão do nome social da assistente social que se reconheça como travesti ou transexual na identificação profissional. Essa Resolução é de suma importância, uma vez que na atuação profissional, é imperativo a/o assistente social assinar seu nome e número de identificação em laudos, pareceres, relatórios sociais, encaminhamentos e outros documentos que exijam sua assinatura no exercício profissional.



subsídios para a atuação profissional com as pessoas trans em qualquer local em que a/o assistente social desenvolva seu trabalho, uma vez que essas pessoas não são sujeitos fragmentados e circulam pelas diversas políticas públicas em que o/a assistente social trabalha antes, durante e depois desse processo.

A defesa da expansão da rede que realiza o processo transexualizador aparece como necessidade urgente, visto que pessoas trans, por vezes, possuem o desejo por readequar o corpo de acordo com sua identidade de gênero, que envolve tratamento com hormônios, cirurgias e outras terapias. Conforme relatamos anteriormente, na busca pela adequação de seus corpos, muitas pessoas trans recorrem a injeção de silicone industrial de forma artesanal, colocando sua saúde em risco.

São também pautas da categoria a defesa da despatologização da identidade trans, na direção do que ocorreu com a homossexualidade, sem necessariamente a suspensão do processo transexualizador no âmbito do SUS, tendo em vista que a identidade trans não deve ter a alcunha de doença.

É preciso considerar que o (a) Assistente Social desenvolve seu trabalho de forma coletiva, junto a categorias profissionais que nem sempre congregam valores como liberdade, equidade e justiça social. O (a) profissional, no uso de sua dimensão pedagógica e de seus instrumentos teórico-práticos poderá vislumbrar junto aos demais profissionais e usuários no processo de trabalho em saúde, desconstruir a naturalização do binarismo de gênero e da heterossexualidade compulsória, problematizando a trans-travestifobia, produzindo hegemonia em favor da garantia do acesso à saúde a toda a população com equidade e integralidade. (DUARTE, 2018, p. 528).

Destacamos que esta Resolução se soma a outros importantes documentos emitidos pelo CFESS com subsídios para o trabalho profissional em qualquer área, porém amplia seu escopo na medida em além de orientar as/os assistentes sociais que trabalham diretamente nas equipes multidisciplinares no processo transexualizador implica as/os assistentes sociais que trabalham em outras políticas públicas, tais como o sistema de justiça, a atenção básica de saúde, a assistência social, a educação, dentre outras políticas/espacos socioocupacionais.

Todas essas resoluções contribuem para melhorias das condições de trabalho, pois regulamentam temas presentes no cotidiano profissional, na perspectiva de garantia das competências e atribuições profissionais e das condições éticas e técnicas para o exercício profissional do(a) assistente social. São questões que demandam reflexão e posicionamento profissional. As resoluções formam um importante arsenal jurídico-normativo que longe de engessar o trabalho profissional, alicerçam a qualidade e competência teórico-metodológica-ético-política e técnico-operativa nos limites da intervenção profissional, considerando suas competências, habilidades e atribuições privativas. São instrumentos de defesa e valorização do Serviço Social, dos serviços prestados à população usuária e à sociedade brasileira. (SANTOS, 2010, p. 711).



4. CONCLUSÃO

Considerando os princípios éticos *“Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a elas inerentes – autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais”* e *“Exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade de condição física”*, o CFESS ao fornecer diretrizes para a atuação profissional de assistentes sociais, representa a efetivação da direção social da categoria, no sentido de fortalecer o Projeto Ético Político profissional, compreender as dinâmicas de opressão a que este segmento está sujeito e orientar as/os assistentes sociais tendo em vista qualificar o trabalho com a população trans no acesso à assistência de saúde por meio do processo transexualizador.

Ao promulgar tal Resolução, o CFESS se mostra pautado na ótica do respeito, da garantia dos direitos humanos e na superação de todas as formas de preconceito.

Acresce-se a esta importante direção ético-política expressa na Resolução CFESS, outro avanço relativo ao Processo Transexualizador com a recente Resolução do Conselho Federal de Medicina (Resolução CFM nº 2.265/2019) que prevê a ampliação do acesso ao atendimento a essa população na rede pública e estabelece critérios para maior segurança na realização de procedimentos com hormonioterapia e cirurgias de afirmação de gênero.

Ainda que o avanço do conservadorismo esteja presente, com a ascensão de uma pauta ultraconservadora premida pelos valores da família e da norma heterossexual, Resoluções desta natureza dão visibilidade pública e avancam direitos absolutamente necessários na direção dos direitos humanos.

O preconceito em razão de orientação sexual e/ou identidade de gênero dissonante da norma heterossexual que é imposto ao segmento LGBTI+ se mostra como um desafio para o pleno exercício dos direitos humanos dessas pessoas.

Para o serviço social brasileiro, uma profissão que exerce seu trabalho profissional nas expressões da questão social que se dão na contradição da produção coletiva versus apropriação privada, sendo que suas expressões se replicam na vida concreta, se posicionar e atuar contra quaisquer formas de preconceitos e na direção dos direitos humanos dessas pessoas se torna imperativo.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Ronaldo. A onda quebrada: evangélicos e conservadorismo. **Cadernos Pagu**, Campinas, v. 50, p. 5-30, 2017.
- ASSUNÇÃO, Iuri. **Heterossexismo, Patriarcado e Diversidade Sexual**. Hasteemos a bandeira colorida: diversidade sexual e de gênero no Brasil. São Paulo: Expressão Popular, 2018, p. 55-83.
- BENTO, Berenice. Nome social para pessoas trans: cidadania precária e gambiarra legal. **Contemporânea: Revista de Sociologia da UFSCar**, São Carlos, v. 4, n. 1, jan.-jun. 2014, pp. 165-182.
- BEZERRA, Paulo Victor. **Avessos do excesso: a assexualidade**. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências e Letras de Assis – Universidade Estadual Paulista. Assis, 2015, 143 fls.
- BORILLO, Daniel. **Homofobia, História e crítica de um preconceito**. Autêntica Editora, Belo Horizonte, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.803, de 19 de novembro de 2013**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html. Acesso em: 31 jan. 2019.
- CFESS. **O amor fala todas as línguas, Assistente Social na luta contra o preconceito**: campanha pela livre expressão e orientação sexual. Conselho Federal de Serviço Social, Brasília, 2006. CFESS Manifesta.
- _____. **Resolução nº 845**. Publicado no DOU de 26 de fevereiro de 2018.
- _____. O Conjunto CFESS/CRESS e o projeto profissional do Serviço Social brasileiro. **Emancipa: o cotidiano em debate**, São Paulo, v. 0, n. 01, p.30-41, 15 maio 2016. Anual.
- _____. **Gestão Tecendo na luta a manhã desejada (2014-2017)**. Brasília: CFESS, 2017. 143 p. CFESS Manifesta.
- DUARTE, Mário J. O. Diversidade Sexual, Políticas Públicas e Direitos Humanos: Saúde e Cidadania LGBT em cena. **Temporalis**, Brasília, v. 27, p. 77, 2014.
- _____. Questões para o trabalho profissional do Assistente Social no processo transexualizador. **Katalysis**, Florianópolis, v. 21, p. 523-533, 2018.
- MARINHO, Silvana; ALMEIDA, Guilherme. Trabalho e Juventudes Trans em Debate. In: OLIVEIRA, Antônio Deusivam de; PINTO, Cristiano Rosaldo Braule (org.). **TransPolíticas Públicas**. Campinas, Papel Social, 2017. p. 71-93.
- ROCON, Pablo Cardozo; SODRÉ, Francis; RODRIGUES, Alexsandro. Regulamentação da vida no processo transexualizador brasileiro: uma análise sobre a política pública. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 19, p.260-269, 2016. Trimestral. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/1796/179648201010.pdf>>. Acesso em: 08 jan. 2020.
- SANTOS, Silvana Mara M. O CFESS na defesa das condições de trabalho e do projeto ético-político profissional. **Serviço Social & Sociedade**, v. 104, p. 695-714, 2010.



A SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA E OS ASSISTENTES SOCIAIS: CONSIDERAÇÕES ACERCA DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA

Ingridilaine Carreiro De Oliveira Azevedo (Universidade Federal Rural Do Rio De Janeiro-UFRRJ); ***Érika Dos Santos Silva*** (Universidade Federal Rural Do Rio De Janeiro- UFRRJ)

RESUMO: Devido às condições históricas a que foi submetida a população negra que se encontra marginalizada na sociedade brasileira, impactando assim, diretamente na saúde desse grupo étnico-racial. Diante disso, a PNSIPN surge como grande avanço e conquista, fruto da luta do Movimento Negro. Porém, devido a estratégias do racismo estruturado nesta sociedade, a política encontra-se invisibilizada e ignorada. O que reporta à categoria do Serviço Social, a necessidade de debater a saúde da população negra e a PNSIPN, visto que Assistentes Sociais são historicamente profissionais da saúde.

Palavras-chave: Racismo; Saúde da População Negra; Serviço Social; PNSIPN; Movimento Negro.

ABSTRACT: Accept the historical conditions that were submitted to the black population and find marginalized in Brazilian society, directly affecting the health of this segment. Given this, an outbreak of PNSIPN as a great advance and conquest, fruit of the struggle for the Black Movement. However, due to strategies of racism structured in this society, politics is invisible and ignored. What reports the Social Service category, a need to discuss the health of the black population and a PNSIPN, seen as Social Workers are historically health professionals.

Keywords: Racism; Black Population Health; Social service; PNSIPN; Black movement.

1. INTRODUÇÃO

Na sociedade brasileira, a população negra (pretos e pardos) corresponde a 54% segundo dados do IBGE e quase 80% da população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) se autodeclara negra (ONUBR, 2017). E, apesar da percepção de uma desigualdade socioeconômica no país, ainda se há uma negação da existência de uma desigualdade racial. Negação construída historicamente a partir do mito da democracia racial³¹¹, que se encontra enraizado nesta sociedade.

Percorremos e contextualizamos dialeticamente a trajetória da população negra na sociedade brasileira e a construção da sua marginalização como um movimento importante para entendermos as estruturas e relações sociais vigentes na sociedade brasileira. Principalmente para os assistentes sociais, profissionais que historicamente estão inseridos na saúde, tendo-a como campo de trabalho. Explicitando a importância do debate para assistentes sociais em formação ou atuação, a apreensão crítica da realidade e apropriação sobre o racismo e os impactos sobre a população negra. A metodologia adotada na pesquisa consiste em revisão bibliográfica e documental de caráter qualitativo. Onde buscou-se relacionar a trajetória negra desde a escravidão, com a condição social e econômica do negro na sociedade vigente. A partir disso, considerando o racismo estrutural e sua produção de desigualdades, este estudo objetiva realizar uma breve análise acerca da construção da subalternidade da população negra e a saúde desse segmento, da Política Nacional de Saúde da População Negra e a sua existência como possível mecanismo institucional de enfrentamento dessa realidade, e o papel dos Assistentes Sociais, bem como da categoria do Serviço Social diante desta demanda

2. A População Negra no Brasil

Para entendermos as relações sociais e raciais no Brasil, a condição do negro, suas demandas e complexidades, é de suma importância entender a inserção desse segmento nessas terras e a ideologia dominante disseminada naquele período, assim como o sistema econômico e político que estava sendo operacionalizado naquele momento. Por isso, é preciso fazer o movimento histórico dialético, desde sua chegada nas terras brasileiras,

³¹¹ Chauí (2000) afirma que o mito da democracia corresponde a ideia falaciosa disseminada no ideário popular de que houve uma articulação harmoniosa entre o branco, o índio e o negro nas relações sociais que se desdobraram com intuito de construir o Brasil. Essa ideia encobre as relações hierárquicas, de poder e baseadas na violência que se desenvolveram aqui no Brasil.

buscando compreender de que maneira as relações raciais se reproduziram e como estão nos dias atuais. Só assim conseguiremos entender como as expressões do racismo estrutural e institucional marcados pela violência e opressão se colocam hoje para a população negra, bem como as desvantagens em relação a sua saúde.

Como fato histórico significativo na subalternização do negro na sociedade brasileira, temos o Sistema Colonial Escravista, momento marcado pela escravidão da população negra africana. De acordo com Fanon³¹² (1968, p. 34), o processo de colonização, “é um processo histórico” e possuiu uma finalidade, que foi ampliar o capitalismo mundialmente, sendo funcional e dando base para o sistema se instituir. A escravidão, foi um fato histórico-social que durou mais de três séculos (1550-1888) e teve impacto na formação social, cultural e econômica brasileira. E como mão de obra para a consolidação e criação de sua base de produção, foi adotada a escravidão, pautada na ideologia de superioridade de uma raça sobre a outra, onde os brancos europeus acreditavam ser superiores as demais raças.

O negro africano, através de sua força de trabalho, construiu a economia brasileira, sendo ao mesmo tempo totalmente excluído da distribuição da riqueza. A exploração que o negro vivia era tão exorbitante, que ele atuava em todas as etapas do processo de trabalho sem receber e sofrendo as diversas formas de agressão e violência. E a violência colonial em sua premissa não tinha somente o objetivo de exploração dos corpos negros, mas também sua desumanização, por serem subjugados inferiores. Em nada o negro escravizado foi poupado, foi um processo de tentativa de desintegração total do negro, se resistia era castigado ou morto. (MOURA, 1994)³¹³

Desde o início, podemos inferir que a população escravizada sempre esteve totalmente privada de direitos humanos e de cidadania. E os fatos que se sucederam na reta final da escravidão foram mecanismos que desumanizaram mais ainda essa população. Das várias questões que influenciaram diretamente na imobilidade do negro na sociedade brasileira, evidenciamos as três que consideramos como principais.

A primeira é a questão fundiária. Possuir terras é sinônimo de poder desde a colonização e diante da possibilidade de uma abolição, que já se corria em jogo, a doação de terras como reparação e tentativa de integração do mesmo na sociedade, se tornou uma possibilidade. Por isso, buscou-se logo uma forma de garantir os interesses dos senhores de

³¹² FANON, Flantz. **Os condenados da terra**. Tradução: José Laurênio de Melo. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968. Título Original: LES DAMNÉS DE LA TERRE. Copyright, 1961 by Maspero éditeur S.A.R.L.

³¹³ MOURA, Clóvis. **Dialética Radical do Brasil Negro**. São Paulo: Anita, 1994.

escravos e classe senhorial. De acordo com que Moura (1994)³¹⁴ nos trouxe, em 1850 surge a Lei de Terra, onde o Estado colocava as terras à venda para quem dispusesse de dinheiro para compra-las, abrindo mão de doa-las, passando a ser vendedor e não doador. A terra se tornou mercadoria e, obviamente, quando o negro fosse liberto as terras seriam mercadorias de aquisição quase impossível para esse segmento, tal como foi comprovado posteriormente.

A segunda diz respeito a substituição de mão de obra. A partir do que Moura (1992) nos elucida, a mão de obra negra já é descartada antes mesmo da abolição. Criou-se o mito da superioridade do trabalhador branco estrangeiro, uma visão racista de que o progresso do país só se daria com o “branqueamento” da sociedade, visto a inferioridade que se dava a população negra. Acreditava-se que os imigrantes brancos eram uma raça superior aos negros e trariam consigo os elementos culturais e sociais capazes de civilizar o Brasil, já que se havia uma grande preocupação com o número de negros no território brasileiro nessa fase. Temos então um processo de branqueamento do trabalho, alegando-se que a mão de obra negra servil eram uma mão de obra atrasada e que não serviria para o trabalho na fase “modernizada” que o país vivenciava.

Por fim, temos a abolição sem integração econômica e social do negro, causando a marginalização e a imobilização social do negro. Excluiu-se totalmente o negro, deixando-os a própria sorte, talvez em uma esperança de que aos poucos eles fossem desaparecendo, em um genocídio provocado pela marginalização. Não se instituiu nenhuma política de reparação ou de inserção da população negra na sociedade.

Ao final da escravidão, ao passo que o capitalismo mundial avança e as colônias se desenvolvem, sendo povoadas e urbanizadas, essas se tornam mercado e a população se torna cliente para consumo. E a população escravizada ao vir a ser liberta, veio a ser também, consumidores em potencial. Porém, sem acesso ao mercado e bens produzidos, por estarem pauperizados e cerceados pela imobilização social. Segundo Fanon (1968) “existe uma cumplicidade objetiva do capitalismo com as forças violentas que explodem no território colonial” (P. 50), comprovando que a colonização escravista preparou terreno para o sistema capitalista se instaurar definitivamente e em escala mundial, tendo por base a violência de forma contínua. E hoje ainda vivemos as amarras do que foi esse momento. Seguindo este silogismo, Fanon (1968) nos exprime que “a atmosfera da violência depois de ter impregnado a fase colonial, continua a dominar a vida nacional” (P.52). E o antigo país dominado se

³¹⁴ Idem.

transformou em país economicamente dependente, nos levando a crer que continuamos colonizados, só que de uma forma mascarada, que consegue ser violenta e sutil ao mesmo tempo. Violenta contra a população marginalizada, e sutil aos olhos alienados pelo sistema.

O cenário que se iniciou no sistema colonial e se sucedeu ao sistema capitalista, foi um processo violento contra a população negra, que Moura (1994) descreveu como “complicador étnico, mutilador e estrangulador cultural” (P.125). Um processo que marginaliza até hoje os descendentes dos escravizados. A partir da abordagem de Almeida (2014)³¹⁵ evidenciamos que não é possível pensar a estrutura capitalista descartando a estrutura do sistema colonial escravista e o imperialismo, principalmente porque o sistema capitalista deu segmento aos interesses de classes que já vinha sendo sobrevivendo. Almeida (2014)³¹⁶ ainda traz que “o projeto capitalista, ao “racializar” a população negra, produz simbolicamente noções de inferioridade nas quais raça e cultura são indissociáveis, criando barreiras para a mobilidade social” (P.151). Durante o período colonial, a população escravizada luta contra a opressão e pela liberdade. Quando termina a escravidão ele se vê, como diz Fanon (1968), “convidado a lutar contra a miséria, o analfabetismo, o subdesenvolvimento” (P. 73). A colonização atingiu diretamente, modificou e transformou os africanos e seus descendentes afro-brasileiros.

Toda essa trajetória histórica impacta hoje a saúde da população negra. É trazido por Almeida (2014) que referente ao acesso ao Sistema Único de Saúde há uma grande diferença no acesso aos serviços, onde, “para os brancos, 54% dos atendimentos e 59% das internações foram cobertos pelo SUS; para os negros, as proporções foram de 76% e 81, 3%, respectivamente. Este resultado indica o quanto a população negra depende do SUS” (ALMEIDA, 2014, P. 137). E a população negra depende em sua maioria por conta de não ter outras formas de acessar à saúde que não seja a pública.

3. Lutas e Conquistas: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra foi instituída em 2009 pela portaria 992, visando garantir maior equidade e a efetivação do direito dos negros, superando situações de vulnerabilidade e negligências, visto que de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde está para além do físico, abrangendo o socioeconômico, a psique e

³¹⁵ Ver: ALMEIDA, Magali da Silva. **Desumanização da população negra: genocídio como princípio tácito do capitalismo.** EM PAUTA: Rio de Janeiro, 2º Semestre de 2014 - n. 34, v. 12, p. 131- 154.

³¹⁶ Idem.

as condições de vida dos indivíduos, território de habitação, saneamento básico entre outros fins, sendo assim, nos remete diretamente a uma população que tem cor e renda como supracitado. A qual sofre distintos preconceitos desde os tempos de escravização.

Nossa história, construída sobre as bases da desigualdade, reservou para a população negra o lugar das classes sociais mais pobres e de condições mais precárias. Apesar da abolição oficial da escravatura dos povos africanos e seus descendentes, não há como negar que persiste ainda hoje, na nossa sociedade, um racismo silencioso e não declarado. (MINISTERIO DA SAÚDE, p. 5, 2013).

Para tanto que os Movimentos Higienista e Eugenista culpabilizava os negros das mazelas ocorridas na época, até mesmo a problemática sanitária, sendo que o problema era as não políticas adequadas para uma “ordem social”, e é claro que através dessa ideologia estava embutido o conceito de branqueamento da população brasileira.

Após a abolição oficial da escravatura, foram muitos os anos de luta envolvendo denúncias sobre a fragilidade do modelo brasileiro de democracia racial, até a fundação da Frente Negra Brasileira, em 1931. A partir de então, as questões e demandas de classe e de raça ganharam projeção na arena política brasileira, fortalecidas, posteriormente, pelo Movimento Social Negro, que atua organizadamente desde a década de 1970. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, p.9, 2013)

Dessa forma, o marco da criação da PNSIPN se constitui através das lutas do movimento negro que adquiriu força desde às décadas de 1970-90, donde passou a possuir maior visibilidade com a adesão da população que reivindicava acesso a saúde, educação de forma igualitária entre outros entraves.

As reivindicações da população negra e de movimentos sociais – especialmente o Movimento de Mulheres Negras e do Movimento Negro – por mais e melhor acesso ao sistema de saúde participaram da esfera pública ao longo dos vários períodos da história das mobilizações negras, principalmente no período pós-abolição, e se intensificaram na segunda metade do século XX, com forte expressão nos movimentos populares de saúde, chegando a participar dos processos que geraram a Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde.” (WERNECK, p.536, 2016)

Ao que se pode notar essa política foi instituída através de lutas “(...) cuja marca é “o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais e condições de saúde, com vistas à promoção de equidade em saúde (...)” (MATOS; TOURINO, p.3, 2018)”.

Dessa forma entende-se a relevância da PNSIPN e a necessidade dos cuidados específicos para este grupo étnico-racial, pois a mesma possui maior índice populacional no Brasil e sofre recorrentemente com discriminações e com o racismo estrutural, haja visto que segundo dados das Nações Unidas (2017) quase 80% da população usuária do Sistema Único de Saúde são negros ou auto se declaram, conhecidos como “SUS-dependentes” que



sofrem frequentemente com o descaso e com a ausência da aplicação da política que assegura acesso e atendimento igualitário.

A Política também reafirma as responsabilidades de cada esfera de gestão do SUS – governo federal, estadual e municipal – na efetivação das ações e na articulação com outros setores do governo e da sociedade civil, para garantir o acesso da população negra a ações e serviços de saúde, de forma oportuna e humanizada, contribuindo para a melhoria das condições de saúde desta população e para redução das iniquidades de raça/cor, gênero, identidade de gênero, orientação sexual, geracionais e de classe. (MINISTERIO DA SAÚDE, p.9, 2017)

Entretanto, ao que se pode notar ao adentrar em hospitais e postos médicos que diferem ao SUS, são os desafios para implementação dessa política, pois o que se pode averiguar é que não há folhetos, cartazes e até mesmo equipe médica ciente e que obtenha conhecimento para que possam esclarecer e incentivar a reivindicação da população preta sobre a política que abarca as especificidades desta nesses espaços. Segundo um estudo de campo extraído do site do IPEA sobre a aplicação da PNSIPN o que se percebe é

O silêncio está presente na maioria das discussões que eles fazem sobre ações externas a serem realizadas nos territórios, apesar de alguns desses espaços geográficos contemplarem os sujeitos que eles julgam ser meu objeto de pesquisa: pretos, pobres, de favela. O silêncio está presente em quase todos os relatos clínicos de consultas e visitas domiciliares. Também, em praticamente todos os documentos burocráticos que circulam nas unidades, especialmente no quesito raça/cor da ficha dos usuários, raramente perguntado. O silêncio é organizacional. (MILANEZI, p.39)

De acordo com o jornal o Globo (2019) a implementação da PNSIPN varia de cidade para cidade, de 5.570 municípios no Brasil somente 57 executam a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, o Estado de São Paulo é o que mais possui municípios que aderiram à política, sendo eles 27, o Rio de Janeiro não aparece nos dados, e alguns outros Estados criaram comitês técnicos que realizam oficinas e palestras acerca da temática para auxiliar na promoção da saúde da população negra.

Há também o estigma que vem enraizado desde a escravização de que os negros são mais resistentes a doenças e suportam melhor a dor física, o que difere na não prestação de cheques gerais regulamente, ou a tratamentos de doenças, estas que podem ser até hereditárias e mais comuns em pessoas pretas. Assim, o Ministério da Saúde diz que “a proporção de pessoas que consultaram um médico nos últimos 12 meses é maior entre as pessoas brancas (74, 8%) do que entre pretas (69,5%) e pardas (67,8%).” (p.14, 2017).

Porém, como supracitado as pessoas que possuem um maior índice de cadastramento no SUS são da população preta. Mas de corrente de paradoxos, por não conhecimento de

seus direitos ou por preconceitos não procuram acessar a saúde pública que é de direito de todos.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em seus 11 anos de implementação e luta para seu reconhecimento em todas as instancias hospitalares do SUS e de suas demandas crescem ao passo da conscientização do coletivo e do reconhecimento da existência do racismo institucional e da importância de um Sistema Único de Saúde com mais equidade e menos discriminações. Por isso torna se necessária o debate mais amplo sobre esta política no âmbito da saúde, assistência entre outros segmentos e até mesmo dando ciência da PNSIPN na formação de equipes médicas.

4. Os Assistentes Sociais e a Saúde da População Negra

No Brasil, o campo das relações raciais, exibe em suas demandas e complexidades um espaço em que o Assistente Social é chamado a intervir. A partir da atuação dos sujeitos, principalmente do Movimento Negro, temos uma luta pelos direitos da população negra e o reconhecimento do Racismo Institucional como determinante social em saúde. Evidenciamos assim, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) como mecanismo institucional de enfrentamento dessa realidade e possível instrumento de trabalho dos Assistentes Sociais atuantes no campo da saúde. Direcionando-nos ao nosso Projeto Ético-Político e Código de Ética Profissional de 1993, é trazido no trabalho, a partir de toda violência e desigualdade vivenciada pela população negra, comprovadas por dados de indicadores sociais, a necessidade de uma reflexão e aprofundamento da discussão do racismo institucional e saúde, seja na formação profissional, seja na atuação dos profissionais.

O Racismo é capaz de interferir no acesso à saúde da população negra. Eurico (2013) afirma que a forma como as instituições públicas estão estruturadas pode reforçar o racismo contra amplas parcelas da população e que o trabalho do assistente social sofre interferências desse racismo, podendo fortalecer a naturalização e a culpabilização da população negra por sua permanência nas camadas mais vulneráveis da sociedade. Isso dificulta a proposição de ações que modifiquem essa realidade racialmente fundada. Faz-se necessário para os assistentes sociais, em formação ou atuação, a apreensão crítica da realidade e apropriação sobre o Racismo Institucional e os impactos sobre a população negra. Isso contribuirá para o fortalecimento do projeto ético-político profissional no que tange à sua direção política, sem exploração, opressão e discriminação de classe, racial e patriarcal (CFESS, 2016).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dessa forma para concluir, não com o intuito de esgotar a temática, as/os Assistentes Sociais, devem ser norteadas durante a formação profissional, assim também como no debate sobre outros segmentos a contribuir para a emancipação dos sujeitos coletivos, no caso discorrido, da população negra, que desde a gênese da construção da sociedade brasileira vem sendo marginalizada e tendo seus direitos negados perante o Estado. Podendo assim, serem combatidas as barreiras do racismo, do preconceito e da discriminação racial no cotidiano dos serviços de saúde, nomeadamente. Conseguindo, por fim, garantir os princípios do Sistema Único de Saúde, que visa a universalização do acesso a política de saúde em todo território brasileiro.

Esse processo se desenvolve a partir do enfrentamento e adoção de estratégias de combate às desigualdades no SUS, fomento à promoção de saúde, a contribuição na produção de conhecimento, a compreensão de que o Racismo Institucional é um determinante social em saúde e que opera como uma barreira para o acesso a saúde de qualidade pela população negra. É preciso lutar para que a PNSIPN seja um real instrumento de avanço na garantia e condição de saúde desse segmento. O reconhecimento do racismo pelo Estado e a criação da PNSIPN foi um avanço para a saúde da população negra, assim como a incorporação dessa luta por assistentes sociais, mas sabemos o quanto precisamos avançar e lutar na perspectiva do alargamento desses direitos. Por isso é preciso ser antirracista sempre!

REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Política Nacional Integral de Saúde da População Negra**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf. Acesso em 11 de Nov. 2017.
- CFESS, CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Assistente social no combate ao preconceito: racismo**. Caderno 3, 2016. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-Caderno03-Racismo-Site.pdf>. Acesso em: 01 de nov. 2018.
- CHAUÍ, Marilena. **Brasil. Mito Fundador e Sociedade Autoritária**. SP, Fundação.
- CISCATE, R. **Política de Saúde para a população negra só existe em 57 municípios, 12 anos após ser criada**. 2019. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/saude/politica-de-saude-para-populacao-negra-so-existe-em-57-municipios-12-anos-apos-ser-criada-23364705>. Acesso em: 25.out.2019.
- CRI. Articulação para o Combate ao Racismo Institucional. **Identificação e abordagem do Racismo Institucional**. Brasília: CRI, 2006.
- EURICO, Marcia Campos. **A percepção do assistente social acerca do Racismo Institucional**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 114, p. 290-310 abr./jun. 2013.
- FANNON, FRANTZ. **Os condenados da Terra**. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira. 1961.
- MATOS, C; TOURINO, F. Saúde da população negra: percepção de residentes e preceptores de saúde da família e medicina da família e comunidade. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, p.1-12, Dez.2018.
- MILANEZI, J. Silêncio: reagindo á saúde da população negra em burocracias do SUS. **Boletim de Análise Institucional (IPEA)**. Nº 13, p. 37-43, out.2017.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos HumanizaSUS v. 3**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizasus_atencao_hospitalar.pdf. Acesso em: 20.out.2019.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA Uma Política do SUS**. 3º ed. Brasília-DF, 2017.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA Uma Política do SUS**. 2º ed. Brasília-DF. 2013.
- MOURA, C. **Dialética radical do Brasil negro**. São Paulo. Anita, 1994.
- NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **Quase 80% da população brasileira que depende do SUS se autodeclara negra**. 2017. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/quase-80-da-populacao-brasileira-que-depende-do-sus-se-autodeclara-negra/> . Acesso em:26.out.2019
- ONUBR. **Quase 80% da população brasileira que depende do SUS se autodeclara negra**. 2017. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/quase-80-da-populacao-brasileira-que-depende-do-sus-se-autodeclara-negra/>>. Acesso em 17 de set. 2018.
- SECRETARIA DE POLÍTICAS DE AÇÕES AFIRMATIVAS - SPAA/SEPPPIR. **Racismo como determinante social em saúde**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.sepppir.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/pub-aco-es-afirmativas/racismo-como-determinante-social-de-saude-1>>. Acesso em 23 de out. 2018.
- WERNECK, J. Racismo Institucional e Saúde da População Negra. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v.23, n.3, p. 535-549. Set.2016

GÊNERO E SAÚDE: REFLEXÕES ACERCA DO PAPEL DO CUIDAR ATRIBUÍDO ÀS MULHERES NA SAÚDE.

Kamila Santibanez De Souza Torres (UFPA - Universidade Federal Do Pará); ***Jheniffer Priscila Matos De Figueiredo*** (UFPA - Universidade Federal Do Pará); Ruth Léa Da Gama Cristo (UFPA - Universidade Federal Do Pará); Nilvana Do Socorro Barbosa Da Silva Lima (UFPA - Universidade Federal Do Pará)

RESUMO: Desde a mais tenra idade são atribuídos papéis específicos a meninos e meninas, em que os meninos são incentivados a serem, fortes, viris e corajosos e as meninas a serem delicadas, dóceis e amorosas. A construção desta sociabilidade que naturaliza a mulher enquanto uma cuidadora nata perpassa por vários segmentos sociais, dentre eles os espaços socio ocupacionais, sendo o foco deste trabalho a área da saúde, em que as trabalhadoras são maioria, e, para além disso, a função de cuidar dos hospitalizados também é comumente atribuído às mulheres. O trabalho traz, deste modo, reflexões acerca da feminização da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Gênero; Feminização; Política de Saúde.

ABSTRACT: From a very young age specific roles are assigned to boys and girls, where boys are encouraged to be strong, manly and courageous and girls to be gentle, docile and loving. The construction of this sociability that naturalizes women as a natural caregiver goes through various social segments, among them the socio-occupational spaces. caring for the hospitalized is also commonly attributed to women. The work thus brings reflections on the feminization of health.

KEYWORDS: Gender; Feminization; health policy.

1. INTRODUÇÃO

O presente artigo discorre acerca da feminização da saúde, já que a sociabilidade de mulheres é fortemente marcada pela atribuição do cuidar, tanto entre as trabalhadoras quanto entre as acompanhantes de pessoas hospitalizadas.

Constitui-se uma pesquisa bibliográfica, na qual se objetivou analisar a questão do cuidado na saúde como atribuição histórica e exclusiva às mulheres, resultado da divisão sexual do trabalho e das relações de gênero no ambiente de trabalho. Desta forma, é importante levar em consideração as constantes transformações do mundo do trabalho e como se confronta com as relações de trabalho e gênero.

Esta função repercute tanto no ambiente familiar, cuidado da casa e família, quanto no ambiente de trabalho, principalmente na política de saúde o qual existem assimetrias entre homens e mulheres, assumindo assim a dupla jornada de trabalho. Condição esta fundamentada e ancorada nos papéis socialmente construídos, desde a nascença e se desenvolve na fase adulta, na sociabilidade burguesa que inibe que a mulher tenha a possibilidade de construir e realizar novos rumos da sua vida.

Para Wermelinger *et al.* (2010), o setor da saúde apresenta forte ocupação de mulheres e tem se tornado majoritário nesse ramo. Este mercado é caracterizado pela presença da divisão sexual do trabalho, onde as trabalhadoras exercem funções voltadas aos cuidados, processo naturalizado e, na maioria dos casos, precarizado. (PASTORE *et al.*, 2008)

Desta feita, este trabalho foi organizado em três tópicos. No primeiro fez uma breve abordagem acerca da concepção de gênero a fim de compreender sua construção e como contribuiu para os estudos sobre a temática, como também para as conquistas dos espaços públicos e seus desafios. Enquanto no segundo momento buscou-se apreender sobre a divisão social e o papel que a mulher exerce nos espaços ocupacionais como trabalhadora. No último tópico discorre acerca da forte presença feminina nos espaços sócio ocupacionais da área da saúde, além da questão das cuidadoras leigas, problematizando tal realidade.

2. CONCEPÇÃO DE GÊNERO

O termo gênero advém do latim Genus que significa raça, extração e família, inicialmente utilizado pelas feministas americanas que tinha como objetivo de apontar o seu caráter social das distinções baseadas sexo e, assim, superar o determinismo biologizantes



e normativas das feminilidades no uso da expressão como forma de diferença sexual entre homens e mulheres. (SCOTT, 1989)

Pode-se compreender gênero como a descrição das condições de vida das mulheres que foram investigadas nos estudo iniciais do movimento feminista sob diferentes óticas, como por exemplo as desigualdades econômicas, sociais, políticas dentre outros. (LOURO, 1997).

Miranda e Schimanski (2014) corroboram que este conceito tem de ser articulado com as ideias de classe e raça para poder ser compreendido em seus contextos e especificidades, levando em consideração que o sujeito é singular e envolto pela realidade sociocultural de seu tempo, logo, carrega em si uma história própria, mas também é coletiva, desta feita, essas particularidades não pode ser consideradas isoladas das demais problemáticas.

A constituição do sujeito ocorre através das atribuições de gênero, dentre o qual o sujeito se define, ou é definido em sua maioria, como também a compreensão de que trabalho faz parte da identidade social dos sujeitos. (NARDI, 2006)

Meyer *et al.* (2014) discorre que deve-se considerar que as instituições sociais, as normas, os conhecimentos, os símbolos, as leis, as doutrinas e as políticas de uma sociedade que são construídos e é transversal a pressupostos de gênero, e concomitadamente, estão implicados com sua produção, manutenção e ressignificação.

[...] perfis se constituem social, cultural e historicamente num tempo, espaço e cultura determinados. Não se deve esquecer, ainda, que as relações de gênero são um elemento constitutivo das relações sociais baseadas nas diferenças hierárquicas que distinguem os sexos e são, portanto, uma forma primária de relações significantes de poder. Sendo uma de suas preocupações evitarem as oposições binárias fixas e naturalizadas, os estudos de gênero procuram mostrar que as referências culturais são sexualmente produzidas, por meio de símbolos, jogos de significação, cruzamentos de conceitos, relações de poder, conceitos normativos e relações de parentesco econômicas e políticas (MATOS, 1997, p. 97- 98).

Scott (1989) discorre que gênero é apenas um conceito que está relacionado aos estudos de coisas que são relativas à condição feminina, no entanto, não dispõe de força de análise para apresentar transformações nos paradigmas históricos, pois compreende que gênero está relacionado às relações de poder. Apesar de participação maciça e ativa de mulheres em movimentos históricos que culminaram em transformação políticas, como por exemplo a Revolução Francesa, mas a sua situação com um ser de segunda categoria na sociedade perpetuou.

[...] princípio da inferioridade e da exclusão das mulheres, que o sistema mítico-ritual ratifica e amplia, a ponto de fazer dele o princípio de divisão de todo o universo, não é mais que a dissimetria fundamental, a do sujeito e do objeto, do agente e do instrumento, instaurada entre o homem e a mulher no terreno das trocas simbólicas, das relações de produção e reprodução do capital



simbólico, cujo dispositivo central é o mercado matrimonial, que está na base de toda a ordem social: as mulheres só podem aí ser vistas como objetos, ou melhor, como símbolos cujo sentido se constitui fora delas e cuja função é contribuir para a perpetuação ou o aumento do capital simbólico em poder dos homens (BOURDIEU, 2003, p. 55).

A distinção anatômica dos corpos, em especial a diferenciação entre os órgãos sexuais entre masculino e feminino, é enxergado como justificativa da naturalização da diferença socialmente construída enquanto desigualdade entre os gêneros, principalmente no que concerne na divisão social do trabalho. (MIRANDA e SCHIMANSKI, 2014)

Portanto, a concepção de gênero nos remete aos processos da história da humanidade e sobre as diferenças biológicas, homem x mulher, e como estas distinções foram colocadas, discursivamente, pelas forças de poder, ou seja, imposições dos papéis sociais sobre o corpo sexuado baseado em relações desiguais. (ARAUJO, 2011)

3. DIVISÃO SOCIAL DO TRABALHO

Atribuições relacionadas ao cuidado de outros seres humanos, tanto em processo de desenvolvimento quanto no adoecimento, fora incorporado no cotidiano das mulheres de forma naturalizada e como papel exclusivo à sua natureza, normas históricas criadas socialmente definem as funções para homens e mulheres, principalmente na sociabilidade burguesa. (GUEDES e DAROS, 2009)

Ao nascer já existem funções condicionadas ao gênero, homem e mulher, pré-determinadas pela sociedade, o qual durante o desenvolvimento é demarcado condições inerentes ao sexo desde personalidade a atribuições socialmente exigidas, como por exemplo, meninas durante seu processo educacional coloca-se dispositivos que são condicionados ao público feminino como bonecas e utensílios domésticos no seu brincar, ao contrário dos meninos onde é introduzido a bola e carrinhos, como os contos infantis são diferenciado o qual para meninas é narrado a história das princesas frágeis a espera de um príncipe encantado, enquanto para os meninos são os super-heróis e os príncipes encantados. (FARIA e NOBRE, 2007)

Desta feita, as autoras pontuam que desde a descoberta do sexo biológico de um bebê, já é determinada suas características e papéis socialmente construídos pela sociedade, podendo ser de forma explícita como nos exemplos citados acima, mas também de maneira mais sutil, como por exemplo, a forma de falar, do tocar com o corpo, as atitudes entre outros.



Com a consolidação do sistema capitalista, ao sexual do trabalho, em que se consolida a divisão do que é público e privado, o qual a última esfera é determinada a mulher assumir o papel de zelar pelo seu lar, ou seja, lhe é destinado a maternidade e os cuidados com seu cônjuge e filhos, enquanto que a primeira esfera é condicionado como espaço masculino, do direito, da liberdade, dos iguais (FARIA e NOBRE, 1997). Assim, corroborando com os autores entende-se que

Histórica e culturalmente, especialmente dentro da sociedade capitalista, sempre coube à mulher a responsabilidade pelos cuidados com a casa e com a família, independentemente de sua idade, condição de ocupação e nível de renda. O trabalho doméstico recaía sobre as mulheres com base no discurso, vivo até hoje, da naturalidade feminina para o cuidado (SOUSA e GUEDES, 2016, p. 125).

Portanto, nota-se que na sociabilidade burguesa as atividades que são consideradas que geram retorno econômico ficam a cargo do homem, enquanto as tarefas ligadas ao cuidado, ao altruísmo, ao amor; o trabalho “fácil, leve” designou-se como atribuição feminina. (SOUSA e GUEDES, 2016)

A divisão sexual do trabalho é o que elucida o estreito vínculo entre trabalho remunerado e não remunerado. Articulando a esfera da produção econômica e da reprodução social, foi possível observar que as obrigações domésticas limitavam o desenvolvimento profissional das mulheres, implicando carreiras descontínuas, salários mais baixos e empregos de menor qualidade (BRUSCHINI, 2006, *apud* SOUSA e GUEDES, 2016, p. 126).

À vista disto, Kergoat (2009) coloca que a divisão social do trabalho é organizada por dois princípios; o de separação onde existem trabalhos diferenciados por gêneros, e o da hierarquização o qual um trabalho destinado ao sexo masculino produz mais valor que o destinado ao feminino. Ou seja, a relação que existe entre os sexos não se esgota na relação conjugal, mas ao contrário se expande em todos os níveis sociais.

O movimento feminista trouxe inúmeras conquistas, como por exemplo, a igualdade de oportunidades, participação política entre outras e consolidadas na Constituição Federal de 1988, mas o principal triunfo foi a tomada de consciência das variadas opressões sofridas pelo público feminino, Kergoat (2009) corrobora que a partir dos questionamentos acerca do tamanho do trabalho que era realizado pelas mulheres de forma gratuita e somente elas lhe era atribuído, passa-se a considerar o trabalho doméstico como atividade com o mesmo peso do trabalho profissional e assim se pôde colocar em discussão de uma divisão sexual do trabalho.

As mulheres começam a adentrar no mercado de trabalho, de forma crescente, a partir das décadas de 1920 e 1980, pois devido as revoluções industriais e o crescente desemprego de uma grande massa de trabalhadores, passam a contribuir com a renda familiar. As



ocupações consideradas femininas daquele período eram marcadas por serviços domésticos, atividades de consumo próprio ou da família, mas também serviços como magistério, enfermagem, telefonia, cabelereiras, alguns setores industriais, entre outros. (ARAUJO, 2002)

Durães *et al.* (2010) corrobora que o setor da saúde tem sido reconhecido socialmente como trabalho feminino, em decorrência que as atividades que são realizadas pelos (as) profissionais são semelhantes as atribuições desempenhadas no cotidiano feminino, como por exemplo o cuidado com a família. Desta forma, observa-se que estas determinações das funções sociais diferenciadas de acordo com o gênero definem o que é ser homem ou mulher, como também estabelece quais lugares e atribuições apropriados para cada indivíduo, dentro da ótica de gênero.

4. **FEMINIZAÇÃO DO CUIDAR NA SAÚDE:** Breve análise acerca de trabalhadoras e acompanhantes

A condição de mulher cuidadora se materializa em todos os aspectos da vida, seja na família, na função de companheira, filha, avó entre outros, assim como nos espaços socio-ocupacionais, em serviços que as condicionam na organização e atenção ao próximo, como no caso da área percorrida neste trabalho, nos serviços de saúde.

Segundo Araújo (2002) as mulheres passaram a adentrar no mercado de trabalho, acompanhando os períodos de industrialização, em especial nas décadas de 1920 a 1980. Naquele período as ocupações para além das esferas familiares mais comuns eram "magistério, enfermagem, comércio, telefonia, alguns setores industriais, como os ramos têxtil e do vestuário, e nos serviços pessoais, como cabeleireiras, manicures, lavadeiras" (ARAUJO, 2002, p. 133), e ainda hoje segundo Hirata (2002) a atividade feminina segue mais concentrada em serviços relacionados às áreas de educação e saúde, ou seja, aquelas que remetem ao cuidado e atenção ao outro.

Estudos feitos por pesquisadoras da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)³¹⁷, em 2016, revelam que nas últimas décadas o número de trabalhadoras inseridas no mercado de trabalho tem aumentado consideravelmente. No período de 1965-1991 o número saltou de 39,6 milhões para 53,2 milhões. No Brasil, a participação feminina no mercado de trabalho era de 13,6% no final de 1950, já no final de 1980 este percentual sobe para 26,9%, e no final

³¹⁷ Informação disponível em <https://setorsaude.com.br/a-feminizacao-da-forca-de-trabalho-da-saude-no-brasil/>.

de 1990 esta taxa já era de 47,2%. No que se refere ao âmbito da saúde a participação de mulheres trabalhadoras chega a 70%.

A formação de mulheres, em profissões que são da área da saúde e bem-estar social são bem elevadas com relação ao número de homens formados nesta mesma área, segundo o IBGE, conforme levantamento do Censo de 2010.

Tabela 1: Pessoas com graduação concluída na área de saúde e bem-estar social (valor abs.)

Área de Formação- Saúde e Bem-estar social	Homens	Mulheres
Medicina	165.841	128.797
Enfermagem	42.766	282.185
Odontologia	86.995	122.858
Terapia e reabilitação	41.465	233.798
Farmácia	45.705	94.172
Serviço Social	8.861	139.560
Total	5.233.313	7.445.696

Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 2010.

Conforme exposto na tabela, dentre as profissões destacadas, a única que as mulheres não se sobressaem em números com relação aos homens é a de medicina, profissão que em sua gênese foi predominantemente masculina, no entanto ao longo dos anos o número de mulheres inseridas nesta área também tem aumentado. (WERMELINGER *et al.*, 2010)

Apesar das mulheres estarem aumentando sua participação no mercado de trabalho, é importante considerar que esta inserção ainda é marcada por profundas desigualdades entre homens e mulheres, o que é fruto também da própria organização econômica capitalista.

A adoção de políticas neoliberais faz crescer a concorrência e aumenta, portanto, a necessidade de diminuir todos os tipos de custos. Como é sabido, as mulheres são as mais solicitadas quando se trata de reduzir custos para o aumento da complexidade e da rentabilidade na produção (WERMELINGER *et al.*, 2010, p.7).

Não obstante a isso, merece destaque o fato de que a mulher cumpre dupla jornada de trabalho. Segundo dados do IBGE, as mulheres dedicam cerca de 18,1 horas semanais aos cuidados de pessoas e/ou afazeres domésticos, enquanto os homens apenas 10,5.

Assim, as mulheres seguem desempenhando suas atribuições determinadas historicamente (trabalho não remunerado), com o acréscimo das horas trabalhadas na condição de assalariada, esta última além de se diferenciar das atribuições masculinas também são desvalorizados e em decorrência disto, mulheres vivem em condições de inferioridade e subordinação em relação aos homens (FARIA e NOBRE, 2007). Assim, corrobora-se com Machado (1993, p. 278) em que;

A saída da mulher da vida privada para ingressar na vida pública não foi acompanhada de sua liberação das atividades próprias da vida privada. Ao contrário, persiste a tradicional divisão sexual do trabalho: as atividades relacionadas com a alimentação da família, o cuidado com os filhos e a limpeza da casa continuam sendo desempenhadas, quase exclusivamente, pela mulher.

A questão gênero ainda é pouco discutida no que concerne especificadamente ao trabalho feminino no âmbito da saúde e considera-se necessário analisar a feminização das profissões na área da saúde, partindo de uma reflexão ampliada dos conceitos de gênero e atribuições de papéis sociais, assim como implica em refletir sobre a qualidade de vida destas profissionais em seus espaços sócio ocupacionais e das formas de violência específicas este público. A cultura de objetificação do corpo feminino se insere também nos espaços laborais, segundo a Organização Internacional do Trabalho, 52% das mulheres consideradas economicamente ativas já foram assediadas sexualmente, o que pode acarretar em sofrimentos psíquicos além da dissolução dos contratos de trabalho.

Outro aspecto importante é abordar a saúde da trabalhadora nesta política específica, em que as mesmas são submetidas a elevadas cargas de estresse, por lidarem continuamente com o adoecimento e a dor do outro. As profissões que envolvem cuidado com o outro, vivem em uma linha tênue da imprevisibilidade de resultados dos tratamentos. (MATOS *et al.*, 2013)

Contudo, a feminização do cuidar não é vista apenas entre as trabalhadoras, mas de igual modo entre as que acompanham pessoas hospitalizadas, exercendo também o papel de *cuidadoras leigas* “conceito que abrange as pessoas que oferecem cuidados ao enfermo, seja no hospital ou na família, mas realizam suas atividades isentos de remuneração ou formação especializada para tal ofício”. (WEGNER, 2010, p. 336)

Assim, as mulheres que acompanham pessoas doentes em hospitais, também exercem múltiplas funções.

Essas mulheres, cuidadoras, assumem inúmeros papéis sociais concomitantes e determinados pelo meio sócio-histórico-cultural, independente da sua vontade, e conseguem desenvolver condições de sobrevivência mesmo que de uma forma imposta, fato que não lhes permite



uma reflexão crítica, a qual possibilite o despertar de autonomia e emancipação. (WEGNER, 2010, p.336)

Dentre as dificuldades enfrentadas por mulheres que exercem papel de cuidadoras leigas está a de inserir-se em outros convívios capazes de lhe fazer construir novas formas de sociabilidade. Principalmente quando se trata de acompanhamentos contínuos, a mulher abdica de seu tempo, dedicando-se totalmente aos cuidados da pessoa adoecida.

Em geral, os homens excluem-se e são excluídos da possibilidade de atuar como acompanhante de seus filhos, devido às atribuições direcionadas especificadamente às mães, sendo estas consideradas amáveis, cuidadosas, atenciosas, enquanto aos pais é incumbido a função de provedor, embora estudos comprovem que cada vez as mulheres tem assumido mais responsabilidade de provedoras de seus lares, seja de forma paritária com os homens, seja isoladamente. (WEGNER, 2010)

É cobrado ainda que o cuidado seja efetuado com extremo zelo e de forma impecável, a dinâmica hospitalar é complexa, no entanto as exigências direcionadas às acompanhantes ocorrem como se estas fossem profissionais com formação para atenção ao doente, isto pelo simples fato de serem mulheres, e que deveriam ter essa habilidade inata.

5. CONCLUSÃO

Pelo exposto, é observável que as mulheres que cuidam, tanto enquanto trabalhadoras da saúde, como enquanto cuidadoras leigas, estão imbuídas em uma mesma realidade: a da sociabilidade estar assentada em um modelo patriarcal, de naturalização dos papéis sexuais. Por assim ser, é importante promover espaços de discussão e reflexão acerca da temática, visando a desconstrução de papéis pré-estabelecidos por gênero e que expropriam as possibilidades de homens e mulheres transitarem por outros espaços.

A divisão sexual do trabalho existe em todos os setores do mercado de trabalho, o qual atribui determinadas atividades para mulheres e homens, mas historicamente, as funções exercidas pelo público feminino são desvalorizadas e consideradas secundárias tanto social como economicamente em relação ao masculino. Sujeitas as mais formas precárias de trabalho, com baixos salários e pouca possibilidade de progressão na carreira profissional e muitas estão imersas nessas condições por garantir o mínimo para seu sustento e, na maioria dos casos, da sua família.

A mulher que trabalha no setor da saúde tem a rotina de cuidar dos pacientes e seus familiares, bem como administrar medicamentos, de manter o ambiente limpo e organizado,



além das práticas administrativas (BORGES e DETONI, 2016), funções que remetem a ideia do papel, socialmente construído pela sociedade, inerente ao público feminino. De acordo com Gondim *et al.* (2013), nas escolhas profissionais ocorre influência das atribuições, socialmente organizada por gêneros, na divisão sexual do trabalho, desta forma, compreende o número expressivo de mulheres que atuam neste segmento.

A duplicidade da jornada de trabalho, mãe e trabalhadora, além do trabalho que exercem nas instituições de saúde, com horários de plantão e finais de semanas, tem de conciliar com maternidade e o trabalho domésticos no ambiente do lar, já que esta condição é imposta a natureza feminina.

À vista disso, mulheres são treinadas para exercer atividades de cuidado desde sua infância, e a partir do momento em que chega a fase adulta as brincadeiras, introduzidas na fase posterior, naturaliza-se no seu cotidiano. A pesar disto, vale ressaltar que, há pouco tempo, as mulheres passaram a assumir postos de trabalho com direitos sociais na década de 1932, quando conquistaram o direito político³¹⁸, aos estudos e à propriedade, fruto das lutas dos movimentos feministas.

³¹⁸ As mulheres brasileiras obtiveram o direito ao voto, como também de serem votadas (PISCITELLI, 2009)

REFERÊNCIAS

- Araújo, A. M. C. (2002). Gênero no trabalho. **Cadernos Pagu**, (17-18), 131-138. Disponível em <https://goo.gl/LbWkDk> Acesso em 14 Jan 2020.
- ARAÚJO, Jair Bueno de. **GÊNERO, SEXUALIDADE E IDENTIDADES SEXUAIS – um diálogo entre joan scott e judith butler**. II Simpósio Internacional de Educação Sexual – II SIES: Gênero, Direito e diversidade Sexual: Trajetórias Escolares. Maringá, 2011.
- BORGES, T. M.; DETONI, P. Trajetórias de feminização no trabalho hospitalar. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 20, n. 2, p. 143-157, 30 dez. 2017. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/147332/150657>. Acesso em: 15 jan 2020.
- BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. 3. ed. Rio de Janeiro. Bertrand Brasil, 2003.
- Durães, S. J. A. et al. **Divisão sexual do trabalho em saúde: estudo de caso do Hospital Universitário Clemente de Faria**. VIII Congresso Iberoamericano de Ciência, Tecnologia e Gênero. Curitiba, 2010. Disponível em < <http://livrozilla.com/doc/907934/divis%C3%A3o-sexual-do-trabalho-em-sa%C3%BAde--estudo-de-caso-do> >. Acesso em 15 jan 2020.
- FARIA, N; NOBRE, M. **Gênero e desigualdade**. São Paulo: SOF, 1997.
- FARIA, N; NOBRE, M. **O QUE É SER MULHER? O QUE É SER MULHER? O QUE É SER HOMEM? O QUE É SER HOMEM?: Subsídios para uma discussão das relações de gênero**. 1º Módulo do Curso Regional Centro-Oeste de Formação de Educadores e Educadoras em Concepção e Prática Sindical e em Metodologias – Brasília (DF), 06 a 12 de agosto de 2007.
- GUEDES, Olegna de Souza; DAROS, Michelli Aparecida. O cuidado como atribuição feminina: contribuições para um debate ético. **Revista SERV. SOC. REV.**, Londrina, v. 12, N.1, p. 122-134, jul/dez. 2009. Disponível em: <[http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article /viewFile/10053/8779](http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/viewFile/10053/8779) >. Acesso em 05 jan. 2020.
- Gondim, S. M. G. et al. Gênero, autoconceito e trabalho na perspectiva de brasileiros e angolanos. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**. v. 16, n. 2, p. 153-165, 30 dez. 2013. Disponível em < <http://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/77827/81805> >. Acesso em: 15 jan 2020.
- Hirata, H. (2002). Globalização e divisão sexual do trabalho. **Cadernos Pagu**, (17-18), 139-156. Disponível em <https://goo.gl/piwgts>. Acesso em 14 Jan 2020.
- IBGE. **Estatísticas de Gênero Indicadores sociais das mulheres no Brasil**. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101551_informativo.pdf. Acesso em: 15.Jan.2020
- IBGE. **Pessoas com pelo menos nível superior de graduação concluído, por nível de instrução mais elevado concluído, segundo o sexo e as áreas gerais, específicas e detalhadas de formação do curso de nível mais elevado concluído**. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/3543> Acesso em: 15.Jan.2020
- KERGOAT, Danièle. Divisão Sexual do Trabalho e Relações Sociais de Sexo In: HIRATA, Helena et al. (Org.). **Dicionário Crítico do Feminismo**. São Paulo: Editora UNESP, 2009.
- PAIM, J.S. **O que é o SUS?**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz.2009. Coleção Temas em saúde.
- LOURO, G. L. **Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista**. Petropolis: Vozes, 1997.
- MATOS, M. I. S. Outras histórias: as mulheres e estudos dos gêneros-percursos e possibilidades (Org.). In: _____. **Gênero em debate: trajetória e perspectivas na história Contemporânea**. São Paulo: Educ. 1997.
- MATOS, M. I. S. Profissões e Ocupações de Saúde e o Processo de Feminização: Tendências e Implicações. **Athenea Digital** - 13(2): 239-244 (julio 2013) -CARPETA-. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/118035>. Acesso em: 15 Jan.2020.



- Meyer, D. E. et al. Vulnerabilidade, gênero e políticas sociais: a feminização da inclusão social. **Revista Estudos Feministas**, 2014.
- MIRANDA, TL., and SCHIMANSKI, E. Relações de gênero: algumas considerações conceituais. In: FERREIRA, AJ., org. **Relações étnico-raciais, de gênero e sexualidade: perspectivas contemporâneas** [online]. Ponta Grossa: Editora UEPG, 2014, pp. 66-91. Disponível em <http://books.scielo.org/id/btydh/pdf/ferreira-9788577982103-05.pdf>. Acesso em 15 jan 2020.
- Pastore, E. et al. Relações de gênero e poder entre trabalhadores da área da saúde. In: **Seminários Fazendo Gênero 8: Corpo, Violência e Poder** (p. 1-7). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2008. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br /7/artigos/D/Dalla Rosa-Pastore 27.pdf>. Acesso em: 15 jan 2020.
- Piscitelli, A. (2009). Gênero: a história de um conceito. In H. B. Almeida & J. E. Szwako (Orgs.). **Diferenças, igualdade**. São Paulo: Berlendis & Vertecchia, 2009.
- SOUSA, Luana Passos de; GUEDES, Dyeggo Rocha. A desigual divisão sexual do trabalho: um olhar sobre a última década. **Estudos Avançados**. São Paulo, v. 30, n. 87, p. 123-139, agosto de 2016. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/ea/v30n87/0103-4014-ea-30-87-00123.pdf> >. Acesso em: 05 jan. 2020.
- SCOTT, Joan. **Gender: a useful category of historical analyses. Gender and the politics of history**. New York, Columbia University Press. 1989. Tradução Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila. Disponível em: < https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/185058/mod_resource /content/2/G%C3%AAnero-Joan%20Scott.pdf > Acesso em 15 jan 2020.
- WEGNER, W; ENR. P. Os múltiplos papéis sociais de mulheres cuidadoras-leigas de crianças hospitalizadas. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2010 jun;31(2):335-42.
- WERMELINGER, M. et al A Força de Trabalho do Setor de Saúde no Brasil: Focalizando a Feminização. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 54-70, maio 2010. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/observarh/arquivos/A%20Forca%20de%20Trabalho%20do%20Setor%20de%20Saude%20no%20Brasil%20.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2020.

AS CONQUISTAS DO MOVIMENTO LGBTQ NO ÂMBITO DA POLÍTICA DE SAÚDE

Livia Almeida Dutra (UNICEUMA)

RESUMO: Este artigo teve como objetivo abordar as lutas e conquistas do Movimento Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e *Queer* (LGBTQ), em meio aos preconceitos, discriminações e violências vivenciados por esse segmento populacional, em um modo de produção que se fundamenta nas desigualdades e opressões. A pesquisa apresenta as concepções e a estruturação do Estado para que as políticas sociais sejam efetivadas, e a forma como esse movimento se organiza para pressionar o Governo no atendimento das políticas de saúde. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, fundamentada no método materialismo histórico dialético, para compreender a realidade social da população LGBTQ.

Palavras-chave: Estado. Política Social. Movimentos Sociais. Movimento LGBTQ.

ABSTRACT: This article discusses about struggles and achievement of Lesbians, Gay, Bisexual, Transvestites, Transsexuals and Queer movement (LGBTQ), amidst the prejudices, discrimination and violence experienced by this population in a mode of production that is based on inequalities and oppressions. Presenting the conceptions and structuring of the State so that social politics are implemented, and the various forms of Movement LGBTQ's manifestation to pressure the government in attendance of health policies. It's based on bibliographical research, analyzed by the dialectical and historical materialism method, to understand the social reality of LGBTQ population.

Keywords: State. Social Politics. Social Movements. LGBTQ Movement.

1. INTRODUÇÃO

O Movimento de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e *Queer* possui um papel fundamental para a garantia dos direitos de cidadania. É decorrente da organização e da luta desse movimento que o Estado é pressionado e atende às demandas desse segmento populacional, entretanto, a materialização dos direitos dependerá da estruturação do Estado. No Brasil, a conjuntura é determinada a partir do ideário neoliberal, sendo um Estado mínimo para o social, com a ausência e/ou redução da responsabilização deste, ao precarizar a efetivação das políticas sociais.

É devido às diversas demandas do Movimento LGBTQ, que ainda não foram respondidas e são negadas pelo Estado, estruturado na reprodução das relações capitalistas, que se consolida a partir do machismo, do cis-heteropatriarcado, do racismo e da LGBTQfobia, é então relevante pontuar todo esse processo do Estado, para a efetivação de políticas sociais, em específico da saúde, decorrentes da organização desse determinado movimento.

Devido às inquietações, é necessário pontuar que a utilização do plural masculino adotado decorre das pautas gramaticais e linguísticas que consideram a neutralidade a partir das colocações dos termos na produção científica. Entretanto, ao tratar-se da diversidade sexual, compreende-se que existe um mundo entre o “feminino X masculino”, pessoas que não se encaixam nesse padrão binarista de gênero e podem não se sentir contemplados.

2. ESTADO E A POLÍTICA SOCIAL: breve concepções

A expressão Estado começou a ser utilizada no período do Renascimento. Na obra “O príncipe”, de Machiavelli (2019, p. 07), aparecem “todos os Estados, todos os domínios que tiveram e têm poder sobre os homens foram ou são repúblicas ou principados”.

Os Contratualistas Clássicos partem da transição do Estado de natureza para o Estado civil, por meio de um contrato social para garantir a eles os “direitos naturais” dos indivíduos, ou seja, é a partir de um contrato formulado por meio do consenso dos indivíduos inseridos nesse processo, que abandonaria o Estado de natureza e assim teria a formação do Estado civil.

O Estado de natureza, para Hobbes (1588-1679)³¹⁹, era marcado pela liberdade e pelo desejo por poder dos sujeitos, assim o homem seria o lobo do próprio homem, ao viver no que seria a guerra de todos contra todos. Ele explica as razões pelas quais os indivíduos deveriam se submeter às suas vontades, às ordens do soberano absoluto, a partir de um pacto social para garantir o direito à segurança e à paz. O Estado civil, em Hobbes, tinha que ser absoluto, pois representava a vontade de todos; portanto é somente pelo consentimento destes, de forma unânime, que se poderia ter a revogação do contrato social.

O Estado de natureza, em Locke (1632-1704), afirmava que os homens viveriam em plena igualdade e liberdade, já seriam dotados da razão e usufruíam da propriedade. Porém não se tinham leis e, a partir dos avanços das relações mercantis, conflitos entre os indivíduos, também, existiam. Em decorrência do que foi pontuado, estes, em meio ao medo da perda da propriedade privada e da liberdade, os levariam à saída do Estado de natureza, por meio do contrato social, para garantir assim o direito à propriedade.

Para Rousseau (1712-1778), o homem viveria isolado dependendo daquilo que a natureza ofertasse no Estado originário. Desse modo, o homem seria o bom selvagem. É a partir das relações sociais e da propriedade privada que esse indivíduo se corrompe, diferentemente do que Hobbes e Locke apontam. A formação do contrato social seria por meio da vontade geral, em que os sujeitos abandonariam seus direitos individuais em favor do interesse de todos. Pontuações diferentes entre os contratualistas são observadas, seja em como era o Estado de natureza, seja pelos motivos que levaram ao contrato social ou em como se estruturaria o Estado. Entretanto, a análise dessas concepções é relevante para o entendimento do Estado moderno.

Em contraposição a essas visões, Marx e Engels (2010, p. 42) apontam “o executivo no Estado moderno não é senão um comitê para gerir os negócios comuns de toda classe burguesa”. Assim, o Estado, na perspectiva marxiana, não se formou a partir do interesse de todos os indivíduos nem para o bem deles, pois até mesmo na intervenção de alguns interesses decorrentes da classe trabalhadora, é necessário que se mantenha a relação de dominação a partir da propriedade privada, ou seja, através dessa análise, compreende-se que o Estado não atenderá à vontade geral da população. Logo, baseia em uma estruturação de classes, em que uma sobrepõe seus interesses à outra, caracterizando como construção e produção da sociedade burguesa, de forma que manifesta suas ideias e contradições.

³¹⁹ Anos tratados de nascimento e morte do citado.

Para Farias (2001), a perspectiva gramsciana, a respeito do conceito de Estado, apresenta divergências em relação ao conceito de Marx, no nível da superestrutura. Com efeito, em Gramsci (1891-1937), a sociedade civil vem a ser as redes de organizações no lugar onde as relações sociais se expressam, não sendo somente a burguesia como aponta Marx. A sociedade política é via pelo qual a burguesia se manifesta, através dos aparelhos de Coerção e Repressão, ao compor assim a superestrutura econômica. Sendo assim, o Estado assume a configuração de Estado ampliado ao atender aos interesses do capital e responder às pressões exercidas pela classe trabalhadora.

Compreende-se o Estado a partir das pontuações marxistas de Lenin (2007), em que este apresenta como produto das diversas diferenças incompatíveis entre as classes sociais, não sendo resultado de uma conciliação de classes; logo representa a dominação de uma classe sobre a outra. “Um Estado, seja ele qual for, não poderá ser livre nem popular” (LENIN, 2007, p. 39).

Não nega-se aqui a importância das lutas sociais no processo de atuação do Estado, logo é a partir das formas de organizações que este se sente pressionado para responder às pontuações colocadas pela população, porém as demandas, em sua amplitude, só serão garantidas à proporção que este deixe de ser “produto e a manifestação do antagonismo inconciliável de classes” (LENIN, 2007, p. 27), ou seja, em que o Estado deixe de ser Estado.

Fundamentado nesses aspectos, o Estado moderno é analisado a partir dos momentos socio-históricos, não tendo somente um modelo, mas diversas maneiras de expressões e idealizações; portanto “[...] o fenômeno estatal obedece a leis que trazem a marca da história, em articulação orgânica com as formas assumidas pelo ser social na produção, na reprodução e na crise do capitalismo” (FARIAS, 2001, p. 29-30).

Parte-se da compreensão de que todo direito hoje conquistado e reconhecido, seja ele civil, político e social, é decorrente das organizações e de lutas sociais, posto em um determinado tempo histórico, isto é, a partir das demandas apontadas por um grupo, devido às vivências dos sujeitos e às suas necessidades em um momento na história que busca a efetivação de seus direitos, contrapondo-se assim a uma visão que Locke aponta como de “direitos naturais”, com base em Coutinho (1999), logo são necessárias manifestações sociais a fim de que se tenha algum tipo de conquista para aqueles que estão subalternos aos detentores do poder.

A história de toda a sociedade até hoje tem sido a história das lutas de classe. Homem livre e escravo, patrício e plebeu, barão e servo, mestre de corporação e artífice, em suma, opressores e oprimidos, estiveram em constante antagonismo entre si, travaram uma luta ininterrupta, uma vez oculta, outras abertas, uma luta que acabou sempre ou com uma transformação

revolucionária de toda a sociedade ou com um declínio comum das classes em luta (MARX; ENGELS, 2015, p. 62).

Nesse cenário, até mesmo a burguesia “desempenhou na história um papel altamente revolucionário” (MARX; ENGELS, 2015, p. 65), pois as mudanças nos modos de produção são decorrentes das organizações e das lutas de uma classe subordinada à outra.

Os direitos sociais foram, na modernidade, “[...] por muito tempo negados, sob alegação de que estimulariam a preguiça, violariam as leis do mercado [...]” (COUTINHO, 1999, p. 50). Tais direitos consolidaram a partir da terceira década do século XX, no período que ficou conhecido como *Welfare State*, ou Estado de Bem-Estar Social, marcado pela intervenção do Estado nas relações econômicas e sociais.

Embora possa parecer óbvio, não é desnecessário lembrar que os direitos sociais, talvez ainda mais do que os direitos políticos, são igualmente uma conquista da classe trabalhadora. E não é desnecessário porque as políticas sociais - ou seja, o instrumento pelo qual se materializa os direitos sociais - são muitas vezes definidas sem que esse fato seja levado em conta (COUTINHO, 1999, p. 51).

É no modo de produção capitalista que se organizam as políticas sociais a partir das diversas formas de lutas, estas têm por intuito a garantia dos direitos de cidadania. Entretanto, a estruturação da política social depende da forma que se organiza a conjuntura do Estado. É relevante asseverar que as políticas sociais não são meramente a maneira que o Estado tem de controlar a classe trabalhadora, mas sim que são também resultados mediante as mobilizações desta.

Não tem ao certo a definição de quando ocorreu o surgimento das políticas sociais, logo depende do modelo de cada país e de como o proletariado se organiza. Entretanto, a razão da efetivação de tais políticas é decorrente das diversas formas de manifestações proletárias. As políticas sociais são resultados da conquista dos direitos sociais pela classe trabalhadora a partir da luta de classes, pois “os direitos sociais são os que permitem ao cidadão uma participação mínima na riqueza material e espiritual criada pela coletividade³²⁰” (COUTINHO, 1999, p. 50).

Ao partir do pressuposto de que as políticas sociais são as formas pelas quais o Estado irá se organizar para responder às expressões da questão social³²¹, no modo de produção

³²⁰ “Esse mínimo, seguindo o que Marx já havia estabelecido em relação ao salário, não deve ser concebido apenas com base em parâmetros naturais, biológicos, mas deve ser definido sobretudo historicamente, como resultado das lutas sociais” (COUTINHO, 1999, p. 50).

³²¹ “A Questão Social é apreendida como um conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade” (IAMAMOTO, 1998, p.27).

capitalista, pode-se compreendê-las tanto como um controle da burguesia sobre o trabalhador quanto como resposta à pressão exercida pelos trabalhadores sobre o Estado.

As políticas sociais e a formatação de padrões de proteção social são desdobramentos e até mesmo respostas e formas de enfrentamento – em geral setorializadas e fragmentadas – às expressões multifacetadas da questão social no capitalismo, cujo fundamento se encontra nas relações de exploração do capital sobre o trabalho (BEHRING, BOSCHETTI, 2006, p 51).

As políticas sociais vão ser o ponto entre os interesses divergentes da classe trabalhadora – devido às formas de organizações e manifestações sociais que conquistam algo – e os interesses da burguesia que busca a produção e a reprodução do capital através da exploração da força de trabalho, “ou melhor, a política social, como um componente ou produto, que é, da velha e conflituosa relação entre Estado e sociedade, no marco das formações sociais de classe” (PEREIRA, 2008, p. 28); portanto, é em decorrência dessas diferenças que não tem a garantia, em sua amplitude, dos direitos de cidadania.

Por meio de intervenção do Estado, as políticas sociais assumem características específicas de acordo com o tempo histórico e o espaço. Durante a vigência do liberalismo, que vigorou de meados do século XIX até a terceira década do século XX, o Estado era mínimo, com a função apenas de assegurar a liberdade individual dos sujeitos e o mercado responsável pela organização da vida econômica e social, as políticas sociais eram negadas sob a alegação de que gerariam ócio e desperdício, o que faria com que os trabalhadores perdessem o interesse pelo trabalho assalariado (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

A transição do Estado liberal para o Estado de Bem-Estar Social tem como pontos fundamentais a organização do proletariado em busca da garantia dos direitos de cidadania e a crise da superacumulação, conhecida como o crack de 1929. No Estado de Bem-Estar Social, vivenciado nos países de capitalismo avançado, não de forma única, em meados do século XX, foi marcado, inicialmente, pela contestação do formato do Estado por buscar a garantia do pleno emprego, a expansão das políticas sociais, sendo o responsável por prestar serviços sociais universais e também por implantar uma rede de segurança de serviços de assistência social.

A partir da década de 1970, devido à forma de organização do modo de produção, tem a crise da acumulação capitalista e do aumento da inflação, não alcançando o pleno emprego, que era um dos pontos fundamentais desse modelo, assim como outros fatores – tendo como exemplo a crise do Petróleo³²² – e não devido à interferência do Estado ao garantir a

³²² Marcada pelas diversas variações do valor do petróleo na década de 1970, decorrente do entendimento de que este é um recurso natural que não se renova, e assim gera impactos diretos no desenvolvimento econômico dos países.

universalização dos serviços sociais e das políticas sociais. O Estado, a partir do ideário neoliberal, adota medidas de contraposição ao *Welfare State*, e as políticas sociais passam a ser consideradas gastos públicos, sendo então afastada a responsabilização do Estado.

No Brasil, que não vivenciou o Estado Bem-Estar Social, a atual conjuntura tem como base a contrarreforma do Estado³²³ influenciada por países centrais, com o objetivo da ascendência dos seus mercados. A contrarreforma do Estado, com a perspectiva do ideário neoliberal, impossibilitou a criação de mecanismos para efetivação universal do acesso aos direitos sociais estabelecidos pela Constituição Federal de 1988.

A partir desse viés, o Brasil apresenta-se atrelado ao mercado financeiro internacional e sem autonomia na elaboração, tanto da política social, como a econômica, manifestando diversas mudanças no âmbito estatal no procedimento de sua atuação da então citada. A gênese da estruturação conservadora do projeto neoliberal é na década de 1990, sendo as políticas não mais voltadas para atender necessariamente as demandas decorrente da população, já que se busca a restauração do lucro.

Tendo como base o ideário neoliberal, articula-se o trinômio para as políticas sociais: a descentralização, a privatização e a focalização. A descentralização da efetivação da política social, a privatização das ofertas dos serviços prestados e a focalização das políticas voltadas para a pobreza extrema.

Portanto, em meio a um sistema capitalista, não se terá a garantia plena dos direitos de cidadania, já que, nesse modelo, é fundamental a estruturação de submissão de uma classe sobre a outra; nesse cenário, aponta-se que é somente em um sistema que não tenha a subordinação de classes que atingiria a garantia, de forma ampla, de todos os direitos. A partir desses aspectos que é relevante destacar a importância do papel dos movimentos sociais, porém é indispensável que estes estejam, intrinsecamente, relacionados com a luta de classes já que só é por meio dela que poderá atingir a cidadania plena, a relação de opressor e oprimido se finde, e assim alcance a transformação social e a emancipação humana³²⁴.

³²³ “[...] uma contrarreforma conservadora e regressiva, diferente do que postularam os que a projetaram entre as paredes dos gabinetes tecnocráticos e inspirados nas orientações das agências multilaterais” (BEHRING, 2008, p. 171).

³²⁴ Compreende-se que é somente por uma mudança, no modo de produção e assim da ordem social, que se alcançará a “capacidade do homem desvelar e exercer a expressividade, perceber as contradições dialéticas do contexto social, interagir criativamente nas contingências e se restituir como sujeito a todo o momento, mediante o exercício de pensar sua condição humana” (SILVA, 2013, p. 753).

3. O MOVIMENTO LGBTQ E A LUTA PELO RECONHECIMENTO DE DIREITOS DE CIDADANIA

O Movimento LGBTQ, Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e *Queer*³²⁵, possui uma trajetória marcada por preconceitos, discriminações e violências, entretanto, não é isso que o define. Esse movimento é um espaço de reconhecimento de pessoas que não se encaixam em um padrão imposto pela sociedade, da hetero-cis-normatividade³²⁶, não-binária de gênero ou nenhum tipo que então os rotule. Ao contrapor-se aos modelos, por meio da articulação, tais pessoas desejam que seus direitos civis, de subjetividade, identidade e de orientação sexual, sejam visibilizados e assegurados. É necessário apontar que as demandas do Movimento LGBTQ não são, em si, políticas sociais. No entanto, decorrente do modo de produção capitalista, é preciso entender que a garantia de direitos sociais, para essa população passa a ser atendimento por meio de políticas sociais.

A luta da população LGBTQ, por garantia de direitos decorre de negações, violências e discriminações consolidadas na estruturação do modo de produção capitalista que se fundamenta na relação de exploração, dominação e opressão de classe, gênero, etnia e raça, e de orientação sexual ao privilegiar o homem burguês branco cis-hétero na busca da produção e reprodução do capital; a cultura machista, cis-heteropatriarcal³²⁷, racista, LGBTQfóbica³²⁸ compõem os processos capitalistas na produção de desigualdades e de violações a fim de estruturar as relações do capital (CISNE; SANTOS, 2018).

Foram os mecanismos de exclusão, foi a aparelhagem de vigilância, foi a medicalização da sexualidade, da loucura, da delinquência, foi tudo isso, isto é, a micromecânica do poder [...] a burguesia não se interessa pela sexualidade da criança, mas pelo sistema de poder que controla a sexualidade da criança (FOUCAULT, 1999, p. 38-39 *apud* ALMEIDA, 2016, p. 58).

É nesse sistema, com a sustentação das crenças, dos valores e das tradições, que se perpetua o padrão hetero-cis-normativo como forma de regulação, ao controlar a

³²⁵ *Queer* é um termo utilizado com o propósito de abrigar aqueles que não se encaixam nas normas heterossexuais e binárias de gênero.

³²⁶ Ao tratarmos de hetero-cis-normatividade estamos apontando um padrão que controla e força a orientação sexual, identidade e expressão de gênero dos indivíduos baseados na cisgeneridade e heterossexualidade. A cisgeneridade representa a identificação pelo sexo biológico, e a heterossexualidade a atração pelo sexo oposto (JESUS, 2012).

³²⁷ Patriarcado "designa uma formação social em que os homens detêm o poder, ou ainda, mais simplesmente, o poder é dos homens. Ele é, assim, quase sinônimo de 'dominação masculina' ou de opressão das mulheres" (DELPHY, 2009b, p. 173 *apud* CISNE; SANTOS, 2018, p. 43), porém coloca-se em foco a expressão cis-heteropatriarcal para pontuar a base da cisgeneridade e heterossexualidade no processo patriarcal.

³²⁸ A LGBTQfobia "corresponde à violência e às violências de direitos cometidos diretamente contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais em espaços públicos e privados" (CISNE; SANTOS, 2018, p. 124).

orientação sexual, a identidade e a expressão de gênero³²⁹ dos indivíduos, com a perspectiva de reproduzir a relação de exploração e de dominação capitalista, para que estes se encaixem nesse modelo, que é machista, racista e LGBTQfóbica, e contribuam para uma melhor produtividade do modo de produção do capital.

No Brasil, com base nos relatórios de 2017, 2018 e o parcial de 2019 do Grupo Gay da Bahia (GGB)³³⁰, decorrente da LGBTQfobia, registrou, no ano de 2017, o maior número de mortes da população LGBTQ, com 387 homicídios e 58 suicídios, totalizando 445 mortos. Em 2018, 420 mortos, 320 homicídios e 100 suicídios; nesse cenário, “a cada 20 horas, um LGBT é barbaramente assassinado ou se suicida vítima da LGBTQfobia, o que confirma o Brasil como campeão mundial de crimes contra as minorias sexuais” (GRUPO GAY DA BAHIA, 2018, p. 1). A partir de dados parciais, até o dia 15 de maio do ano de 2019, ocorreram 126 homicídios e 15 suicídios, totalizando 141 mortes desse segmento populacional, quase o total do ano de 2007.

O Movimento Homossexual, que hoje é conhecido como Movimento LGBTQ, teve sua emergência na Europa, no fim do século XIX, em busca da garantia e da legitimação dos direitos civis dos homossexuais e da descriminalização da homossexualidade como a bandeira fundamental para o ponto de partida. Os corpos, até então invisibilizados, se percebem como sujeitos de direitos como qualquer outro, desconsideram-se seres “anormais”, e passam a lutar por respeito e por poder ser quem realmente eram sem isso ser considerado crime. É devido à organização e à luta que avanços foram possíveis no que tange à descriminalização da homossexualidade e à visibilidade de pessoas que não se encaixavam no padrão hetero-cis-normativo na Europa.

Um marco para o Movimento LGBTQ, foi a chamada “Revolta de *Stonewall*”, decorrente das discriminações, preconceitos, agressões morais e físicas que gays, lésbicas, transexuais, bissexuais, travestis, *drag queens*³³¹ sofreram, em 1969, em Nova York por repressões policiais. Aquilo, que seria mais uma demonstração de discriminação do aparelho coercitivo do Estado, tornou-se símbolo de resistência desse segmento populacional, pois

³²⁹ Os termos orientação sexual, identidade e expressão de gênero possuem significados distintos; com base em Jesus (2012, p. 24-26), a orientação sexual é a “atração afetivossexual por alguém. Vivência interna relativa à sexualidade”, a identidade de gênero é o “gênero com o qual uma pessoa se identifica, que pode ou não concordar com o gênero que lhe foi atribuído quando de seu nascimento” e a expressão de gênero é a “forma como a pessoa se apresenta, sua aparência e seu comportamento”.

³³⁰ Não foi possível a utilização dos relatórios do Ministério dos Direitos Humanos, que agora inclui o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos devido a não disponibilidade no site oficial.

³³¹ O termo drag queen é utilizado para designar “artistas que fazem uso de feminilidade estereotipada e exacerbada em apresentações. [...] *Drag queens/king* são transformistas, vivenciam a inversão do gênero como diversão, entretenimento e espetáculo, não como identidade” (JESUS, 2012, p.18).

estavam cansados dos atos preconceituosos que os violavam como indivíduos de direitos e de aceitação (SIMÕES; FACCHINI, 2009).

Sendo assim, tornou-se influência para os países latino-americanos, no sentido de buscar respeito social, de igualdade, e que seus direitos fossem garantidos por um Estado repressor em um sistema capitalista, machista, racista e LGBTQfóbico. Em decorrência do acontecido no bar *Stonewall Inn*, considerou o dia 28 de junho como o Dia Internacional do Orgulho LGBTQ, e isso representou um marco para aqueles que, por muito tempo, viveram com medo e vergonha, em virtude de não se encaixarem em um padrão da hetero-cis-normatividade, binarista de gênero.

Para tratar da organização do Movimento LGBTQ, no Brasil, é necessário a utilização do que Green (2000) e Facchini (2002) definem como as “três ondas”: a primeira de 1978 a 1983, a segunda de 1984 a 1992 e a terceira de 1992 a 2005³³². Na “primeira onda” esse segmento populacional expressa uma característica politizada e revolucionária, em meio a uma conjuntura que estabelece o Estado como sendo autoritário, militar, que repreendia e censurava todo e qualquer tipo de manifestação popular. Na “segunda onda” do Movimento LGBTQ se distancia do caráter revolucionário, ao demarcar a busca pela garantia dos direitos de cidadania desse segmento populacional, contra as violências vivenciadas, pela descriminalização da homossexualidade e pela aproximação das formas de organização internacional. E na “terceira onda” é marcada pela articulação do Movimento LGBTQ com o Estado em busca de responder à epidemia da AIDS, o aumento da formação dos grupos e, assim, o fortalecimento por meio da união entre gays, lésbicas e travestis.

As primeiras políticas sociais no Brasil, voltadas para a população LGBTQ, decorrem do retrocesso com relação à visibilidade desse segmento populacional mediante a epidemia da AIDS. Sendo assim, volta a relacionar a homossexualidade a uma doença; nesse ambiente, culpa, principalmente, os homens homossexuais pela eclosão do vírus da AIDS, sendo a enfermidade considerada a “peste gay”. Em contraposição, o Movimento LGBTQ organizou mobilizações contra a epidemia, ao formular demandas para o poder público. A articulação entre o Programa Nacional de DST e AIDS com o Banco Mundial levou às criações do AIDS I (1994 a 1998), II (1998 a 2002) e III (2002 a 2006). Nesse espaço, projetos eram financiados e dentre esses estavam os do Movimento LGBTQ. Encontros organizados por essa população passaram a receber recursos do Estado por meio do Ministério da Saúde

³³² Anos apontados a partir de Feitosa (2017).

(MS) e a pauta dos direitos de cidadania, desse segmento populacional, passou a ser colocada no final da década de 1990 nas Comissões de Direitos Humanos.

Devido às diversas demandas do Movimento LGBTQ no Brasil e da articulação deste com o Estado, é lançado, em 2004, o programa “Brasil sem Homofobia” (BSH). Logo a sua implantação se deu por meio do Governo Federal, e foi estruturado pela Secretaria Especial dos Direitos Humanos, no governo do então presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva. Com o propósito da criação de uma política para combater a discriminação, a violência moral e física, o preconceito e a violação aos Direitos Humanos, foi possível o estabelecimento de Centros de Referência em Direitos Humanos e o Combate à Homofobia.

A partir da 1ª Conferência Nacional LGBT, em 2008, foi possível a implantação do Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, tendo como finalidade a efetivação de políticas que atendessem aos direitos, às necessidades, combater desigualdades, com o papel fundamental de inclusão social. Em 2011, na 2ª Conferência, não se foge do objetivo de que trata a anterior, mas sim tem-se uma explanação de planos e diretrizes com a intenção de políticas voltadas para a população LGBTQ, na esfera do Governo Federal, e da participação de ativistas da causa; essas diretrizes apontavam para demandas voltadas para o tripé da Seguridade Social: Saúde, Previdência Social e Assistência Social. A 3ª Conferência Nacional de Políticas Públicas LGBT ocorreu em 2016 e adotou o termo LGBTfobia com o fim de agregar todos que estão inseridos no movimento e pontuar a criminalização dos atos discriminatórios e preconceituosos contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. A partir do decreto de nº 9.453/2018, a 4ª Conferência estava prevista para acontecer em novembro de 2019.

Quadro 1: Conquistas da população LGBTQ no âmbito das políticas de saúde no Brasil

2007 - 2019
Publicização do Plano Integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de AIDS e outras DSTs, com ações para mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais;
Publicização do Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de AIDS e outras DSTs entre gays, homens que fazem sexo com homens e travestis;
Portaria nº 457/2008 do MS regulamenta as Diretrizes Nacionais para o processo transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS);

A instituição da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais pela portaria do MS nº 2.836/2011;

Na portaria nº 2837/2011 do MS aponta-se a redefinição do Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT;

Pela portaria do MS nº 2.803/2013, aponta-se a redefinição e a ampliação do Processo Transexualizador do SUS;

A inclusão das expressões “orientação sexual” e “identidade de gênero” nos documentos de identificação e notificação do SUS por meio da portaria do MS nº 2/2017.

Fonte: BRASIL. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília (DF), 2010. BRASIL. Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT. Brasília (DF), 2009. BRASIL. Texto Base da 1ª Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília (DF), 2007. BRASIL. Texto Base da 2ª Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos LGBT. Brasília (DF), 2011. BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST. Brasília, 2007. BRASIL. Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de AIDS e outras DST entre gays, HSH e travestis. Brasília, 2007. BRASIL. Relatório Final do Comitê Técnico de Cultura para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT. Brasília, 2014. BRASIL. Diário Oficial da União. Ano CLV nº 184. Brasília, 2018. BRASIL. LGBT: Adequação dos Sistemas de Informação em Saúde. Brasília, 2018. PEREIRA, Cleyton Feitosa. Notas sobre a trajetória das políticas públicas de direitos humanos LGBT no Brasil. In: Bauru, v. 4, n. 1, p. 115-137, jan./jun. 2016. REIDEL, Marina. Direitos LGBT no Brasil. 2017.

A partir do colocado no Quadro 1, observa-se que é durante os governos do presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003 a 2011) e de Dilma Vana Rousseff (2011 a 2016) que se teve uma maior articulação entre o Movimento LGBTQ e o Estado, além da efetivação da garantia dos direitos de cidadania dessa população, ao colocar em foco os anos entre 2009 e 2011.

As administrações do PT nos mostraram, fundamentalmente, que a luta por políticas públicas, no modelo vigente do sistema político brasileiro, requer a ocupação tanto dos espaços participativos convocados pelos governos quanto por fora das estruturas do Estado, nas ruas (FEITOSA, 2017, p. 72).

Em contraposição da garantia dos direitos da população LGBTQ, como um dos fatores, nota-se o crescimento do caráter conservador e fundamentalista, representado pela bancada evangélica com a articulação das bancadas ruralista e dos defensores do armamento civil – a “bancada BBB” (Bíblia, Boi e Bala) – esta é uma das maiores do Congresso Brasileiro e se expressa nas eleições de Marco Feliciano para presidente da Comissão de Direitos Humanos no ano de 2013; de Eduardo Cunha para presidente da Câmara dos Deputados em 2015; e no Golpe da então presidenta eleita Dilma Rousseff no ano de 2016, isso levou a retrocessos nos direitos de cidadania desse segmento populacional, pois, por meio do Legislativo, ainda não foi aprovado nenhum projeto de lei que trate da garantia de direitos dessa população,



como a PL de nº 5002/2013, que trata do direito à identidade de gênero, que foi arquivada (TREVISAN, 2018).

A eleição de Jair Messias Bolsonaro para a Presidência da República, em 2018, representa nitidamente essa onda de “paranoia política e fundamentalismo religioso [...] diferentes tendências conservadoras e autoritárias, de cunho ora nacionalista-populista, ora teocrático, ora militarista ou francamente fascista” (TREVISAN, 2018, p. 439) que se aflora no país, apresentando-se como o “novo”, porém tal onda não passa da velha política cristã repressora. O discurso de ódio que este propaga contra a população LGBTQ, “em 2002, ao afirmar não ser homofóbico, foi deprimente: ‘Não vou combater nem discriminar, mas se eu vir dois homens se beijando na rua, vou bater’” (TREVISAN, 2018, p. 441) e diversas outras falas, que atacam diretamente esse segmento populacional, acabam por demarcar retrocessos na garantia de direitos de cidadania e por validar os atos preconceituosos, as discriminações e violências contra as lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e *queer*.

É notório que as conquistas do Movimento LGBTQ, no Brasil, ainda são poucas e insuficientes, mediante diversas demandas, porém, considera-se um avanço na garantia de direitos de cidadania, ter a promulgação de planos e decisões judiciais que atendam a esse segmento populacional em uma estruturação de Estado neoliberal com características fundamentalistas e conservadoras. Sendo assim, é essencial que estes se organizem e pressionem o Estado para que se tenha a efetivação de novas políticas sociais.

4. CONCLUSÃO

Ao se ter em vista os aspectos apresentados, demarca-se o Movimento de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e *Queer*, no Brasil, como um elemento fundamental de autoaceitação dos diversos gostos e corpos, pela luta do reconhecimento e da garantia que essa população busca em ver seus direitos assegurados e assim não mais negados. A organização desse movimento foi responsável pela consolidação das conquistas já pontuadas no decorrer deste trabalho. Nesse cenário, os direitos foram garantidos em meio a uma estruturação do Estado neoliberal. Ao exercer, assim, um papel essencial para que esse segmento populacional, assim como qualquer outro, seja respeitado como sujeito de direito.

Ao levar-se em consideração que as políticas sociais, voltadas para responder às demandas do Movimento LGBTQ, ainda são poucas e insuficientes, é importante destacar que a garantia de direitos dessa população só foi efetivada a partir de decisões judiciais, e tal



movimento foi considerado como sujeito indispensável no processo de construção de demandas e propostas a serem respondidas pelo Estado. É fundamental salientar-se que essas demandas, para serem respondidas, de forma mais efetiva, necessitam de acompanhamentos de novos processos educativos que vise romper com crenças, tradições, valores e, principalmente, com as culturas machista, cis-heteropatriarcal, racista e LGBTQfóbica, estruturadas nesse modelo de produção e reprodução das relações de capital.

Embora seja nítida a impossibilidade de efetivação da igualdade, em um sentido pleno, no modo de produção capitalista, as mobilizações, as lutas e as diversas formas de manifestações do Movimento LGBTQ são de extrema importância, pois as conquistas já obtidas são construções históricas, logo, estão sempre tensionadas entre a efetivação e a negação. Não pode perder de vista a luta pela efetivação de direitos, sendo eles civis, políticos, sociais, de subjetividade, de identidade e de orientação sexual.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Davi da Costa. **Paradigmas do Estado moderno**: biopolítica, governabilidade e ética em Giorgio Agamben. Jundiaí: Paco Editorial, 2016.
- BAZAGA, Rochelle Gutierrez. As “Diretas Já”: uma Análise sobre o Impacto da Campanha no Processo de Transição Política Brasileira. In: **XXVII Simpósio Nacional de História**: conhecimento histórico e diálogo social. Natal, 2013.
- BRASIL. **Diário Oficial da União**. Ano CLV nº 184. Brasília, 2018.
- _____. **LGBT: Adequação dos Sistemas de Informação em Saúde**. Brasília, 2018.
- _____. **Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT**. Brasília, 2009.
- _____. **Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de AIDS e outras DST entre gays, HSH e travestis**. Brasília, 2007.
- _____. **Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST**. Brasília, 2007.
- _____. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília, 2010.
- _____. **Relatório Final do Comitê Técnico de Cultura para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT**. Brasília, 2014.
- _____. **Texto Base da 1ª Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília, 2007.
- _____. **Texto Base da 2ª Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos LGBT**. Brasília, 2011.
- BAZZARELO, Raphael Dutra; DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Movimentos Sociais e Serviço Social**: em termos do debate. Brasília: Revista Temporalis, 2015.
- BERHRING, Elaine; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social**: fundamentos e história. 4ª ed. vol 2. São Paulo: Cortez, 2006.
- BEHRING, Elaine. **Brasil em Contra-Reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. 2ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- CASTRO, Suzana de. **A origem do Estado moderno em Maquiavel e Hobbes**. Dossiê ética e política – vol. 2, 2017.
- CENCI, Ana Righi; BEDIN, Gabriel de Lima; FISCHER, Ricardo Santi. Do Liberalismo ao Intervencionismo: O Estado como Protagonista da (des)Regulação Econômica. In: **Constituição, Economia e Desenvolvimento**: Revista da Academia Brasileira de Direito Constitucional. nº4. Curitiba, 2011.
- CISNE, Mirla; SANTOS, Silvana Mara Moraes dos. **Feminismo, Diversidade Sexual e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2018.
- COSTA, Mila Batista Leite Corrêa da. As Relações de Trabalho, a Máquina e o Fato. In: **Revista do Tribunal Regional do Trabalho da 3ª Região**. v.51, n.81, p.91-105. Belo Horizonte, jan./jun, 2010.
- COUTINHO, Carlos Nelson. **Cidadania e Modernidade**. Rev. Perspectivas, São Paulo, 1999.
- DAGNINO, Evelina. Construção Democrática, Neoliberalismo e Participação: os dilemas da confluência perversa. In: **Política e Sociedade**. nº 5. p. 139-164. out. 2004.
- DUARTE, Marco José de Oliveira. **Diversidade Sexual, Políticas Públicas e Direitos Humanos: saúde e cidadania LGBT em cena**. Brasília: Revista Temporalis, 2014.
- FACCHINI, Regina. **Sopa de Letrinhas? Movimento Homossexual e Produção de Identidades Coletivas nos Anos 90**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- FACCHINI, Regina; SIMÕES, Júlio Assis. **Na Trilha do Arco-Íris**: do movimento homossexual ao LGBT. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2009.

- FARIAS, Flávio Bezerra. **O Estado capitalista contemporâneo**: para uma prática das visões regulacionistas. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2001.
- FEITOSA, Cleyton. **Políticas Públicas LGBT e construção democrática no Brasil**. 1ed. Curitiba: Appris, 2017.
- FRANÇA, Isadora Lins. Cada Macaco no seu Galho? Poder, Identidade e Segmentação de Mercado no Movimento Homossexual. In: **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. Vol. 21 nº 60: São Paulo: RBCS, 2006.
- FRY, Peter. **Para Inglês Ver**: identidade e política na cultura brasileira. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.
- GREEN, James Naylor. **Além do Carnaval**: a homossexualidade masculina no Brasil do século XX. São Paulo: Editora UNESP, 2000.
- GRUPO GAY DA BAHIA. **Pessoas LGBT Mortas no Brasil**: Relatório 2017. 2018. Disponível em: <https://homofobiamata.files.wordpress.com/2017/12/relatorio-2081.pdf> Acesso em: 27/09/2019.
- _____. **População LGBT+ Morta no Brasil**: Relatório 2018. 2019. Disponível em: <https://homofobiamata.files.wordpress.com/2019/01/relatorio-2018-1.pdf> Acesso em: 27/09/2019.
- _____. **Relatório Parcial por ocasião do Dia Internacional contra a Homofobia**. 2019. Disponível em: <https://homofobiamata.files.wordpress.com/2019/05/relatc3b3rio-gqb-parcial-2019.pdf> Acesso em: 27/09/2019.
- GUILHERME, Rosilaine Coradini; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. A Reforma do Estado e suas Implicações nas Políticas Sociais. In: **Revista Políticas Públicas**. vol. 14, nº 2. São Luís, 2010.
- IAMAMOTO, Marilda. **O Serviço Social na Contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 1998.
- JESUS, Jaqueline Gomes de. **Orientações sobre identidade de gênero**: conceitos e termos. Brasília, 2012.
- LACERDA, Paula; VIANNA, Adriana. **Direitos e Políticas Sexuais no Brasil**: mapeamento e diagnóstico. Rio de Janeiro: CEPESC, 2004.
- LAMPIÃO. **Saindo do Gueto**. n. zero, abr. Rio de Janeiro, 1978. Disponível em: <http://www.grupodignidade.org.br/wp-content/uploads/2019/04/01-LAMPIAO-EDICAO-00-ABRIL-1978.pdf> Acesso em: 25/09/2019.
- LAMPIÃO. **Fernando Gabeira - Fala, Aqui e Agora, Diretamente dos Anos 80**. ed. extra 01, dez. Rio de Janeiro, 1979. Disponível em: <http://www.grupodignidade.org.br/wp-content/uploads/2019/04/02-LAMPIAO-DA-ESQUINA-EDICAO-EXTRA-01-DEZEMBRO-1979.pdf> Acesso em: 25/09/2019.
- LENIN, Vladimir Ilitch. **O Estado e a Revolução**: o que ensina o marxismo sobre o Estado e o papel do proletariado na revolução. 1ed. São Paulo: Expressão Popular: 2007.
- MACHIAVELLI, Nicoló di Bernardo dei. **O Príncipe**. Porto Alegre: L&PM, 2019.
- MARX, Karl. ENGELS, Friedrich. **Manifesto do Partido Comunista**. São Paulo: Boitempo, 2010.
- _____. **Manifesto do Partido Comunista**. 3ed. São Paulo: EDIPRO, 2015.
- ATOS, Victor Chagas; LARA, Erick Baptista Amaral de (orgs.). **Dossiê LGBT+ 2018**. Rio de Janeiro, 2018.
- MONTAÑO, Carlos (orgs.). **O Canto da sereia**: crítica à ideologia e aos projetos do “terceiro setor”. São Paulo: Cortez, 2014.
- PEREIRA, Cleyton Feitosa. Notas sobre a trajetória das políticas públicas de direitos humanos LGBT no Brasil. In: **Bauru**. v. 4, n. 1, p. 115-137, jan./jun. 2016.
- PEREIRA, Potyara. **Política Social**: temas e questões. São Paulo: Cortez, 2008.



REIDEL, Marina. **Direitos LGBT no Brasil**. 2017. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/3100/5/Diretos%20LGBT%20Brasil%20-%20Minist%C3%A9rio%20dos%20Direitos%20Humanos%20-%20Marina%20Reidel.pdf>

Acesso em: 02/10/2019.

SANTOS, Silvana M. M. **Diversidade Sexual**: fonte de opressão e de liberdade no capitalismo. Vitória: Argum, 2017.

SILVA, Ivone Maria Ferreira da. **Questão Social e Serviço Social no Brasil**: fundamentos socio-históricos. 2ed. São Paulo: Papel Social; Mato Grosso: EdUFMT, 2014.

SILVA, Luiz Etevaldo. O Sentido e Significado Sociológico de Emancipação. In: **Revista e-Curriculum**. vol. 03, nº 11. São Paulo, set./dez. 2013.

TELLES, Vera. Sociedade Civil e os Caminhos (incertos) da Cidadania. In: **São Paulo em Perspectiva**. vol. 08, nº 4. São Paulo, 1994.

TREVISAN, João Silvério. **Devassos no Paraíso**: a homossexualidade no Brasil, da colônia à atualidade. 4ed, rev., atual. e amp. Rio de Janeiro: Objetiva, 2018.

VIANNA, Cláudia Pereira. **O Movimento LGBT e as Políticas de Educação de Gênero e Diversidade Sexual**: perdas, ganhos e desafios. Vol. 41 nº 3. Educ. São Paulo: Pesqui, 2015.

CUIDADO, GÊNERO E MATERNIDADE: UM ESTUDO SOBRE A DIVISÃO SEXUAL DO TRABALHO NO CUIDADO ÀS CRIANÇAS CARDIOPATAS

Livia De Paula Pupo

RESUMO: Durante o processo de hospitalização das crianças com cardiopatia congênita, observou-se que havia um recorte de gênero sobre os cuidadores presentes na Unidade de Cardiopediatria do InCor: mulheres. Muitas vezes, sozinha, ou contando com a ajuda de outras mulheres. A partir do estudo realizado, é possível afirmar que ainda há grandes desafios na construção igualitária entre homens e mulheres na esfera privada, em especial quando se trata da divisão de responsabilidade no que se refere ao cuidado e educação dos filhos e atividades domésticas no geral, causando sobrecarga no cuidador, que pôde-se evidenciar, que é a mulher.

PALAVRAS-CHAVE: cardiopatia congênita, cuidado, maternidade, gênero, relação sexual do trabalho.

ABSTRACT: During the hospitalization process of children with congenital heart disease, it was observed that there was a gender focus on the caregivers present at the InCor Cardiopediatrics Unit: women. Often, alone, or with the help of other women. From the study carried out, it is possible to state that there are still great challenges in the egalitarian construction between men and women in the private sphere, especially when it comes to the division of responsibility with regard to the care and education of children and domestic activities in general, causing overload on the caregiver, which could be evidenced, which is the woman.

KEYWORDS: congenital heart disease, care, maternity, gender, sexual intercourse at work.



IX CONASSS
CONGRESSO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE
XII SIMPSSS
SIMPOSIÓ DE SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE

30 anos do SUS: Território de Lutas e o Serviço Social na Saúde
Edição virtual, 22 a 24 de setembro de 2020

1546

1. INTRODUÇÃO

O interesse em estudar o tema se deu através da observação, no decorrer do estágio obrigatório realizado na Unidade Clínica de Cardiopediatria e Congênitos do Incor – que realiza atendimento para crianças, adolescentes e adultos com cardiopatia congênita – onde a entrega do cuidado dos pacientes, são, em sua maioria, delegadas às mulheres. As crianças hospitalizadas, ficam sob responsabilidade das mães, predominantemente, mesmo quando o pai reside no mesmo domicílio. Na falta das genitoras, outras mulheres, em especial as avós, assumem os cuidados.

No Brasil, segundo Ministério da Saúde (2017), as cardiopatias congênitas ocorrem em aproximadamente 8-10 por 1.000 nascidos vivos. Neste contexto, as malformações congênitas estão entre as principais causas de morte na primeira infância, sendo a cardiopatia congênita uma das mais frequentes e a de maior morbimortalidade, representando cerca de 40% das malformações (ROSA et al., 2013). Seu reconhecimento é extremamente importante, dada a rápida deterioração clínica e alta mortalidade, onde cerca de 20-30% das crianças morrem no primeiro mês de vida.

A doença tem repercussão na vida da criança, bem como na vida de seus familiares. “A maneira como essa doença é elaborada e integrada na vida da criança, influencia a estruturação de sua personalidade” (Lima, 1992). À vista disto, pode-se afirmar que toda criança cardiopata demanda cuidado, atenção, carinho, pois o vínculo afetivo aumenta a sensação de conforto e segurança dela, facilitando a adesão ao tratamento e servindo, portanto, como importante requisito para a diminuição do tempo de permanência e aceleração do processo de “cura”.

De acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua de 2017 (PNAD Contínua), divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), demonstra que as mulheres trabalham 20,9 horas por semana em afazeres domésticos e no cuidado de pessoas, quase o dobro das 10,8 horas dedicadas pelos homens. Esta análise está intimamente relacionada à divisão sexual do trabalho, que atribui às mulheres a organização do ambiente doméstico e o cuidado com os filhos, idosos e enfermos; e aos homens, considerados provedores, a manutenção da subsistência dos familiares, através do desenvolvimento de atividades laborais.

As considerações tecidas no transcorrer deste estudo sustentam-se a partir da observação que o gênero dá sentido à organização do cuidado em relação aos filhos com

cardiopatia, na medida em que são estabelecidos culturalmente e socialmente os papéis destinados às mulheres e aos homens.

São estas questões que serviram de alicerce às contribuições que foram construídas ao longo da elaboração deste estudo, as quais apontam a necessidade de reflexão sobre a importância do trabalho da(o) Assistente Social na intervenção junto às famílias das crianças cardiopatas, em especial às mulheres (mães) cuidadoras, que em muitas ocasiões encontram-se demasiadamente esgotadas pela intensa rotina de cuidado destinada às crianças com cardiopatia congênita, que ficam hospitalizadas na Unidade Clínica de Cardiopediatria e Congênitos do Incor.

Diante do exposto, o Serviço Social é chamado a intervir através da escuta qualificada, do estabelecimento de redes intersetoriais e de encaminhamentos. Este trabalho justifica a necessidade da construção de elementos para subsidiar as ações profissionais dos/as assistentes sociais na área da saúde, pois acredita-se que a problematização das questões apresentadas por este campo de atuação, tem fundamental importância na elaboração de novas ações com vistas à garantia dos direitos sociais dos usuários e suas famílias e, para a construção “de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero” (CFESS, 1999).

A metodologia utilizada para realização deste estudo foi pesquisa bibliográfica e observação.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. Conceito de Cardiopatia Congênita

A Cardiopatia Congênita compreende uma diversidade de malformações anatômicas que atingem a estrutura cardíaca ainda no desenvolvimento intrauterino do feto, porém, pode ser identificada muito tempo depois do nascimento da criança. As anomalias cardíacas ocorrem na parede do coração, nas válvulas ou nos vasos de irrigação sanguínea. A maioria delas é de etiologia desconhecida, porém, existem alguns fatores associados à maior incidência, como por exemplo a maternidade acima de 40 anos, fatores genéticos, entre outros. Considera-se que aproximadamente 1% das crianças nascidas vivas apresentam malformação cardiovascular e cerca de 6% dos casos são de causas desconhecidas.

Estima-se que a incidência da doença cardíaca congênita seja ao redor de 8 em 1.000 recém-nascidos vivos. Vários fatores genéticos e ambientais têm sido envolvidos na etiopatogenia das cardiopatias congênitas. Fatores

extrínsecos, como as doenças maternas (lúpus eritematoso sistêmico, diabetes, epilepsia), infecções (rubéola e outras viroses) e o uso de drogas (álcool, hidantoína, trimetadiona, ácido retinoico, lítio) podem também estar implicados na patogênese destas anomalias, embora a etiologia da maioria destes defeitos não seja completamente esclarecida (COLOMBO, SARAIVA, IZAR, 2019, p.1090).

No mundo, estima-se que 2% a 3% dos nascidos vivos tenham anomalias congênitas. Destas, as cardiopatias congênitas são as malformações mais frequentes, com incidência que varia entre 0,5% e 1,3%, segundo pesquisa realizada nos anos 2000 pela National Center for Health Statistics. Nos Estados Unidos da América (EUA), 44,5% dos nascidos vivos com anomalias congênitas que foram a óbito no primeiro ano de vida, tiveram algum tipo de cardiopatia congênita. Na América Latina, os defeitos cardíacos congênitos são a segunda maior causa de morte em crianças menores de um ano, tornando-se um significativo problema de saúde pública.

As doenças cardíacas congênitas afetam aproximadamente 1 em cada 125 indivíduos nascidos. Consequentemente, cerca de um milhão de bebês nascem com cardiopatias congênitas. Nove em cada dez desses recém-nascidos vêm ao mundo em áreas do globo onde o cuidado médico é inadequado ou inexistente. Dos 280.000 bebês que morrem a cada ano de anomalias cardíacas congênitas no período neonatal, mais de 250.000 não têm acesso ao cuidado que foi desenvolvido nos últimos 60 anos (Lawn; Cousens; Zupan, 2005).

No Brasil, as cardiopatias possuem uma prevalência de 6/1000 crianças nascidas vivas e nos últimos 15 anos esses dados vêm aumentando para 9/1000 crianças. Cerca de 70% dos pacientes com cardiopatias graves não chegarão aos 18 anos de idade. Essas doenças que afetam o sistema cardiovascular estão entre as principais causas de óbitos no mundo, chegando a aproximadamente 30% das estatísticas, segundo pesquisa realizada pela Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, em 2017.

A literatura destaca que os cardiopatas congênitos são considerados como população de risco de problemas emocionais e de comportamento, por tratar-se de doença crônica, diagnosticada precocemente ou na infância, por envolver métodos invasivos de diagnóstico e tratamento, como por exemplo a cirurgia e a hospitalização (Giannotti, 1996; Gantt, 2002).

A cardiopatia congênita afeta a estrutura familiar de forma material, emocional e nas suas relações sociais. É comum notarmos também como a relação dos pais com a criança é perpassada pela doença. Eles ficam tão impactados que vivem o desenvolvimento da doença e não o da criança. A possibilidade de perder o filho, a indefinição do diagnóstico, são fatores que podem causar uma intensa ansiedade, afetando a forma de se relacionarem (Giannotti, 1996).



A partir de todo exposto, observa-se que a cardiopatia congênita é uma doença crônica de extrema relevância para quem a possui, provocando inúmeras repercussões familiares, emocionais e sociais. O gênero e maternidade, de alguma forma, contribuem também para estas repercussões.

2.2. Correlação entre papel materno e cuidado

O papel materno, ainda nos dias de hoje, é relacionado à figura feminina e visto como uma atribuição específica da mulher, com base em sua capacidade de dar à luz e amamentar. O mito que envolve os processos de cuidado e os associa à maternidade foi engendrado pela ciência através do discurso médico, psicológico e filosófico, que agrega o amor materno e as práticas do cuidado a uma perspectiva instintiva, que teria correlação com as características construídas historicamente como inatas da mulher: sensibilidade, ternura e delicadeza.

Educar e criar uma criança é uma tarefa árdua, às vezes muito ambivalente e, exige muita dedicação. O cuidado, eminentemente, faz parte deste processo. Guimarães, Hirata e Sugita analisam os sentidos da palavra cuidado:

A palavra “cuidado” é usada para designar a atitude; mas é o verbo “cuidar”, designando a ação, que parece traduzir melhor a palavra care. Assim, se é certo que “cuidado”, ou “atividade do cuidado”, ou mesmo “ocupações relacionadas ao cuidado”, como substantivos, foram introduzidos mais recentemente na língua corrente, as noções de “cuidar” ou de “tomar conta” têm vários significados, sendo expressões de uso cotidiano. Elas designam, no Brasil, um espectro de ações plenas de significado nativo, longa e amplamente difundidas, muito embora difusas no seu significado prático. O “cuidar da casa” (ou “tomar conta da casa”), assim como o “cuidar das crianças” (ou “tomar conta das crianças”) ou até mesmo o “cuidar do marido”, ou “dos pais”, têm sido tarefas exercidas por agentes subalternos e femininos, os quais (talvez por isso mesmo) no léxico brasileiro têm estado associados com a submissão (GUIMARÃES; HIRATA; SUGITA, 2011, p. 154).

Apesar das mudanças significativas, desde a Antiguidade a mulher é considerada como a cuidadora dos filhos e o pai como o provedor da família. Na atualidade, as mulheres não são responsáveis apenas pela criação dos filhos, mas também realizam as atividades do lar e outras, ainda assim, trabalham. De fato, quando falamos sobre cuidados com os filhos, encontra-se mais artigos referentes ao cuidado da mãe com o filho do que do pai com o filho (BORSA e NUNES, 2011).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016), no Brasil em 2016 as mulheres dedicaram aos cuidados de pessoas e/ou afazeres domésticos cerca de 73% mais horas em comparação aos homens. Além disso, em 2009 foi observado um aumento de mulheres como chefes de famílias em 79% dos casos. Cabe lembrar que, em

2006, 90,4% das mulheres que trabalhavam fora de casa também eram responsáveis por cuidar das suas próprias casas com afazeres domésticos e demais atividades familiares, tendo por sua vez, trabalhar em ocupações com carga horária reduzida. Portanto, nos dias de hoje quebra-se o paradigma de que o homem é apenas o provedor e a mulher é responsável somente pelos afazeres domésticos.

A concepção de um filho está envolvida por um significado que está além da procriação: a capacidade biológica da gestação é convertida na determinação social que coloca as mulheres em uma posição de obrigatoriedade em relação à maternidade. A sociedade reproduz a narrativa na qual a maternidade é apresentada como puramente positiva e prazerosa. Mulheres que não se reconhecem neste sonho são alvos de julgamento, principalmente, quando o filho nasce com alguma doença crônica.

Mulheres que são mães, mas deparam-se – inevitavelmente – com desafios, dificuldades e até mesmo desprazeres que não estavam descritos no script da vida materna, podem vir a se sentir profundamente culpadas. Se externam como se sentem, são comumente tidas como “mães desnaturadas”. O significado desta expressão popular dialoga com esta discussão: desnaturado é aquele “que não é conforme aos sentimentos naturais”.

A partir das brincadeiras infantis, pode-se traçar observações tanto sobre a inserção das crianças no contexto social, como a criação de situações imaginárias, pela própria criança, a partir da apreensão da realidade na qual ela está inserida (VYGOTSKI, 1991). Para o autor, a brincadeira cria situações de aprendizado que mobilizam o desenvolvimento da criança, a partir de ideia de “brinquedo de menina” e “brinquedo de menino”. Por exemplo, se todas as referências femininas de uma menina forem de mulheres restritas ao espaço doméstico, é provável que a menina reproduza a realidade na qual a vida dela foi construída.

À vista do exposto, considera-se ser este um dos pontos que mais diferencia a maternidade da paternidade em nossa sociedade. As condutas ou papéis considerados “positivos” nos homens – como ser pai, por exemplo – podem também compor um padrão de masculinidade hegemônica. Contudo, tal papel não é entendido como um dever, mas como “algo a mais”: comumente um homem é elogiado por trocar as fraldas das crianças ou de cuidar delas quando estão doentes, ao passo que, se realizado pela mãe, não é nada além de sua obrigação. Se em algum momento entende-se que faltou à criança a devida proteção, a mãe é apontada como negligente. Não é tão comum que se escute a pergunta: “mas onde está o pai desta criança?”, tanto quanto se questiona o desempenho do papel materno.

A sociedade não apenas mitifica a maternidade, como também a sacraliza. O grande símbolo e exemplo materno ainda hoje é Maria, mãe de Jesus. Retratada como a mulher



santa, virtuosa, recatada, virgem, sofredora, ela é o arquétipo da maternidade. Mais de dois mil anos após sua passagem pela Terra, sua figura ainda recai sobre as mulheres. O que se espera de uma mãe é que ela seja pura, protetora, sublime, que se dedique de corpo e alma aos seus filhos, deixando de lado suas vontades, sua sexualidade e seus desejos para encarnar de maneira plena o papel de mãe e de esposa virtuosa.

A subordinação da mãe às necessidades da casa, dos filhos e do esposo aparece como tendência instintiva da mulher, como um “dever ser”, moralidade esta conhecida como altruísmo materno. Tal postura implica o desprezo do próprio desejo frente ao desejo dos outros e a aceitação de um lugar secundário na distribuição de recursos e benefícios grupais, ou seja, implica a aceitação da invisibilidade pessoal ao preço da sacralização da função (ROCHA-COUTINHO, 1994, p.39).

A criança que tem maior contato com a mãe na infância terá um maior desenvolvimento quando comparado às crianças que não tiveram esse vínculo, sendo importante salientar que culturalmente as crianças são criadas com maior aproximação da mãe no cuidado e afeto quando comparado à figura paterna (BORSA e NUNES, 2011).

Segundo Biroli (2017), a predefinição de atividades – o que é dever do pai e o que é dever da mãe – causam nas mulheres uma aflição exacerbada perante o cuidado com os seus filhos. E muitas das percepções sobre quem somos no mundo, o que representamos para as pessoas próximas e o nosso papel na sociedade, estão diretamente relacionados à divisão sexual do trabalho, que engloba tudo que foi abordado até agora neste estudo.

2.3. Divisão sexual do trabalho no cuidado às crianças cardiopatas

A divisão sexual do trabalho é decorrente das relações sociais entre os sexos. Esta divisão é marcada pelo estabelecimento de papéis sociais e sexuais, estes últimos utilizados para caracterizar “comportamentos e atitudes consonantes com o sexo do ator que os realiza” (Oliveira; Amâncio, 2002, p. 45).

Durante o tempo de estágio obrigatório na Unidade de Internação da Cardiopediatria do InCor, foi observado o quanto a divisão sexual do trabalho está presente no cuidado às crianças cardiopatas, pois além da unidade ser composta essencialmente por mulheres – desde mãe dos pacientes, até os profissionais de saúde – o próprio serviço diz algo acerca dessas mulheres-mãe, sobre cuidarem dos seus filhos, de estarem presentes, que esta obrigação seriam delas, muitas vezes, até, “esquecendo” que a criança tenha um pai, por sua ausência cotidiana. Além do mais, o papel de mãe é tão incorporado pelos profissionais de saúde que, muitas delas não são mais chamadas pelo seu nome, mas sim, de “mãezinha”.

Pode-se observar também, que a participação dos pais é bem diferente das mães. Primeiro que durante um ano de estágio, poucas (aproximadamente quatro) entrevistas foram realizadas com pais e, aproximadamente, mais de cem, foram realizadas com as mães. Durante as entrevistas, quando questionado à mãe sobre o pai partilhar do cuidado em relação a criança, a maioria das mulheres respondiam que a função dele é contribuir materialmente para a subsistência da criança, reforçando a lógica de que o exercício do cuidado deve ser efetuado exclusivamente pela mãe.

A visão dicotômica da divisão de papéis: homem trabalha fora para sustentar a família e mulher fica em casa como cuidadora, desencadeia uma divisão não igualitária de trabalho. Neste sentido, volta o papel atribuído às mulheres, diretamente vinculadas ao espaço privado com uma série de barreiras para alcançar autonomia e liberdade.

A recusa pela criança cardiopata também é um fato muito comum de ser encontrado, tanto para a mulher, mas, principalmente, para os homens. E ela acontece de forma ainda mais intensa, quando a criança nasce com outras doenças associadas, como por exemplo, a Síndrome de Down.

Durante a observação, também encontrou-se casos onde o homem culpabilizou a companheira pela cardiopatia do filho, tornando toda a situação mais complexa, abandonando tanto a esposa, quanto os filhos. Em outra situação, um bebê cardiopata foi a óbito e sua mãe estava sozinha em São Paulo com a criança, pois, sua família, morava no interior. Ao fazer contato com o pai, foi solicitado que ele viesse com o carro da funerária para acolher sua esposa durante a viagem, mas o mesmo negou-se, afirmando que somente ela era capaz de fazê-lo, pelo fato da mulher “aguentar mais” que o homem.

A divisão sexual do trabalho é uma construção cultural e coletiva que envolve crenças, valores e princípios. Ao longo dos anos, esta divisão vem passando por algumas alterações, provocando mudanças no interior das famílias, mostrando o fruto do empoderamento das mulheres.

Durante as entrevistas sociais, as mulheres eram questionadas sobre sua rede de apoio para o desempenho das atividades de cuidado com os filhos e, a maioria verbalizava contar com a ajuda das avós, de filhas mais velhas e dos companheiros, no caso das mulheres que são casadas. A rede de apoio destas mulheres, na maioria dos casos, não ultrapassa o grupo doméstico, na medida em que os membros que exercem a função de cuidadores vivem no mesmo espaço geográfico ocupado pelas mães (casa ou terreno). Foi também analisado que, as mães trabalhadoras, passam a contar com o auxílio de equipamentos públicos (creches, escolas, CCAs) e/ou de outras mulheres também.



Resta salientar que os papéis sociais de gênero devem ser compreendidos como construções calcadas pela sociedade e que são, antes de tudo, manifestações edificadas historicamente e influenciadas pelo contexto sociocultural, “onde o masculino e o feminino de determinada época e contexto, delimitam os direitos e deveres pertinentes ao homem e à mulher” (NEGUEIROS; FERES-CARNEIRO, 2004, apud BOTTOLI, 2011, p. 26).

2.4. Atuação do assistente social na Unidade de Internação da Cardiopediatria

O InCor é um hospital público universitário de alta complexidade, especializado em cardiologia, pneumologia e cirurgias cardíaca e torácica, se destacando como um grande centro de pesquisa e ensino. Para sua manutenção, conta com o suporte financeiro da entidade privada e sem fins lucrativos, a FZ – Fundação Zerbini.

A Unidade de Internação da Cardiopediatria é apenas uma das áreas de atuação da equipe de saúde do InCor HCFMUSP (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo). Nesta área encontra-se pacientes bebês, crianças, adolescentes e adultos, que tratam sua doença congênita.

Alguns pacientes e seus familiares permanecem longos períodos de internação sob os cuidados dos profissionais desta área, que é composta por uma equipe multidisciplinar completa: médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, educadores físicos, farmácia, fonoaudiólogos, entre outros.

A fim de tornar a internação do paciente e a permanência do acompanhante menos sofrida e dolorosa, os profissionais promovem momentos de distrações como atividades lúdicas, artesanato, teatro, músicas e festas temáticas.

Orientada pelos princípios da humanização, a Unidade abrange um ambiente físico colorido, alegre e acolhedor, paredes e pisos decorados e outros elementos atrativos, dentre eles um aquário, o que não é muito comum de se observar nas outras unidades do Instituto. Há também atividades de integração que são oferecidas para os pacientes, acompanhantes e familiares, que aspiram esclarecimentos e solidariedade.

O Serviço Social brasileiro integra o rol das profissões em saúde, tanto no plano legal, como através da legitimação social, a partir do conceito ampliado de saúde. Os assistentes sociais como profissionais de saúde são reconhecidos na Resolução nº 218, de 6 de março de 1997, do Conselho Nacional de Saúde e na Resolução do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) nº 383/1999.

O conhecimento profissional acumulado no tocante às competências e atribuições pertencentes ao Serviço Social são o alicerce que legitimam a importância da inserção destes profissionais nesta instituição.

A atuação dos Assistentes sociais na Unidade de Internação de Cardiopediatria concentra-se na intervenção direta junto aos pacientes e seus familiares, partindo do pressuposto de que o processo de cuidado e reabilitação não deve estar focalizado apenas nos atendimentos médicos e terapêuticos, o trabalho do assistente social visa a intervenção nos aspectos sociais que envolvem este processo, na medida em que busca a materialização dos direitos sociais das pessoas com cardiopatia e de suas famílias.

Em combate à alta taxa de mortalidade, é importante destacar que em 2017 foi criado o Plano Nacional de Assistência às Crianças com Cardiopatia Congênita, com o propósito de integrar todos os níveis da atenção no âmbito do SUS e promover acesso à serviços relacionados a cardiopatias infantis, como diagnóstico pré-natal, diagnóstico no período neonatal, transporte seguro de recém-nascidos, assistência cirúrgica e assistência multidisciplinar.

No tocante às atribuições específicas do Serviço Social desta Unidade, destacam-se: entrevista social; orientação às famílias e profissionais; supervisão de estágio; participação em reuniões de equipe multiprofissional e em estudos de casos; elaboração de estudos sociais (para encaminhamento para outras instituições como UBS, CRAS, CAPS entre outras); avaliação para transplante de coração, ações para desospitalização, orientação sobre benefícios assistenciais e previdenciários.

São efetuadas orientações às famílias sobre transporte para o deslocamento dos usuários até o Instituto do Coração, através de contatos com as Secretarias Municipais de Saúde e demais instituições da sociedade civil que disponibilizam esta ferramenta, garantida pelo TFD – Tratamento Fora de Domicílio, além de efetuar encaminhamentos a consultas com especialidades médicas, como mecanismo de promoção da saúde, bem como presta orientações com o intuito de facilitar o acesso às políticas sociais.

Além disso, realiza contatos e encaminhamentos à rede de atendimento sócio assistencial (de dentro e fora da Instituição), de nível Municipal, Estadual e Federal, com a finalidade de suprir as necessidades apresentadas pelas famílias. O assistente social da Unidade trabalha, principalmente, com as seguintes políticas: BPC – Benefício de Prestação Continuada; TFD – Tratamento Fora de Domicílio; Bilhete Único Mãe Paulistana – Política do Município de São Paulo. E com parcerias do 3º setor: ACTC, Casa do Coração – Associação

de Assistência à Criança e ao Adolescente Cardíacos e aos Transplantados do Coração e AAC - Associação Amigos do Coração.

Ou seja, o assistente social atua articulando todas estas demandas, atendendo, principalmente, os familiares das crianças cardiopatas.

3. CONCLUSÃO

Neste estudo, as mulheres se apresentam de uma multiplicidade de maneiras, como: mulheres, mães, cuidadoras, trabalhadoras, chefes de família, companheiras, filhas e avós. Além de trabalhar, são responsáveis por educar, cuidar, alimentar, ensinar... A mulher pode realizar todas estas atividades e também pode realizar todas outras que assim o queira fazer e, qualquer interferência de terceiros, pode resultar no cerceamento de sua autonomia.

É importante salientar que aqui não há uma análise determinista em relação ao gênero feminino. A questão não é considerar uma recusa destas atividades que a sociedade considera feminina – a mulher, enquanto sujeito, pode preferir ocupar o espaço doméstico, desejar a maternidade, apreciar a cozinha – mas sim da forma subjetiva e naturalizada que estas assumem, de caráter obrigatório.

A pesquisa revelou que pensar das tímidas mudanças dos homens na esfera privada, ainda é a mãe quem costuma passar a maior parte do tempo com os filhos, se responsabilizando pela assistência e educação dos mesmos. São elas quem deixam seus trabalhos, sua vida laborativa em prol dos cuidados do filho, pois o nascimento de uma criança cardiopata provoca alterações significativas nas dinâmicas familiares, na medida em que exige a presença de um cuidador e a readaptação de suas atividades cotidianas.

Dentre as poucas mães que ainda conseguem trabalhar por ter uma rede de apoio mais estabelecida, sua carga de atribuições é extremamente exaustiva, pois a rotina destas mulheres baseia-se em realizar os afazeres domésticos, levar os filhos a diversos tratamentos, acompanhamentos ambulatoriais, além de desempenhar funções relacionadas ao papel de esposa. Desta forma, a inserção no mercado de trabalho acaba trazendo uma autonomia relativa, pois está muito mais vinculada à necessidade financeira da família do que no que se refere a partilha das atividades da esfera privada.

Observou-se também, que o discurso das mulheres – mães das crianças cardiopatas, são muitas vezes, carregados pelo sentimento de culpa. Pelo fato da criança ter nascido com doença crônica e pelos próprios sentimentos de dor e perda que podem vir a ter – além de sentirem, em algum momento, a experiência da maternidade negativamente. O sentimento de



culpa é ocasionado pelo desencontro entre a vida real e a construção do ideal da maternidade: sacralizado e mitificado. Assim, é possível confirmar que a maternidade, ao ser socialmente considerada essencial, é definidora da identidade feminina.

Em relação a paternidade e aos homens, algumas considerações devem ser apontadas: a ausência do pai na Unidade de Cardiopediatria, não significa, em termos gerais, sua ausência na vida familiar, pois, como já discutido, o homem fica, a maioria das vezes, responsável pelos suprimentos materiais da família. Porém, evidencia a figura feminina ao cuidado, vez que o período de observação da pesquisa foi majoritariamente marcado pela figura feminina, principalmente mães e avós.

Os limites entre uma paternidade responsável e uma paternidade participativa são tênues, visto que o comportamento dos homens em ambos os casos pode ser muito semelhante. A diferença está no entendimento e consciência daquilo que o motiva a desempenhar seu papel, da forma em reconhecer que as atividades do cuidado em relação ao filho e ao mundo privado, fazem parte daquilo que ele também construiu, ou seja, é de sua responsabilidade tanto quanto é da mulher.

Diante destas considerações, à medida que mulheres e homens relacionam-se de forma desigual de poder, as relações entre si tornam-se hierarquizadas, legitimando-as a partir de representações naturalizadas dos papéis de gênero, fazendo com que as dimensões e aspectos históricos, políticos e culturais sejam considerados. Este fato leva a necessidade de intervenções que visam o atendimento das demandas apresentadas pelas mulheres. Neste sentido, o Serviço Social tem papel fundamental para a construção de estratégias de ação que objetivem a materialização dos direitos sociais tanto das mulheres – mães – cuidadoras, quanto das crianças cardiopatas e dos demais membros da família.

Na atuação direta com as famílias, as relações sociais de gênero não podem ser naturalizadas, mas sim, deve ser objeto de discussão e de intervenção para possibilitar que sejam vistas, avaliadas e ampliadas, pelo próprio usuário. Por exemplo, são mulheres que frequentemente procuram pelos assistentes sociais. Uma vez que estas, são postas no papel naturalizado de cuidadoras e responsabilizadas pelo bem-estar da família, há muito o que ser trabalhado. Diante deste fato, há um leque de possibilidades que podem ser exploradas na atuação profissional com essas mulheres.

Cabe ao assistente social, se aprofundar na questão e se apropriar das ferramentas necessárias para uma intervenção reflexiva e, possivelmente, libertadora para essas mulheres. Entender a realidade na qual ela vive, influenciada por determinantes sociais que



naturalizam seu modo de agir e de se relacionar, abre inúmeras possibilidades para que a mesma faça escolhas, das quais antes, não notava.

Porém, a falta de estudos aprofundados sobre a temática de gênero – desde a formação dos assistentes sociais – implica na impossibilidade de, efetivamente, agir em defesa dos direitos humanos, da autonomia e emancipação dos sujeitos, de forma completa, pois nosso trabalho não se pauta somente em suprir necessidades assistencialistas.

A ausência de uma perspectiva crítica acerca das relações sociais de gênero não é vislumbrada apenas na profissão, mas, também, nas políticas sociais, a exemplo da política de assistência social, assentada sob o cariz familista e pela matricialidade familiar, que implica a sobre a responsabilização de mulheres. Esse enfoque em que a mulher corporifica o grupo familiar diante das políticas estatais dirigidas à família, repete-se em parte significativa das políticas sociais brasileiras e orienta o trabalho desenvolvido por assistentes sociais, que imersos em uma perspectiva acrítica no que concerne esta discussão, reproduzem a lógica dos sistemas de dominação.

O trabalho, muitas vezes, se mostra desafiador diante dos limites institucionais e condições de trabalho que encontra nos espaços sócio ocupacionais. Porém, ainda sim, a autonomia profissional reflete nosso compromisso com o usuário.

REFERÊNCIAS

- BIROLI, F. *Gênero e Desigualdades, limites da democracia no Brasil*. Boitempo, 2017.
- BORSA, J.; NUNES, J. *Aspectos psicossociais da parentalidade: o papel de homens e mulheres na família nuclear*. Psicologia Argumento, p. 31-39, (2011).
- BOTTOLI, C. *Paternidade e separação conjugal: a perspectiva do pai*. Santa Maria/RS: UFSM, 2010. 141 F. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Direito. Centro de Ciências sociais e humanas. Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria/RS, 2010.
- COLOMBO, F. M. C.; SARAIVA, J. F. K.; IZAR, M. C. O. *Tratado de Cardiologia SOCESP*. São Paulo: Manole, 2019.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. *Resolução CFESS nº 383/99 de 29/03/1999. Caracteriza o assistente social como profissional da saúde*, 1999. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf. Acesso em: 16 de jan. de 2020.
- GIANNOTTI, A. *Efeitos Psicológicos das Cardiopatias Congênitas*. São Paulo: Lemos Editorial, 1996.
- GUIMARAES, Nadya Araujo; HIRATA, Helena Sumiko; SUGITA, Kurumi. *Cuidado e cuidadoras: o trabalho do care no Brasil, França e Japão*. Sociol. Antropol., Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 151-180, 2011.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Censo Demográfico 2010*. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>. Acesso em: 17 de jan. 2020.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Estatísticas de gênero. Indicadores sociais das mulheres no Brasil*. Rio de Janeiro: Ibege, 2018. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?viw=detalhes&id=288941>. Acesso em: 08 de fev. 2020.
- LAWN, J. E.; COUSENS, S.; ZUPAN, J. (2005). *4 million neonatal deaths: When? Where? Why?* Lancet., v. 365, n. 9462, p. 891-900.
- LIMA, A. *Pediatria essencial*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Ateneu; 1992.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Síntese de evidências para políticas de saúde. Diagnóstico Precoce de Cardiopatias Congênitas*. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS. *Growth Charts for the United States: Methods and Development*. 2000. Report No.: 246. 201. Series Report 11.
- OLIVEIRA, J. M.; AMANCIO, L. *Liberdades condicionais: o conceito de papel sexual revisitado*. Sociologia, Problemas e Práticas. Oeiras, nº 40, 2002. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0873-65292002000300004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 16 dez. 2019.
- ROCHA-COUTINHO, M. L. *Tecendo por trás dos panos: a mulher brasileira nas relações familiares*. Rio de Janeiro: Rocco, p. 249, 1994.
- ROSA, R. C. M. et al. *Cardiopatias congênitas e malformações extracardíacas*. Revista Paulista de Pediatria, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 243-251, 2013.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. *Cardiopatias Congênitas: Epidemiologia e Rede Assistencial de Alta Complexidade*. Governo do Estado de São Paulo, 2014.
- VYGOTSKI, L.S. *O papel do brinquedo no desenvolvimento e a formação social da mente*. 4ª ed., São Paulo: Martins Fontes. pp. 61-70, 1991.

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA: A IMPORTÂNCIA DE DISCUSSÃO TEÓRICA NO PROCESSO DE FORMAÇÃO NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS

Luciana Da Costa (UNIFESP)

RESUMO: Este artigo tem por objetivo discutir a importância da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, por parte dos Assistentes Sociais que atuam na área da saúde. Se trata da fragmentação e discussão realizada em meu Trabalho de Conclusão de Curso de 2018, onde foi abordado a necessidade de compreender que a questão racial e social é transversal, problematizando o comprometimento presente no código de ética profissional que ratifica a equidade. Conforme dados do IBGE a população negra é aproximadamente 51% de nossa sociedade e as pessoas atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS) são 70% negras ou pardas. Entendendo que o Serviço Social, teve grandes avanços no que diz respeito a questão racial, ratificar a importância de formação constante e compreender quem são os usuários do SUS, faz parte da formação contínua do Assistente Social.

PALAVRAS-CHAVE: Questão Social e questão racial, Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, Serviço Social, Sistema Único de Saúde

RESUMEN: Este artículo tiene como objetivo discutir la importancia de la Política Nacional para la Salud Integral de la Población Negra, por parte de los Asistentes Sociales que trabajan en el área de la salud. Se trata de la fragmentación y discusión llevada a cabo en mi Documento de Conclusión del Curso de 2018, que abordó la necesidad de comprender que el problema racial y social es transversal, problematizando el compromiso presente en el código de ética profesional que ratifica la equidad. Según los datos del IBGE, la población negra es aproximadamente el 51% de nuestra sociedad y las personas atendidas en el Sistema Único de Salud son 70% negras o marrones. Comprender que el Trabajo Social ha avanzado mucho con respecto a los problemas raciales, ratificando la importancia de la capacitación constante y la comprensión de los usuarios del SUS, es parte de la educación continua de los Trabajadores Sociales.

PALABRAS-CLAVE: Problema social y racial, Política Nacional para la Salud Integral de la Población Negra, Trabajo Social, Sistema Único de Salud

1. INTRODUÇÃO

Durante meu processo de formação na graduação em Serviço Social, realizei estágio obrigatório conforme plano nacional de estágio no CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), e a partir desta experiência foi possível verificar que os usuários que acessam ao equipamento em sua maioria são aqueles que vivenciam cotidianamente violência étnico-racial e de gênero, isto é, são pobres, negros e mulheres.

Este documento trata-se de fragmentos do Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social, apresentado em dezembro de 2018 na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Após o processo de graduação, entrei na Residência Multiprofissional em Saúde da Criança e do Adolescente em 2019 na UNIFESP e a partir das aulas elaboradas pela instituição, foi perceptível que não há discussão sobre saúde da população negra e muitos profissionais desconhecem esta política.

Dados de 2011 da Secretaria de Promoção de Igualdade Racial, trás que entre usuárias e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), 70% são pessoas negras e pardas, logo, a maioria da população atendida pelo SUS é negra e parda, sendo mais que necessário que os profissionais da saúde compreendam a necessidade da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).

A partir desta breve contextualização é possível analisar que a questão de raça possui tamanha importância no processo de formação, sendo extremamente necessário que se cumpra a Lei no 10.639 de 09 de janeiro de 2003 que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para incluir no currículo oficial da Rede de Ensino a obrigatoriedade da temática "História e Cultura Afro-Brasileira", e dá outras providências.

Conforme Art. 26-A.

Nos estabelecimentos de ensino fundamental e médio, oficiais e particulares, torna se obrigatório o ensino sobre História e Cultura Afro-Brasileira.

§ 1o O conteúdo programático a que se refere o caput deste artigo incluirá o estudo da História da África e dos Africanos, a luta dos negros no Brasil, a cultura negra brasileira e o negro na formação da sociedade nacional, resgatando a contribuição do povo negro nas áreas social, econômica e política pertinentes à História do Brasil. (Lei no 10,639, de 09 de janeiro de 2003)

Podemos ratificar que esta lei representa uma importante conquista do movimento negro em direção do combate ao racismo no Brasil, em consonância com o cenário internacional.

Conforme Braga, o texto das Diretrizes Curriculares da lei 10.639, formulado por Petronilha Gonçalves e Silva, informa sobre a referida legislação nesse texto.

Políticas de reparação e de reconhecimento formarão programas de ações afirmativas, isto é, conjuntos de ações políticas dirigidas à correção de desigualdades raciais e sociais, orientadas para oferta de tratamento diferenciado com vista a corrigir desvantagens e marginalização criadas e mantidas por estrutura social excludente e discriminatória. Ações afirmativas atendem ao determinado pelo Programa Nacional de Direitos Humanos, bem como a compromissos internacionais assumidos pelo Brasil, com o objetivo de combate ao racismo em todas as formas de ensino, bem como a Conferência Mundial de Combate ao Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Discriminações Correlatas de 2001 (BRASIL, 2004, p.12).

Não podemos pensar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, sem entender a questão social na sociedade brasileira não recorrendo a gênese do pauperismo, que está ligada às relações étnico raciais deste país, todavia, no processo de formação das Assistentes Sociais. Acredito, que através da formação e informação com mais aprofundamento da questão étnico-racial o Serviço Social conseguirá realizar a leitura necessária e uma análise de conjuntura assertiva referente a desigualdade racial e compreender melhor quem são os atingidos e finalmente entender que para uma práxis competente sua ação deve ir além da categoria classe social.

2. Questão Social para o Serviço Social

No Brasil a questão social, segundo a leitura explorada no serviço social, surge entre a década de 30 e 40 onde se inicia um novo modelo econômico e ao mesmo tempo em que emerge o Serviço Social brasileiro como profissão, o qual tem na questão social a base sócio-histórica de sua fundação. Como afirma GUERRA (2007) no que diz respeito a questão social para o Serviço Social, podemos dizer que ela surge como um importante elemento para o entendimento do papel e sentido dessa profissão na ordem burguesa. Mas não se pode compreender a relação Serviço Social e questão social sem as necessárias mediações do Estado e das políticas sociais, estas como a modalidade sócio-histórica através da qual o Estado enfrenta a questão social em momentos historicamente determinados visando a manutenção da ordem burguesa. Porém, o fato de a profissão não ter claro o debate acerca da questão étnico-racial dificulta, sobretudo, o pensar, o desenhar e o implementar políticas públicas específicas com esse recorte.

Se faz necessário ratificar que o projeto de mudança do modelo econômico no Brasil deu continuidade a práticas históricas de dominação, exploração conforme ocorrera no período da colonização sendo possível encontrar raízes deste sistema na contemporaneidade. As múltiplas manifestações da “questão social”, principalmente, quando se relaciona com o trabalho profissional do Assistente Social surge como demandas de

moradia, alimentação, creches, trabalho, saúde, etc.

A gênese da “questão social”, fundada na relação social determinante e própria da sociedade capitalista, na qual a riqueza produzida por toda a sociedade é apropriada privadamente, e de seu desenvolvimento na contemporaneidade, como “expressão de desigualdades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando em causa amplos segmentos da sociedade civil no acesso aos bens da civilização” (IAMAMOTO, 2001).

Defendemos a ideia de que a questão social no Brasil não pode ser analisada sem considerar as complexas relações étnico-raciais que estão na base da formação social brasileira, marcada por profundas desigualdades econômicas, sociais, culturais e políticas, fruto de quase quatrocentos anos de trabalho escravo. Não se pode pensar a questão social na sociedade brasileira contemporânea, sem recorrer à gênese do pauperismo, que está intrinsecamente ligada, como herança, às relações étnico-raciais que se conformaram neste país. Trata-se de apreender a particularidade desse fenômeno.

3. A Questão Racial

A questão racial se configura segundo Ianni citado em Pinto (2015) como

(...) um desafio do presente, mas tem sido permanente. Modifica-se ao acaso das situações, das formas de sociabilidade e dos jogos das forças sociais, mas reitera-se continuamente, modificada mas persistente. Esse é o enigma com o qual defrontam-se uns e outros, intolerantes e tolerantes, discriminados e preconceituosos, segregados e arrogantes, subordinados e dominantes, em todo o mundo. Mais do que tudo isso, a questão racial revela, de forma particularmente evidente, nuançada e estridente, como funciona a fábrica da sociedade, compreendendo identidade e alteridade, diversidade e desigualdade, cooperação e hierarquização, dominação e alienação.

A partir do século XIX o racismo se constitui com a ciência da superioridade branca e patriarcal, um racismo suficientemente sofisticado para manter os negros e os indígenas nas condições de subalternidade no interior da classe exploradas com a ideologia mais eficaz, a do branqueamento. A ideia de inferioridade do negro surgiu logo após a descoberta que a escravidão era imensuravelmente lucrativa, demonstrando sua potência como força para dividir, perturbar e desorientar classes oprimidas em uma sociedade exploradora.

Podemos afirmar que na sociedade urbana-industrial foi realizado a exclusão dos escravizados indígenas e negros de qualquer acesso aos meios de produção, principalmente, a terra com a criação de leis de terra, que como afirma Durans (2014) era o símbolo econômico e social de poder - que fora inexistente antes da dita libertação – que fossem



integrados como força de trabalho livre, bem como a restrição de bens, serviços, direito e políticas protetivas que os identificassem dentro da cidadania construída na recente nação capitalista. Em resumo, após aproximadamente quatro séculos de escravidão, sua libertação se deu sem nenhum acesso a bens ou quaisquer direitos.

O fim da mesma (escravidão) e o início do sistema capitalista de produção não representaram para a população negra brasileira uma melhoria das suas condições de vida que permaneceram extremamente precárias. Os ex-escravos e seus descendentes continuaram a ser tratados como inferiores e discriminados pela cor da pele, relegados à miséria e falta de perspectivas. Santos 2010, p.23 texto Durans (grifo nosso)

Com o fim da escravidão podemos afirmar que do ponto de vista econômico e social não houveram mudanças no que se refere aos ex-escravizados. Deixados à própria sorte, sem políticas sociais que os integrassem na sociedade, não tiveram acesso à educação, saúde, ao trabalho e ao voto, visto que para votar era necessário ser alfabetizados e a maior parte dos negros era analfabetos contribuindo para violação de direitos. Substituiu-se a mão de obra escrava por imigrantes da Europa com trabalho assalariado livre com a justificativa de que os ex-escravizados não eram qualificados para exercer atividades que não fosse vinculada a força física, restando continuar a sobreviver em condições sub-humanas de vida. Apesar da chamada abolição e do posterior reconhecimento das graves violações decorrentes da escravidão, após 130 anos à população negra continua em grande medida excluída econômica e socialmente do acesso a vários bens e serviços.

Ainda hoje, são frequentes as discriminações raciais, associando negras e negros a estereótipos negativos, de subalternidade, que reforçam sua marginalização social, econômica, política e cultural. Vale mencionar que são recentes as políticas de promoção da igualdade racial promovidas pelo Estado brasileiro, sendo que as primeiras tentativas de reconhecimento têm sua origem no governo de Franco Montoro em meados da década de 1980, com a implementação do Conselho de Participação e Desenvolvimento da Comunidade Negra.

O racismo é uma ideologia baseada em um suposto cientificismo ao afirmar a inferioridade biológica de uma determinada etnia, grupo racial ou grupo populacional em relação a outros. A ideologia racista trata-se de um fenômeno cuja dinâmica é atualizada ao longo do tempo nas estruturas das sociedades. Os significados que ele reproduz incidem sobre o tratamento dado aos grupos raciais, influenciando os acessos e as oportunidades. Desta forma o racismo cria ou potencializa as vulnerabilidades, impondo barreiras de acesso a direitos ou negligenciando necessidades.

Conforme o painel de indicadores do Sistema Único de Saúde (SUS) o racismo pode

ser compreendido pelas seguintes categorias:

- **Racismo interpessoal:** Refere-se a comportamento discriminatório que ocorrem entre e pessoas, correspondendo ao tratamento hostil, desrespeitoso e /ou excludente direcionado às pessoas negras, motivado pela crença em sua inferioridade devido sua cor/raça. (JONES, s/data, p.10-11)
- **Racismo institucional:** é o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude da sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultados do preconceito racial, uma atitude que combina estereótipos racistas, falta de atenção e ignorância.

Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações (CRI,2006, p.17)

Pinto (2003), nos afirma que o termo preconceito pode ser entendido com um conceito preestabelecido ou antecipado sobre indivíduos, grupos religiosos, grupos étnicos, comportamento sexuais, dentre outros. Este conceito pode ser favorável ou desfavorável a indivíduos ou grupos. Percebe-se historicamente que inerentes ao termo preconceito estão ideias e opiniões, inexatas, negativas e sem fundamentos sobre indivíduos e grupos alvo do preconceito.

4. O mito da democracia racial

A partir de 1930 surge uma nova ideologia, que se tornou dominante sendo divulgada internacionalmente consolidada por Gilberto Freyre em sua obra casa Grande e Senzala de 1933 ao qual foi disseminada e utilizada pelo Estado de que no Brasil não havia problemas raciais e que as raças viviam em plena harmonia. Tal afirmação dificultou a mobilização do movimento negro na luta contra desigualdade racial e culminou na não efetivação de Políticas Sociais voltadas para a população negra, se não existia problema não haveria necessidade de investimentos em tais políticas. A negação do racismo omitiu a responsabilidade do Estado em relação ao fato causando mudanças na forma de identificação social, que passou a ser valorizada pela cor e traços físicos, priorizando a aparência (IANNI,2004).

Na sociedade brasileira ainda é muito presente o mito da democracia racial, ou seja, acredita-se que se trata de um país sem preconceito racial camuflando o racismo existente. Abordar questões que estão diretamente relacionadas ao preconceito racial, é algo complexo

visto que ninguém se considera preconceituoso, porém sempre conhece alguém que é racista ou pessoas que foram vítimas de racismo o que contradiz a ideia de um país livre de discriminação. Santos compreende este mito como

[...] uma narrativa ideológica que nega a desigualdade racial, conseqüentemente o racismo, afirmando que entre negros e brancos existe uma igualdade de oportunidade. Ao negar o racismo, ele perpetua os estereótipos e preconceitos sobre os grupos étnicos marginalizados, pois somos levados a pensar que se existe igualdade de tratamento, e as desigualdades posições socioeconômicas são resultado da incapacidade de negros e índios que possuem culturas subalternas (SANTOS (s/n, p.3-4).

Em 2001 na cidade de Durban, África do Sul foi realizada a III Conferência Mundial contra Racismo, a Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlatas que possuiu como objetivo responsabilizar os Estados que utilizaram a escravidão a integrar os negros a sociedade, buscando garantir igualdade através de Ações Afirmativas. Se finda o mito da igualdade racial e o Brasil assume internacionalmente que é país de desigualdades.

5. Os dados da Desigualdades

Compreendendo que o mito da democracia racial ainda é presente em nossa sociedade, se faz necessário conhecer os dados das desigualdades e, sobretudo, quem são estes indivíduos que foram impossibilitados de ter acesso às questões básicas para sua subsistência. Para realizar esta análise, utilizou-se balizadores como território, educação e trabalho.

Pesquisa realizada anualmente pelo Pnad Contínua (Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio Contínua) elaborada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2016 e 2017, ratifica em mais um de seus resultados anuais o índice latente da desigualdade brasileira e quem são os atingidos. Também será utilizado dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). A partir desta amostragem podemos afirmar que a população negra é a mais afetada de forma negativa quando se fala dos níveis de educação, saúde, trabalho, território, etc.

5.1 Território

A partir do levantamento das pesquisas realizadas pelo IBGE é possível verificar onde os afrodescendentes estão e como vivem, sendo importante recorrer à história brasileira e sempre lembrar que a população afrodescendente, após a abolição da escravidão não teve direitos garantidos pelo Estado, assim desmistificando o mito da Igualdade Racial que em

pleno século XXI muitos ainda acreditam e afirmam que existe.

O Império brasileiro criou mecanismos aos quais impediam os ex- escravizados de terem acesso por exemplo a terra, instaurou a Lei de Terras em 1850, que possui em seu artigo 18 a explícita intenção de ocupar o País com os imigrantes para serem empregados



em substituição ao trabalhador e posseiro nacional. Conforme Jacino (2008, p.53) “ o Governo fica autorizado a mandar vir anualmente à custa do tesouro certo número de colonos livres para serem empregados, pelo tempo que for marcado, em estabelecimento agrícolas, nos trabalhos dirigidos pela Administração Pública, ou na formação de colônias nos lugares em que estas mais convierem.

Acredito que ao fazer este pequeno contexto histórico e ter como base a Lei de Terras nos possibilita compreender onde se concentra a vulnerabilidade social em sua contemporaneidade.

As informações coletadas se referem PNAD Contínua 2017 e representam a consolidação de dados de aproximadamente 168 mil domicílios que participaram da amostra da pesquisa ao longo dos quatro trimestres do referido ano e permite entender aspectos sociais e demográficos do País. Os dados apresentados demonstram que a população negra e parda está localizada em grande proporção na região Norte, Nordeste e Centro Oeste do Brasil, sendo na Região Norte 78,3%, Nordeste 70,6% e Centro Oeste 62,6%. Regiões que conforme dados já trabalhados possui grande índice de analfabetismo, desemprego e falta de saneamento básico.

No que se refere ao esgotamento sanitário o Nordeste possui 48,2%, Norte 69,2 e Centro Oeste 46,7% de residências que não possuem esgotamento sanitário ligada a rede de esgoto ou utilizam como estratégia outras formas de esgotamento e que refletem automaticamente em sua saúde e demonstram a falta de salubridade ao qual estas pessoas vivem. Regiões como Nordeste, Centro Oeste e Norte totalizam 174.5% de fossa não ligada a rede de esgoto ou outras formas de esgotamento que pode trazer males à saúde visto que a ausência de tratamento de esgoto traz doenças que afetam pessoas de todas as idades, mas as crianças são as mais prejudicadas. Conforme o Ministério da Saúde estas doenças são causadas principalmente por microrganismos patogênicos de origem entérica, animal ou humana, presentes em água contaminada.

Entre as Grandes Regiões, o percentual de domicílios com água canalizada variou de 92,2%, na Região Nordeste, a 99,8%, na Região Sul. A Região Norte apresentou a menor proporção de domicílios em que a principal fonte de abastecimento de água era a rede geral de distribuição 59,2%, enquanto a Região Sudeste, a maior 92,5%. Logo, é possível analisar que a região onde em sua população os negros são minorias o saneamento básico é mais distribuído.

As regiões apresentadas, onde o índice da população preta e parda é muito significativa e os dados por ora apresentados, nos leva a refletir que em pleno século XXI o



acesso a estes direitos básicos são escassos e ao comparar estas informações com regiões como por exemplo Região Sudeste onde a população é em sua grande maioria constituída por pessoas brancas, nos mostra o quanto ainda o processo escravagista e o modo de produção capitalista estão presentes nos tempos atuais.

5.2 Trabalho

Na metade do século XIX, o Império brasileiro criou uma legislação que teve como consequência a marginalização do negro no mercado de trabalho, lançando medidas que mantinham esta população entre um abismo social materializados pela escravidão. O impedimento de inserção social do negro liberto na nova estrutura social pós escravagistas ocorreu em vários setores e podemos afirmar que de maneira mais intensa foi no mercado de trabalho ou se melhor dizer no mercado de trabalho assalariado, impedindo a transição do trabalho escravo para o trabalho livre.

A partir do momento que compreendemos de como os ex-escravizados foram abandonados à própria sorte, sem nenhum tipo de respaldo do Estado brasileiro no período da “dita” libertação em 1888 é possível entender os dados que - até hoje - marcam as desigualdades desta população, bem como sofreram e sofrem com o desemprego, trabalho infantil, diferença salarial entre brancos e negros e as vagas nas atividades subalternas.

É possível afirmar que muitas vezes pretos e pardos e como mostram os dados em maior proporção mulheres, começam a realizar algum tipo de trabalho formal ou informal na infância com diferença salarial altas para colaborar com o sustento da família, o que os obriga a abandonar os estudos refletindo no grande índice de analfabetismo e na dificuldade destes para entrarem e permanecerem nas instituições de ensino superior mesmo com as recentes ações afirmativas existentes no país.

Conforme pesquisas realizadas pelo IBGE, no que se refere ao trabalho, pretos e pardos enfrentam mais dificuldades na progressão da carreira, na igualdade salarial e são mais vulneráveis ao assédio moral. "Só alcançaremos uma equiparação salarial entre negros e brancos em 2089, 200 anos depois da abolição da escravidão no Brasil. Isso se a desigualdade continuar diminuindo no ritmo que está", alerta a diretora-executiva da Oxfam. Esta afirmação é realizada através de análise dos dados do Instituto de Ipea e da Pnad, considerando rendimentos como salários, benefícios sociais, aposentadoria, aluguel de imóveis e aplicações financeiras, entre outros.



5.3 Educação

Após o período de abolição os negros foram impedidos de ter acesso a educação, assim o Estado criou durante anos antecedentes a abolição, mecanismos para que esta afirmação fosse efetivada com leis e decretos. O acesso a educação como se lia na Constituição de 1824 era somente reservado aos brasileiros. Em 1838 o governador de Sergipe, baixou um decreto onde proibia de frequentarem a escola pessoas com doenças contagiosas e os Africanos/as livres ou libertos/as (MOURA, 1988, p.96), No ano de 1872, só havia um quinto de brasileiros livres considerados alfabetizados. Contextualizar é necessário para compreender o motivo pelo qual o índice de analfabetismo no Brasil é maior entre pessoas pretas e pardas. No Brasil este índice permanece de forma desigual onde a população negra e parda ainda possuem dificuldade ao acesso à educação. Mesmo que estejam presente no ensino fundamental, muitos não concluem o ensino médio ou ensino superior.

A taxa de frequência escolar no ensino fundamental é menor em pessoas pretas e pardas. PINTO (2003), aponta que este fator se agrava dada a discriminação sofrida pela criança negra nas estruturas formal e informal existente nas escolas.

Ao analisar os dados do IBGE é possível verificar que 9,9% da população preta e parda são analfabetos contra 4,2% da população não negra. Sendo que a concentração maior de pessoas não alfabetizadas se encontra nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, conforme gráfico abaixo. Ao analisar este déficit na educação é possível verificar o porquê mesmo com as políticas de inclusão os negros ainda são minoria nas instituições de ensino superior.

Conforme Pnad Contínua pessoas de cor branca, assim como as mulheres, mantiveram sua estrutura educacional com percentuais mais elevados de conclusão de no mínimo, as etapas básicas obrigatórias. Em especial, 22,9% das pessoas de cor branca e 17,5% das mulheres, ambas com 25 anos ou mais de idade, possuíam o ensino superior completo em 2017. Dentre os homens, 42,6% eram sem instrução ou não chegaram a concluir o ensino fundamental e 13,7% tinham o ensino superior completo.

Entre as pessoas de cor preta ou parda, 47,4% não completaram nem a primeira etapa do ensino básico, uma proporção elevada, mas que obteve uma queda de 1,5% de 2016 para 2017. Por outro lado, o percentual de pessoas de cor preta ou parda com o ensino superior completo passou de 8,8%, em 2016, para 9,3% em 2017. As informações, aqui analisadas, a partir dos dados do IBGE, não possuem recorte de gênero quando se trata de pretos e pardos, sendo impossível verificar dentre os dados coletados quantas mulheres e homens pretos e

pardos estão no ensino superior.

6. DESENVOLVIMENTO

6.1 Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, uma discussão necessária.

Após compreender como se deu todo processo de abolição e pós abolição da escravatura e as consequências que perpassam no atual século, é perceptível como no Brasil existe uma desigualdade social latente. Compreender que a falta de acesso à educação, habitação, cultura, saneamento básico, etc. reflete de forma direta na saúde desta população é mais que necessário para entender o racismo institucional que podem acontecer como:

- Não divulgar, não implementar a Política Nacional da Saúde Integral da População Negra - PNSIPN.
- Não incluir as questões étnico raciais e racismo nas ações de educação permanente em saúde.
- Resistência na adoção de mecanismos e estratégias de não discriminação, combate e prevenção do racismo, sexismo e intolerâncias.
- Falta de investimentos na formação de profissionais.
- Dificuldade em priorizar e implementar mecanismos e estratégias de redução das disparidades e promoção da equidade.
- Ausência do recorte étnico/racial na produção de informações.
- Ausência da população negra nos materiais promocionais.

O processo de entendimento do que é saúde passou por várias transformações sendo que no início desta discussão compreendia-se saúde como ausência de doenças, porém, hoje a Organização Mundial da Saúde (OMS) entende que engloba o bem estar físico, social e mental.

Saúde conforme a Constituição Federal de 1988 em seu Art. 196 a saúde é 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

A Lei 8.080/90 instituiu o Sistema Único de Saúde, constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público.

Para o Conselho Nacional de Saúde (CNS) compreende que a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde.

A Lei 12.288/10 instituiu o Estatuto da Igualdade Racial e compreende em seu Art. 6º, o direito à saúde da população negra será garantido pelo poder público mediante políticas universais, sociais e econômicas destinadas à redução do risco de doenças e de outros agravos.

Esta lei que visam coibir a discriminação racial e estabelecer políticas para minimizar a desigualdade social existente entre os diferentes grupos raciais. Essa política tem como propósito a melhoria das condições sociais nas quais a população negra vivenciam e a desconstrução do racismo institucional no SUS. A PNSIPN traça diretrizes para que se consolide o direito a saúde com equidade, sendo a maior justificativa para sua existência o próprio SUS. Em um país de privilégios e desigualdades, pensar nesta política foi necessário para que a igualdade e universalidade do SUS seja consolidada. O objetivo Geral da PNSIPN é promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS.

7. CONCLUSÃO

Muito se discute a importância do Código de Ética de 1993 para a profissão, que ratifica o compromisso da categoria no que se refere a discriminação racial, a classe trabalhadora e movimentos sociais, esta afirmação fica evidenciado nos seguintes princípios:

III. Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras;

VI - Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças;

VIII - Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação-exploração de classe, etnia e gênero;

X. Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional;

XI- Exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminar por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual,

identidade de gênero, idade e condição física.

No que se refere ao Código de Ética profissional, Eurico chama a atenção para o compromisso da profissão e a real efetivação, trazendo para a discussão a dificuldade que os profissionais possuem para dar concretude a seus princípios. Para a autora o documento possui princípios que não dialogam com a realidade vivenciada pela população negra.

Entretanto, diante das conquistas históricas do projeto ético-político, expressas eticamente no Código de Ética de 1993, a busca de efetivação dos princípios que norteiam o trabalho do assistente social é um imperativo ético a perseguir. O combate ao racismo institucional e à discriminação por questões de raça/etnia se inscreve nesta lógica e a questão racial pode ser (2011, p.126)

No que se refere às diretrizes gerais da PNSIPN:

I – Inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da Saúde e no exercício do controle social na Saúde;

III – Incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra;

VI – Desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos, fortaleçam uma identidade negra positiva e contribuam para a redução das vulnerabilidades.

É importante compreender as necessidades latentes e imediatas para que esta discussão adentre em todos os espaços e compreendendo o código de ética do Serviço Social, fazer esta discussão é mais que necessário para a formação profissional dos Assistentes Sociais.

O objetivo e as hipóteses foram reafirmados, demarcando a ausência do debate sobre a PNSIPN sendo assim acredito ser necessário ter como pauta urgente a discussão sobre a questão étnico-racial no serviço social aos profissionais da saúde, para que desta forma estes profissionais adquiram ferramentas críticas e possam garantir o compromisso ético-político em favor da equidade e justiça prescrito no Código de Ética profissional.

E neste contexto, foi possível verificar que a produção e discussão referente a questão racial no serviço social é insuficiente e muito necessária, visto que a falta de materiais e discussões dentro da categoria impacta diretamente no enfrentamento da questão no exercício profissional.

É sabido que na 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 2003, foi anexada a questão racial entre as ações referentes à Gestão da Educação em Saúde:

Item 81: Modificar o modelo de formação dos profissionais de saúde, hoje centrado na atenção à doença, reformulando o currículo dos cursos dos profissionais de saúde, considerando temas teóricos e práticos relacionados com a promoção, a vigilância e a atenção integral à saúde, o controle social e o caráter multiprofissional e interdisciplinar das práticas de saúde. Incluir conteúdos disciplinares em informação e comunicação social sobre a diversidade étnica, cultural e racial do povo brasileiro, aspectos da subjetividade relacionados com a atenção e a educação em saúde, redução de danos, atenção básica e organização e funcionamento do SUS.

O preconceito se combate ou previne com informação e conhecimento.

REFERÊNCIAS

- A equidade racial e a educação das relações étnico-raciais nos cursos de Saúde. disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100208 acesso em 29/02/2020
- BRASIL. Lei Nº 12.288, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nos 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 21 julho 2010.
- Especial Consciência Negra: negros sofrem discriminação no sistema de saúde Disponível em: <http://youtu.be/JLwaE-zGmuE>. acesso 21/02/2020. Programa de Combate ao Racismo Institucional <http://www.youtube.com/watch?v=WST6lItiNqI>
- IANNI, Octavio. Dialética das relações raciais. Revista Estudos Avançados 18 (50), 2004.p. 21-30. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/ea/v18n50/a03v1850.pdf> >. Acessado em 02/07/2018.
- IANNI, O. A questão social. Revista USP, (3), 145-154.
<https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.v0i3p145-154>Ianni, O. (1989). A questão social.
- Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Conferência Sérgio Arouca: relatório final. Brasília; 2004. 232 p. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf [Links]
- Ministério da Saúde (BR). Pró-Saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. [citado 8 Out 2016]. Disponível em: <http://www.prosaude.org/> [Links]
- Presidência da República (BR). Lei n. 10.639, de 9 de janeiro de 2003. Altera a Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para incluir no currículo oficial da Rede de Ensino a obrigatoriedade da temática “História e Cultura Afro-Brasileira”, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 10 Jan. 2003. [Links]
- Ministério da Educação (BR). Resolução CNE/CP nº1, de 17 de junho de 2004. Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-Raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 22 Jun 2004. [Links]
- Oliveira NA, Meirelles RMS, Cury GC, Alves LA. Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: um debate crucial no contexto do Promed. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2008 [citado 23 Out 2016]. 32(3):333-46. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a08.pdf>. [Links]
- OLIVEIRA, R. A. de.et al. Equidade só no papel? Formas de preconceito no Sistema Único de Saúde e o princípio de equidade. Revista Psicologia para América Latina, v. 23, 2012.
- PCRUZ, Isabel F. da.Planejando 10 de dezembro - Dia Internacional dos Direitos Humanos visando a implantação da PNSIPN. Boletim NEPAE-NESEN [online], v. 9, n. 2, dez. 2011.
- PINTO, E. A.; BORGES, M. E. S.; PEREIRA, D. L.; SILVA, M. P. M. Transversalidade da questão étnico-racial no processo de implementação do Curso de Serviço Social na UFBA. In: Educação, desenvolvimento humano e responsabilidade social. Salvador: Fast Design, V.10, 2010, p. 13-34.
- PRANDINI, Paula. A cor na voz: identidade étnico-racial, educomunicação e história de vida. Belo Horizonte (MG): Letramento, 2018.



SERVIÇO SOCIAL, POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE E AFRO-BRASILEIROS: CONTEXTOS E DESCONTEXTOS

Maria Luisa Da Costa Fogari (TRIBUNAL DE JUSTIÇA)

RESUMO: O texto visa discutir as condições da saúde pública brasileira destinada aos negros, legitimadas pelo SUS. Para tal, selecionou-se como objetivo geral: - estudar como os afro-brasileiros foram e são tratados pela política de saúde; e, objetivos específicos: - compreender o papel do SUS e analisar o papel do Serviço Social diante desta demanda. Enfim, quais são seus contextos e descontextos?

Palavras-chave: Serviço Social, Saúde, Afro-brasileiros, Direitos

ABSTRACT: This text discusses the conditions of Brazilian public health for blacks, legitimized by SUS. To that end, it was selected as a general objective: - to study how Afro-Brazilians were and are treated in health policy and, specific objectives: - to understand the role of SUS and to analyze the role of Social Work in face of this demand. Anyway, what are their contexts and decontexts?

Keywords: Social Work, Health, Afro-Brazilians, Rights

1. INTRODUÇÃO

Esse estudo inicia-se com teor arcaico e ao longo das laudas, torna-se contemporâneo e essencial em ser considerado. Então, nós, profissionais assistentes sociais, façamos dessa problemática social, também, algo a ser pensado e (re)pensado nos espaços institucionais de atendimento aos usuários negros. Sem presságios e temor, conclui-se essa reflexão teórica, reforçando que se aguarda que a saúde para os afro-brasileiros seja legitimada no cotidiano das equipes multidisciplinares nos âmbitos públicos e/ou privados.

2. OS NEGROS BRASILEIROS: COMO TUDO COMEÇOU?

[...] o Brasil dá a impressão de um país em busca de uma fisionomia(IANNI, 1988, p. 3).

A entrada dos negros no Brasil Colonial provém da ideologia mercantil que envolvia os traficantes e a elite em ascensão. “Na Colônia, tudo estava polarizado entre o colonialismo organizado segundo os interesses do absolutismo português e o nativismo irrompendo aqui e ali.” (IANNI, 1988, p.3).

O absolutismo português preponderou por séculos no Brasil, enviando nossas riquezas para seu país, à custa de seres humanos que para cá vieram enclausurados, apartados de seus costumes, crenças, nação, enfim dos aspectos culturais inerentes a qualquer grupo social. Diante disso, suas raízes históricas também foram traficadas, formando uma sociedade plural e sincrética.

Para Munanga (*apud* EBC, 2012, p. 1), “[...] não foram os africanos que negaram suas próprias histórias, mas sim os ocidentais, por questões ideológicas e preconceituosas. E isso, acabou alienando a personalidade coletiva do próprio africano.”

A alienação da personalidade coletiva do povo africano, como citada, está atrelada às apreensões negativas e estigmatizadas lançadas pelos ocidentais. Em linhas gerais, estas estratégias ideológicas foram utilizadas para que se explorassem o Continente Africano. Inventaram uma mãe África infantilizada, dócil, cheia de mistérios e sincronias.

Fonseca (2007, p.5) descreve que:

Os intelectuais, ideólogos, cientistas naturalistas e humanistas corroboraram com a visão estereotipada, preconceituosa e racista acerca da África e de suas etnias bastante diversas, mas que foram tomadas como única, seja no grau de desenvolvimento social, científico, econômico, cultural e militar [...].

É neste âmago, entre visões estereotipadas, que os africanos passam a ser parte da formação social brasileira. Os objetivos das transações visavam somente lucros, que tinham

como meta ampliar a hegemonia europeia. Segundo essa declaração/apreensão os povos africanos foram inseridos na nossa estrutura social. “A grande lavoura escravista não criou a estrutura da sociedade brasileira, mas ligou-se a ela tão profundamente que as características específicas que introduziu acomodaram-se facilmente naquela estrutura.” (SCHWARTZ, 1988, p.215).

É Ianni quem descreve a vida do escravizado nos campesinatos, representados pela aristocracia agrária. Compartilha-se destes ensinamentos:

O manto imperial destinava-se a criar a ilusão de um Estado nacional em um país cuja sociedade civil estava dispersa na geografia e história, apoiada no trabalho escravo, na massa dos trabalhadores considerados de outra raça, outra casta. Uma população impossibilitada de circular em qualquer esfera de poder em que dominava o senhor, o branco, aquele que dispunha de ‘direitos’. Um manto imperial que dependia da legitimidade emprestada do absolutismo lusitano, dando a impressão de uma continuidade real imaginária. Uma legitimidade apoiada no centro na espada, à sombra da cruz (IANNI, 1988, p.3).

É debaixo deste manto imperial que se erigiram as bases sociais de nossa nação. Uma nação envolta em adversidades, injustiças, invasões e violações ao: direito à vida/liberdade, sinônimos singelos de que os negros e indígenas deveriam ter sido portadores. Neste percurso evidenciam-se as ações opressoras/repressoras no trato entre: burguesia e escravizados.

[...] a escravidão e a raça criaram novos critérios de status que permearam a vida social e ideológica da colônia. A grande lavoura possibilitou a recriação do ideal de nobreza: uma vasta propriedade fundiária onde o dono pudesse exercer um controle parcial sobre seus familiares e dependentes [...] (SCHWARTZ, 1988, p.215).

Para os autores Albuquerque e Fraga Filho (2006), os escravizados precisaram criar estratégias para deixarem a condição opressora, fugindo desta tribulação cotidiana, onde pudessem amanhecer e anoitecer, guarnecidos pelos holofotes culturais/sociais em que acreditavam. “[...] Os escravos podiam buscar refúgio em fazendas, povoados e cidades, onde podiam misturar-se aos negros livres e libertos, mas também recorriam aos quilombos.” (ALBUQUERQUE; FRAGA FILHO, 2006, p.118).

Entre revoltas e insurreições, com a privatização das terras e a chegada dos imigrantes, os negros foram “expulsos” mais uma vez. Agora, terão que ocupar os locais inabitáveis e miseráveis, ou seja, um celeiro de iguais em condições econômicas, sociais e culturais. Contudo, indaga-se: O que lhes oferecemos no Brasil contemporâneo?

Ianni (1988), no artigo “O Brasil Nação”, descreve que o contexto histórico brasileiro desvela o que vivenciamos atualmente, a herança dos traços marcantes permeados pelas desigualdades sociais, oriundas dos acontecimentos retrógrados.



Das senzalas aos quilombos, muitos remanescentes/quilombolas encontram-se embalados pela resistência e luta pela demarcação das terras. Porém, das senzalas às favelas, nas zonas urbanas, temos descendentes dos africanos submetidos às mais nefastas perversidades/injustiças sociais.

Em continuidade, diante de dados imersos em preconceitos, devido ao racismo presente no Brasil, indaga-se como decorre o atendimento na área da saúde para os afro-brasileiros? Entre contextos e reflexões passamos para o segundo tópico deste estudo.

2.1 Entre o passado e o futuro dos negros brasileiros: uma história de negações e extorsões de direitos. E a Saúde nos períodos: Colonial e Imperial? Como decorreu?

[...] à medida que um sistema social progride, criam-se e multiplicam-se as carências [...]. (IANNI, 2004, p.28).

Pelo fato deste estudo ter o propósito de demonstrar as condições da comunidade negra e saúde pública e o quesito racial, é coerente dissertar-se sobre o embate vivenciado por pelo menos três séculos e meio, por negros *versus* classe dominante.

Embasado em pesquisas e revisões de literatura, Domingues (2003) atenta que ocorreram pressões internas/externas para que o mercado de negros fosse substituído por outros negócios. Entre estereótipos que culpabilizaram o recuo nacional aos negros, estes são “libertos”.

Os povos africanos deixaram de atravessar o Atlântico, enquanto seres mercantilizados, porém, os “sobreviventes” a estas nefastas transações, foram depositados em cenas protagonizadas pelas mais nefastas adversidades sociais, econômicas, políticas e culturais.

A Lei Áurea, de 1888, ensejava somente “apagar”, “ocultar” ou “silenciar” as violências físicas, psicológicas, culturais e sociais sofridas pelos africanos no Brasil. Edmundo (*apud* MARINGONI, 2011, p.5), ao retratar as favelas cariocas, revela que:

Por elas vivem mendigos, os autênticos, quando não se vão instalar pelas hospedarias da rua da Misericórdia, capoeiras, malandros, vagabundos de toda sorte: mulheres sem arrimo de parentes, velhos que já não podem mais trabalhar, crianças, enjeitados em meio a gente válida, porém o que é pior, sem ajuda de trabalho, verdadeiros desprezados da sorte, esquecidos de Deus [...]. No morro, os sem-trabalho surgem a cada canto.

Destes presságios, escreve-se a partir de então, sobre as condições/atendimento à saúde dos negros no período colonial, que ao serem “adquiridos”:

[...] Caso não tivesse doenças, o homem adulto normalmente era vendido por preço mais alto do que mulheres e crianças menores de dez anos. Os fazendeiros que compravam todo um ‘lote’ de escravos muitas vezes

empenhavam colheitas futuras de café ou açúcar para pagá-los (ALBUQUERQUE; FRAGA FILHO, 2006, p.54).

Nos engenhos os escravizados eram acometidos por doenças, refletindo em altos índices de mortalidade (ALBUQUERQUE; FRAGA FILHO, 2006). O referido pesquisador retrata que os escravizados dos garimpos adoeciam, pois ficava o dia inteiro imersos nos rios, trabalhando na extração de ouro e pedras preciosas.

[...] Para evitar a morte prematura de seus cativos, os senhores mineiros frequentemente contratavam enfermeiros ou enfermeiras negros para cuidar dos que labutavam no garimpo. Para muitas doenças recorria-se às ervas típicas da medicina africana ou indígena (ALBUQUERQUE; FRAGA FILHO, 2006, p.76).

Impregnada em preceitos ligados ao catolicismo, o projeto Ibérico, previa que:

[...] a 'medicina da alma' deveria ser ministrada por padres, integrantes do clero secular ou das ordens religiosas, e se dirigir à limpeza e expiação dos elementos nocivos e diabólicos, enquanto aos físicos (como eram chamados os clínicos da época), cirurgiões e boticários caberia empregar seus conhecimentos e habilidades para trazer alento aos sofrimentos do corpo e melhorar as condições gerais de salubridade (EDLER, 2010, p.25).

Ainda relata que mesmo diante de resistências, por parte de religiosos e da medicina,

a:

[...] terapêutica popular ministrada por índios, africanos e mestiços dominava amplamente a prática curativa. O sopro e a sucção de forças ou espíritos malignos, o uso de amuletos e o emprego de palavras mágicas, juntamente com a aplicação de poções, unguentos e garrafadas harmonizavam-se com o universo espiritual sincrético [...] (EDLER, 2010, p. 26).

O pesquisador Edler (2010, p.28) cita, segundo Lourival Ribeiro (1971), que as doenças mais comuns entre os indígenas em 1500, foram: “[...] ‘febres’, as disenterias, as dermatoses, as pleurises e o bócio endêmico como sendo as moléstias prevalentes [...]”

[...] Os índios foram vítimas de doenças como sarampo, varíola, rubéola, escarlatina, tuberculose, febre tifoide, malária, disenteria, gripe, trazidas pelos colonizadores europeus, para as quais não tinham defesa imunológica (anticorpos ou defesas naturais que imunizam contra doenças). Junto com os escravos africanos, aportou também um novo tipo de malária em solo americano (EDLER, 2010, p.28).

Em se tratando dos negros, Edler (2010, p.31) descreve em seu texto que o escravo que laborava nas zonas rurais era mal alimentado, trabalhava intensamente, com poucas horas de descanso, sendo vítimas das atrocidades provenientes dos açoites dos chicotes, quando não atendiam aos “objetivos” de seus “proprietários”.

[...] No *Erário mineral* – farmacopeia (relação de produtos e procedimentos terapêuticos) escrita pelo cirurgião Luís Gomes Ferreira após longa experiência terapêutica na região mineradora – registram-se as ‘crises reumáticas’, ‘as febres com catarros’, as ‘chagas nas pernas’ que acometiam os escravos faiscadores, obrigados a permanecer com metade do corpo submerso nos leitos pedregosos de rios gelidos durante horas, mergulhando, tirando cascalho



e lavando. Estima-se que o tempo médio de vida nessas condições fosse de sete anos [...] (EDLER, 2010, p.31).

Para o estudioso, neste período a sociedade brasileira foi acometida por várias doenças, fazendo uso das ervas medicinais (indígenas) e das práticas curandeiras, ligadas à magia, trazidas pelos africanos. De outro modo, “[...] as boticas dos jesuítas eram, quase sempre, as únicas que existiam em cidades ou vilas [...]” (EDLER, 2010, p. 32). Era comum:

[...] fora do âmbito da invocação das figuras sagradas e dos santos, os negros com intuito de cura às suas enfermidades faziam orações. Estas orações eram de um ramo das práticas feitas pelos negros, os quais usavam determinadas palavras, plantas e animais, pois viam na natureza todo o ingrediente para tentar combater ou exterminar o surto de doenças endêmicas que tanto os assolavam (BORGES, 2009, p.79).

Por outro lado, ocorriam práticas de cura, de origem africana ou europeia, por exemplo: as sangrias, a extração de dentes, como abaixo comentam Albuquerque e Fraga Filho:

[...] A maioria dos escravos recorria aos Curandeiros ou curandeiras negras para se tratar de alguma enfermidade. Práticas de cura africanas e também européias, como a sangria por meio de sanguessugas, eram bastante praticadas por negros barbeiros nas ruas das cidades coloniais brasileiras. Não era difícil encontrar-se em alguma esquina ou praça um curandeiro negro em atividade. Além de extraírem dentes e prescreverem receitas para várias enfermidades, esses curandeiros davam conselhos e vendiam amuletos que protegiam o corpo da doença e da inveja (ALBUQUERQUE; FRAGA FILHO, 2006, p.104).

As doenças eram tratadas tanto pela medicina convencional, quanto pelas oferecidas por curandeiros (EDLER, 2010). “[...] Os brancos pobres, a gente de cor, escrava ou forra, soldados, marinheiros, forasteiros em geral, quando em estado de indigência, recebiam assistência espiritual e médica nos hospitais da Irmandade da Misericórdia [...]” (EDLER, 2010, p.36).

A cólera acometia principalmente as pessoas mais modestas, mal instaladas: os escravos e os proletários portugueses que começavam a sair para a corte. A principal medida profilática era o uso de calçados, mas isso nos escravos de ganho em especial era um impasse, pois a ausência de calçado do negro explicitava sua situação de cativo e o diferenciava do negro ou mulato liberto, nas duas opções o senhor de escravo correria o risco de perdê-lo (MICHELON; OLIVEIRA, 2012, p.3).

A lepra, doença muito comum no período, era “tratada” com medidas assistenciais, sendo os doentes enviados para abrigos, isolando-os do restante da população, aquém dos cuidados médicos e de um Projeto de Medicina Social (GALVÃO, 2009).

Atesta-se nos estudos apresentados que a saúde sempre esteve atrelada às condições sociais, culturais e econômicas. A vida insalubre e precária apresentada pelos

negros nos períodos Colonial e Imperial averbou as disseminações de doenças, que se proliferavam devido à higiene/moradia, alimentação, falta de lazer e descanso, etc.

Ainda sobre o período colonial, Galvão (2009), aponta que a preocupação maior estava com a limpeza, as fiscalizações de comércios de alimentos e as decorrentes em portos marítimos. Este encargo era destinado aos municípios.

2.2 E a Saúde? O Serviço Social enquanto possibilidade da garantia deste direito

[...] um dos maiores desafios que o Assistente Social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano (IAMAMOTO, 2004, p.20).

Ao descrever-se sobre saúde, questão racial e Serviço Social, no século XXI, demonstraremos principalmente as condições empreendidas pelos descendentes dos negros nas terras brasileiras.

Conforme Albuquerque e Fraga Filho (2006) as irmandades negras representaram uma artimanha socioeconômica criada entre os negros no Brasil, com o intento de acudir seus membros em suas necessidades básicas cotidianas, sendo que outras estratégias foram utilizadas para “abolir” com o sistema escravagista. “[...] Aos domingos e sábados, quando se encontravam nas igrejas, nas vendas ou nas suas festas, tramavam as revoltas; alguns movimentos eram organizados na Capital [...]” (LÉPINE, 2007, p.14). Semelhantes foram os suportes com vincos políticos que buscaram a introdução de atitudes que previam a equidade entre brancos e negros no Brasil.

Como resultados práticos a militância negra de intelectuais engajados em estudos sobre o racismo e anti-racismo tem conquistado espaço e notoriedade. Aliás, podemos afirmar que esta forma de luta tem conquistado vitórias importantes – cotas para negros (as) em universidades, no mercado de trabalho; campanhas publicitárias, capacitação para professores (as), etc [...] (CRUZ, 2006, p.85).

Apoiados em Cruz (2006), entende-se que os movimentos encabeçados pelos militantes/intelectuais negros e a inserção destes nos espaços políticos resultaram em vários documentos/leis/normas destinados àqueles que sofreram/sofrem com ações segregacionistas. A introdução da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra representa a efetividade de introduzirem-se políticas democráticas, com vistas a potencializar e levar afro-brasileiros a serem protagonistas de políticas públicas, convictas às suas realidades sociais, culturais, econômicas e políticas.

A construção desta política é resultado da luta histórica pela democratização da saúde encampada pelos movimentos sociais, em especial pelo movimento negro. É, outrossim, fruto da pactuação de compromissos entre o Ministério da

Saúde e a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, a fim de superar situações de vulnerabilidade em saúde que atingem parte significativa da população brasileira (BRASIL, 2007, p.9).

Levando-se em consideração a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) apontam-se as fragilidades sofridas por negros na esfera da saúde. Segundo Oliveira (2003, p.91) as maiores incidências, são:

[...] mortalidade precoce de afrodescendentes no Brasil; diabetes tipo II; hipertensão arterial; miomas uterinos; anemia falciforme; deficiência de glicose-6- fosfato desidrogenase; mortalidade infantil; mortalidade materna; síndromes hipertensivas na gravidez e mortalidade materna; raça e acesso às ações prioritárias na agenda de saúde reprodutiva; dados de estudos sobre a Lei de Planejamento Familiar, esterilização, cesárea e quesito cor; violência, violência de gênero, recorte racial/étnico e saúde; além de outras doenças nas quais há indícios de incidência expressiva em mulheres negras, tais como câncer cérvico-uterino, e no conjunto da população negra, como a infecção por HIV/Aids.

Com estes dados, cita-se que: “[...] algumas predisposições biológicas aparecem mais em determinados grupos raciais/étnicos. Diabetes tipo II, miomas, hipertensão arterial e anemia falciforme são doenças sobre as quais os dados empíricos são suficientes para demonstrar o recorte racial/étnico relativo à população negra.” (OLIVEIRA, 2003, p.96-97).

Pela primeira vez na história brasileira, o número de cidadãos negros é 6,5% superior ao de brancos. Estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), baseado em dados do IBGE, aponta que 97 milhões de brasileiros se declararam negros (pretos ou pardos) no último censo demográfico, ante 91 milhões de brancos (TORRES, 2011, p.1).

Mediante ao número expressivo de pessoas que se autodeclararam pretas e/ou pardas, demonstrar-se-á, a seguir, dados coletados do artigo: “Homicídios reduzem expectativa de vida dos negros”, o diretor do Instituto de Pesquisa Economia (IPEA) Daniel Cerqueira (2013), informou que: “[...] a probabilidade de o negro ser vítima de homicídio é oito pontos percentuais maior, mesmo quando se compara indivíduos com escolaridade e características socioeconômicas semelhantes.” (IPEA, 2013, p. 1).

Para Almir de Oliveira Júnior e Verônica Couto de Araújo Lima, respectivamente pesquisador do Instituto e acadêmica da área de Direitos Humanos da UnB, se no Brasil a exposição da população como um todo à possibilidade de morte violenta já é grande, ser negro corresponde a pertencer a um grupo de risco, pois a cada três assassinatos, dois são de negros. Somando-se a população residente nos 226 municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes, calcula-se que a possibilidade de um adolescente negro ser vítima de homicídio é 3,7 vezes maior em comparação com os brancos (IPEA, 2013, p. 1).

A pesquisa traz dados do artigo que escrevem em parceria com a Segurança Pública e Racismo Institucional, na quarta edição do Boletim de Análise: Político Institucional (BAPI) (IPEA, 2013, p. 1):

[...] que negros são maiores vítimas de agressão por parte de policiais que brancos. A Pesquisa Nacional de Vitimização mostra que 6,5% dos negros que sofreram uma agressão no ano anterior à coleta dos dados pelo IBGE, em 2010, tiveram como agressores policiais ou seguranças privados (que muitas vezes são policiais trabalhando nos horários de folga), contra 3,7% dos brancos.

Perante as lutas travadas pelos afro-brasileiros, no intento de buscar direitos, contrapondo as injustiças/desigualdades raciais após um trajeto que perdurou pelo menos uma década, aprova-se em 2010, o Estatuto da Igualdade Racial (BRASIL, 2010, p. 1). O documento define na esfera da saúde:

Art. 6º - O direito à saúde da população negra será garantido pelo poder público mediante políticas universais, sociais e econômicas destinadas à redução do risco de doenças e de outros agravos.

§ 1º O acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde (SUS) para promoção, proteção e recuperação da saúde da população negra será de responsabilidade dos órgãos e instituições públicas federais, estaduais, distritais e municipais, da administração direta e indireta.

§ 2º O poder público garantirá que o segmento da população negra vinculado aos seguros privados de saúde seja tratado sem discriminação.

O artigo acima define a garantia da saúde pública à população negra, propondo um olhar às doenças pertinentes a etnia, desconsiderando qualquer preconceito. Em prosseguimento, passa-se para o próximo artigo, sendo:

Art. 7º - O conjunto de ações de saúde voltadas à população negra constitui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, organizada de acordo com as diretrizes abaixo especificadas:

I - ampliação e o fortalecimento da participação de lideranças dos movimentos sociais em defesa da saúde da população negra nas instâncias de participação e controle social do SUS;

II - produção de conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra; III - desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação para contribuir com a redução das vulnerabilidades da população negra.

Em resumo, consta que a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra terá como norte: proporcionar meios para que surjam lideranças em defesa da saúde da comunidade negra, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a viabilização de pesquisas na área, meios de dinamização da comunicação e educação para os negros brasileiros.

Art. 8º- Constituem objetivos da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra:

I - a promoção da saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnicas e o combate à discriminação nas instituições e serviços do SUS;

II - a melhoria da qualidade dos sistemas de informação do SUS no que tange à coleta, ao processamento e à análise dos dados desagregados por cor, etnia e gênero;

III - o fomento à realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra;

IV - a inclusão do conteúdo da saúde da população negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde;

V - a inclusão da temática saúde da população negra nos processos de formação política das lideranças de movimentos sociais para o exercício da participação e controle social no SUS.

Parágrafo único. Os moradores das comunidades de remanescentes de quilombos serão beneficiários de incentivos específicos para a garantia do direito à saúde, incluindo melhorias nas condições ambientais, no saneamento básico, na segurança alimentar e nutricional e na atenção integral à saúde (BRASIL, 2010, p. 1).

Nota-se que os objetivos da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra vão ao encontro das lutas encabeçadas pelos movimentos sociais negros, ao longo dos séculos, décadas e anos. Assim, buscam reduzir as desigualdades e discriminações, aprimorando o sistema de informação do SUS, delimitando/quantificando quantos são atendidos. Ainda, possibilitando estudos voltados para a comunidade negra, capacitando os profissionais da saúde e formação de lideranças, enquanto controle social para a política de saúde – SUS.

Complementa-se. Uma vez que se buscará proporcionar de acordo com os artigos previstos pelo Estatuto da Igualdade Racial, os direitos sociais pós-Constituição Federal de 1988 e a função dos profissionais ligados ao Serviço Social, buscar-se-á proporcionar nos espaços institucionais ações que procurem romper com o processo segregacionista que se “desenrola há séculos neste país”. Deste modo, pretos/pardos deverão/devem ser inseridos nos espaços democráticos, ou seja, para fins de efetivação de programas direcionados à saúde da etnia negra.

Neste sentido, os direitos estão legitimados nas Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Integral da população negra (BRASIL, 2007, p.37-38), que prevê:

Inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde; Ampliação e fortalecimento da participação do Movimento Social Negro nas instâncias de controle social das políticas de saúde, em consonância com os princípios da gestão participativa do SUS, adotados no Pacto pela Saúde; Incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra; Promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas; Implementação do processo de monitoramento e avaliação das ações pertinentes ao combate ao racismo e à redução das desigualdades étnico-raciais no campo da saúde nas distintas esferas de governo; de processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos, fortaleçam uma identidade negra positiva e contribuam para a redução das vulnerabilidades.

Após os dados contemplados, questiona-se: Como conquistá-los?

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS



Encerramos este estudo apontando que será de extrema relevância, os assistentes sociais serem capacitados para atender as necessidades emergenciais/preventivas, relacionadas à saúde dos afro-brasileiros. Para tal, a formação profissional deverá contemplar tais especificidades, se comprometendo com os parâmetros do Serviço Social na saúde e suas atribuições privativas, com a possibilidade de discutir-se e sugerir-se a inserção de conteúdos explicativos que reportem a essa temática.

É extremamente necessária a inserção dos assistentes sociais nas políticas de saúde previstas/destinadas aos afro-brasileiros, com a intenção de os nortear em aos espaços de luta, para que militem na busca constante pela proposição de seus direitos, que são legítimos e previstos no Estatuto da Igualdade Racial (BRASIL, 2010) e PNSIPN (BRASIL, 2007).

Enfim, descrevemos que se observa que a comunidade negra continua “refém” do poder hegemônico brasileiro, vivenciando várias negligências no âmbito da saúde pública oferecida pelo SUS. Neste âmbito, não seriam estes os ranços dos preconceitos herdados dos séculos vivenciados pelos escravizados? A resposta é apresentada por Jurema Werneck (2014), coordenadora da ONG Criola, quando em entrevista a questionaram: Que tipos de agravos mais afetam a população negra?

Morremos mais das doenças cardiovasculares, causas externas, doenças degenerativas, neoplasias... O diferencial para nós é a incidência precoce, o agravamento precoce e a desassistência. Temos taxas de morte precoces de doenças cardiovasculares, que poderiam ter sido tratadas, poderiam ser resolvidas com o que o sistema já tem. E não são. Por exemplo, está na literatura que a hipertensão arterial tem maior incidência na população negra. Ainda assim, não há estratégia que dê atenção a esse fato. O que vemos é que, apesar de se ter essa informação científica, o sistema de saúde não desenvolve ação para acesso ao diagnóstico precoce e a um tratamento com qualidade. Existe, por exemplo, controvérsia em relação a uma medicação oferecida no SUS, o captopril, que a literatura diz que não tem na população negra o mesmo efeito apresentado na população branca. Mas o captopril continua sendo medicação prioritária do SUS sem considerar esse fator. Essa negligência agrava os casos mais precocemente e o paciente pode terminar morrendo. Entre o surgimento da doença e a morte haveria uma série de ações do sistema, que não se realizam. Isso não envolve nenhuma técnica inovadora (WERNECK, 2014, p. 1).

Enfim, assenta-se que a violação da dignidade dos afro-brasileiros no cenário da saúde pública brasileira contemporânea é algo a ser superado, banido, pesquisado e prescrito pelos profissionais adjacentes a esta política pública. Deste modo, sem entraves, contenções e manipulações: mãos à obra!

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Wlamyra R. de; FILHO, FRAGA W. **Uma história do negro no Brasil**. Salvador: Centro de Estudos Afro-Orientais. Brasília-DF: Fundação Cultural Palmares, 2006.
- BORGES, Aricelle Silva. A saúde no Brasil oitocentista: algumas abordagens sobre as epidemias e as transformações na medicina e no pensamento social. In. SEMANA DE HISTÓRIA. SABERES HISTÓRICOS E A SALA DE AULA: Diálogos, Convergências e Divergências, 12., 2009, Campo Grande-MS. **Anais eletrônico...** Campo Grande: UFMS, 2009. Disponível em: <http://www.cptl.ufms.br/hist/ndhist/Anais/Anais%202009/Artigos/GT02_historia_cultural/5_a_ricelle_silva_borges_saude_brasil_oitocentista.pdf> Acesso em: 25 out. 2013.
- BRASIL. Lei n. 12.288, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nºs 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília-DF: 21 jul. 2010, n. 138, seção I, p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12288.htm> Acesso em: 20 out. 2013.
- _____. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília-DF: SEPPPIR, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf> Acesso em: 25 out. 2013.
- CRUZ, Leonardo Borges da. "Para Além do Racismo". **Ethnos Brasil**, São Paulo, ano 5, n. 5, São Paulo: NUPE/UNESP, 2006.
- DOMINGUES, Petrônio. **Uma história não contada**: negro, racismo e branqueamento em São Paulo no pós-abolição. São Paulo: Senac, 2003.
- EBC. Empresa Brasil de Comunicação. Kabengele Munanga fala sobre História da Diáspora Africana. 2012. Disponível em: <<http://www.ebc.com.br/educacao/2012/10/kabengele-munanga-fala-sobre-historia-da-diaspora-africana>> Acesso em: 25 out. 2013.
- DLER, Flavio Coelho. Saber médico e poder profissional: do contexto luso-brasileiro ao Brasil Imperial. In: PONTE, Carlos Fidelis (Org.). **Na corda bamba de sombrinha**: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: COC/EPSJV-FIOCRUZ, 2010. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/cap_1.pdf> Acesso em: 25 out. 2013.
- FONSECA, Dagoberto José. Qual África? apontamentos, indagações e reflexões. **Nupe: Revista do Núcleo Negro da Unesp para Pesquisa e Extensão**, n. 1. p. 3-12, 2007.
- GALVÃO, Márcio A. Moreira. Origens das políticas de saúde pública no Brasil: do Brasil - Colônia a 1930. Ouro Preto-MG, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/origem_politicas_saude_publica_brasil.pdf> Acesso em: 25 out. 2013.
- IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 2004.
- IANNI, Octavio. O Brasil Nação. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.2, n. 4, p. 2-7, out./dez., 1988. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v02n04/v02n04_01.pdf> Acesso em: 21 out. 2013.
- _____. **Raças e classes sociais no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 2004.
- IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Homicídios reduzem expectativa de vida dos negros**. 2013. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=20248&catid=8&Itemid=6> Acesso em: 25 out. 2013.
- LÉPINE, Claude. Caminhos da construção de uma consciência negra. **Nupe: Revista do Núcleo Negro da Unesp para Pesquisa e Extensão**, São Paulo, n. 1, p. 13-18, 2007.
- MARINGONI, Gilberto. História: o destino dos negros após a Abolição. **Desafios do Desenvolvimento**, Brasília-DF, ano 8, ed. 70, 2011. Disponível em:



<<http://desafios.ipea.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2673:catid=28&Itemid=23>> Acesso em: 25 out. 2013.

MICHELON, Mateus Rodrigues de Oliveira; OLIVEIRA, Carlos Daniel Rodrigues de. A cidadania das mulheres, imigrantes e os direitos dos escravos no século XIX. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 17, n. 3411, 2 nov. 2012. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/22914>>. Acesso em: 25 out. 2013.

OLIVEIRA, Fátima. **Saúde da população negra: Brasil ano 2001**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

SCHWARTZ, Stuart B. **Segredos internos: engenhos e escravos na sociedade colonial (1550-1835)**. Tradução Laura Teixeira Motta. São Paulo: Cia das Letras/CNPQ, 1988.

TORRES, Fernando. Negros são maioria no país. **O Tempo**, 17 maio 2011. Disponível em: <<https://www.otempo.com.br/diversao/magazine/negros-sao-maioria-no-pais-1.369180>> Acesso em: 25 out. 2013.

WERNECK, Jurema. 'Internalização do racismo afeta a saúde'. Geledés: Instituto da Mulher Negra, 4 jul. 2014. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/internalizacao-racismo-afeta-saude-por-jurema-werneck/>> Acesso em: 31 ago. 2014.

OS NEGROS E O ACESSO AO SUS: UMA EXPERIÊNCIA DE ESTAGIO EM SERVIÇO SOCIAL NO AMBULATÓRIO DA ONCOLOGIA UFPEL/EBSERH

Natália Ferreira Pereira (Universidade Católica De Pelotas); Alessandra Ballinhas De Moura (UFPEL/EBSERH); Vini Rabassa Da Silva (Universidade Católica De Pelotas)

RESUMO: O presente trabalho é uma experiência de estágio curricular do Serviço Social da Universidade Católica de Pelotas, com os dados obtidos através da investigação com mulheres negras em tratamento oncológico da Unidade de Assistência de Alta Complexidade – da Universidade Federal de Pelotas/EBSERH. Trata-se de um hospital Escola, que atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde, ao qual realiza a prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico e tratamento do câncer.

Palavras chaves: Sistema Único de saúde, negros, políticas sociais, Oncologia, Serviço social

ABSTRACT: The present work is a curricular internship experience of the Social Service of the Catholic University of Pelotas, with the data obtained through the investigation with black women undergoing cancer treatment at the High Complexity Assistance Unit - of the Federal University of Pelotas / EBSEH. It is a teaching hospital, which serves exclusively through the Unified Health System, which provides specialized assistance of high complexity for the diagnosis and treatment of cancer.

Keywords: Unified health system, blacks, social policies, oncology, social work

1 INTRODUÇÃO

O Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas (HE UFPel) é um hospital 100% SUS, e conta com pronto atendimento em Ginecologia e Obstetrícia, ambulatórios, serviços de apoio e diagnóstico sendo referência na oncologia. Por ser um hospital escola da Universidade Federal desenvolve o ensino atendendo alunos de cursos de graduação, conta com programas de residências, além de ser um espaço de pesquisa e extensão.

O serviço da Oncologia da UFPEL/EBSERH é habilitado junto ao Ministério da Saúde como uma Unidade de Assistência da Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), ao qual é composto por uma equipe multiprofissional com médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, assistente social, nutricionista, terapeuta ocupacional e farmacêutico.

O profissional de serviço social da Oncologia atua com base no projeto ético-político, realizando ações de assistência, supervisão de ensino e pesquisa em saúde. Oferecendo acolhimento propiciando aos usuários reflexões críticas sobre a sua realidade de vida, enfatizando sobre os direitos e o acesso as políticas sociais, de modo a orientar sobre os serviços disponíveis no sistema de proteção social, em uma perspectiva de consolidação do exercício pleno da cidadania.

No decorrer do estágio no Ambulatório da Oncologia através dos acolhimentos e entrevistas realizadas pelo Serviço Social, foi observado e identificado um número reduzido de negros atendidos, e isto motivou perceber como ocorre o acesso dos negros na política de saúde, visto que a saúde da população negra além de apresentar algumas peculiaridades de ordem biológica, como por exemplo, anemia falciforme em que é diagnosticada majoritariamente na população negra, a mesma sofre também com as consequências das desigualdades socioeconômicas e étnico-raciais.

Desta forma, estudar as relações existentes entre os serviços de saúde, e o atendimento à população negra torna-se relevante a fim de dar visibilidade para identificar se as expressões das questões sociais se acirram e colaboram para que a população negra sofra um distanciamento do acesso à política de saúde.

Portanto, o estudo torna-se uma importante ferramenta do Serviço Social, considerando que se trata de um tema que é pouco estudado e chama atenção para realidade da população negra e o contexto de desigualdade social, principalmente quando se refere o acesso ao Sistema Único de Saúde. A pesquisa teve como objetivos verificar o acesso aos serviços das mulheres negras e se as mesmas sofreram discriminação. Para isto buscou se

identificar através das entrevistas como as mulheres participaram de atividades de prevenção contra o câncer, se sofreram alguma espécie de racismo durante o processo de descoberta do diagnóstico oncológico e como ocorreu o tratamento da doença, bem como, se as perucas disponibilizadas nos serviços são “adequadas” ao tipo de cabelo dessas mulheres.

Para dar conta desse estudo, a proposta metodológica utilizada ocorreu através de uma pesquisa qualitativa. Segundo Godoy (1995) a pesquisa qualitativa começa a partir de questões amplas e vai se definindo no desenvolvimento do estudo. Deste modo, não são utilizados instrumentos estatístico e numéricos na análise de dados, mas sim, a obtenção de dados descritivos sobre pessoas e seus processos interativos, de modo que pesquisa é realizada com o contato direto com a situação estudada para assim compreender os fenômenos da situação.

Outro fator é que através da metodologia utilizada possibilitou a construção da realidade e o potencial criativo do investigador. Como também procurou-se valorizar o conhecimento anteriormente construído sobre as questões da nossa pesquisa em que constitui um domínio empírico da teoria (DESLANDES e MINAYO, 2009). Continuando as autoras ainda enfatizam que: Nenhuma teoria, por mais bem elaborada que seja, dá conta de explicar todos os fenômenos e processos. O investigador, separa, recorta determinados aspectos significativos da realidade para trabalhá-los, buscando interconexão sistemática entre eles. Teorias, portanto, são explicações parciais da realidade. (DESLANDES e MINAYO, 2009 p.18).

Sendo assim, para aplicação desse estudo foi realizado através de um levantamento das mulheres negras no Ambulatório de Oncologia HE/UFPel que estão em tratamento contra o câncer ou acompanhamento. Após a identificação, foram realizadas entrevistas com roteiro de perguntas abertas, que na maioria das vezes acompanhada de seus familiares, para obter informações de quais são as principais dificuldades, qual era o contexto familiar e social, e como foi o processo de diagnóstico da doença e de que modo ocorre a identificação enquanto afrodescendente perante o processo de diagnóstico e tratamento.

2 DESENVOLVIMENTO

Trata-se de um estudo realizado em setembro de 2019 no Ambulatório de Oncologia da Universidade Federal de Pelotas, na cidade de Pelotas/RS. Caracteriza-se como um espaço público que presta atendimento a 28 municípios da região, representando uma

estrutura de saúde de referência para Pelotas e macrorregião em uma série de especialidades, com destaque para a alta complexidade em oncologia (UNACON).

O Serviço Social desta unidade de Oncologia acolhe por mês em média 45 pacientes novos para tratamento de quimioterapia e radioterapia. Foi utilizada uma amostra intencional ao qual participaram mulheres negras que estavam em tratamento quimioterápico, de radioterapia ou em acompanhamento follow-up³³³ no Ambulatório de Oncologia da Universidade Federal de Pelotas. Destaca-se também que participaram do estudo oito mulheres, as quais vão ser identificadas partir das letras de “A até H” afim do sigilo ético.

A coleta de dados foi realizada por meio de um formulário com perguntas abertas e uma fechada, analisando sua história de vida, contextualização do grupo familiar, campanhas de prevenção e entre outros.

Assim constatou-se dos dados levantados que a maioria das mulheres pesquisadas eram casadas, tem filhos e algumas até netos. Além disso, houve predominância no que se refere ao vínculo fortalecido com a família, já que na maioria das falas identificou-se nos relatos que os familiares estão envolvidos no processo de cuidado com o tratamento da doença.

Em relação ao trabalho visualizou-se que os vínculos empregatícios da grande maioria são de mulheres que foram contratadas como empregada doméstica, em uma perspectiva de trabalho informal, exercendo jornada dupla, já que também trabalhavam cuidando da casa, do marido e filhos. Para as mesmas exercerem o trabalho usaram como estratégia deixar os filhos em creche ou então com algum parentesco próximo, como por exemplo a mãe dessas mulheres.

Assim as mulheres provenientes das classes mais pobres (majoritariamente negras) dirigem-se para os empregos domésticos, de prestação de serviços e também para os ligados à produção na indústria; enquanto as mulheres de classe média, devido às maiores oportunidades educacionais, dirigem-se para prestação de serviços, para áreas administrativas, educação e saúde. (MARCONDES et al., 2013)

O autor Marcondes et al. (2013) segue afirmando que a presença da mulher negra nessa categoria ainda sim é uma herança arcaica da escravidão. Por se tratar de um trabalho manual, pouco remunerado, com forte presença de informalidade, pessoalidade, sem perspectivas de ascensão na carreira e, acima de tudo, por não possuir, até muito recentemente, os direitos trabalhistas equiparados aos dos demais trabalhadores protegidos.

³³³ Os cinco anos em que o paciente fica em acompanhamento médico, após o tratamento com medicamento.



O serviço doméstico marca um lugar na estrutura ocupacional por gênero e raça, pela ausência de escolaridade.

É importante destacar a predominância que os filhos dessas mulheres, na sua maioria não deram continuidade ao mesmo tipo de trabalho que era exercido pela mãe. Exemplo a ser citado é a entrevistada letra B em que o filho é dono de um do salão de beleza prestigiado. Ademais, aquelas em que tem filho menor de idade, todos encontram-se na escola, como segundo menciona orgulhosamente entrevistada letra D:

[...] “minha filha tem 10 anos de idade e nunca rodou no colégio”

A resposta do entrevistado D demonstra que visualizou-se o acesso educacional, ao qual destaca-se se salientar a importância da atenção para as políticas de cotas em que tem o objetivo de reparação histórica, e assim tem impactado na vida da população negra.

Também no no estudo foi questionado para essas mulheres qual a opinião delas sobre a violação de direitos da população negra. Identificou-se algumas entrevistadas, como por exemplo, a letra D e G que acreditam que não existe mais racismo e que o fato já foi superado e nem existe a diferenciação entre as pessoas negras e brancas.

Assim percebe-se que o racismo e o preconceito atingem diferentes graus de intensidade, vai de um simples pensamento até os casos mais extremos. De modo tão sutil a acreditarmos que o mesmo já foi superado. O racismo velado na sociedade brasileira é embasado partir da teoria da Democracia Racial onde é utilizado como respaldo para defender as brincadeiras racistas. Diante disso, percebe-se que as brincadeiras e chacotas direcionadas aos negros resultam em vários tipos de violência, entre elas, física, psicológica e até mesmo o não acesso ao direito social. (TEIXEIRA; CAMPOS; GOELZER, 2014)

Contudo houve aquelas em que responderam que acreditam que existe racismo sim de um modo geral, mas no que se refere ao tratamento no Ambulatório de Oncologia nunca ocorreu nenhuma diferenciação.

Destaca-se a fala da entrevistada letra B:

[...] Eu sou muito atenta a esses casos e aqui todo mundo é tratado igual.

Assim um dos princípios do Sistema Único de Saúde acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais. Além disso, chama-se atenção para equidade com o objetivo de diminuir as desigualdades. Desse modo, a cor da pele não deve ser um fator condicionante negativo para diferenciação no tratamento aos serviços. (BRASIL, 2019)

Embora identifica-se através dos atendimentos realizados uma constante demora para o acesso as consultas com especialistas de forma geral no acesso universal. Esta falta de

médicos em modo geral é um dos principais impasses, há uma carência e má distribuição de profissionais de saúde pelo território nacional. Constituindo-se assim o acesso precário partir da demora de longas filas. São necessário melhorias na gestão de ordem administrativa do Sistema Único de Saúde, bem como, otimização do dinheiro de uso público, pois infelizmente é investido o dobro de recursos na doença e pouco nas ações básicas que a previnem.

É importante também acentuar a demora para realização dos exames pelo Sistema Único de Saúde conforme relata a entrevistada B:

[...]a espera para o tratamento, em que teve o diagnóstico em dezembro e recém no mês de setembro estava no segundo ciclo de quimioterapia.

Enquanto a outra entrevistada D [...] elogia o Sistema Único de Saúde, onde o diagnóstico, tratamento e o acesso aos medicamentos foram todos muito imediatos após o diagnóstico da doença.

A Secretaria Estadual de Saúde do RS, informa que o fluxo e a regulação dos exames iniciam-se nas unidades de saúde do SUS, onde o médico avalia a necessidade de encaminhamento do paciente. A solicitação é encaminhada à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que cadastra o pedido no sistema informatizado, os profissionais reguladores avaliam, autorizam e classificam a solicitação; conforme a disponibilidade de agenda, a solicitação autorizada é agendada/marcada com base em algoritmo de gravidade e tempo de espera. (<https://saude.rs.gov.br/consultas>, acesso em 2019)

O Sistema Único de Saúde é um dos mais completos sistemas de saúde pública do mundo. Ademais, a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais.

Em relação as Campanha de Prevenção, todas mulheres pesquisadas houveram a oportunidade de participar, pois as entrevistadas acessaram por exemplo as campanhas do outubro rosa e também as campanhas institucionais de empresas privadas sobre o câncer de mama.

Conforme o relato de uma entrevistada a mesma só descobriu o câncer de mama porque vez o autoexame, através da publicidade exposto na revista de venda de cosméticos.

Assim as campanhas preventivas tão comuns no nosso dia-a-dia é uma das grandes preocupações de saúde pública, onde objetivamente são elaboradas intervenções em locais de circulação. Chama-se atenção essas ações que são centrais para política de controle a doença. Assim trabalham objetivamente nas perspectivas de incidência, diagnóstico precoce,

que se fundamenta na noção de que quanto mais cedo a doença for diagnosticada maiores serão as chances de êxito no tratamento. (AS CAMPANHAS EDUCATIVAS CONTRA O CÂNCER, 2010).

A campanha do outubro Rosa tem como objetivo a prevenção do câncer de mama, câncer que mais acomete as brasileiras. Trabalha-se com a população feminina da importância de estar alerta a qualquer alteração suspeita nas mamas. Ademais, as ações também são voltadas para os gestores e profissionais de saúde sobre a importância do rápido encaminhamento para a investigação diagnóstica de casos suspeitos e início do tratamento adequado, quando confirmado o diagnóstico. (OUTUBRO... 2019)

A informação é um dos principais caminhos para mudar a saúde no Brasil, assim é importante cada vez mais serem implementadas ações para que as pessoas tenham acesso ao seu diagnóstico precoce. Pois as formas de prevenção, principalmente quando se refere a população negra, na sua maioria não tem acesso ao bom plano de saúde. Então aqueles que compõem a base da pirâmide social ficam a mercê do Sistema Único de Saúde, onde é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, porém tem as suas falhas e burocratizações, mas não se deve negar o avanço que houveram nos últimos governos.

Política Nacional de Saúde Integral da População Negra onde é o resultado dos avanços das lutas histórica movimentos sociais, em especial pelo movimento negro pela democratização da saúde. Assim chama-se atenção para Portaria nº 344 de 1º de fevereiro de 2017 adota o critério da autodeclaração, remetendo ao usuário à percepção de cada um em relação à sua raça/cor, o que implica considerar não somente seus traços físicos, mas também a origem étnico-racial, aspectos socioculturais e construção subjetiva do sujeito. (COSTA, 2017)

As informações como raça/cor são importantes para atender os princípios básicos do Sistema Único de Saúde, como por exemplo, equidade. Ao reconhecer as diferenças nas condições de vida é possível oferecer atendimento partir das suas necessidades. De modo que a Política de Saúde reconhece a demanda de grupos específicos, atuando para reduzir os impactos dos determinantes sociais. (PACHECO, 2007)

Não pode deixar de considerar que o baixo nível de renda restringe a liberdade social e individual dos sujeitos fazendo com que todo seu redor seja deficitário, desgastante e gerador de doença. Então o processo de sanidade/enfermidade é multifatorial, pois relaciona-se com meio ambiente físico, social, político e cultural em interação com as condições biológicas de cada ser humano. (PACHECO, 2007)



Além disso, ressalta-se os resquícios do período escravocrata estão presentes no nosso cotidiano social como conforme consta Gomes (2018) população branca tem maior escolaridade do que a afrodescendente em todas as faixas de idade, inclusive no ensino básico no ingresso a “primeira serie”, muitas crianças negras não tem nem a oportunidade de ingressar na escola. Dessa maneira o fato constatado pelo autor acaba refletindo em quem futuramente vai ocupar os postos de empregos formais, conforme é imposto pela sociedade.

Assim essas questões também refletem no campo estético onde a mulher branca é quem tem ideal padrão de beleza, principalmente em algo singular, o cabelo. Na contemporaneidade quando o assunto representações de mulheres sempre vai está relacionado às categorias de gênero, raça, geração e classe. E assim pouco vai se pensar nas representações das mulheres negras e pacientes oncológicas. (CARNEIRO, 2014)

Desse mesmo modo, evidencia-se que das 08 entrevistas realizadas constatou que a grande maioria informou que não se sentiam representadas nas perucas que eram disponibilizadas para as mulheres que perderam o cabelo.

Vale destacar algumas falas como, por exemplo entrevistada A:

[...] “eu quero um cabelo que nem o meu.

A queda de cabelo que também é conhecida como alopecia, conforme consta no site da Oncoguia, é uma das reações que também pode ser ocorridas com alguns tipos de quimioterapia. É importante destacar que esse efeito somente ocorre porque o medicamento acaba atingindo as células que realizam o crescimento do cabelo. Assim algumas mulheres utilizam perucas como alternativa da “promoção” da autoestima. (Oncoguia, 2013)

Pois o cabelo ainda sim é caracterizado como promoção da feminilidade, além disso, as mulheres também enfrentam outros desafios como a mutilação do seio e as cicatrizes. Outro fator é ainda ter que se reconhecer nesse novo corpo, aprender a valorizá-lo, e voltar a gostar dele novamente.

Chama-se atenção para construção social do modelo de beleza que contempla o padrão capilar do cabelo liso enquanto referencial estético deve ser compreendida através do contexto histórico que instaura a valorização de um grupo social em detrimento dos demais. No caso brasileiro, a estrutura segregacionista supervalorizava o colono português, branco de origem europeia e desvalorizava o índio, e, posteriormente, o negro de origem africana. Neste contexto, a posição de patinho feio passou a ser ocupada pelos tipos de cabelos cacheados e crespos e os fios lisos se tornaram um ideal a ser seguido. (ALBUQUERQUE, 2015)

A autora segue afirmando sobre compreender que o controle e a influência sobre as intervenções corporais não cessaram por completo com o final da escravidão. As

permanências podem ser visualizadas através de um universo de exclusões: a exclusão social, a exclusão econômica e, por que não, a exclusão estética. A "adequação" ao paradigma estético branco parece, para aqueles que a princípio não se enquadram nele, uma solução para a inclusão social. (ALBUQUERQUE, 2015)

Acredita-se que os cabelos cacheados e crespos devem ser valorizados também nas perucas produzidas para as mulheres oncológicas. Pois as mulheres negras permanecem sub-representadas nos espaços midiáticos, circuito da moda e também na área da saúde.

3 CONCLUSÃO

No Brasil a demora da abolição da escravidão e a divisão desigual de terras, fez com que a concentração de territórios estivesse nas mãos de poucas famílias, enquanto outras ficarão a mercê de uma minoria que detém os recursos financeiros. Assim identifica-se que essas pessoas inseridas no grupo de renda mais baixo procuram menos os serviços de saúde e tem menos probabilidade de acessar. (BEZERRA, 2019). Mesmo que o Sistema Único de Saúde tem como princípio a integralidade e equidade, os poucos avanços que se tem nessa área são conquistas das reivindicações da população negra e dos movimentos sociais. Mesmo as ações de combate a desigualdade ajudam, porém, não são suficientes aos interesses e necessidades da população negra. Assim a superação das desigualdades de raça vividas pelos negros requer ações especialmente destinadas a eles porque possuem características próprias.

Percebe-se a partir dos dados obtidos que as condições sociais e materiais de vida (meio ambiente físico, social, político e cultural) influenciam ainda que de maneira indireta, o processo saúde/doença e, conseqüentemente, a expectativa de vida. Há fatores que influenciam diretamente na atenção à doença oportunidade de acesso a bons hospitais tendo por base a classe social, o gênero, a raça/etnia, a faixa etária e a orientação sexual. E também as influências indiretas; o tipo de ocupação e o nível de renda; a qualidade e o acesso à educação; o direito ou não ao alimento; e o estilo de vida (hábitos alimentares e comportamentos saudáveis ou nocivos à saúde).

Ressalta-se para outra forma de genocídio também é quando percebe-se que não há parâmetros especializados para saúde da população negra, porque o assunto não é relevante no campo das Ciências da Saúde. É quase que inexistente o tema na grade curricular dos cursos de graduação e pós graduação na área. É um assunto vago que é ignorado pela maioria dos pesquisadores, estudante e profissionais na área. (WERNECK, 2016).



Desse modo, percebe-se os reflexos da sociedade capitalista de tradição escravocrata e o quanto ainda isto impacta na sociedade e repercute afetando a saúde, a representatividade e a qualidade de vida da população negra, principalmente quando se refere às mulheres. Desta forma conclui-se que os impasses vão muito além de um problema de saúde pública, estão enraizados no tecido social de uma sociedade racista e patriarcal, e acima de tudo uma luta de classes, onde as questões sociais são produto de um sistema capitalista injusto e desigual. A presente pesquisa procurou demonstrar, portanto, o quanto ainda se torna um desafio o acesso universal às políticas sociais, e que existe uma dívida social e econômica com os negros neste país, ao qual é urgente a retomada de políticas sociais que alavanque o protagonismo da raça negra de forma integral e uma construção coletiva de respeito à diversidade e aos povos tradicionais.

REFERÊNCIAS

- ABRAMOWICZ, Anete. Educação e raça - Perspectivas políticas, pedagógicas e estéticas. São Paulo: Autêntica, 2010. 128 p.
- ALBUQUERQUE, Sofia Oliveira Firmo de. CACHEADAS O MOVIMENTO DERETORNO E VALORIZAÇÃO DOS CABELOS CACHEADOS E CRESPOS. 2015. 63 f. TCC (Graduação) - Curso de Sociologia, Universidade Federal Fluminense, Niteroi, 2015.
- ALMEIDA, Silvio. O que é Racismo Estrutural? Belo Horizonte: Letramento, 2018. 203 p
- ALOPECIA. 2013. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/alopecia/194/109/>>. Acesso em: 10 dez. 2019.
- AS CAMPANHAS EDUCATIVAS CONTRA O CÂNCER. Rio de Janeiro: História, Ciências, Saúde - Manguinhos, v. 17, n. 1, 1 jun. 2010. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386138052013>>. Acesso em: 26 nov. 2019.
- ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Ciência & Saúde Coletiva, Feira de Santana, v. 19, n. 11, p.2865-28175, jan. 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2012.v17n11/2865-2875/pt>>. Acesso em: 21 jun. 2019.
- BASTOS, Bárbara Rafaela et al. Perfil sócio demográfico dos pacientes em cuidados paliativos em um hospital de referência em oncologia do estado do Pará, Brasil*. Revista Pan-amazônica de Saúde, Belém, v. 2, n. 9, p.31-36, 26 jan. 2017. Disponível em: <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpas/v9n2/2176-6223-rpas-9-02-31.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2019.
- BEZERRA, Juliana. Desigualdade Social. 2019. Disponível em: <<https://www.todamateria.com.br/desigualdade-social/>>. Acesso em: 26 jun. 2019.
- BRASIL. José Gomes Temporão. As Causas Sociais Das Iniquidades Em Saúde No Brasil. 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2019.
- BRASIL mantém tendência de avanço no desenvolvimento humano, mas desigualdades persistem. 2018. Disponível em: <<http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/presscenter/articles/2018/brasil-mantemtendencia-de-avanco-no-desenvolvimento-humano--mas.html>>. Acesso em: 26 jun. 2019.
- CARNEIRO, Sueli. Racismo, Sexíssimo e Desigualdade no Brasil. São Paulo: Selo Negro, 2011. 190 p.
- CAVALLEIRO, Eliane. Racismo e anti-racismo na educação: repensando nossa escola. 6. ed. São Paulo: Selo Negro, 2001. 216 p.
- COSTA, Ana Maria. . Política Nacional de Saúde Integral da População Negra Uma Política do SUS. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 46 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2019.
- DESLANDES, Suely Ferreira, MINAYO, Maria Cecília de Souza(Organizadoras), Pesquisa Social: teoria, método e criatividade,28 ed.-Petrópolis, RJ: Vozes,2009.
- CONFERÊNCIAS E DELIBERAÇÕES DO ENCONTRO NACIONAL CFESS/CRESS, 37., 2008, Brasília. Direito, Trabalho e Riqueza no Brasil: O Conjunto CFESS/CRESS na Defesa do Projeto Ético-Político Profissional. Brasília: Renascer, 2009. 96 p. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Anais_CFESS_CRESS_2008.pdf>. Acesso em: 25 Não é um mês valido! 2019.
- GODOY, Arilda Schmidt. INTRODUÇÃO A PESQUISA QUALITATIVA E SUAS POSSIBILIDADES. Rae Artigos, São Paulo, v. 35, n. 2, p.57-63, abr. 1995. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v35n2/a08v35n2.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2019.

- GOMES, Irene; MARLI, e Mônica. IBGE mostra as cores da desigualdade. 2018. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-denoticias/noticias/21206-ibge-mostra-as-cores-da-desigualdade>>. Acesso em: 26 jun. 2019.
- GOMES, Nilma Lino. Um olhar além das fronteiras: Educação e relações raciais. 2. ed. São Paulo: Autêntica, 2007. 136 p.
- MARCONDES, Mariana Mazzini et al. Dossiê Mulheres Negras retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil. Brasília: Ipea, 2013. 160 p. Disponível em: <http://ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_dossie_mulheres_negras.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2019.
- MARIANO, Silvana Aparecida; CARLOTO, Cassia Maria. Gênero e Combate a Pobreza: Programa Bolsa Família. Estudos Feministas, Florianópolis, v. 17, n. 3, p.901-908, set. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v17n3/v17n3a18>>. Acesso em: 26 maio 2019.
- MOEHLECKE, Sabrina. Ação Afirmativa: História e Debates No Brasil. Cadernos de Pesquisa, São Paulo, v. 117, n. 1, p.197-217, nov. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/n117/15559>>. Acesso em: 26 jun. 2019.
- PACHECO, Maria Loureiro. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. 2007. ed. Brasília, 2007. 60 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2019.
- Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na política de saúde. Brasília, CFESS, 2010. Disponível em <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf>. Acesso em 14 de junho de 2018.
- René Santos. Assistência de Média e Alta Complexidade. Brasília: Conass, 2011. Disponível em: <https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_4.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2019.
- SALES, Teresa. Raízes Da Desigualdade Social Na Cultura Política Brasileira. Anpocs, Campinas, v. 25, n. 2, p.1-10, maio 1993. Disponível em: <http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_25/rbcs25_02>. Acesso em: 23 jun. 2019.
- SANTOS, Mauricleia. É pra ter orgulho, é coisa de preto e preta! Assistentes Sociais ao Combate ao Racismo. 2017. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/2017CfessManifesta-ConscienciaNegra.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2019.
- SANTOS, Raíssa Passos dos; NEVES, Eliane Tatsch; CARNEVALE, Franco. Metodologias qualitativas em pesquisa na saúde: referencial interpretativo de Patricia Benner. Revista Brasileira de Enfermagem - Reben, Brasília, v. 69, n. 1, p.192-196, fev. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/0034-7167-reben-69-01-0192.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2019.
- SAUDE, Secretaria da. **Consulta e Exames Especializados**. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/consultas>. Acesso em: 30 nov. 2019.
- SILVA, Daniel Neves. "Escravidão no Brasil"; Brasil Escola. Disponível em: <https://brasilescola.uol.com.br/historiab/escravidao-no-brasil.htm>. Acesso em 23 de junho de 2019.
- SILVA, Rodnei Jericó da; CARNEIRO, Suelaine. Violência racial: uma leitura sobre os dados de homicídios no Brasil. São Paulo: Geledés Instituto da Mulher Negra, 2009. 129 p. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/wp-content/uploads/2014/05/Violencia-RacialPortal-Geledes.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2019.
- SPOLLE, Marcus Vinicius. A Mobilidade Social Dos Arrumadores De Pelotas, Rs, Brazil : A Trajetória De Uma Categoria Portuária Negra. Cadernos do Núcleo de Análises Urbanas,



- Porto Alegre, v. 5, n. 1, p.1-28, jan. 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/Win7/Downloads/4755-13537-1-PB%20(3).pdf>. Acesso em: 26 maio 2019.
- TEIXEIRA, Erika Ferraz; CAMPOS, Josué de; GOELZER, Marlene Márcia. A permanência do racismo na sociedade brasileira. Seduc, Mato Grosso, v. 9, n. 2, p.1-5,14 set. 2014.
- TRINDADE, Azoilda Loretto da. Racismo no Cotidiano Escolar. 1994. 249 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia da Educação, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1994. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/8948/000304120.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2019.
- VIANNA, Solon Magalhães et al. Atenção de Alta Complexidade no SUS: Desigualdades no Acesso e no Financiamento. Brasília: Sctie/des, 2005. 163 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ipea_alta_complexidade.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2019.
- QUERINO, Ana Carolina et al. Racismo Institucional Uma Abordagem Conceitual. 5. ed. Rio de Janeiro: Trama Design, 2013. 54 p. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/wpcontent/uploads/2013/05/FINAL-WEB-Racismo-Institucional-uma-abordagemconceitual.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2019.
- WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. Saude soc., São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, set. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902016000300535&lng=pt &nrm=iso>. Acessos em 23 jun. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-129020162610>.
- YAZBEK, Maria Carmelita. Pobreza no Brasil contemporâneo e formas de seu enfrentamento. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, v. 9, n. 1, p.288-322, jun. 2012. Disponível em: <http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/j01k8G2OYc356230ru47.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2019.

VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES E SERVIÇO SOCIAL: NOTAS PARA O DEBATE NO CONTEXTO DA SAÚDE

Tainá Abecassis Teixeira (CETAM)

RESUMO: Este ensaio tem como proposta trazer reflexões acerca da violência e sua relação com o Serviço Social enquanto subsídio para a saúde pública. Entende-se que a violência é um complexo social que tem expressões objetivadas nessa sociabilidade burguesa, portanto, marcada pela desigualdade e opressão estrutural que afetam distintos segmentos sociais, dentre os quais as mulheres. Busca-se reafirmar a importância da teoria social crítica e da perspectiva de totalidade por ela assinalada, seja como herança teórico-metodológica para o Serviço Social, seja como balizadora de um projeto ético-político que visa a superação desta sociedade capitalista (re)produtora de violências.

Palavras-chave: violência contra mulheres; saúde pública; Serviço Social

ABSTRACT: This essay aims to bring reflections on violence and its relationship with Social Work as a subsidy for public health. It is understood that violence is a social complex that objectively affects social security, therefore, marked by inequality and structural oppression that affects different social items, among which women. Seeking to reaffirm the importance of critical social theory and the perspective of exhibition marked by it, either as a theoretical-methodological heritage for Social Work, or as a marker for an ethical-political project aimed at overcoming this capitalist (re) producing violence society

Keywords: violence against women; public health; Social service

1 INTRODUÇÃO

Ao concebermos a violência como objeto de estudo, devemos levar em consideração que se trata de um “complexo social”, portanto, construído nas/pelas relações sociais e contradições da sociabilidade vigente. Ela é, certamente, inquietante devido aos impactos que suscita na sociedade. Todos os dias acontecem situações de violência, deixando um misto de repulsa e revolta. Por outro lado, há violências simbólicas e estruturais que não são reconhecidas pela sociedade como tal. Trata-se de formas veladas e naturalizadas, perpassadas por desigualdades sociais de classe, raça/etnia e gênero, que limitam as condições de vida das pessoas, sobretudo mulheres (de diferentes gerações), pobres, negras.

A(o) assistente social se depara com inúmeras manifestações de violência particularizadas, as quais se apresentam na imediaticidade do cotidiano profissional. Todavia, o olhar sobre as violências deve superar o singular, o fragmentado e as explicações restritas à sua aparência caótica. É nessa perspectiva que se propõe reafirmar a validade e pertinência da teoria social crítica de Marx, sobretudo, no que se refere ao método de captação do movimento do real.

Este artigo³³⁴ elucida a necessidade de apreender as conexões existentes entre as diversas faces da violência, dentre elas as violências que afetam as mulheres, e as suas determinações estruturais. Objetiva-se, a partir de uma perspectiva de totalidade, um dos componentes do método de captação do movimento do real, instigar a superação da imediaticidade e da fragmentação no entendimento das diferentes manifestações de violência objetivadas na sociedade. Trata-se de uma orientação basilar para as intervenções de assistentes sociais na saúde, sobretudo quanto à violência que se expressa contra as mulheres.

Tal como expõe Silva e Carmo (2013), tanto as particularidades das violências como a própria profissão devem ser percebidas, não de forma isolada, mas como parte de um contexto mais amplo que as cria e recria conforme as condições impostas pela sociabilidade vigente, diante da qual é possível produzir tensionamentos e resistências em busca de sua superação.

³³⁴ O texto integra análises da dissertação de mestrado da autora intitulada: A violência contra as mulheres como um problema de saúde pública: o acesso e a interface de gênero na saúde em Parintins-AM, defendida no Programa de Pós-graduação em Serviço Social e Sustentabilidade no Amazonas (PPGSS), em 2018.

Nessa linha de análise, o artigo inicialmente apresenta os elementos que nos permitem perceber a violência como uma das expressões da questão social. Na sequência traz um resgate histórico das matrizes teórico-metodológicas que influenciaram o serviço social e a prática profissional, buscando reafirmar a relevância do compromisso ético-político com um projeto de transformação e superação da sociedade capitalista, reprodutora de violências. Em um terceiro momento, faz-se a defesa da atuação das/dos assistentes sociais da área da saúde no enfrentamento às violências que afetam as mulheres, tendo como referência o pensamento crítico-dialético.

2 A violência como expressão da questão social

A violência pode se apresentar de diferentes formas no cotidiano profissional. De imediato, concretiza-se na vida de crianças, adolescentes, idosas, homens e mulheres, reproduzindo-se nos contextos familiares, institucionais e práticas profissionais. Em razão da percepção de seus impactos, a violência torna-se “objeto” de atenção e intervenção da(o) assistente social. Trata-se de expressões da questão social, a qual por sua vez, é fruto da contradição fundante do modo de produção capitalista cujo alicerce é a exploração e apropriação privada das riquezas oriundas do trabalho social (IAMAMOTO, 1999).

É oportuno lembrar que a origem da violência não é precisamente demarcada no tempo. Sendo anterior ao amadurecimento da sociabilidade burguesa, a violência está atrelada, a priori, à ideia de *vis*, termo do latim que indica o uso da força física contra algo ou alguém (ZALUAR, 1999). Para esta autora, o que é violento varia cultural e historicamente, de modo que não há um conceito único sobre ela.

A relatividade da definição de violência emerge de como um fato é significado em uma determinada época ou contexto (FREITAS, 2003). Se, por exemplo, em tempos passados, a agressão física contra as mulheres era considerada apenas um modo de resolução de conflitos, hoje ela é tida como violência e transgressão aos direitos humanos. Ao contrário de concepções que naturalizam suas manifestações na sociedade, atribuindo-lhe caráter instintivo, afirmamos seus fundamentos nas interações humanas. Crettiez (2011) chama atenção para a construção social das violências quando afirma que não se nasce violento, torna-se.

Na concepção deste autor, a violência, em suas múltiplas formas, não é definida pela dor ou sofrimento que causa, mas é marcada pela intencionalidade (seja de destruir, de liberar pulsão da cólera ou de ser um meio de atingir a um fim invisibilizado), sofre metamorfoses e

é significada de forma diferenciada pelo outro, podendo ser até mesmo circunstancialmente reconhecida, tolerada, aceita ou enfrentada.

Os eventos violentos expressam relações de poder, apresentando elementos simbólicos, políticos e socioculturais em torno de sua configuração. Minayo e Souza (1998, p.02) definem a violência como “[...] ações humanas de indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam a morte de outros seres humanos ou que afetam sua integridade física, moral, mental ou espiritual”. Esta formulação conceitual reitera a necessidade de atentar para a condição humana da violência, balizada pela intencionalidade que permeia suas expressões e distingue os atos humanos dos instintos animais.

Nesse sentido, a ideia de desnaturalizar a violência está relacionada não somente às suas faces imediatas tais como a violência física, a criminalidade e outras manifestações constantemente sensacionalizadas pela mídia, mas também se refere às expressões ocultas, veladas e, de um certo modo, até toleradas no meio social.

Os assaltos, brigas e assassinatos, são exemplos de violências que chocam e despertam o medo na população. Esses atos violentos são os mais disseminados pelos telejornais, rádios e redes sociais, causando a sensação de “mal-estar” nos telespectadores e reproduzindo a ideia de um caos interminável. Misse (2006) analisa que a mídia se torna reprodutora e criadora da violência na medida em que gera, ainda que não intencionalmente, insegurança e desespero nos espectadores ao invés de problematizar a questão mediante uma análise crítica.

Uma reflexão crítica sobre a violência, por sua vez, requer a superação da visão reduzida do problema, tal como ocorre no pensamento popular, em que há predominância da violência como ato criminoso e delinquente. Um olhar ampliado sobre a questão é aquele que percebe a violência enquanto um subproduto da violência estrutural. Em outras palavras, os crimes delinqüenciais, ferozmente reprimidos por questionar a ordem social, são também expressão de uma violência muito maior.

A violência estrutural (MINAYO, 2006) ou institucionalizada (ODALIA, 1983) é uma forma de violência velada pois está cristalizada na sociedade como se fosse natural, ceifando vidas e oprimindo pessoas de forma “silenciosa”. Trata-se da violência da pobreza, da miséria, da desigualdade, da supressão de direitos, da negação da qualidade de vida, da omissão governamental, dos crimes de colarinho branco, da negligência institucional, do desvio de verbas públicas e de seu uso para fins particulares. Minayo (1994) a define como aquela que reproduz a desigualdade social e a opressão de indivíduos e grupos mediante processos



econômicos, culturais e políticos, que, tendenciosamente, encontram-se naturalizados no meio social.

Sobre esta face estrutural da violência, Odalia (1983, p.30) faz a seguinte afirmação: “O ato rotineiro e contumaz da desigualdade, das diferenças entre os homens, permitindo que alguns usufruam à saciedade o que à grande maioria é negado, é uma violência”. Com base nesta concepção, entende-se que a desigualdade e a pobreza não são condições inerentes à sociedade, e sim construções histórico-sociais, um produto das relações humanas e do seu modo de viver.

Desse modo, considera-se que a sociedade do capital cria e recria cenários propícios às violências ao mesmo tempo em que se manifesta enquanto tal mediante a desumanização, mercantilização e coisificação das relações sociais, alimentando subjetividades violentas (SILVA; CARMO, 2013).

Ela é diversa e, embora não seja reduzida a um produto exclusivo das contradições do capital, deve ser analisada nessa sociabilidade burguesa, estrutura determinante de sua objetivação (aspecto este que tende a ser desconsiderado em muitos estudos sobre a violência). Desse modo, conforme Silva e Carmo (2013, p.89), “[...] o pauperismo, as péssimas condições de trabalho, o desemprego permanente, entre outras manifestações diretamente vinculadas, nesse caso, à ordem social burguesa” constituem formas de violências que devem ser desnaturalizadas.

Os autores afirmam que o próprio processo de reprodução do capital é violento. A forma de organização da produção e as relações de trabalho são violentas na medida em que aviltam os seres sociais: “[...] sugam suas energias, capturam sua individualidade, abalam suas emoções, disciplinam suas ‘almas’, determinam as regras a seguir, roubam seu tempo, intensificam o ritmo de trabalho e ampliam os limites de sua jornada de trabalho [...]” (SILVA; CARMO, 2013, p.90). É por isso que a violência, em suas mais diversas facetas, é expressão da questão social. Ainda que não seja exclusividade da sociabilidade burguesa, é nela (e por meio dela) que se reproduz, metamorfoseando-se a partir das contradições, desigualdades e relações sociais vigentes na dinâmica capitalista.

É com esta trama que os assistentes sociais lidam no dia-a-dia. O cotidiano, no entanto, evidencia a face imediata destas problemáticas que precisam ser apreendidas e analisadas sem desconsiderar seus determinantes estruturais. Esse é o desafio: “[...] lidar teórica e praticamente, de forma profunda, com a violência e com suas formas particulares de manifestações na sociabilidade burguesa” (SILVA; CARMO, 2013, p.92). Portanto, faz-se necessário discorrer sobre os fundamentos teórico-metodológicos que influem no âmbito da

pesquisa e intervenção profissional, reforçando a relevância do parâmetro hegemônico de análise do real, a teoria social crítica.

3 Parâmetros da pesquisa e intervenção profissional do Serviço Social sobre as violências à luz da teoria social crítica

Dentre os parâmetros de atuação e investigação construídos ao longo da trajetória da profissão evidencia-se a teoria social crítica. Segundo Yazbek (2009), a apropriação desta matriz como fundamento teórico-metodológico do conhecimento e da ação profissional é produto de um processo socio-histórico da dinâmica do real. A autora explica que é a partir do desenvolvimento capitalista na sociedade que o Serviço Social brasileiro vai se fundar e legitimar enquanto profissão inscrita na divisão social e técnica do trabalho, bem como construir sua forma de analisar e intervir na realidade.

Esse processo foi marcado por tensões e contradições inerentes à sociabilidade vigente. Logo, as referências norteadoras do pensamento da profissão foram sendo moldadas e reconfiguradas, apresentando-se de distintas formas em consonância com as modificações sofridas na sociedade brasileira.

A gênese da profissão é marcada por seu atrelamento à doutrina social da igreja católica. Os princípios e valores cristãos influenciaram diretamente o pensamento do Serviço Social, o qual apreendia a “questão social” como problema de ordem moral, restrita à dimensão individual e familiar, tendo, portanto, sua atuação pautada em uma perspectiva integradora (YASBEK, 2009). Assim, segundo a autora supracitada, foram o ideário franco-belga de ação social, o tomismo e o neotomismo (de São Tomás de Aquino, Séc. VII) as principais referências iniciais do pensamento e da atuação profissional.

Posteriormente, nos anos 1940, a influência do Serviço Social norte-americano sobre o brasileiro vai reiterar posturas conservadoras que articulam a visão do humanismo-cristão com o positivismo tecnicista, passando então a ter o suporte das Ciências Sociais. Quiroga (1991, p.11) assinala que essa perspectiva pragmática, inspiradora das disciplinas do Serviço Social de Casos, de Grupo e de Comunidade, caracteriza-se pela “[...] preocupação com as situações-problema; predomínio do trato com o real; ênfase no desenvolvimento e sistematização de práticas por vezes imediatistas, sem maior cuidado com questões teóricas; domínio da discussão do “como fazer [...]”.

A preocupação com a qualificação técnica da prática adquire, então, centralidade no momento histórico em que o Estado passa a demandar a intervenção do Serviço Social no

campo da implementação das políticas sociais. Em termos teórico-metodológicos, a matriz positivista se remete ao aparente dos fatos, não apreende os processos sociais e históricos, nega as mudanças para além da ordem estabelecida, concebendo o real imutável, logo, funcional ao sistema capitalista.

Nos anos 1960, a perspectiva positivista é questionada diante das mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais sofridas no contexto latino-americano. Conforme explica Yasbek (2009), nesse período, as mudanças no capitalismo mundial, cuja centralidade no desenvolvimento econômico em detrimento do social acaba alimentando insatisfações diante da exclusão e subordinação econômico-política do Brasil, permitiu uma aproximação do serviço social com os interesses das classes populares.

No entanto, o cenário ditatorial instaurado em alguns países do continente terminou por tolher a apropriação da teoria crítica dando lugar à vertente modernizadora, expressa nos documentos de Araxá (1967) e Teresópolis (1970) (SIMIONATTO, 2004). Na medida em que a ênfase recai sobre a busca da eficiência da ação profissional por intermédio do aprimoramento da técnica, instrumentais e procedimentos metodológicos, há o reforço do conservadorismo e da dominação burguesa através das políticas de controle e subordinação das classes subalternizadas.

A modernização conservadora não é a única vertente de análise que emergiu no Movimento de Reconceituação do Serviço Social. A fenomenológica, com sua visão centrada no indivíduo e em suas vivências em comunidade, também contribuiu para reatualizar o conservadorismo na profissão (YASBEK, 2009). Mas é a vertente marxista³³⁵, com sua análise sobre a sociedade de classes, que coloca em evidência as contradições existentes na realidade social, situando a profissão em uma perspectiva de intenção de ruptura com o pensamento tradicional.

Embora reprimido pela conjuntura política vigente no país, o pensamento crítico, germinado entre grupos de profissionais durante o movimento de reconceituação, ganhou força entre a categoria. A razão disso está no processo sociopolítico de luta, mobilização popular e pressão política, configurado a partir da revogação do AI-5 e da instauração da política de “abertura”, que proporcionou o redirecionamento das discussões do Serviço Social (SIMIONATTO, 2004).

Com o estudo de Yamamoto, nos anos 1980, a teoria social de Marx e sua relação com o Serviço Social é estabelecida. Trata-se de uma matriz teórica elaborada a partir do método

³³⁵ Aproximação inicial com o marxismo, porém sem a apropriação da obra marxiana.



de estudo da sociedade burguesa: “De fato, pode-se circunscrever como *o problema central* da pesquisa marxiana a gênese, a consolidação, o desenvolvimento e as condições de crise da sociedade burguesa, fundada no modo de produção capitalista” (NETTO, 2011, p.17). Assim, conforme esclarece Netto (2011), o caminho dessa análise da produção das condições materiais da vida social parte do real, em sua aparência fenomênica e imediata, eleva-se à formulação de conceitos ou abstrações, no plano ideal, visando chegar à essência do objeto (estrutura e dinâmica).

Tal vertente pressupõe, portanto, a apreensão de fatos, dados ou indicadores como ponto de partida e não como fundamentos últimos. Outrossim, sua importância reside não somente em termos teórico-metodológicos, mas também em sua proposição ideopolítica, a qual está atrelada a um projeto revolucionário que reitera a superação da ordem social burguesa a partir das contradições inerentes à esta sociabilidade.

Esta grande abordagem tem sido alvo de tensões e questionamentos entre teóricos da contemporaneidade, os quais argumentam que o pensamento da modernidade teria rejeitado a discussão em torno dos valores, dos sentimentos, das crenças, do cotidiano, da cultura, da religião, entre outros temas da dimensão da individualidade humana que começaram a transparecer com mais intensidade a partir das reivindicações dos movimentos sociais nas lutas por reconhecimento de direitos humanos, questões socioculturais e da diversidade (SANTOS, 2009).

Por tal razão, conforme Santos (2009), os estudos pós-modernos teriam “abraçado” as causas da diversidade e da política de identidade, centralizando-se no particular e na diferença em detrimento do conhecimento universal e de totalidade. A autora citada afirma que, apesar de denunciarem a barbárie, a violência e as formas combinadas de exploração e opressão que se opõe aos ideais de igualdade e liberdade propostos pela sociedade capitalista, as narrativas emergentes não questionam a ordem burguesa em seus limites de sociabilidade. Nesse sentido, no lugar das abordagens críticas ao caráter destrutivo do capital, configuraram-se os estudos pós-modernos que fazem uma crítica à modernidade descolada de uma perspectiva de totalidade.

A agenda pós-moderna particulariza lutas e centraliza-se na diferença, rejeitando os valores de racionalidade, igualdade e a concepção marxista de emancipação humana. Segundo Santos (2009), essa perspectiva encontrou solo fértil tanto pela valorização da individualidade em detrimento de sua intrínseca relação com a sociabilidade quanto pelo silêncio do pensamento crítico ou do surgimento de reducionismos deste, ora em uma visão economicista outrora politicista.



Esses equívocos, presentes entre alguns teóricos marxistas, contribuíram para descaracterizar a importância das macroabordagens na medida em que negam aspectos da cultura e da individualidade, os quais não deveriam ser rechaçados. Inclusive a própria discussão Gramsciana (que traz a dimensão da cultura, da política e a relação objetividade/subjetividade) parece ter sido abafada nesses reducionismos impostos à teoria marxiana (SANTOS, 2009).

Desse modo, em contraposição a uma concepção transformadora que poderia ser articulada às reivindicações socioculturais, observa-se o abandono dos projetos anticapitalistas e a reatualização de propostas conservadoras que negam a razão e a importante articulação entre individualidade e sociabilidade em uma perspectiva de totalidade.

Com base nessas discussões, é válido ressaltar a relevância da tradição marxista no Serviço Social, presente em seu projeto ético-político. O direcionamento da profissão na defesa da superação da sociabilidade capitalista e da construção de uma nova ordem societária, pautada em valores humano-genéricos de justiça, igualdade e cidadania, é fundamental.

Concordamos com Santos (2009) quando diz que não se deve negar a importância das questões socioculturais, da luta por direitos e da emancipação política, mas que não devem se limitar ao plano individual e microsocial. Reitera-se, ainda, o pensamento de Yasbek (2009) quando afirma a necessidade de reafirmar as bases teóricas da herança marxista, o que, por outro lado, “[...] não pode implicar na ausência de diálogo com outras matrizes do pensamento social, nem significa que as respostas profissionais aos desafios desse novo cenário de transformações possam ou deva, ser homogêneas” (YASBEK, 2009, p.25).

Sinalizar essas reflexões para uma análise das violências é imprescindível, pois as violências que atingem variados segmentos, dentre estes as mulheres, não devem ser dissociadas de questões estruturais. As diversas violências são objetivadas a partir desta sociabilidade vigente. Portanto, é preciso pensar que as mudanças na esfera da sociedade e da cultura não podem ser fragmentadas, nem isoladas de suas determinações estruturais. Da mesma forma, as lutas não devem ser descoladas de uma perspectiva de emancipação humana.

4 As faces estruturais da violência e suas interferências na saúde das mulheres



A violência não tem um lugar único no tempo e no espaço, sendo, por isso, situada como um complexo transcultural e transnacional das relações humanas (MINAYO, 2005). Suas expressões diversificadas afetam indivíduos, grupos e nações distintamente. Uma de suas faces é violência estrutural, a qual também é uma das formas de violência contra as mulheres na medida em que as condições de pobreza e desigualdade contribuem para que elas permaneçam em situações de violência.

Izumino (1998, p.78) atenta para este aspecto quando lembra que, na década de 1970, período de intenso movimento político no Brasil, “[...] grupos feministas se organizaram para questionar a situação de opressão da mulher na sociedade brasileira, que nem sempre se expressava na violência física, embora essa fosse a sua forma mais trágica de expressão”. Desse modo, os movimentos incluíram também reivindicações por melhores condições de vida e de trabalho, dada a inserção da mulher na esfera pública seguir marcada por uma desigualdade associada a um “estigma de inferioridade” que (re)produz outras formas de violência.

De acordo com a Sempreviva Organização Feminista – SOF (2015)³³⁶, a desigualdade não é apenas econômica, mensurada pela distribuição de renda, mas também social e política e tem dimensão de gênero, raça/etnia, faixa etária e região do país. Nesse sentido, apesar de a violência atingir todos as camadas da sociedade, há fatores estruturantes que particularizam a forma como homens e mulheres, ricos(as) e pobres, negros(as) e brancos(as), de diferentes países e regiões, vivenciam suas expressões.

Em sociedades regidas por relações capitalistas, as desigualdades de classe são determinantes para as formas de opressão-exploração das mulheres, consubstanciando, ainda, as relações de gênero, etnia, geração e orientação sexual. Essas dimensões não podem ser compreendidas isoladamente, como afirma Cisne (2012, p.89):

Assim é que uma mulher de classe dominante pode explorar uma mulher da classe trabalhadora, uma idosa pode explorar outra idosa, uma negra pode explorar outra negra, um homossexual pode explorar outro homossexual. Por isso, os movimentos sociais devem ter como cerne a luta de classes, ainda que sem se limitar a essa dimensão, tampouco desconsiderar ou subsumir as demais (raça/etnia, gênero, geração, sexualidade).

³³⁶ PUBLICAÇÃO “Estatísticas de gênero”, do IBGE, mostra dados relevantes sobre a autonomia econômica das mulheres. Sempreviva Organização Feminista. Disponível em: <<http://www.sof.org.br/2015/06/12/publicacao-estatisticas-de-genero-do-ibge-mostra-dados-relevantes-sobre-a-autonomia-economica-das-mulheres/>>. Acesso em 2016.

Por essa razão, é importante tecer considerações sobre os processos sociais, políticos, econômicos e culturais que acirram as desigualdades de gênero e constituem as manifestações perversas da violência contra as mulheres.

Quando se fala sobre as violências que afetam as mulheres, compreende-se que há relações específicas que se entrelaçam à sua expressão. Uma delas se refere às construções sociais sobre os modos de ser e agir dos homens e mulheres em cada sociedade, isto é, as relações de gênero. Esta categoria busca desnaturalizar as relações entre os sexos masculino e feminino, tomando-as como produto social, sendo necessário considerar o caráter relacional de ambos (IZUMINO, 1998).

Segundo Izumino (1998, p.88), outro elemento que precisa ser destacado ao estudar as violências que afetam as mulheres é que as relações de gênero constituem também relações de poder “[...] que contém não apenas um fator hierarquizante, mas uma possibilidade de sujeição³³⁷”. Assim, às diferenças biológicas atribuem-se não apenas distinções entre os papéis atribuídos a homens e mulheres, mas desigualdades que colocam a mulher em situação de violências. Desse modo, ainda que as relações não se limitem à concepção da mulher como vítima e dominada e a do homem como algoz, não se pode negar que as mulheres vivenciam situações sócio-históricas de violência como reflexo de relações assimétricas pautadas em valores e concepções socioculturais que as inferiorizam e discriminam. Preconceitos e ideologias reproduzidos na sociedade capitalista vigente, a qual apropria-se de condições desiguais para obtenção/manutenção de suas taxas de lucro.

Para Saffioti (2004), a opressão vivenciada pela mulher na sociedade deve ser analisada a partir da simbiose patriarcado-racismo-capitalismo. Nesse sentido, as desigualdades por elas experimentadas são de várias ordens: cultural, econômica, política e social e ocorrem tanto no âmbito tido como “privado” como na esfera das relações públicas.

Por isso, reitera-se a importância de fazer alusão a situações de violência que transcendem o plano individual, pois é necessário dar visibilidade tanto às formas de violência resultantes de conflitos que ferem a integridade física, psicológica, sexual e/ou moral da mulher, como também aos fatores estruturais que interferem, limitam as condições de vida de um coletivo de mulheres e até mesmo dificultam a superação de situações de violência. Dentre eles, pode-se citar a desvantagem no mercado de trabalho e na esfera política, a sobrecarga de trabalho relacionada a duplas jornadas de trabalho (seja nos afazeres domésticos não-

³³⁷ A autora, baseando-se no pensamento da teórica norte-americana Joan Scott, considera que a ideia de sujeição não representa um padrão inalterável e nem uma oposição binária entre superioridade masculina e inferioridade feminina. O conceito de poder, por sua vez, partindo da formulação de Foucault, é entendido enquanto relações assimétricas que se propagam em rede, isto é, não se estruturando na dualidade rígida dominante –dominado.



remunerados e no mercado de trabalho), as violências, o descaso das políticas públicas quanto à transversalidade de gênero; e a vulnerabilidade social e de saúde provocada pelas condições de pobreza.

Verifica-se na atualidade que, apesar dos avanços e conquistas em relação aos seus direitos, a mulher ainda luta pelo reconhecimento de seus projetos no âmbito público e privado na medida em que permanece sendo alvo de preconceitos e sucessivas violências nestes espaços. Diante disso, é preciso criar políticas públicas que viabilizem o alcance de direitos sociais, levando em consideração a transversalidade de gênero em todas as áreas, inclusive a de saúde pública. Mas também é preciso romper com a subalternidade proporcionada pelo capital cuja lógica da acumulação está alicerçada no privilegiamento do desenvolvimento econômico em detrimento do bem-estar social.

Se a saúde é, em seu conceito ampliado, resultante de um conjunto de condicionantes: educação, alimentação, habitação, saneamento básico, ecossistema saudável, renda e demais condições que lhe permitam viver com qualidade, pode-se afirmar que a precarização dos serviços de saúde é apenas um dos obstáculos à efetividade da atenção à saúde das mulheres em situação de violência, pois todos os elementos acima citados são condicionantes para o alcance de qualidade de vida das mulheres e, de modo geral, do ser humano.

Portanto, reafirma-se o posicionamento dos autores evidenciados no início deste texto, dentre eles o de Santos (2009, p.80): “A luta pela realização dos direitos deve ser entendida numa perspectiva sócio-histórica e submetida às tensões sócio-político-culturais na disputa entre projetos societários distintos”. Em outras palavras, a luta pelos direitos e pela igualdade devem ser reivindicadas em consonância com a luta pela superação da sociabilidade burguesa, visto que esta, fundamentada pela desigualdade, não possibilita a real efetivação da liberdade humana e a superação das violências.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As discussões em torno da violência, em suas múltiplas expressões, não é algo simples. A análise e intervenção constitui um desafio, pois ela não tem uma origem precisa no tempo e nem uma causa única. No entanto, a violência é social e histórica, fundada a partir das relações humanas e assume proporções diferenciadas em cada sociabilidade.

Na sociedade capitalista, as violências têm sua objetivação marcada pelo aprofundamento das desigualdades sociais, em suas dimensões econômicas, políticas, culturais. Conforme os autores elucidados ao longo deste ensaio, não seria prudente



segmentar as análises da violência sem compreender os processos e determinações que configuram sua objetivação social.

Assim, defende-se a importância dos estudos que se dedicam à análise da individualidade humana, seus dilemas, formas de luta, as questões socioculturais e da diversidade. Ao mesmo tempo, destaca-se a importância de estabelecer a relação entre a individualidade e a sociabilidade de forma que se reconheçam os limites da superação das violências nesta ordem do capital, que, por se fundar na desigualdade, não tem como viabilizar uma igualdade para além de formal (igualdade de oportunidades).

Dentre os segmentos que vivenciam as opressões estruturais, pode-se citar as mulheres. Que não apenas experimentam as desigualdades de classe, mas também de gênero e de ordem étnico-racial. Portanto, falar de igualdade de gênero implica tanto a construção de novos valores culturais e políticos como quanto a luta por uma nova sociedade que não reproduza tais assimetrias. Sendo assim, a teoria social crítica faz-se mister enquanto fundamento teórico-metodológico e orientação ideopolítica.

Essa perspectiva está diretamente relacionada ao direcionamento do Serviço Social, seja no campo da reafirmação de direitos sociais e da atuação com as políticas públicas, inscritas no campo da emancipação política, seja pelo projeto ético-político cuja proposta tem como horizonte a emancipação humana. Portanto, é válido instigar novas reflexões sobre os limites e possibilidades da intervenção profissional do assistente social sobre a questão social e suas expressões, entre as quais situamos a violência. Este complexo social acarreta interferências na saúde de mulheres, o que exige uma atuação intersetorial, interdisciplinar e multiprofissional. A intervenção do assistente social na área da saúde faz-se mister diante das violências, sobretudo por seus princípios de integralidade e promoção da saúde vigentes na política social pública aqui referenciada.

REFERÊNCIAS

- CISNE, Mirla. **Gênero, divisão sexual do trabalho e serviço social**. São Paulo: outras expressões, 2012.
- IZUMINO, Wânia Pasinato. **Justiça e violência contra a mulher**: o papel do sistema judiciário na solução de conflitos de gênero. São Paulo: Annablume, 1998.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- _____. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 10 (supl. 1), 07-18, 1994.
- _____. **Violência e saúde**. 20.ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.
- MISSE, Michel. A violência como sujeito difuso. In: FEGHALI, J.; MENDES, C.; LEMGRUBER, J. (orgs). **Reflexões sobre violência urbana: (in) segurança e (des) esperanças**. Rio de Janeiro: Mauad x, 2006.
- NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.
- ODALIA, Nilo. **O que é violência**. 4.ed. São Paulo: Brasiliense.
- QUIROGA, Consuelo. **Invasão positivista no marxismo**: manifestação no ensino da metodologia no serviço social. São Paulo: Cortez, 1991.
- SAFFIOTI, Heleieth I. B. **Gênero, Patriarcado, Violência**. São Paulo: Perseu Abramo, 2004.
- SANTOS, Silvana Mara. Direitos, desigualdade e diversidade. In: BOSCHETTI, Ivanete (et al). **Política social no capitalismo**: tendências contemporâneas. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2009.
- SILVA, José F. Siqueira; CARMO, Onilda Alves. Sociabilidade burguesa, violência e serviço social. In: SILVA, J. F.; SANT'ANA, R.; LOURENÇO, E. **Sociabilidade burguesa e serviço social**. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2013.
- SILVA, José F. Siqueira. **Violência e desigualdade social**: desafios contemporâneos para o serviço social. In: *Ser Social*: Revista do Programa de Pós-graduação em Política Social. Brasília: Ser Social, v.1, n.1, 1998.
- SIMIONATTO, Ivete. **Gramsci**: sua teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social. 3.ed. São Paulo: Cortez Editora, 2004.
- YAZBEK, Carmelita. **Os fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social brasileiro na contemporaneidade**. Disponível em: <<http://cressrn.org.br/files/arquivos/ZxJ9du2bNS66joo4oU0y.pdf>>. Ano 2009.
- FREIRE, Silene. Criminalização e assistencialização da questão social: “novas” formas de enfrentamento da pobreza no Brasil?. In: LEAL, M.; FREIRE, S. (orgs). **Direitos humanos e suas interfaces nas políticas sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2012.

A (IN)VISIBILIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES: PERCEPÇÕES PROFISSIONAIS NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA EM PARINTINS/AM

Tainá Abecassis Teixeira (CETAM); Iraíldes Caldas Torres (UFAM)

RESUMO: A violência é uma das manifestações da questão social repleta de expressividade. Os impactos causados por este complexo social têm demandado abordagem intersectorial, com atuação de profissionais de diferentes formações. Nesse sentido, o presente artigo assume o propósito de analisar percepções de assistentes sociais acerca da violência contra as mulheres e sua relação com a saúde, dando destaque à vivência de campo na saúde pública de Parintins, no Estado do Amazonas. A análise evidencia percepções e práticas com ênfase na violência sexual. Considera-se a necessidade de ampliação do olhar sobre as violências, com intervenção integral à saúde.

Palavras-chave: Saúde pública; Violência contra mulheres; Serviço Social.

ABSTRACT: Violence is one of the manifestations of the social issues full of expressiveness. The impacts caused by this social complex require intersectoral approach, with professionals from different backgrounds. In this sense, this article assumes the purpose of analyzing the perceptions of social workers about violence against women and its relationship with health, highlighting the experience of the public health field of Parintins, in the State of Amazonas. The analysis highlights perceptions and practices with an emphasis on sexual violence. It is considered a need to broaden the view of violence, with integral intervention in health.

Keywords: Public Health; Violence against women; Social service.

1 INTRODUÇÃO

A violência não é uma exclusividade dos tempos atuais. Suas variadas expressões afetam os mais diversos seres vivos e, por assim dizer, a qualidade da existência humana. Não é sem razão que ela tem instigado a realização de estudos no âmbito das ciências sociais. As pesquisas sobre o tema têm relevância por produzirem conhecimentos importantes para o enfrentamento da violência, mas não apenas isso. As análises suscitam a eliminação dos riscos de sua banalização em uma sociedade na qual imperam a desigualdade social, o individualismo, a competitividade, a exacerbação da miséria, entre outros “não-valores” que consubstanciam o capitalismo como modo de produção e sistema de opressão-exploração.

Ao abordarmos a violência contra as mulheres neste artigo, estamos dando luz a estruturas socioculturais, econômicas e políticas que acirram as desigualdades, “adoecem” e matam mulheres. Trata-se de processos não naturais que se encontram arraigados nas estruturas sociais.

Falar de violência implica perceber suas expressões e os sentidos produzidos sobre ela. Portanto, novos olhares são necessários. No campo da saúde pública essa produção vem sendo paulatinamente efetivada. Os desafios são observados nas discussões conceituais e abordagens profissionais, principalmente porque a violência é apreendida como complexo sócio-histórico, cujas manifestações se encontram imbricadas à questão social. Questiona-se: como intervir sobre a demanda da violência? Qual o papel da saúde nesse processo? Que expressões de violência afetam mulheres e em quais delas os profissionais podem (ou devem?) e buscam intervir? Quais dilemas enfrentam? E a/o assistente social que atua na área da saúde, o que pensa sobre isso?

Essas são algumas das questões que nos instigaram a pesquisar sobre o tema da violência contra as mulheres e sua relação com a saúde pública em Parintins, município do Amazonas, considerado o segundo mais populoso deste Estado. A pesquisa³³⁸ traz vários aspectos para o debate, mas neste artigo nos concentraremos na análise das falas de 04 (quatro) profissionais de saúde, especificamente assistentes sociais que atuam em unidades básicas de saúde (UBS) e em um dos hospitais do município. Primeiramente, traremos algumas notas sobre a relação histórica entre violência e saúde. Na sequência, apresentamos as perspectivas de atuação profissional a partir das entrevistas realizadas.

³³⁸ O texto é parte da dissertação de mestrado intitulada: A violência contra as mulheres como um problema de saúde pública: o acesso e a interface de gênero na saúde em Parintins-AM, defendida no Programa de Pós-graduação em Serviço Social e Sustentabilidade no Amazonas (PPGSS), em 2018.

2. Contextualizando a relação entre violência contra mulheres e saúde pública

Para além do tratamento de suas sequelas, a violência demanda uma atuação preventiva, interdisciplinar e intersetorial. A compreensão disso tem levado à instauração de acordos de enfrentamento à violência por parte das organizações nacionais e internacionais.

Com as pactuações firmadas, a área da saúde passou a considerar a violência contra as mulheres como uma questão de saúde pública. Este redirecionamento tem como base as orientações das novas concepções de saúde³³⁹. De um conceito restrito, centralizado nas doenças, passou-se a pensar os determinantes e condicionantes socioculturais do processo de saúde-adoecimento-cuidado (BATISTELLA, 2011). As questões relacionadas às condições e estilos de vida ganharam espaço na agenda da saúde pública, sobretudo a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Dentre as demandas com forte vinculação aos aspectos socioculturais, estão as violências.

Enquanto problemática de visibilidade crescente para os serviços de saúde, a violência começou a integrar planos e normatizações. A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, publicada em 2001 pelo Ministério da Saúde, é um produto desta inserção. Esta política estabelece diretrizes e responsabilidades institucionais visando a promoção da saúde em articulação com outros segmentos institucionais. No entanto, ao abordar a amplitude dos impactos da violência e acidentes sob o título “causas externas”, esta política não traz uma análise de gênero.

Embora não se limite às mulheres, a perspectiva de gênero tem sido comumente atrelada a elas. Ainda que tenha iniciado uma ruptura com a centralidade dos estudos sobre a “condição feminina” e inaugurado um reconhecimento acadêmico, as análises das relações de gênero fundaram-se a partir dos estudos das mulheres. Portanto, não se pode negar que essas discussões ganharam espaço nas políticas públicas a partir das reivindicações das mulheres, fato que ganhou espaço e vitória na Conferência de Beijing.

No contexto da saúde pública do Brasil não foi diferente. As reivindicações dos movimentos de mulheres e feministas quanto à saúde da mulher foram incorporadas, sobretudo a partir de 1980. A criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

³³⁹ O conceito ampliado de saúde, conforme Mendes (1994) se refere ao entendimento de que fatores como educação, alimentação, habitação, renda, meio ambiente saudável, equidade e justiça social são determinantes e requisitos para a saúde e qualidade de vida. Este conceito emerge a partir dos questionamentos dos sistemas de saúde quanto às concepções do processo saúde-doença na década de 1970. Essa concepção é resguardada na Constituição de 1988 cujo conceito a concebe em direito de todos e dever do Estado, considerando a redução do risco de doenças e outros agravos a partir da garantia de direitos como educação, habitação, saneamento básico, entre outros bens e serviços econômicos e sociais. A qualidade de vida torna-se, então, uma condição imprescindível para todo ser humano, em uma perspectiva de cidadania.

(PAISM), em 1983, simboliza os anseios por políticas de saúde que não estejam centralizadas apenas em questões de natureza biológica, mas também para a sexualidade, violências e outros determinantes socioculturais do estado de saúde das mulheres brasileiras.

Mais recente, temos a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que traz, entre suas diretrizes, a intervenção sobre a violência doméstica e sexual contra a mulher, tendo como base a perspectiva de gênero. A partir do direcionamento desta política, foi elaborada uma norma técnica de prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, a qual foi reeditada algumas vezes, sendo sua edição mais recente a que foi publicada em 2012.

A referida norma técnica tem como objetivo a expansão e qualificação de redes municipais e estaduais de atenção a mulheres e adolescentes em situação de violência. Seu objetivo consiste em prestar auxílio aos “[...] profissionais de saúde na organização de serviços e no desenvolvimento de uma atuação eficaz e qualificada nos casos de violência, bem como garantir o exercício pleno dos direitos humanos das mulheres [...]” (BRASIL, 2012, p. 09-10). Suas disposições seguem o horizonte dos princípios de universalidade, integralidade e equidade que regem o Sistema Único de Saúde – SUS.

Os/as profissionais da saúde são centrais na concretização desses princípios e dos direitos das mulheres, na medida em que “operacionalizam e dão sentido e qualidade às políticas de saúde” (BRASIL, 2012, p. 17). A norma estabelece parâmetros de intervenção no campo da violência sexual. Embora seja específica para as expressões diversas da violência sexual, o texto do documento elucida a importância de atentar para outros tipos de violência que, muitas vezes, vem articuladas. É, portanto, com base nesta norma técnica e em estudos do tema que realizamos a análise da atuação das profissionais de saúde sobre a violência sexual e/ou doméstica, sem, contudo, deixar de trazer a relevância do olhar sobre os *diversos tipos de violências* que afetam as mulheres.

3. Análise das percepções de assistentes sociais sobre a violência contra mulheres na saúde pública em Parintins/AM

Em Parintins, múltiplas expressões de violência trazem impactos para a saúde das mulheres, de diferentes faixas-etárias, classes sociais, raças, etnias. Observa-se um crescimento de violências notificadas, as quais passaram de 1.086 casos registrados na Delegacia Especializada em Crimes Contra a Mulher (DECCM) de Parintins, em 2011, para 2.698 casos de violência contra mulheres registrados no ano de 2012 (TEIXEIRA, 2018).



Neste último ano, a pesquisa de Sousa (2014, p. 79) aponta que a tipificação violência doméstica apresenta o maior número de ocorrências (467 casos), seguida do furto (430 casos), da ameaça (408 denúncias) e da lesão corporal (234 ocorrências), entre outros tipos de violência. Comprova-se, como se vê, um significativo aumento do registro de ocorrências na DECCM ao longo dos anos, o que representa maior visibilidade deste espaço no atendimento a demandas de violência contra as mulheres e também o maior encorajamento das mulheres em denunciar a violência sofrida. Revela, por conseguinte, que a violência tem afetado expressivamente a vida das mulheres que habitam em Parintins (TEIXEIRA, 2018).

Para além dos números, por si só incapazes de dimensionar a amplitude da problemática, as violências deixam marcas nos corpos e na alma, interrompem planos, silenciam, amedrontam e ceifam vidas de meninas e mulheres amazonidas. Mas o que se coloca em maior evidência na saúde pública, segundo a visão das profissionais de saúde entrevistadas, é a violência física que se manifesta no corpo lesionado, principalmente a violência sexual, conforme vemos na maioria das falas, algumas delas elencadas a seguir: “Eu acho muito alarmante, seja de violência sexual, seja física né” (Assistente social, entrevista 2, 2017); “Além do assédio, tem mesmo a violência física de fato” (Assistente social, entrevista 3, 2017); “Aqui é a violência sexual, principalmente em adolescentes e crianças” (Assistente social, entrevista 4, 2017).

A violência sexual constitui uma das mais graves expressões da violência de gênero, muitas vezes subnotificada e invisibilizada. Geralmente associada ao estupro, a violência sexual possui um conceito mais abrangente por envolver outras configurações. O atual Código Penal Brasileiro, em substituição ao de 1940, passa a considerar, no conceito de violência sexual, “[...] a forma física, psicológica ou ameaça, compreendendo o estupro, a tentativa de estupro, a sedução, o atentado violento ao pudor e o ato obsceno, com conjunção carnal ou não” (LIMA; DESLANDES, 2014, p. 792). Este tipo de violência é grande entre as mulheres e, em Parintins, as profissionais deram ênfase à suas manifestações sobre as crianças e adolescentes.

Uma das entrevistadas revela uma das possíveis razões dessa “visibilidade” dos casos de crianças e adolescentes e da “baixa percepção”, por parte dos profissionais, quanto à violência entre mulheres adultas que acessam o setor de saúde. Vejamos:

Eu penso que, por que esse público? Porque as crianças elas são protegidas ou pelos pais ou pelo governo ou pelo responsável, ou por professor. Então eles são mais fáceis de serem trazidos e levados pra qualquer instituição de direito pra tentar resolver essa questão da violência. E o adulto, principalmente a mulher que sofre a violência doméstica, ela vem para o hospital ou, se ela tem uma personalidade muito forte e não é dependente do marido, aí ela vem, ela procura o hospital pra fazer o corpo de delito, mas se ela puder tratar em



casa ela trata pela vergonha que ela tem dos outros identificarem a violência. [...]. (ASSISTENTE SOCIAL, entrevista 4, 2017).

De acordo com a assistente social ouvida na pesquisa, a visibilidade da violência contra crianças e adolescentes na área da saúde decorre de sua situação de dependência em relação a um adulto, sendo este o responsável por levá-la para tratar as sequelas oriundas de violências. Já as mulheres adultas, mesmo que sofram com a violência, podem não deixar transparecer a situação vivida aos profissionais, por vergonha. Ou, ainda, elas poderiam estar tratando, por conta própria, os sintomas corporais julgados menos graves, sem recorrer a algum serviço de saúde. Em relação a isso, Schraiber *et al* (2005, p. 44) explicam que “as mulheres que experimentam tais situações nem sempre percebem essa vivência como uma violência. Tendem a assumir que teriam, elas mesmas, desencadeado as agressões [...]”. Deste modo, a naturalização da situação de violência, tida como normal, também é um outro aspecto a ser considerado quanto ao “silêncio” diante dos/das profissionais.

Além da vergonha, da culpa e do medo (de represálias, julgamentos e/ou ameaças contra ela ou contra seus filhos), os autores apontam outros fatores internos, tais como o afeto pelo agressor, a crença de que ele pode mudar, a tentativa de preservação da intimidade do núcleo familiar, que remete à ideia de privatização de suas relações, inclusive violentas. Há, também, o desconhecimento, a falta de informações sobre as possibilidades de sair dessa situação. Como fatores externos podemos elencar as pressões religiosas, familiares ou comunitárias, a dependência pela falta de recursos financeiros, as relações transgeracionais de violência e a carência de apoio de uma rede de enfrentamento local, bem como sua precarização (SCHRAIBER, *et al*, 2005). Estes elementos obstaculizam o rompimento do ciclo, mas não apenas isso.

Quando especificamos os aspectos de “invisibilização” da violência no contexto da saúde, vemos que além das dificuldades emocionais e socioculturais das mulheres de falar sobre a violência, os serviços de saúde podem ainda não ser reconhecidos por elas como espaços de sua confiança, visto que “não tem sido experiência das mulheres o crédito e o acolhimento diante dessa revelação nesses espaços [...]” (SCHRAIBER *et al*, 2005, p. 150). Desse modo, a confiança e vínculo com profissionais de saúde podem estar fragilizados em razão de preconceitos ou da banalização do problema.

Nesse caso, a ausência de uma crítica das desigualdades de gênero e das possibilidades práticas para desmistificação e intervenção sobre as violências, por parte dos/das profissionais de saúde, pode contribuir para a prolongação do sofrimento das



mulheres, principalmente quanto à violência doméstica, por esta ser comumente associada a uma questão privada.

Mesmo que, em termos de notificações, os outros tipos de violência sejam superiores aos da violência sexual³⁴⁰, esta aparenta ser a mais evidenciada/desmistificada no contexto da saúde. Em contrapartida, há uma rasa percepção ou (re)conhecimento de outros tipos de violência entre as mulheres que chegam ao atendimento no setor público de saúde. Neste primeiro momento da análise, percebemos que esses outros tipos de violência aparecem aos profissionais da saúde como problemas de outras áreas, tais como a delegacia, os centros de referência da assistência social (CRAS) e centros de referência especializados da assistência social (CREAS), conforme a fala a seguir:

Aqui nós lidamos com as sequelas da questão social [...]. a gente pega resquícios da violência porque ela é desmistificada em outra instituição, no caso, um CRAS ou o CREAS, ou a própria delegacia da mulher. Então pra cá já vem as sequelas [...]. Então, são esses resquícios que nós tratamos aqui enquanto prática. A desmistificação, a descoberta, é em outro segmento de instituição de direito [...]. (ASSISTENTE SOCIAL, entrevista 4, 2017).

O distanciamento existente entre as profissionais de saúde e as mulheres em situação de violência é sentido facilmente. Sobre isso, Schraiber (2001, p. 110) nos diz que “quando o profissional de saúde não tem nenhuma forma assistencial já estruturada, parece pertencer sempre a outras intervenções, como a da polícia ou da justiça, ou, no máximo, nos serviços de saúde, de competência restrita à assistência social”.³⁴¹ A tendência é que haja um sentimento de impotência dos profissionais da saúde diante de demandas sociais e não estritamente biológicas. Esta dificuldade está associada a um outro aspecto observado que diz respeito à percepção das violências que deixam marcas em detrimento de outras tidas como mais “silenciosas”. É o caso da maior visibilidade de algumas formas de violência sexual.

A violência sexual, que pode ocorrer na esfera doméstica ou fora deste espaço, é a mais notada pelos profissionais da área da saúde, mas principalmente quando apresenta lesões físicas corporais. É sobre suas sequelas que o setor mais efetua intervenções, seja pela sua

³⁴⁰ Quando estratificamos por tipo de violência, os registros da vigilância em saúde de Parintins, referente ao ano de 2013, apontam para a prevalência da violência psicológica/moral, com 592 casos. Em segundo lugar temos a violência física, que possui um total de 416 casos de mulheres vítimas, sendo 235 casos na faixa etária de 20 a 34 anos, 84 casos em mulheres de 35 a 49 anos, 56 casos em mulheres de 15 a 19 anos, 20 casos em mulheres de 50 a 80 anos ou mais e 20 casos de crianças e adolescentes de 1 a 14 anos. A violência sexual, por sua vez, corresponde a 63 casos notificados no referido ano (TEIXEIRA, 2018).

³⁴¹ Esse estranhamento também revela lacunas nas discussões científicas sobre a violência e sua relação com a saúde visto que ainda são consideradas ínfimas nesses campos.

fácil constatação ou mesmo por compor a rotina de quadros típicos à saúde, isto é, a morbidade das mulheres³⁴².

Schraiber *et al* (2005) consideram que as mulheres não necessariamente apresentam a violência como problema aos serviços de saúde, mas sim os seus efeitos. Ou seja, são expressos os sintomas do adoecimento do corpo ou da mente. De acordo com os autores,

Isso gera uma situação que, ao mesmo tempo, acolhe um efeito e torna sua causa invisível, isto é, os profissionais de saúde, em especial os que fazem o diagnóstico de doenças, terminam por esgotar sua intervenção nesse plano, ficando a violência sofrida encoberta [...]. (SCHRAIBER *et al*, 2005, p. 19).

Os autores propõem que as intervenções sejam voltadas para tornar a violência visível, buscando-se as causas dos sofrimentos e a ampliação dos direitos das mulheres quanto a assistência e proteção integral de sua saúde. Em contraposição à perspectiva da assistente social (AS 4), Schraiber *et al* (2005) expõem o potencial da área da saúde para desmistificar violências, uma vez que muitas mulheres utilizam cotidianamente esses serviços, nos diferentes níveis de atenção, seja para buscar assistência para elas, para seus filhos ou parentes.

As situações de violência podem perdurar por anos sem que entre para a estatística de ocorrências de uma delegacia policial. A utilização dos serviços de saúde, por sua vez, pode ser cada vez mais frequente, pois, conforme a PNAISM (BRASIL, 2005), as mulheres em situação de violência doméstica e sexual são as que mais apresentam problemas de saúde. Todavia, a ênfase na medicina clínica, no corpo adoecido em detrimento do olhar sobre seus determinantes e condicionantes socioculturais pode contribuir para o reforço da violência, tornando-a uma demanda reprimida neste espaço.

Paradoxalmente à prática profissional que se atem apenas aos resquícios ou “sequelas”, como foram chamadas as expressões da questão social pela profissional de saúde, Vasconcelos (2008, p. 246) tece críticas à postura limitada e passiva dos/as profissionais ao movimento das unidades de saúde, às rotinas institucionais, ao que é demandado pelos demais profissionais ou àqueles/as que agem “aceitando ainda, como únicas, as demandas explícitas dos usuários”. É preciso, conforme esta autora,

reconhecer as demandas implícitas, explícitas e potenciais, para que se possa fazer o levantamento dos recursos necessários para o planejamento da atenção na unidade e para a realização dos encaminhamentos, orientações e referências necessárias a partir dessas demandas e para projetar ações no

³⁴²Deve-se reconhecer a dificuldade dos organismos de saúde em construir estratégias de abordagens sobre outros tipos de violência que não sejam a de ordem sexual, o que é representado pela delimitação da própria norma técnica elaborada pelo Ministério da Saúde. Ainda assim, consideramos que há um avanço no fato de essa discussão ter adentrado o âmbito da saúde pública.



interior da unidade que absorvam as demandas por saúde (prevenção, educação em saúde e tratamento [...]). (VASCONCELOS, 2008, p. 250).

Diante das expressões de violência que afetam as mulheres e que chegam aos serviços de saúde, de forma evidente ou implícita, pode-se pensá-las não como demandas isoladas a serem atendidas nos tradicionais “plantões”, e sim coletivas, visto que se encontram entremeadas pelas relações sociais de gênero, acirradas pelas contradições da dinâmica do real. Um olhar atento para essas expressões e, em especial, às violências é importante entre todas as categorias profissionais.

Quando inquirimos as profissionais sobre quais os sinais que chamam ou chamariam sua atenção e podem/poderiam indicar que uma mulher está em situação de violência, constatamos a dificuldade de perceber essas situações, principalmente quando se trata de violência doméstica contra mulheres adultas. Uma das entrevistadas revela o seguinte:

Não tenho a menor ideia com relação a isso. A violência doméstica é, muitas vezes o medo. O medo do companheiro. Porque, assim, a violência sexual, quando é praticada no meio doméstico, ela é tida como algo normal. Então elas aceitam aquilo porque ‘ele é meu marido’. Então acaba sendo meio difícil de identificar (ASSISTENTE SOCIAL, entrevista 1, 2017).

Nessa fala vemos que o medo, a banalização da violência e o silenciamento sobre ela tornam difícil a identificação desses casos. Ao mesmo tempo, percebe-se que a dificuldade em realizar intervenções está associada aos sentidos sobre a violência. O que os/as profissionais percebem como violência, pode não ser para as mulheres que a vivenciam, a exemplo da violência sexual no âmbito conjugal. Um exemplo foi dado pela própria profissional. Vejamos:

Ela vivia em uma situação que ela não podia nem fazer laqueadura porque o homem, marido dela, queria sexo todos os dias e, como ela disse, ela não tinha resguardo, não tinha dor de cabeça, não tinha doença. Como que ela ia se operar, como que ela ia satisfazer ele operada. Se ela não fazia sexo com ele, ele não saía nem pra pescar, nem pra fazer a comida, não tinha o que dar de comer para os próprios filhos, no interior. Então isso é um tipo de violência. Ela querendo ou não querendo, ela doente ou menstruada, de qualquer jeito, com dor ou sem dor, ela tinha que satisfazer aquele homem. Então isso é uma violência sexual mesmo ela sendo casada e tendo 11 filhos com ele (ASSISTENTE SOCIAL, entrevista 1, 2017).

Conforme ilustra o relato acima, a concepção de violência sexual não diz respeito somente aos casos de estupro por desconhecidos. Ocorre também nas relações conjugais. Este tipo de violência se esconde por trás da tradição, da cultura, da normalização da ideia de submissão da mulher às vontades de seu parceiro, torna comum a satisfação sexual masculina em detrimento da feminina. Por tal razão, mesmo que tenha causado dor, desconforto e limitações à sua saúde, a mulher em situação de violência nem sempre consegue vislumbrar alternativas concretas de rompimento, como vimos no caso relatado.



Caberia, então, uma abordagem de escuta e orientação que vise a desnaturalização de relações de violência, sem julgamentos de ordem moral e que construa, conjuntamente com a mulher nessa situação, possibilidades de denúncia e/ou enfrentamento com apoio da rede intra e intersetorial.

Em uma perspectiva de que é possível, de alguma forma, “meter a colher”, Schraiber *et al* (2005) assinalam o acolhimento, a escuta ativa, a orientação, a construção de laços de confiança e de um planejamento de saúde ou segurança enquanto estratégias que podem ser utilizadas diante da violência. Nem sempre há possibilidade de fazer isso em uma única abordagem. Cada pessoa tem seu próprio tempo de preparo para romper com a violência, o que também depende das condições emocionais, financeiras, institucionais, informacionais e comunitárias existentes. Do mesmo modo, depende do preparo dos profissionais e das instituições que atendem essas demandas, dentre as quais especificamos os serviços de saúde.

As normatizações da saúde esclarecem que quando se trata de questões complexas, tais como a violência doméstica e a violência sexual, é preciso “ampliar a percepção de nossos profissionais para uma mudança histórica de pensamento, paradigmas, além da criação de condições objetivas para a incorporação dessa nova forma de agir [...]” (BRASIL, 2009, p. 21). A proposta é de garantir a escuta e a atenção qualificada para pessoas em situação de violência. Para isso, a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (BRASIL, 2012) especifica alguns procedimentos importantes de atendimento, o que inclui, entre outros aspectos, a entrevista, o registro da história, o exame clínico e ginecológico, exames complementares e o acompanhamento psicológico.

No que se refere à primeira etapa, a norma técnica orienta que o diálogo inicial deve ser direcionado no sentido de acolhimento, fundamental para a humanização da atenção. A acolhida deve ser respeitosa, garantir a escuta atenciosa, não julgadora e que dê credibilidade ao relato da pessoa que se encontra em situação de violência. A compreensão de suas demandas e expectativas também devem ser asseguradas, considerando-se a autonomia da mulher. Nesta etapa, é importante efetuar o registro adequado das circunstâncias da violência sofrida. O registro deve ser feito cuidadosamente em prontuário para que possa servir de base para o Instituto Médico Legal (IML), caso seja necessário.

Tendo em vista a necessidade de dimensionar o fenômeno e subsidiar a proposição de políticas públicas, os casos de suspeita ou confirmação de violência, independentemente do seu tipo ou da faixa etária da vítima, devem ser registrados na Ficha de Notificação

Compulsória, instituída pela Lei nº10.778, de 24 de novembro de 2003. Serviços públicos e privados de saúde devem efetuar esta medida visando não apenas a intervenção curativa, mas também a prevenção da violência.

Quando inquiridas a respeito dessas orientações normativas, apenas uma das assistentes sociais entrevistadas afirmou conhecer e ter lido a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes. Das quatro assistentes sociais entrevistadas, a maioria (03 profissionais) declarou conhecer a ficha de notificação de violências, apenas 01 (uma) afirmou não conhecer. Deste universo de entrevistas, três (03) assistentes sociais disseram que não há ficha de notificação de violências de fácil acesso na unidade de saúde em que atua e 01 (uma) não soube informar se a unidade em que trabalha dispõe desse material.

Percebemos também que, mesmo havendo o instrumento de notificação de violências, este nem sempre está acessível, conforme verificamos na seguinte fala:

Se acontecer algo no período de horário comercial tem, mas se acontecer no fim de semana é complicado porque fica tudo no setor de exame e epidemiologia. Na verdade, a gente do serviço social quase não tem acesso a isso. Fica junto com a gerência de enfermagem (ASSISTENTE SOCIAL, entrevista 1, 2017).

A limitação do fácil acesso aos materiais, instrumentos ou discussões sobre o tema da violência a apenas alguns dos profissionais das unidades de saúde pode inviabilizar a notificação e a intervenção eficaz, principalmente quanto às violências domésticas e outros tipos de violência que não são de ordem sexual ou física com lesões diagnosticadas como de urgência ou emergência, perdendo-se o fluxo da atenção. Por outro lado, a fala revela dificuldades da ação multiprofissional e interdisciplinar sobre as demandas de violências, divergindo dos pressupostos normativos.

Através da Resolução nº. 218 de 06/03/1997, o Conselho Nacional de Saúde – CNS reconhece como profissionais de saúde de nível superior as seguintes categorias: assistentes sociais, biólogos, enfermeiros, farmacêuticos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, odontólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e profissionais de Educação Física. As ações desses profissionais são avaliadas pelo CNS como imprescindíveis para o alcance da integralidade da atenção em saúde, devendo desenvolvê-las de modo interdisciplinar. Quando se trata da atenção às mulheres em situação de violência, a norma técnica (BRASIL, 2012) determina uma equipe técnica composta, basicamente, por médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais.

Para Ferreira (2010), o profissional de serviço social costuma ser o mais solicitado para intervir em problemas que expressam determinações socioculturais. A partir de pesquisa em serviços de saúde de Manaus, a autora constata que a maioria dos profissionais (58%), principalmente médicos e enfermeiros, não sabiam o que fazer quando identificavam crianças e adolescentes em situação de violência e, por isso, encaminhavam ao setor do serviço social. A análise da autora aponta para a dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com demandas sociais e subjetivas devido sua formação biomédica. Os assistentes sociais foram os que mais conseguiram perceber casos deste tipo e realizar intervenções sobre eles.

Diferente do que foi constatado no estudo de Ferreira (2010), em nossa pesquisa os assistentes sociais nos informaram a existência de uma secundarização de sua atuação na área da saúde, sobretudo no âmbito hospitalar, o que, em primeira aproximação, se caracteriza pela parca inclusão desses profissionais no protocolo de atendimento/fluxograma criado para a abordagem dos casos de violência sexual.

Bravo (2013) explica que esta inserção subalternizada no contexto da saúde existe desde a implantação do serviço social brasileiro no campo da saúde. Com base no período de 1930 a 1964, a autora afirma que, dentro do corpo técnico, a atuação dos assistentes sociais voltava-se para os problemas sociais em termos individuais e de educação das massas pauperizadas, porém em uma perspectiva de higienização e prevenção das “doenças”. Os profissionais na saúde tinham o dever de, apenas, “conhecer a situação dos ‘pacientes’ para repassá-la ao médico” (BRAVO, 2013, p. 157).

De acordo com Bravo (2013), no Brasil, a prática do assistente social na área da saúde esteve inicialmente associada à educação dos mais pobres, limitando sua atuação a uma perspectiva de higiene e medicina social. As dimensões individual e coletiva da medicina social e da higienização estão, na análise de Foucault (2014), diretamente vinculadas ao poder biopolítico sobre o corpo individualizado inscrito em um contexto social. Trata-se das relações de poder expressas no saber clínico, que atuam na pretensão do controle não apenas das doenças, mas também das massas populares.

Enquanto profissão sociotécnica que possui um direcionamento ético-político e técnico-operativo ancorado na análise crítico-dialética da complexidade do real (IAMAMOTO, 2008; SANT’ANA, 2000), o/a assistente social pode imprimir em sua prática profissional a recriação de propostas de trabalho (OLIVEIRA, 2009). Nos serviços públicos de saúde, a atenção às demandas de violência requisita não somente estabelecer o elo entre instituição e usuários dos serviços, como também depende do amplo conhecimento das normatizações



da área, a análise crítica das normas e a proposição prática de acordo com a realidade regional e local.

A instrumentalidade da ação profissional envolve, além do conhecimento crítico-analítico, a apropriação dos instrumentos existentes para o acúmulo de informações. No campo da violência temos a ficha de notificação, que deve conter dados de identificação, aspectos descritivos da ocorrência, antecedentes pessoais, procedimentos, encaminhamentos e exames clínicos ou complementares realizados, bem como os de ordem psicossocial. Não se trata de um mecanismo a ser utilizado com um fim em si mesmo. A ficha de notificação deve propiciar, de modo sigiloso, a caracterização dos sujeitos envolvidos, o perfil epidemiológico da violência e a construção das medidas de intervenção eficazes. E diferente do que constatamos na fala da assistente social (A1) todos os profissionais devem se apropriar e ter acesso a esse recurso, entre outros.

“Porque esse serviço deveria fazer, mas não faz parte do serviço social hospitalar porque tratamos apenas as sequelas, né” (ASSISTENTE SOCIAL, entrevista 4, 2017). As falas das profissionais reafirmam a priorização da atenção clínica no âmbito hospitalar. Costa (2009, p. 332) explica que ir além desta prática restrita, individualizada e conservadora é possível e necessário para a efetivação de uma atuação profissional em consonância com as postulações do projeto ético-político do Serviço Social, colocando-se como desafio ao profissional.

De acordo com Ferreira (2010, p. 72) “os profissionais de saúde têm o dever de conhecer as legislações e normas técnicas, visto que colocam como um dos seus objetivos a democratização das informações”. Nesse sentido, assistentes sociais apresentam um potencial teórico-prático para concretização desse objetivo.

Vasconcelos *et al* (2012) afirmam que, diferentemente do código de ética dos médicos, o qual apresenta extensas prescrições, proibições, princípios corporativos, individualizados, que priorizam o tratamento das doenças e olha os sujeitos sociais como pacientes, o código de ética do serviço social orienta-se por um compromisso ético-político com a classe trabalhadora, orienta práticas coletivas, integrais e que percebe os usuários como sujeitos de direitos. É o código de ética das profissões de saúde que mais apresenta avanços quanto à sintonia com a constituição de 1988, ancorando-se em princípios de liberdade, democracia, igualdade e que se posiciona na defesa e universalização dos direitos sociais. Diferencia-se dos códigos de outras profissões, em vários aspectos, sendo um deles o modo como percebe as demandas e sujeitos: usuários (assistentes sociais), pacientes (médicos, farmacêuticos,

odontólogo), clientela (enfermagem, fonoaudiólogo), seres humanos, sem situá-los como sujeitos de direitos (psicólogos).

Por isso, reforçamos a relevância do conhecimento sobre o tema, independente da área de formação e atuação. Este é um pressuposto para a efetivação de práticas democráticas na saúde que, de acordo com Vasconcelos (2009), envolvem a ruptura com padrões conservadores, a busca pela promoção do acesso aos serviços de qualidade, a difusão de espaços coletivos que democratizem a informação, transformando-a em conhecimentos necessários à promoção da saúde.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência possui forte interferência na vida das mulheres, sendo expressão da questão social. Ela encontra sua (re)produção associada ao contexto capitalista, pois a pobreza e a desigualdade que tem estruturado as relações hegemônicas em termos de gênero, raça/etnia e classe são a base das relações de violência e acirram suas expressões.

Neste artigo, as análises evidenciam a violência contra as mulheres enquanto problema de saúde pública. A partir das falas das assistentes sociais entrevistadas, verificou-se que nem sempre a violência se mostra por estes aspectos, podendo passar despercebida por anos a fio. A violência ocasiona sofrimentos que precisam ser visibilizados e enfrentados em uma perspectiva de prevenção e promoção da saúde, não apenas de recuperação, tratamento e cura das sequelas mais expostas.

No campo da saúde pública de Parintins, a prática profissional tem dado ênfase às suas expressões físicas consideradas (por quem atende) de maior gravidade ou urgência, principalmente as de ordem sexual. Com relação à prática profissional nas unidades de atendimento, verificou-se que o hospital e o serviço de atendimento às mulheres vítimas de violência têm sido apropriados como os espaços privilegiados para essas ocorrências. As unidades básicas, a atenção preventiva, inter e intra setorial ficam comprometidas e secundarizadas. Outras formas de violência doméstica, em contraste com as violências de cunho sexual, recebem menor atenção por ainda serem percebidas, nas representações profissionais, como algo privado, o que se revela pela não intervenção quando ela não é verbalizada. Por mais que essa demanda seja percebida/identificada pelos profissionais, torna-se reprimida. Atende-se o sintoma, desconsidera-se suas raízes.

A violência que afeta as mulheres requer um olhar holístico para além dos aspectos biológicos e da intervenção clínica. Em Parintins, o setor de saúde precisa se mostrar às

mulheres como espaço acolhedor, detentor de um papel amplo de prevenção, proteção e promoção da saúde. A escuta sem julgamento e a prática do diálogo com as usuárias dos serviços e comunidades são estratégias que podem ser implementadas. A articulação com conselhos de saúde, a instauração de ouvidorias, as rodas de conversas, palestras, pactuação com a rede de atendimento e enfrentamento, debate com os movimentos sociais de mulheres e feministas são algumas importantes recomendações. Estas estratégias devem envolver todas as categorias profissionais, que precisam atuar interdisciplinarmente para efetivar ações de qualidade. Supõe, com efeito, que não haja hierarquias de saber, e sim horizontalidade entre as profissões.

O assistente social emerge como profissional da saúde por atender o potencial dessa concepção de saúde ampliada que afirma que a atenção integral, universal e equânime só pode ocorrer se não houver a supremacia da perspectiva biomédica, centralizada no médico e na cura das doenças, com descaso para os determinantes sociais. A qualidade de vida das mulheres depende da ampliação do olhar para o enfrentamento às violências, incluindo suas formas simbólicas, estruturais, reproduzidas e materializadas pela dinâmica da sociedade vigente.

REFERÊNCIAS

- BATISTELLA, Carlos. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: **O território e o processo saúde-doença**. FIOCRUZ. Disponível em: <www.epsiv.fiocruz.br>. Acesso em: 30 de julho de 2011.
- BRASIL. **Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual**: matriz pedagógica para formação de redes. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_mulheres_adolescentes_matriz_pedagogica.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2015.
- _____. Ministério da Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: norma técnica. 3ª ed. Brasília: MS; 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf>. Acesso em: 26 mai. 2015.
- BRAVO, Maria I. S. **Saúde e serviço social no capitalismo**: fundamentos sócio-históricos. São Paulo: Cortez, 2013.
- COSTA, Maria D.H. da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. IN: MOTA, Ana Elizabete [et al]. (Orgs). **Serviço social e saúde**. São Paulo: Cortez, 2009.
- FERREIRA, Luciana. **Uma análise dos atendimentos prestados às vítimas de violência sexual infanto-juvenil nos serviços públicos do Distrito de Saúde Norte/AM**. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-graduação em Serviço Social e sustentabilidade na Amazônia, Universidade Federal do Amazonas. Manaus: UFAM, 2010.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. (1979). 28.ed. São Paulo: Editora Paz e Terra, 2014.
- LIMA, Claudia; DESLANDES, Suely. Violência sexual contra mulheres no Brasil: conquistas e desafios do setor saúde na década de 2000. *Revista Saúde Sociedade*, São Paulo, v.23, n.3, p.787-800, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/0104-1290-sausoc-23-3-0787.pdf>>. Acesso em: jun. 2017.
- MENDES, Eugênio. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: _____. **Uma agenda para a saúde**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1994.
- OLIVEIRA, Simone Eneida B. **Conhecimento e prática profissional**: o saber fazer dos assistentes sociais em Manaus. Manaus: Editora da Universidade Federal do Amazonas, 2009.
- SCHRAIBER, Lilia. B. Violência contra as mulheres e políticas de saúde no Brasil: o que podem fazer os serviços de saúde?. *Revista USP*, São Paulo, n.51, p. 104-113, setembro/novembro 2001.
- _____. (ET AL). **Violência dói e não é direito**: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: Editora UNESP, 2005.
- TEIXEIRA, Tainá Abecassis. **A violência contra as mulheres como um problema de saúde pública**: o acesso e a interface de gênero na saúde em Parintins-AM. 2018. 184 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia) – Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2018.
- ASCONCELOS, Ana Maria de. _____. **Serviço Social e práticas democráticas na saúde**. IN: MOTA, Ana Elizabete [et al]. (Orgs). **Serviço social e saúde**. São Paulo: Cortez, 2009.
- _____. (et al). **Profissões de saúde, ética profissional e seguridade social**. In: BRAVO, Maria Inês Souza, *et al* (Orgs). **Saúde e Serviço Social**. 5.ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012.



TRABALHO E SAÚDE: UM CERTO OLHAR SOBRE QUESTÕES DE GÊNERO E ADOECIMENTO DAS TRABALHADORAS DE CALL CENTER NO RIO DE JANEIRO

Vanderlei Cardoso Da Rocha (Prefeitura De Tres Rios/UFRJ)

Resumo: Este artigo pretende discutir como questões de gênero, e saúde ocorrem numa empresa de telemarketing no contexto da precarização e flexibilização do emprego associado a mudanças na organização do trabalho nas sociedades capitalistas, destacando o caso brasileiro, dentro de um contexto trabalhista marcado por estereótipos e preconceitos implantado através da seleção de trabalhadores de um grande *call center* na Cidade do Rio de Janeiro.

Palavras-chave: gênero, trabalho, saúde.

ABSTRACT: his article discusses how issues of gender, health and occur in a telemarketing company in the context of flexibility and precariousness of employment associated with changes in work organization in capitalist societies, highlighting the Brazilian case, in a labor context marked by stereotypes and prejudices implementation through the selection of employees of a large call center in Rio de Janeiro City.

Keywords: gender, work, health.



1. O Mundo do trabalho

No início de sua história o homem vivia indefeso, sendo exposto a diversos tipos de perigos: da natureza, dos animais ou do clima. Era necessário o convívio social para se desenvolver. Foi através de sua inteligência e da necessidade de suplantar limitações que o homem foi induzido a buscar meios com propósitos de garantir sua sobrevivência. É nesse sentido que surge o trabalho, como criador de produtos, novos conhecimentos e aptidões, onde a natureza é transformada para criar condições para existência humana. Porém, ao modificar a natureza com sua ação, o homem altera também as formas de cooperação social ligadas às atividades produtivas.

Observando pelo lado histórico, o trabalho surgiu para produzir novos conhecimentos e habilidades. É, portanto, ao agir por intermédio do trabalho que o homem estabelece uma ruptura com o ser natural, dando origem ao ser social. Fundamentalmente, essa é uma atividade do homem na qual ele “mediatiza a satisfação de suas necessidades diante da natureza e dos outros homens” (IAMAMOTO, 2005, p. 60).

Para Marx (1993) o trabalho possui na sociedade uma dimensão ontológica de concepção da vida humana, e é por meio dele que o homem transforma a natureza e a si mesmo, se humaniza, aprende através dela, já que o trabalho:

É a atividade orientada a um fim para produzir valores de uso, apropriação natural para satisfazer as necessidades humanas condição universal de metabolismo entre o homem e a natureza, condição natural da vida humana, independente de qualquer forma dessa vida, sendo antes igualmente comum a todas as suas formas sociais (MARX, 1993, p.153).

É na ação de transformar a natureza, pelo homem, através do trabalho, que ocorre a integração do ser social com seu meio ambiente. O trabalho ocupa o lugar de mediador na relação do homem com a natureza.

Com o advento do capitalismo, o trabalho passa a adquirir uma dimensão de alienação, uma vez que este modo de produção se baseia na propriedade dos meios de produção por apenas uma classe da sociedade. Marx³⁴³ entende que no trabalho alienado o trabalhador passa a se constituir como mercadoria:

Se a oferta excede muito a procura, então parte dos trabalhadores cai na penúria ou na fome. Assim a existência do trabalhador encontra-se reduzida às mesmas condições que a existência de qualquer outra mercadoria e terá muita sorte se puder encontrar um comprador (MARX, 1993, p.102).

¹ Marx utilizou o conceito de processo de trabalho para enfatizar a subordinação do trabalho ao capital e construir a teoria econômica do valor da exploração do trabalho. Nesse sentido, houve ênfase na sua base econômica do controle do trabalho e da sua condição não apenas como valor de uso, mas, sobretudo, como valor de troca.

Marx procura demonstrar que, pelo trabalho alienado, o trabalhador não se identifica com o produto do seu trabalho e com o seu próprio trabalho, bem como não se identifica enquanto membro da espécie humana. Nessa linha de raciocínio, a superação do trabalho alienado é a condição que possibilita a superação de um sistema que impede o desenvolvimento humano.

Dessa forma, podemos entender o trabalho alienado como uma consequência da acumulação do capital, inclusive relacionado ao desenvolvimento da espécie humana, ao instituir e mudar comportamentos.

Os padrões de produção dos meios de subsistência também vão se modificando, suscitando uma separação entre sujeitos que participam da idealização do trabalho e os que executam, estabelecendo uma relação hierárquica e de poder a partir da divisão do trabalho.

No processo de reprodução da vida social torna-se necessária a criação de novas formas de organização dos processos de trabalho, que irão se refletir em toda sociedade, ocasionando mudanças nas relações sociais de produção. Tal fato causará a origem da burguesia industrial, proprietária dos meios de produção: matéria-prima, máquinas e instalações.

O autor Polanyi (1996), em “A grande transformação”, chama de “moinho satânico” as engrenagens da economia capitalista que, insaciavelmente em seu apetite de acumular riqueza abstrata, tritura as condições de vida dos indivíduos concretos. Apontando o caráter antinatural do processo de mercantilização dessas condições de vida da sociedade e do indivíduo ele afirma:

O período introduzido por Henry Ford³⁴⁴, conhecido como fordismo acaba sendo marcado por um desdobramento da antiga classe operária, sendo que existe uma camada dos operários qualificados, herdeiros dos operários de ofício, constituindo uma “aristocracia operária” por ser a principal beneficiária do compromisso fordista, onde eram bem representados e defendidos por organizações sindicais, e outra parcela de trabalhadores desqualificados que suportam toda a carga do fordismo na fábrica, beneficiando-se muito pouco de suas vantagens fora da fábrica, que são mal integrados nas organizações sindicais e mal defendidos por elas. Divisão que se agravará, ainda mais, quando combinada com

³⁴⁴Henry Ford (EUA, 1863-1947) foi o fundador da *Ford Motor Company* e o primeiro empresário a aplicar a montagem em série de forma a produzir, em massa, automóveis em menos tempo e a um menor custo. A introdução de seu modelo Ford T revolucionou os transportes e a indústria dos Estados Unidos. Como único dono da *Ford Company*, ele se tornou um dos homens mais ricos e conhecidos do mundo. A ele é atribuído o “fordismo”, isto é, a produção em grande quantidade a baixo custo por meio de utilização do artifício conhecido como “linha de montagem”, o qual tinha condições de fabricar um carro a cada 98 minutos, além dos altos salários oferecidos a seus operários.



diferenças de sexo, idade ou raça e que vai se estender nas novas configurações do mundo do trabalho na contemporaneidade, e nas características desses trabalhadores como veremos a seguir.

2. A Inserção da mulher no mercado de trabalho e as especificidades de sua inserção em um *Call Center*

A inserção da mulher no mercado de trabalho ocorreu a partir do século XIX, que apesar de representa uma importante conquista feminista, esta inserção esta diretamente relacionada com o modo de produção capitalista que começa a necessitar de mais força de trabalho devido às mudanças no mercado de trabalho e modelos de produção, fazendo que essa conquista se configure como uma forma de aumenta a precarização do trabalho e baixa os salários, visto que as mulheres exercem as mesmas funções que os homens, porém recebendo salários mais baixos.

Assim, o movimento feminista tem como uma das suas principais conquistas, a inserção das mulheres no mercado de trabalho, visto que este espaço era visto de cunho masculino. Porém, a inserção de mulheres não ocorre de maneira igualitária a dos homens, sendo destinadas a estes sempre os menores salários e cargos subalternos e precarizados como o trabalho de telemarketing. Esta inserção desigual tem como base a questão de gênero, visto que ao gênero feminino sempre foi direcionada a ambiente privado e ao gênero masculino o ambiente público.

As mulheres não deixam de participar do trabalho remunerado, porém sua inclusão tem sido principalmente através de ocupações menos privilegiadas e formas de trabalho mais flexível como e o caso dos *Call Centers*. O trabalho remunerado não as isenta de responsabilidades como as atividades domesticas que não são remuneradas. Por isso, Hirata (2008) defende a centralidade do trabalho na vida do individuo, principalmente na vida das mulheres. E para compreender o significado que o trabalho assume para elas seria necessário então, uma reconceituação da palavra “trabalho”, em que incluia o gênero e o trabalho domestico, pois para as mulheres ambos estão interligados (HIRATA,2007).

Com as mudanças no mercado de trabalho vimos o surgimento de novos mecanismos de adestramento da força de trabalho como “(...) A utilização da informática, e da microeletrônica em geral, necessita sim, de pessoas alfabetizadas, dóceis e receptivas aos novos e ascéticos ambientes empresarias” (MALAGUTI, 2011, p.56).

O setor de Call Center³⁴⁵ é um bom exemplo desses tipos de mecanismo no País. Devemos observar que em uma sociedade marcada pelo desemprego o crescimento do setor de serviços se torna uma importante opção para trabalhadores em busca de uma ocupação.

E sendo um setor em expansão na economia em todo o mundo, o tele atendimento, demonstra sua capacidade de gerar empregos formais por uma sociedade marcada pelo desemprego estrutural. O setor de *call center* acaba adquirindo uma grande importância para se entender a atual dinâmica do mundo do trabalho na sociedade capitalista, pois acirra a competitividade entre as empresas, posto que acelera as negociações e, nas palavras de Nogueira, estabelece a “mercantilização da informação”.

Se observando pelo lado do empresariado o tele atendimento se configura por um aspecto positivo do lado das trabalhadoras o mesmo não se verifica. São predominantemente mulheres, jovens, com parcela significativa de pessoas no seu primeiro emprego nesse setor – mas que vivenciam condições de trabalho nocivas a saúde física e mental.

Dentro dessa dinâmica se traçou um perfil de trabalhadores prontos para atender a demanda desse mercado, sendo que se torna imperativo identificar as características socioeconômicas desses trabalhadores e, entre outros aspectos, perceber a razão pela qual a categoria é predominante feminina, discutindo as chamadas características de gênero, que recriam a sujeição às relações de trabalho precárias.

Devemos destacar que a divisão sexual do trabalho é totalmente favorável ao sexo masculino e desfavorável a mulher, demonstrando que ainda existe uma forte inter-relação entre a precarização da força de trabalho feminina e a opressão masculina presente na família patriarcal. Conforme Nogueira:

Além disso, existe a conotação de que o trabalho e o salário feminino são complementares no que tange às necessidades de subsistência familiar. Embora saibamos que hoje, para algumas famílias, essa permissa não é verdadeira, pois o valor “complementar” do salário feminino (que muitas vezes é o fundamental) é frequentemente imprescindível para o equilíbrio do orçamento familiar, especialmente no universo das classes trabalhadoras”. (p.188).

Diversos aspectos considerados como características femininas sobressaem na explicação do porque de grande número de mulheres nessa atividade. Características como

³⁴⁵ *Call Center/Contact Center/Telemarketing*: designações para centrais de atendimento destinadas ao contato com consumidores, de forma ativa (ligação feita a partir da empresa para o cliente) ou receptiva (do cliente a empresa), usando telefone ou outros canais de comunicação. O termo mais abrangente é *contactcenter*, que inclui o contato por e-mail, fax, chat e Voz sobre IP (*Internet Protocol*), por exemplo (Glossário da Associação Brasileira de Telesserviços). Disponível em: <<http://www.abt.org.br/glossario.asp?banner=ABT>>. Para uma aproximação com o “jargão” do *telemarketing*, ver o referido Glossário no Apêndice desta dissertação.



a paciência e a capacidade de ouvir, a delicadeza no trato aos clientes e, segundo a própria supervisão da empresa, “seria que todos os gêneros preferem ser atendidos por uma mulher” (Pesquisa de campo entrevista com a supervisora da Empresa X, 2013).

Percebe-se aí uma grande discriminação, pois essas explicações reduzem a qualificação profissional da mulher a atributos silenciosos e discriminatórios, limitando o trabalho feminino. Já os homens não são considerados educados na família e em sociedade para se submeterem ou obedecerem a tais aspectos de submissão e, por isso, não atendem tão docilmente aos princípios de uma organização do trabalho que mescla aspectos do taylorismo/fordismo/toyotismo para o setor de serviços dos *call centers*.

A hierarquização nesse tipo de trabalho se torna um exemplo de como a sociedade ainda privilegia o homem no trabalho produtivo. A grande maioria de sexo feminino, no tele atendimento, revela, com certa naturalização, que os melhores empregos e salários são destinados ao homem, ainda concebidos como provedores da família, o que indica a persistência dos valores existentes que estabelecem que a mulher deva permanecer em situação de sujeição a salários reduzidos em relação aos homens.

Nas últimas décadas houve um grande aumento da presença de mulher no mercado de trabalho, uma espécie de feminização na sociedade que vive do trabalho, onde a população masculina teve pouca significação de crescimento, nesse mesmo período. Apesar desses resultados positivos, é preciso ficar atento a esses números como explica Nogueira (2009):

A intensificação da inserção de mulheres foi o traço marcante. Entretanto, essa presença feminina se dá mais no espaço de empregos precários, onde a exploração, em grande medida, se encontra mais acentuada. A situação é um dos paradoxos, entre tantos outros, da mundialização do capital no mundo do trabalho. O impacto das políticas de flexibilização trabalhistas, nos termos da reestruturação produtiva, tem se mostrado como um grande risco para toda a classe trabalhadora, em especial para a mulher (p.187).

Assim, é possível observar como as mulheres ainda são vítimas de discriminação no trabalho. Sendo diferenciadas por sua condição como mulher em um mundo ainda segmentado por maioria masculina no controle de decisões de aspectos importantes no mundo do trabalho. Sendo que a categoria gênero feminino é uma das categorias que é estigmatizada na seleção para escolha dos trabalhadores de *callcenter*, pois bem sabemos através de estudos sobre o gênero, as desigualdades entre mulheres e homens não é algo natural, e sim naturalizada. Onde a hierarquização dos sexos possui uma pedagogia que é disseminada por meio de processos discursivos e culturais, sendo passando de geração para geração. Assim, nessa conjuntura é o sexo que determina o lugar das pessoas na sociedade

deste seu nascimento, ou seja: “... gênero e sexualidade são construídos através de inúmeras aprendizagens e práticas, empreendidas por conjunto inesgotável de instâncias sociais e culturais, de modo implícito ou dissimulado, num processo sempre inacabado...” (LOURO, 2008, p.17-18)

Através Sindicato dos Trabalhadores em Empresas de Telecomunicação do Estado do Rio de Janeiro (Sintell-Rio), com os dados e entrevista realizada com o setor de saúde do trabalhador do sindicato, foi possível identificar o perfil dos trabalhadores que são selecionados pela Empresa X que, para desenvolver o trabalho nos *call centers* é constituído da seguinte forma: predominantemente por mulheres, jovens, afrodescendentes, homossexuais, transexuais, obesos, enfim justamente as pessoas que mais são rejeitadas em postos de trabalhos no qual o atendimento tem que ser presencial, renegando esses trabalhadores e expondo os mesmos a posições de subalternidades e invisibilidade, privilegiando certos padrões estéticos exigidos na nossa sociedade de consumo.

Podemos inferir assim que questões de gênero, raça e sexualidade são parâmetros importantes para a contratação de pessoal nos *call center*, que geralmente absorve um grande parcela de trabalhadores que são discriminados na sociedade e no universo do trabalho.

O sindicato relata que, em relação ao *callcenter* estudado para este artigo, atualmente há cerca de 3.500 funcionários da Empresa X que são sindicalizados, e que a média atual de salário da Empresa X é de um salário mínimo ocorrendo variação para mais ou menos dependendo da função e carga horária desenvolvida, podendo haver, ainda, ganhos variáveis de produtividade³⁴⁶.

Informa que as mulheres correspondem a grande maioria dos atendentes de *callcenter* da Empresa X. Dos 3.500 funcionários identificados, as mulheres correspondem a 80% destes funcionários.

Outro dado importante é que a grande maioria dos teleoperadores da Empresa X é formada por jovens com idade média entre 18 a 26 anos, muitos em seu primeiro emprego, sendo que 89% dos teleoperadores tem o 2º grau completo (ensino médio). E 11% estão cursando ou já terminaram o ensino superior.

Estes dados apresentam as condições precárias de trabalho, educação e salário dadas às pessoas do sexo feminino, as desigualdades de gêneros. Apesar da sociedade compreende que as desigualdades de gênero não existissem.

³⁴⁶ Os dados aqui apresentados sobre a Empresa X foram fornecidos por dirigentes e funcionários do Sintell-Rio, nas diversas visitas que fiz ao órgão durante a pesquisa de campo, entre 2013 e 2014.



Além dessas desigualdades essas trabalhadoras acabam sofrendo de problemas de saúde ocasionando pelas funções que exercem, pois conforme afirma Dejours (1985) o trabalho sempre acarreta alguma consequência na saúde de quem trabalha e essa constatação atrelada a fatores ligados as pressões sofridas por trabalhadores, muitas devido a questões de gênero acabam criando o aumento de doenças causadas pelo desgaste mental, como depressão e síndrome do pânico, que como alerta o SINTELL-Rio vem crescendo assustadoramente entre os teleoperadores como podemos observar a seguir.

3. A Saúde e o Desgaste mental no trabalho

Conforme o autor Oddone o ambiente de trabalho tem causado morte, doença e incapacidades para um grande número de trabalhadores ao longo da história na humanidade. Sobre nosso campo de análise verificamos através do Departamento de Saúde do Sintell-Rio um alerta sobre o aumento de casos de distúrbio mental nos *call centers* e um alerta sobre essa crescente patologia no setor de *callcenter*. Aspecto sobre o aumento dessa demanda pode entender da seguinte forma:

(...) os trabalhadores são submetidos a formas de organização do trabalho que implicam na sua imobilidade, associada à monotonia e a exigência de esforços físicos que vem acompanhada, assim, de significativo desgaste psíquico do trabalhador expresso em sintomatologias de fadiga, estresse, e demais patologias psicossomáticas e nervosas (COHN E MARSIGLIA, 1999, p.73).

Dentro do ambiente de trabalho, e no que interessa mais particularmente a este estudo, nos grandes *call centers*, tem se notado um crescente aumento no afastamento de teleoperadores por motivos de distúrbios mentais e psíquicos, sendo que o campo de saúde mental e trabalho na atualidade têm sido impulsionados por estudos que abordam o trabalho no processo de adoecimento psíquico, ou seja, a caracterização de aspectos do trabalho mais diretamente associados à ocorrência de transtornos mentais ou situação de sofrimento psíquico. Outros elementos como satisfação e capacidade para o trabalho figuram em produções mais recentes sobre a temática.

A saúde mental dos trabalhadores pode ser afetada por numerosos fatores, tais como a exposição a agentes tóxicos, políticas de gestão de pessoas e das estruturas da empresa, até aspectos relacionados à organização do trabalho.

Os agravos a saúde psíquica muitas vezes são acompanhados de consequências somáticas, sendo o caso mais frequente, atualmente, as LER/Dort, como já visto



anteriormente, embora não se possa afirmar que as condições e a organização do trabalho sejam as únicas causas para o aparecimento desse grupo de patologias.

Outros aspectos relacionados à reestruturação do mundo do trabalho e à divisão internacional da economia também têm, ainda que não diretamente, repercussões sobre a saúde psíquica dos trabalhadores, devido à forma que vão contribuir para definir as diferentes formas de como o trabalho vai ser exercido dentro de uma determinada empresa, e trazer como consequência para os trabalhadores fatores como ansiedade, tensão e pressão durante o desenvolvimento do trabalho.

Dejours aborda essa questão:

(...) As situações antigênicas geram condições de sofrimento e manifestações e somatizações, quando o sujeito não é mais capaz de tratar mentalmente essas condições no trabalho. Desse modo, o rendimento, exigido através da cadência, do ritmo e das cotas de produção, levaria o trabalhador a desenvolver defesas egóicas inconscientes (DEJOURS apud VERTHEIN-MINAYO, 2000, p.8).

A interpretação voltada para a simulação é muito comum no ambiente das empresas, as quais sempre se posicionam em defesa do interesse das corporações, em detrimento da saúde e bem estar físico e psíquico do trabalhador.

Cabe destacar que a divisão internacional das formas do trabalho, destina a países de capitalismo periférico atividades produtivas mais intensas como o que ocorre nas centrais de *callcenter*, onde se percebe ainda presente e de forma mais intensa moldes tayloristas ou fordistas associados aos padrões flexíveis e que podem produzir importantes agravos à saúde física e psíquica dos trabalhadores. Também não se pode esquecer que as organizações e as condições de trabalho referidas ocorrem nos marcos de condições específicas de apropriação do lucro e de estruturas de poder, histórica e socialmente determinadas, definidas como modo capitalista de produção³⁴⁷.

Acredita-se que múltiplas abordagens e métodos foram e serão criados para estudar as relações entre trabalho e saúde mental, e não é intenção deste estudo descrevê-los e analisar a todos. Porém, devo destacar três correntes que a autora Seligmann-Silva (1997) distingue e que considero de grande importância para a avaliação do desgaste mental do trabalhador: a corrente fundamentada na teoria do estresse, que reúne investigações sobre estresse e trabalho (*work-stress*); a corrente vinda das ciências sociais, que privilegia

³⁴⁷ Os regimes políticos de "socialismo real", passados ou contemporâneos, também foram e são geradores de muito sofrimento e agressão a saúde dos trabalhadores. As condições de trabalho nos países do antigo bloco soviético, China etc. não deixaram nada a desejar, em termos de precariedade e contaminação (dos trabalhadores e meio ambiente) em relação ao que ocorre nos atuais países capitalistas da periferia.



aspectos relacionados às relações de poder; e a corrente originária da teoria psicanalítica, que fundamentou os estudos da chamada psicodinâmica do trabalho.

O autor Dejours (1987) define o campo da psicodinâmica do trabalho como aquele do sofrimento e do conteúdo, da significação e das formas de sofrimento, e situa sua investigação no campo da pré-patologia. Conforme essa concepção, o sofrimento é um espaço clínico intermediário que marca a evolução de uma luta entre funcionamento psíquico e mecanismo de defesa, por um lado, e pressões organizacionais desestabilizantes, por outro, com o objetivo de evitar a descompensação e conservar um equilíbrio possível, mesmo que ocorra a custo de sofrimento, desde que preserve o conformismo aparente do comportamento e satisfação aos critérios sociais de normalidade.

Uma observação importante da psicodinâmica do trabalho é que ela visa à coletividade do trabalho e não aos indivíduos isoladamente. Após o sofrimento psíquico ser diagnosticado em situação de trabalho, ela não vai buscar atos terapêuticos individuais e sim intervenções voltadas para a organização do trabalho à qual os indivíduos estejam submetidos. Uma de suas vertentes fundamentais são as categorias da psicanálise. Assim, compreende que, ante uma situação de agressão ao ego, o indivíduo defende-se, primeiramente, pela produção de fantasmas, que lhe permitem construir uma ligação entre a realidade difícil de suportar, a possibilidade de sublimação. Para Dejours (1987), a situação do trabalho taylorizada está bloqueada entre o ego e a realidade, pois o conteúdo da tarefa, seu modo operatório e sua cadência são decididos pela direção da empresa. E, nessas condições, o fantasma não serve para nada.

Para o autor referido, o trabalho nos moldes tayloristas afeta diretamente a saúde mental dos trabalhadores na atualidade. Vejamos:

Um lugar particular deve ser dedicado à introdução do taylorismo. Sendo, ainda hoje, uma modalidade de organização do trabalho que continua ganhando terreno, especialmente no setor terciário, o taylorismo é objeto de estudo particular, concernente a suas consequências na saúde mental. Mas, assim mesmo, é preciso assinalar as repercussões do sistema Taylor na saúde do corpo. Nova tecnologia de submissão, de disciplina do corpo, a organização científica do trabalho gera exigências fisiológicas até então desconhecidas, especialmente as exigências de tempo e ritmo de trabalho. As performances exigidas de tempo e ritmo de trabalho. As performances exigidas são absolutamente novas, e fazem com que o corpo apareça como principal ponto do impacto dos prejuízos do trabalho. O esgotamento físico não concerne somente aos trabalhadores braçais, mas ao conjunto dos operários de massa. Ao separar, radicalmente, o trabalho intelectual do trabalho manual, o sistema Taylor neutraliza a atividade mental dos operários (DEJOURS, 1992, p.18-17).

Dejours acredita que o aparelho psíquico não é o primeiro a ser atingido pelo sistema e sim o aparelho físico através do corpo do trabalhador, o que ocorre através do sistema de produção baseado na importação de paradigmas tayloristas, principalmente, para as



empresas de serviço que acabam disciplinando e docilizando o corpo, onde há uma entrega do trabalhador à injunção da organização do trabalho, à direção hierarquizada do comando, o corpo acaba ficando sem defesa, explorado, fragilizado pela privação do seu produtor natural, que seria o aparelho mental. Gerando assim um corpo doente, portanto, ou correndo o risco de tornar-se doente.

Em suma, através da análise acima verificamos que as mulheres que trabalham no Call Center além das desigualdades que sofrem pela sua condição de gênero também sofrem de doenças decorrentes das funções que exercem, assim, ser mulher tem como consequência múltiplas formas de precarização.

4. Considerações Finais

Esse estudo teve como preocupação identificar as novas configurações do mundo de trabalho destacando o perfil dos trabalhadores de *callcenter* na atualidade e como as pressões sofridas no trabalho acabam levando ao adoecimento desses trabalhadores, no caso do adoecimento do trabalhador procurei destacar o tocante relativo à saúde mental a partir do recorte de gênero. Destacando o gênero feminino, visto as mulheres serem a grande maioria de trabalhadores do segmento de *call center*. Também são elas que mais adoecem devido à pressão exercida na esfera da organização do trabalho.

Pode-se, então, inferir que o trabalho e a saúde dos trabalhadores, destacando, no caso desse artigo questões de gênero, são categorias determinadas tanto histórica quanto socialmente. As concepções de saúde do trabalhador foram construídas socialmente e, frente às abordagens tradicionais das relações saúde-trabalho.

REFERENCIAS

- COHN, A.C, MARSIGLIA, R.G. Processo e organização do trabalho. IN: ROCHA, L.E.; RIGOTTO, R.M.C.; BUSCHINELLI, I. T.P (orgs). *Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil*, Petrópolis, Vozes, 1993, pp 56-76.
- DEJOURS, Christophe. *A Loucura do Trabalho*: Estudo de psicopatologia do trabalho – São Paulo. Ed. Cortez-Oboré, 1992.
- HIRATA, Helena. Visão comparativa sobre o trabalho feminino na França, Japão e no Brasil. In LIMA, M. E. et al (Orgs) Transformando as relações de trabalho e cidadania: produção, reprodução e sexualidade. São Paulo: CUT/BR,2007
- IAMAMOTO, M. V. *O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação*. 9ª ed. São Paulo: Cortez, 2005.
- IANNI, Octavio. *Escravidão e Racismo*. 2ª ed. São Paulo: Editora HUCITEC, 1988.
- LOURO, Guacira Lopes. Gênero e Sexualidade: pedagogias contemporâneas. Pró-posições, v19, n.2(56)- maio- agosto 2008.
- MALAGUTTI, Thiago Sevilhano. Crítica à razão informal: a imaterialidade do salariado. São Paulo: Boitempo; Vitória: Edufes, 2001.
- MARX, Karl. *Manuscritos econômicos e filosóficos*. Lisboa: Textos Filosóficos Edições 70, 1993.
- NOGUEIRA, C. M. As trabalhadoras do telemarketing: uma nova divisão sexual do trabalho. In: BRAGA, R. e ANTUNES, R. (Orgs.). *Infoproletários:degradação real do trabalho virtual*. São Paulo: Boitempo, 2009.
- ODDONE, Ivair et al. *Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde*. São Paulo: Hucitec, 1988.
- POLANYI, Karl. *A grande transformação: as origens da nossa época*. Tradução de Fanny Wrobel. 5. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000.
- SANTOS Boaventura de Souza. *A construção multicultural da igualdade e da diferença*. Palestra proferida no VII Congresso de Sociologia, realizado no Instituto de Filosofia e Ciências Sociais da UFRJ, de 4 a 6 de setembro de 1995 (mimeo).
- SELIGMANN-SILVA, E. Saúde mental e automação: a proposito de um estudo de caso no setor ferroviário. *Cadernos de Saúde Pública*, 13 (2): 95-109, 1997.
- VENCO, S. Centrais de teleatividades: O surgimento dos colarinhos furta-cores? In BRAGA, R.e ANTUNES, R. (Orgs.). *Infoproletários: degradação real do trabalho virtual*. São Paulo. Ed.Boitempo, 2009 p 162.



IX CONASSS
CONGRESSO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE
XII SIMPSSS
SIMPOSIÓ DE SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE

30 anos do SUS: Território de Lutas e o Serviço Social na Saúde
Edição virtual, 22 a 24 de setembro de 2020

1644

EIXO: TRABALHO E QUESTÃO SOCIAL, ÊNFASE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL

A CONTINUIDADE DO CUIDADO PÓS-ALTA HOSPITALAR

Arilene Lisboa De Araújo (UFRN)

RESUMO: O presente artigo trata sobre o cuidado em saúde através de relato de experiência sobre o processo de preparação da alta hospitalar de crianças com doenças crônicas buscando através de estudos evidenciar os principais desafios que perpassam a continuidade do cuidado pós alta hospitalar. O levantamento de dados ocorreu através de pesquisa de artigos e da experiência vivenciada na Residência Multiprofissional. Constitui uma pesquisa qualitativa orientada pelo método dialético que combinará pesquisa bibliográfica e documental. A expectativa é de que este estudo possa contribuir para redução de danos as crianças na perspectiva de efetivação do cuidado realizado pós alta hospitalar.

PALAVRAS-CHAVE: Alta hospitalar. Continuidade do cuidado. Integralidade.

ABSTRACT: This article deals with healthcare, through experience in the process of preparing hospital discharge for children with chronic diseases, seeking through studies to highlight the main challenges that pervade the investigation of care after hospital discharge. The data collection occurred through research of articles and experiences lived in the Multiprofessional Residence. It constitutes a qualitative research guided by the dialectical method that combines bibliographic and documentary research. The expectation that this study can contribute to harm reduction as children with a view to the effectiveness of the care provided after hospital discharge.

KEYWORDS: Hospital discharge. Heredity of care. Integrality.

1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988, nos termos da Seguridade Social³⁴⁸, define a saúde 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” (BRASIL, 1988, art.196). Em conformidade, a Lei Orgânica da Saúde (LOS) entende a condição de saúde como aspecto resultante de “fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990, art.3º).

Nesta direção, partimos da premissa de que os problemas de saúde pública são, também, manifestações da Questão Social intrínsecas ao sistema do capital, por isto, os índices de morbidade e mortalidade dos indivíduos, por exemplo, retratam a realidade social da população brasileira. As expressões da Questão Social complexifica as demandas colocadas a equipe de saúde e requerem a inserção de assistentes sociais na equipe de saúde.

Assim sendo, a assistência pediátrica deve contemplar um conjunto de cuidados dedicados à criança e ao adolescente, nos seus diversos aspectos, sejam eles de proteção, de promoção ou de recuperação da saúde.

Durante a nossa experiência como Assistente Social Residente, integrante da equipe multiprofissional da pediatria do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), inserida na RMS, com área de concentração em Atenção à Saúde da Criança, *lócus* que deve ofertar um conjunto de cuidados dedicados à criança e ao adolescente no âmbito hospitalar com base no conceito ampliado de saúde e nos princípios da integralidade, equidade e universalidade, cuja perspectiva de abordagem ancora-se na concepção da atenção à criança e adolescente enquanto sujeitos de direitos, considerando a sua condição peculiar de desenvolvimento, por se encontrarem em reconhecido e especial processo de desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, devendo gozarem de prioridade absoluta (BRASIL, 1990, art.6).

Temos nos deparado com frequentes demandas relacionadas à continuidade do cuidado no processo de preparação para a alta hospitalar de crianças portadoras de Doenças

³⁴⁸Seguridade social é entendida como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988, art.194).

Crônicas, enquanto processo que requer mediações e articulações com a rede pré-hospitalar e também com o sistema de garantia de direitos, tendo em vista que em geral requerem condições objetivas para dar seguimento ao cuidado pós alta hospitalar.

Na referida realidade, a equipe de saúde e particularmente as assistentes sociais, durante o processo de preparação da alta hospitalar tem se deparado com o fato de que a maioria das crianças necessitam do uso contínuo de oxigênio, bem como demandam assistência e acompanhamento especializado no domicílio aliado a intervenções diárias, que se esbarram nas inúmeras dificuldades de acesso desses serviços, sobretudo, dada a insuficiência de pediatras para acompanhamento domiciliar, com efetiva garantia de medicamentos e equipamentos dentre outras necessidades pertinentes a continuidade do cuidado pós alta hospitalar.

Portanto, essas situações não podem ser tratadas como um problema da família ou de outros níveis de atenção, pois isso requer uma abordagem capaz de assegurar contra referência e em muitos casos, também requer articulações intersetoriais durante o processo de preparação da alta hospitalar na perspectiva da garantia de assistência integral a crianças e adolescentes, nos seus diversos aspectos, sejam eles preventivos ou curativos. Para tanto, se faz necessário problematizarmos e conhecermos as dificuldades a serem enfrentadas pelas famílias para conseguir efetiva continuidade do tratamento pós alta hospitalar.

Ressalte-se que as implicações do processo de alta hospitalar, o acesso aos serviços de saúde no pós-alta hospitalar e a continuidade do cuidado em rede – em especial àquelas crianças portadoras de doenças crônicas – pretendem não só contribuir para redução de danos às crianças, como também, com o avanço na qualidade de assistência prestada identificando as possibilidades de atuação da equipe multiprofissional de saúde em unidade hospitalar e, conseqüentemente, na prestação de serviços indispensáveis à integralidade do cuidado, corroborando para a intersetorialidade.

2. OS DESAFIOS PARA A CONTINUIDADE DO CUIDADO

Partimos da compreensão de que a garantia do direito através da luta cotidiana para implementar os avanços conquistados no campo das políticas sociais é um desafio que se apresenta ao trabalho em saúde e também para toda a equipe profissional que trabalha na assistência a esses usuários com condição crônica. As demandas colocadas face as necessidades de saúde das crianças, muitas verbalizadas pelos familiares, responsáveis no formalismo da instituição, na maioria dos casos, representam apenas a superfície de uma

complexa realidade que eles vivenciam cotidianamente. Assim, o diálogo, a escuta sensível e qualificada, o conhecimento da realidade para além da doença são instrumentos fundamentais para o estabelecimento de uma relação produtiva e eficaz entre a equipe e o usuário (BEIER, 2011).

Apesar das muitas boas iniciativas desencadeadas, ainda é observado, no meio hospitalar, a ausência desses instrumentos, por isso reiteramos que nos últimos séculos, o campo da saúde foi se tornando um campo de construção de práticas técnicas cuidadoras, socialmente determinadas, dentro do qual o modo médico de agir foi se tornando hegemônico. Mas, mesmo dentro deste modo particular de agir tecnicamente, na produção do cuidado, nestes anos todos, há uma enorme multiplicidade de maneiras ou modelos de ação (MERHY, 1999).

Atualmente, qualquer cidadão que tiver um mínimo de experiência com um serviço de saúde, seja ele público ou privado, em qualquer estabelecimento de saúde, poderá afirmar com certeza que as finalidades dos atos de saúde, marcadas pelos seus compromissos com a busca da cura de doenças ou da promoção da saúde, nem sempre são realizadas da melhor maneira (MERHY, 1999).

Diante disso, os trabalhadores, gestores, prestadores de serviços, sabem que para atingir a finalidade do cuidado, o conjunto dos atos produz um certo formato de cuidar, de distintos modos: como os atos de ações individuais e coletivas, abordagens clínicas, curativistas e sanitárias da problemática de saúde, as quais agregam todos os saberes e práticas implicados com a construção dos atos cuidadores, e conformam o modelo de atenção à saúde (MERHY, 1999).

Assim, hodiernamente, a realidade dos serviços de saúde tem evidenciado que, conforme os modelos de atenção à saúde são seguidos e adotados, eles nem sempre tratam a produção do cuidado em saúde de maneira comprometida, efetivamente, com a cura da doença e a promoção da saúde.

Dessa forma, podemos compreender que se faz necessário repensar os processos de trabalho em saúde, nos serviços de saúde, no sentido de combinar a produção de cuidado de maneira eficaz com conquistas dos resultados de cura, promoção e proteção, pois, esse é um dos nós críticos fundamental a ser trabalhado pelo conjunto dos gestores e trabalhadores dos estabelecimentos de saúde. E na busca por essa combinação, torna-se evidente a necessidade de reconhecer a integralidade como ponto fundamental no processo de cuidado na saúde.

Por conseguinte, quando nos propomos a discutir o cuidado na saúde, de fato não

podemos deixar de pensar sobre o tema da integralidade da atenção à saúde no contexto hospitalar. De acordo com os autores Cecilio e Merhy, 2003, a atenção integral de um paciente deve ser tratada como questão central para as práticas no âmbito hospitalar, o que constitui esforço de uma abordagem completa, holística e integral, de cada pessoa portadora de necessidades de saúde, que por um certo momento de sua vida, precisa de cuidados hospitalares (MERHY, 2002).

3. O CUIDADO EM SAÚDE E A ALTA HOSPITALAR

O cuidado desenvolvido nos hospitais, particularmente, é uma síntese de múltiplos cuidados e sua natureza é, necessariamente, multidisciplinar, ou seja, depende de vários profissionais. Se pensarmos no cuidado de maneira ideal, recebido e vivido pelo paciente, esse é resultante de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se somando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida no hospital (CECILIO; MERHY, 2003).

Ainda segundo os autores Cecilio e Merhy (2003), o cuidado em saúde pressupõe uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas e de saberes num processo dialético de complementação e de disputa. Portanto, a integralidade da atenção oferecida, é resultante da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores no hospital diante de todo o processo que envolve o estar no hospital, incluindo nesse momento a admissão, permanência e alta hospitalar.

Nesses termos compartilhamos da compreensão de que o momento de alta de cada usuário deve ser pensado como um momento privilegiado para se produzir a continuidade do tratamento em outros serviços, não apenas de forma burocrática, cumprindo um papel de contra referência, mas pela construção ativa de um plano de alta hospitalar, da linha de cuidado, necessária àquele paciente específico. O período da internação pode, inclusive, ser aproveitado para apoiar o paciente na direção de conquistar uma maior autonomia e na reconstrução de seu modo de seguir a vida (CECILIO; MERHY, 2003).

No Brasil, o cuidado envolvendo hospitalização em pediatria é amparado pela Lei 8.069 de 13 de julho de 1990, Estatuto da Criança e do Adolescente, a qual compreende em um de seus artigos que:

Art. 4º . É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 1990)

Ressalta-se que o debate referente ao cuidado desenvolvido nos serviços de saúde não é um assunto novo e que perpassa por várias faces da vida. É notório que a sociedade ao longo da história passou por inúmeras mudanças no âmbito político, social, econômico, cultural, ambiental, resultado de um sistema tipicamente excludente e concentrador de renda.

Ao adoecer o sujeito se confrontará com a face mais perversa da questão social e partilhará com a equipe de saúde suas necessidades e carências em busca de alternativas que garantam sua condição de cidadania plena (BEIER, 2010).

No Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), de maneira geral, particularmente na área de concentração de atenção à saúde da criança, encontramos diversos fenômenos resultantes da “Questão Social” que é a expressão das contradições inerentes ao capitalismo (BEHRING e SANTOS, 2009, p.5) e, tal reflexão só é possível porque a Questão Social só pode ser problematizada se houver a verdadeira inserção no espaço-temporal que ela se desenvolve (WANDERLEY, 2004). No HUOL há a presença de diversos sujeitos com realidades distintas e nós profissionais, temos o contato direto com estes onde podemos visualizar as problemáticas que se expressam de várias maneiras.

Um dos aspectos que perduram até hoje trata-se das consequências da desigualdade social e econômica, os quais são fenômenos que ocorrem na maioria dos países na contemporaneidade. Entretanto, é sabido que afetam de maneira mais expressiva os países não desenvolvidos, os quais se caracterizam através da ausência e/ou do acesso precário aos bens e serviços necessários para a sobrevivência dos indivíduos, tais como: a inserção precária na estrutura produtiva, sobretudo, no que tange às condições de trabalho, o desemprego, a distribuição desigual de renda, o nível de escolaridade entre a população, entre outras características que afetam diretamente o modo de vida dos sujeitos e assim, sua saúde (SILVA; SOUZA JUNIOR, 2012).

Diante disso, compreende-se que no campo da saúde, a desigualdade torna-se não apenas evidente, mas muitas vezes fator excludente ou iníquo, pois determinados aspectos possuem relação direta com as condições de vida e com a situação de saúde da população, especialmente, quando se trata de questões de origem socioeconômica que resultam no expressivo risco do adoecimento e/ou morte entre os diferentes grupos sociais, sejam eles ricos ou pobres (BARATA, 2009).

Ademais, ao visualizar a realidade objetiva dos sujeitos pode-se afirmar que muitos direitos sociais se encontram sob constante ameaça e/ou violação. À vista disso grande parcela da população enfrenta condições adversas de vida que se apresentam como empecilhos para o desenvolvimento de uma vida digna e com condições saudáveis de saúde,



os quais se relacionam com o baixo nível de escolaridade e a inserção precária no mercado de trabalho – seja ele formal ou informal, o que está em conformidade com o conceito de saúde de 1988. Além da ausência de informações, insuficiência de serviços de abastecimento e tratamento adequado de água, esgotamento sanitário, coleta de lixo regular, ruas sem pavimentação, estruturas precárias de moradia, especialmente entre famílias que residem nas áreas rurais, que habitam em casa de taipa, sem a mínima condição e disponibilidade de serviços essenciais para se ter uma vida digna, os quais todos os exemplos citados tornam-se partes integrantes das condições adversas a saúde dos indivíduos (MAGALHÃES et al, 2013).

Nesse contexto, cabe inserir que houve um processo de mudança no perfil epidemiológico, o qual se tornou tão considerável quanto os acima citados no processo de saúde do Brasil, a chamada transição epidemiológica. A esse processo, podemos destacar que:

Na população brasileira o processo engloba três mudanças básicas: 1) substituição, entre as primeiras causas de morte, das doenças transmissíveis (doenças infecciosas) por doenças não transmissíveis; 2) deslocamento da maior carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens (mortalidade infantil) aos grupos mais idosos; e 3) transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra em que a morbidade (doenças crônicas) é dominante (SCHRAMM, et al 2004).

As mudanças citadas favoreceram de maneira expressiva a realidade do perfil de saúde/doença da população brasileira, em especial a faixa etária infantil, na qual o surgimento de demanda na questão das doenças crônicas³⁴⁹ não apenas impressionou o campo da saúde, mas trouxe à tona uma situação de saúde até então pouco observada, visto que a prevalência era de fato de doenças agudas e transmissíveis.

Diante disso, uma doença crônica pode ocasionar uma série de consequências, como exemplo: limitações físicas ou prejuízo nas relações sociais, dependência de medicações e/ou insumos, dietas restritas e específicas, necessidade de tecnologia de assistência, cuidados médicos continuados, acompanhamento psicológico e multiprofissional sistemático e às vezes, necessidade de acomodações especiais (GOLDANI et al, 2010).

Dentre os pontos citados, a relevante mudança no perfil das doenças passa então a envolver aspectos além e aquém dos cuidados antes ofertados. A esse novo perfil podemos

³⁴⁹No campo da saúde, existe a diferenciação entre doença aguda e doença crônica. De maneira geral, a doença aguda produz sintomas e sinais pouco depois da exposição à causa, de curso rápido, a partir da qual há normalmente total recuperação ou um fim abrupto em morte. Já a doença crônica não põe em risco a vida da pessoa em curto prazo, entretanto apresenta diferentes formas de gravidade. Por outro lado, as doenças crônicas podem desenvolver-se sem apresentar sintomas por longo período, manifestando-se apenas em episódios agudos (GOLDANI et al, 2010).

evidenciar, na realidade da enfermagem pediátrica do HUOL e, de acordo com a análise de documentos eletrônicos, durante a observação participante de Mororó (2018), a prevalência de diagnósticos de doenças crônicas entre os pacientes infantis internados nos últimos 6 meses com uma média de permanência hospitalar em torno de 52 dias, sendo identificado ainda que 50% ou mais dos pacientes internados apresentavam uma condição crônica. A esse cenário, soma-se a longa permanência hospitalar a qual esteve associada, principalmente, às dificuldades de continuidade do cuidado no domicílio (MORORÓ, 2018).

Diante desses dados, o cotidiano possibilitou a percepção acerca dos múltiplos fatores que envolvem o processo de alta hospitalar. Emergiram-se muitos questionamentos acerca da prática profissional e seu caráter multiprofissional frente a essa problemática e por isso, percebeu-se a necessidade de se discutir sobre o processo de preparação da alta hospitalar desses pacientes os quais são portadores de doenças crônicas, e ainda, necessitam na maioria das vezes, da continuidade do cuidado no domicílio, o qual partirá de seus pais, familiares e/ou responsáveis.

Ainda em decorrência da mudança do perfil epidemiológico, é necessário evidenciar a necessidade de haver mudanças na qualidade dos cuidados, no sistema de saúde e na elaboração de novas linhas de causalidade as quais tornam-se necessárias para atender as novas demandas na área de prevenção bem como auxiliarão no estabelecimento de novas abordagens terapêuticas ao novo perfil de doenças (GOLDANI et al, 2012). Além disso, surge a necessidade de se pensar sobre um plano de alta hospitalar

Para tanto, a linha de cuidado se apresenta como uma estratégia para a ação, um caminho para o alcance da atenção integral ou da integralidade do cuidado e ainda um dos princípios do SUS, busca articular a produção do cuidado desde a atenção primária até o mais complexo nível de atenção, exigindo ainda a interação com os demais sistemas para a garantia de direitos, de modo que, atenda de maneira satisfatória as novas demandas na área de prevenção e ainda, articule-se com os demais sistemas de saúde de maneira que seja buscado cumprir e garantir o direito à saúde (BRASIL, 2010).

Hodiernamente, é perceptível que o sistema de saúde é por muitas vezes, acessado de maneira desigual e assimétrica entre as diferentes pessoas e agrupamentos sociais. Sendo uma das grandes consequências dessa forma de funcionamento a dificuldade de se conseguir garantir a integralidade e a continuidade do cuidado em rede no processo de alta hospitalar. Partimos da premissa de que, a integralidade do cuidado que cada pessoa necessita, frequentemente transversaliza todo o sistema de saúde, portanto, a integralidade do cuidado só poderá ser obtida em rede.

Segundo Cecilio e Merhy (2003), pode existir algum grau de integralidade “focalizada” que é caracterizada como sendo a integralidade desenvolvida por uma equipe, em um serviço de saúde, onde através de uma boa articulação e desenvolvimento de suas práticas, conseguem realizar escuta qualificada atendendo, da melhor forma possível, às necessidades de saúde trazidas por determinada população, em especial no processo de alta hospitalar.

De acordo com Cunha (2018), para se efetivar uma alta hospitalar, faz-se necessário que os profissionais envolvidos no processo de atendimento direto ao usuário, estejam de acordo com a alta, ou seja, eles devem oferecer serviços de alta complexidade necessários para o tratamento da doença em outro estabelecimento de saúde, quando não há motivos para internação em âmbito hospitalar. Os casos de internação prolongadas que requerem maior tempo ocorrem por duas razões: impossibilidade de alta clínica, devido intensificação dos riscos de ordem biológica que ainda requerem cuidados biomédicos de alta complexidade; ou por impossibilidade de alta social por haver questões de cunho social que dificultam ou impossibilitam o retorno do paciente à sua residência de origem (CUNHA, 2018).

Diante dessa realidade, os casos de difícil efetivação de altas hospitalares por questões sociais são recorrentes ao Serviço Social, pois extrapolam o procedimento-centrado de atendimento das outras profissões da área da saúde que possuem uma conduta mais biomédica, centrada na doença. Não raramente, as demandas extrapolam também as possibilidades de intervenção do Assistente Social, a qual fortalece uma identidade atribuída a esse profissional que é solicitado a dar resolutividade a questões que ultrapassam os seus limites de atuação e competência profissional. A falta de direcionamento de tais problemáticas a outras áreas, centraliza em direção quase exclusiva, o papel multiprofissional e interdisciplinar, a um único profissional, o Assistente Social. De modo que, pelo fato de não reconhecer que esse papel deve ser atribuído a todos da equipe com as mesmas responsabilidades, evidencia-se assim, que ainda falta maior articulação entre os profissionais que compõe as equipes de saúde (CUNHA, 2018).

Nesse sentido, o olhar sobre o cuidado pós alta finda a cargo de cada profissional, onde muitas vezes é resumido em recomendações previstas em protocolos que são difíceis de serem seguidas e ainda, compreendidas pelos familiares, diante da realidade e da dificuldade de acesso que a população usuária dos serviços se deparam.

Assim, pode-se destacar que muitas discussões, reflexões e ponderações tem sido feita acerca do envolvimento da equipe multiprofissional frente a esta problemática, demandando esforços dos profissionais – que por vezes, ultrapassam os limites institucionais, na perspectiva de viabilizar uma alta qualificada e condições seguras para que a criança possa

retornar ao convívio familiar e comunitário.

Dentre essas problemáticas que impossibilitam a alta hospitalar, podemos observar as seguintes: situação socioeconômica frágil e/ou insuficiente; ausência de moradia e/ou condições estruturais precárias e insalubres para receber a criança com residência inadequada para receber e atender as necessidades demandadas pelo usuário; criança demandante de cuidados terceirizados, mas com vínculos familiares fragilizados; inexistência de vagas em variados serviços de saúde; crianças em situação de risco e vulnerabilidade social; necessidade de medicamentos específicos; inserção em programas de atenção domiciliar; não cobertura na rede socioassistencial, entre outros.

De acordo com Cunha (2018), a não compreensão das atribuições e competências de cada profissão e suas contribuições para a equipe multiprofissional fragiliza o enfrentamento da problemática, o que inviabiliza a efetivação da alta hospitalar qualificada e remete a uma identidade atribuída a uma determinada profissão que ignora as limitações sofridas pelos profissionais em seu cotidiano de trabalho. Faz-se necessário pontuar que essas problemáticas são próprias e inerentes ao sistema capitalista.

Assim sendo, falar de internação, alta hospitalar e social, requerem conhecimentos sobre a relação entre a Questão Social, a visão ampliada de saúde e o cuidado integrado. Segundo Machado et al. (2007), a ideia de cuidado integrado compreende um saber de diversos profissionais, docentes/gestores, usuários/pacientes, corresponsáveis pela produção de saúde, feito por gente que cuida de gente. Sendo assim, partilhamos da ideia de que o campo da saúde não é privativo de nenhum núcleo profissional, na medida em que cuidar de pessoas firma-se como espaço de escuta, acolhimento, diálogo e relação ética e dialógica entre os diversos atores implicados na produção do cuidado e considerando o indivíduo em sua totalidade (MACHADO et al, 2007).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse sentido, faz-se necessário desmistificar o posicionamento que se contrapõe à visão ampliada de saúde, modelo biomédico, o qual fragmenta o cuidado a diversas áreas do conhecimento. A alta hospitalar não deve ser restrita ou responsabilizada por uma única área, mas deve abarcar o conjunto de profissionais, visando alcançar efetivamente as situações expostas.

Dessa forma, é primordial também que a responsabilização pelo cuidado e pela visão ampliada de saúde não se resuma apenas aos profissionais de saúde e as equipes



multiprofissionais já responsáveis pelo cuidado, mas, também a família. Essa, a qual deve participar de modo que não esteja apenas inserida e sim consciente sobre as condutas que serão tomadas e que tenha ainda todas as orientações e informações inerentes ao processo de internação, bem como que seja acolhida orientada de modo integral e amparada no pós-alta, desenvolvendo assim, um papel coadjuvante nesse processo.

As informações às famílias no processo da alta hospitalar têm ocorrido de maneira sutil, gerando dificuldades em apreendê-las por conter um conteúdo técnico e específico do vocabulário médico, impossibilitando o desenvolvimento da autonomia no cuidado com a criança portadora de doença crônica (ARAÚJO et al, 2009).

Corroboramos com a ideia de que o conhecimento sobre a doença, o acesso ao tratamento e aos recursos disponíveis e o estabelecimento de uma relação de parceria com a equipe de saúde são ferramentas fundamentais na condução do processo de viver com doenças crônicas, diminuindo significativamente os níveis de ansiedade e estresse da família no processo de alta hospitalar (BEIER, 2011).

Em síntese, reafirma-se a importância de uma atuação multiprofissional e interdisciplinar dos profissionais, e ainda da família em prol do atendimento e cuidado integral do sujeito, percebendo-o em toda as suas esferas e compreendendo a realidade na qual está inserido. Reitera-se a contribuição que os programas de Residência multiprofissional tendem a colaborar para esta realidade, com a finalidade de incorporar e agregar nas práticas hospitalares uma nova forma de atendimento aos usuários dos serviços ofertados, evidenciando o cuidado na perspectiva integral.



REFERÊNCIAS

- _____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília/DF: Casa Civil, 1988.
- _____. **Lei nº 11129**. Brasília/DF: Casa Civil, 2005.
- _____. **Lei nº 8069 – Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília/DF: Casa Civil, 1990.
- _____. **Lei nº 8080 – Lei Orgânica da Saúde**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 1990.
- _____. **Resolução nº 41 - Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados**. Brasília/DF: Casa Civil, 1995.
- ARAÚJO, Y. B. et al. Conhecimento da família acerca da condição crônica na infância. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 3, p. 498-505, jul./set. 2009.
- BARATA, Rita Barradas. Como e porque as Desigualdades Sociais fazem mal à saúde. / Rita Barradas Barata. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 120 p. (Coleção Temas em Saúde).
- BEIER, S. A intervenção do serviço social em crianças com fibrose cística e suas famílias. **Revista HCPA**, v. 31, n. 2, p. 203-210, 2011.
- BEHRING, Elaine Rossetti e SANTOS, Silvana Mara de Moraes do. Questão Social e direitos. In: CFESS/ABEPSS. **Serviço Social: direitos e competências profissionais**. Brasília, 2009.
- BETTINELLI, L. A.; WASKIEVIC, J.; ERDMANN, A. L. Humanização do cuidado no ambiente escolar. **O Mundo da Saúde**, ano 27, v. 27, n. 2, p. 231-9, abr./jun. 2003.
- BRASIL. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- ECILIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. **Revista Saúde em Debate**, p. 1 -19, Mar. 2003
- COSTA, M. D. H. da. **Serviço social e intersetorialidade: a contribuição dos assistentes sociais para a construção da intersetorialidade no cotidiano do Sistema Único de Saúde**. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010, 264 f.
- CUNHA, A. A. **O serviço social e a alta hospitalar qualificada: um relato de experiência**. Artigo (Especialização em Serviço Social) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2018, 19 f.
- GOLDANI, Marcelo Zubaran [et al]. **O impacto da transição demográfico-epidemiológica na saúde da criança e do adolescente no Brasil**. Revista HCP. Rio Grande do Sul. v.32, n.1, p 49 -57, mar. 2012.
- GONÇALVES, D. O.; WIESE, M. L. Família e cuidado: uma análise a partir da Unidade Pediátrica do Hospital Universitário. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v. 20, n. 1, p. 157-174, jul./dez. 2017.
- MAGALHÃES. Kelly Alves. [et al]. **A Habitação como Determinante Social da Saúde: percepções e condições de vida de famílias cadastradas no Programa Bolsa Família**. Saúde Soc. São Paulo, v.22, n.1, p. 57-72, 2013.
- MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 14, n. 34, p. 593-605, jul./set. 2010.
- MARTINS, R. A. de S.; FARINELLI, M. R.; COSTA, K. A. da. Família e serviço social: reflexões acerca da experiência na Unidade de Terapia Neonatal e Pediátrica da UFTM. **Serv. Soc & Saúde**, Campinas/SP, v. 12, n. 2 (16), p. 171-184, jul./dez. 2013.
- MERHY E. E. & CECILIO L.O.C. “O singular processo de coordenação dos hospitais”. Campinas, Mimeo (no prelo da **revista Saúde em Debate**). 2002
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5 ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1998.



- MIOTO, R. C. T. **Família e Serviço Social: contribuições para o debate.** In: Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez editora, ano XVIII, n.55, nov./fev. 1997.
- MIOTO, R. C. Família, trabalho com famílias e Serviço Social. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v. 12, n. 2, p. 163-176, jan./jun. 2010.
- MORORÓ, D. D. de S. **A cultura hospitalar na gestão do cuidado integral à criança com doença crônica e a prática do enfermeiro.** Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal/RN, 2018, 187 f.
- NISHIMOTO, C. L. J.; DUARTE, E. D. A organização familiar para o cuidado à criança em condição crônica, egressa da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 318-27, abr./jun. 2014.
- PORTES, M. F. et al. As representações sociais das famílias das crianças hospitalizadas e suas implicações no cotidiano familiar. **Revista Emancipação**, Ponta Grossa, v. 13, n. esp., p. 67-78, 2013.
- WANDERLEY, Luiz Eduardo W. Wanderley. **A questão social no contexto da globalização: o caso latino-americano e caribenho.** In: CASTEL, Robert; WANDERLEY L. E. W.; BELFIORE-WANDERLEY, Mariangela (Orgs). Desigualdade e a questão social. São Paulo: EDUC, 2004.

DESMONTE DA SEGURIDADE SOCIAL E REBATIMENTOS NO REQUERIMENTO DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA -PCD

Gabriela Fernandes Guimarães (UNESP Franca); Cirlene Aparecida Hilário Da Silva Oliveira (UNESP Franca).

RESUMO: O presente estudo tem o objetivo de apresentar um relato de experiência do atual cenário de atuação dos assistentes sociais inseridos na Proteção Social Básica frente às alterações no requerimento do Benefício de Prestação Continuada voltado às pessoas com deficiência. Temos como objetivo analisar a relação entre os cortes de orçamento da seguridade com o aumento da dificuldade da população em acessar o direito ao BPC-PCD. Estudos bibliográficos e documentais serão articulados com experiências cotidianas do espaço ocupacional da Assistência Social. Com essa análise poderá ser iniciada a construção de estratégias coletivas visando à garantia de acesso ao benefício.

Palavras-chave: Seguridade social, Benefício de Prestação Continuada, Saúde, CRAS.

ABSTRACT: This work want to present an experience report of the current scenario of performance of social workers inserted in Basic Social Protection in view of the changes in the requesting the Assistance Benefit for People with Disabilities (PCD). We aim to analyze the relationship between the cuts in the social welfare budget and the increasing difficulty for the population to access the right to the BPC-PCD. Bibliographic and documentary studies will be articulated with everyday experiences in the Social Assistance.

Based on the analysis it might be possible to develop collective strategies to ensure the access to the benefit.

Keywords: Social Security, Assistance Benefit for People with Disabilities, Health, CRAS.



1. INTRODUÇÃO

Com o avanço do desmonte das políticas públicas, norteado pelo aprofundamento do ideário neoliberal, os profissionais vinculados ao tripé da seguridade social vêm sentindo na pele junto à população os efeitos da falta de investimentos e manutenção desses serviços públicos. Teremos como tema central do estudo os desafios enfrentados pelos usuários que iniciam o processo de requerimento do Benefício de Prestação Continuada voltado a pessoas com deficiência e a dificuldade de ter seu direito ao acesso reconhecido.

A modalidade de BPC de que trataremos nesse trabalho foi escolhida por unir os três componentes do tripé da seguridade social – sendo eles a Assistência Social, a política de Saúde e a Previdência Social. Primeiramente a Assistência Social, especificamente nos Centros de Referência da Assistência Social, onde os cidadãos são orientados sobre o passo a passo do requerimento e entrega de documentação de requerimento ao Instituto Nacional do Seguro Social. Em conjunto à política de assistência, temos a saúde, que se faz presente nesse contexto devido a necessidade de apresentação de atestados médicos declarando um ou mais agravos de saúde que impeçam para o trabalho e finalmente, a pasta da previdência social será encarregada da análise social e médica para a aprovação do benefício e operacionalização dos pagamentos do mesmo.

Daremos maior importância à política de saúde pública nesse estudo, pois a comprovação da incapacidade para a vida laboral é atestada, no primeiro momento, por um médico especialista que atenda pelo Sistema Único de Saúde. Além disso, com a lógica vigente com exigências majoritariamente mercadológicas e individualistas aplicada à política de saúde, juntamente ao sequestro de recursos públicos, é possível ver o acesso ao BPC cada vez mais dificultado.

Falta de equipamentos de saúde, não fornecimento de determinados exames de maior complexidade e longo tempo de espera para o atendimento com especialistas são barreiras que a maioria dos requerentes desse benefício encontrará em seu caminho de requisição, dificuldade que desestimula o cidadão, muitas vezes já desgastado pelo cotidiano de negação de suas necessidades e direitos. A ocorrência de pessoas que já acompanham suas questões de saúde há mais tempo demonstram como a longa espera durante o tratamento entre as consultas de rotina e a focalização no modelo de saúde centrado na doença prolongam o uso de medicações e transformam a concepção de saúde desses indivíduos e famílias. Esse processo moroso e dificultado torna o cidadão dependente da renovação constante de receitas e amarrado à repetição de consultas - uma vez que são poucos os profissionais de



saúde que de fato levam em consideração a complexidade dos fatores envolvidos no dia a dia do indivíduo para considera-lo saudável.

Enquanto profissional inserida na Política de Assistência Social na Proteção Básica e estudiosa do financiamento de políticas públicas e fundo público brasileiro, será colocado como objetivo desse trabalho relatar algumas das consequências causadas pelo sequestro do orçamento público na operacionalização do requerimento do Benefício de Prestação Continuada – PCD, consequências que perpassam a dificuldade de acesso aos novos canais de requerimento do benefício, acesso aos profissionais do INSS para a resolução de dúvidas e andamento do benefício e a situação de acúmulo de responsabilidades pelos profissionais da Proteção Social Básica alocados nos Centros de Referência da Assistência Social.

É notório que a diminuição dos recursos destinados à seguridade social impacta negativamente na garantia de direitos voltados aos cidadãos e este impacto se faz nítido no requerimento do BPC-PCD, dada a necessidade de atuação conjunta do tripé da seguridade social nesse processo.

O conhecimento e a investigação de temas relacionados ao nosso dia a dia precisam ser sistematizados e analisados de forma criteriosa, com atenção a cada um dos detalhes que podem ter interferência na maneira de compreender o todo. Assim sendo, o estudo que se seguirá buscará o método de análise material dialético, uma vez que considera central a influência da espiral histórica em cada desdobramento encontrado no tema estudado.

Para tanto, estudos bibliográficos e documentais serão articulados com experiências cotidianas do espaço ocupacional da Assistência Social, especificamente em um Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), equipamento da Proteção Social Básica, localizado em um município de médio porte do estado de Minas Gerais. Também fará parte dessa tarefa entender qual a participação de cada um dos entes federativos nacionais, uma vez que cada um dos serviços e equipamentos pode ser financiado pela esfera federal, estadual ou municipal – ou ainda por convênios e contrapartidas conjuntos.

A interlocução entre prática e teoria é central na atuação profissional do assistente social, e é pensando nessa articulação que o estudo ora proposto se faz necessário. O cotidiano profissional é campo fértil para a análise das mais diversas expressões da questão social e em especial na atualidade, cenário de ataques seguidos aos direitos da população brasileira. Encontramo-nos em franco desmonte dos serviços públicos, e conseqüentemente do aparato social estabelecido pela Constituição Federal de 1988 e é a partir do estudo aprofundado dos determinantes sociais e econômicos que podemos intervir nos desafios que se colocam na ordem do dia com maior embasamento.

Por fim, cabe ressaltar que o estudo ora apresentado figura como desdobramento de um projeto de dissertação que analisa o impacto da Emenda Constitucional 95/2016 nos benefícios e serviços da Política de Assistência Social. Com o processo de pesquisa, buscaremos apresentar a relação existente entre o aprofundamento da adesão aos preceitos neoliberais pelo estado brasileiro e o aumento da dificuldade em requerer o Benefício de Prestação Continuada pelas pessoas com deficiência e suas famílias.

É importante termos em conta as normativas e pactos internacionais que definem os conceitos de deficiência e se essa análise abrangente é levada em consideração no momento de aprovação ou recusa desse benefício, pois é a partir da análise multifatorial do conceito de deficiência que foi possível alargar o acesso ao direito ao BPC.

Por fim, os resultados encontrados poderão fomentar o alinhamento profissional com a garantia das prerrogativas postas pela lei que regulamenta o Benefício de Prestação Continuada e o direcionamento ético posto pela categoria de assistentes sociais como hegemônica.

2. CONCEPÇÕES DE SAÚDE E PREVIDÊNCIA EM DISPUTA: NEOLIBERALISMO PRESENTE

As formas de proteção social brasileira, assim como em qualquer país, sempre estiveram atreladas ao momento econômico vivido, do grau de articulação conseguido pelos trabalhadores e da capacidade de negociação dos mesmos com estado e patronato. Será a partir da década de 30 que podemos delinear com mais clareza a evolução das demandas populares principalmente pelo atendimento da saúde, educação e previdência social. Será durante o incremento do desenvolvimento agro exportador que categorias de profissões centrais a nova fase econômica encontram a possibilidade de exigir do estado maior atenção às suas exigências:

Há certa unanimidade entre estudiosos acerca da periodização da história da seguridade social brasileira. Sua origem data do Governo Vargas (1930-45), com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs, autarquias centralizadas do governo federal, com cobertura limitada a determinadas categorias ocupacionais, que formavam a base do então incipiente sistema público de previdência social do país (COBO, 2012 p.135).

Nesses primeiros passos da proteção social, havia a estreita relação com o vínculo trabalhista e individualista, onde apenas os trabalhadores formais e seus dependentes tinham direito de acessar o aparato construído por sua categoria profissional. Além disso, havia diferenças nas negociações e ganhos junto ao governo federal de acordo com a capacidade



de mobilização de determinadas categorias e sua importância na geração de valor naquele momento histórico. Esses fatores explicam a força e as conquistas dos setores ferroviários, portuários e marítimos.

A ampliação dos direitos sociais (entendida aqui como maior acesso à segurança derivada da seguridade) ocorreu também em função do forte crescimento econômico do período, que incorporou crescentes contingentes de assalariados e, portanto, de beneficiários ao novo sistema (COBO, 2012 p. 137-138).

Dessa forma, mesmo com o aumento dos índices de desenvolvimento nacional, e o incremento da quantidade de valor revertido às caixas de pensão, grande parcela da população continuou alijada de atendimento por não estarem inseridas nas formas de trabalho formal ou em ocupações que traziam menos força de barganha, fato que manteve altos os níveis de desigualdade social. Essa população que se mantinha a margem dos direitos previdenciários restritivos ficavam à mercê das iniciativas caritativas, marcadas pelas práticas patrimonialistas.

Na década de 60 a dinâmica dos Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPS, foi alterado, momento em que ocorreu a centralização dessas iniciativas no Instituto Nacional de Previdência Social. Essa centralização foi capaz de acabar com a organização por classes, pois colocava normas homogêneas para os trabalhadores formais.

A unificação da Previdência Social, com a junção dos IAPs em 1966, se deu atendendo a duas características fundamentais: o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão na gestão da previdência, ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores (BRAVO, 2009, p. 93).

Na década de 1980, durante os momentos de luta pela distensão política, movimentos participativos construíram um projeto ampliado de entendimento da saúde para além do binômio saúde X doença, mais conhecido pelo nome de Reforma Sanitária. Esse entendimento colocava a saúde da população como um fenômeno complexo, relacionando-o às condições materiais e objetivas dessa pessoa e colocando sob a responsabilidade do Estado a execução principal e a garantia do acesso de qualidade a esta política pública em construção. Propunha ainda uma reviravolta política, uma vez que propunha espaços de discussão e direção a população para a construção coletiva dos direcionamentos desse modelo.

Mesmo diante de tantos avanços sanitários na estruturação da saúde com o viés sanitário, havia ainda muitos apoiadores do modelo mercadológico da saúde, modelo centrado em pesquisas com vistas ao aprimoramento de medicações e equipamentos de



diagnósticos cada vez mais modernos – instrumentos capazes de aumentar o fluxo de capital investido e o lucro gerado pelas iniciativas privadas de saúde.

A medicalização da vida social foi imposta, tanto na Saúde Pública quando na Previdência Social. O setor saúde precisava assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior. A saúde pública teve no período um declínio e a medicina previdenciária cresceu, principalmente após a reestruturação do setor em 1966 (BRAVO, 2009 p. 93-94).

A disputa entre o modelo Sanitário e o modelo voltado ao mercado não foi encerrado com a Carta Magna de 88 e o questionamento sobre as funções do Estado na atuação na Política de Saúde tomou força antes da Lei Orgânica de Saúde tomar sua forma de decreto. Assim, a materialização de tudo que foi idealizado pelos movimentos sociais tiveram diversos entraves, sempre colocando a saúde como uma mercadoria em detrimento de uma visão focada na prevenção e promoção da saúde.

Durante a década de 1990 acontece a consolidação da adesão ao discurso neoliberal pelo governo brasileiro através de gradual sucateamento dos serviços públicos e de empresas estatais, crescentes incentivos à privatização dessas empresas públicas através de propagandas midiáticas e aumento de discursos a favor da diminuição das responsabilidades do Estado às demandas da população.

[...] passa a ser negado a partir de meados dos anos 90 em favor das prescrições neoliberais e de um conjunto de mudanças macro-estruturais, momento em que as classes dominantes iniciam a sua ofensiva contra a seguridade social universal (MOTA, 2009, p. 43).

Apesar da continuidade entre as ações de desmonte da proteção social desde meados da década de 90, consideramos para este trabalho que a partir de 2016, com a escalada de Michel Temer à presidência, houve o aumento das ações de desmonte do parco aparato social construído durante os governos anteriores. Tal cenário de desmonte tem como maiores símbolos de seu avanço a Emenda Constitucional nº 95, que é responsável pelo congelamento dos investimentos públicos pelo período de vinte anos fiscais.

Feita este breve resgate do desenvolvimento histórico da seguridade social brasileira, voltamos aos desafios atuais do processo de requerimento do BPC-PCD, levando em consideração: a diminuição de servidores alocados no INSS; a transferência de serviços para a plataforma digital MEU INSS e por fim a precarização e intensificação dos trabalhadores alocados na Proteção Social Básica – especificamente nos Centros de Referência da Assistência Social.

A busca pela constatação de impedimento para o trabalho a partir da lógica da individualização e do caráter biomédico da saúde humana são traços marcantes da

concepção neoliberal, distante da proposta construída pela população e diversos atores políticos da saúde como direito universal.

Nessa trilha, os fundos de aposentadoria e pensões e os programas de assistência são exemplares para evidenciar as tendências da seguridade social brasileira ao estabelecer uma ponte entre capitalização e solidarismo: ao tempo em que promovem um esgarçamento nos laços de solidariedade social naturalizam a fragmentação dos trabalhadores, transformando-os ora em “cidadãos-consumidores” de serviços mercantis, ora em “cidadãos-pobres” mercedores da assistência social (MOTA, 2009, p. 44).

Na próxima seção, buscaremos comentar sobre os impactos da transferência dos serviços do INSS para sua plataforma digital e como a diminuição de funcionários dessa autarquia vem afetando os trabalhadores da assistência social.

3. A CHAMADA MODERNIZAÇÃO DO INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL E OS IMPACTOS NA ASSISTÊNCIA SOCIAL

A Política de Assistência Social em sua forma legal atualmente instituída é muito recente historicamente falando. A concepção da assistência social como direito do cidadão nasce junto da Constituição de 1988 e nesses trinta e dois anos, muitos dos estigmas da filantropia, da visão caritativa e do patrimonialismo permanecem fortemente marcados no dia a dia do trabalho.

Já a Previdência Social trás com sua história maior capilaridade e maior tradição, mesmo com sua história cercada de momentos de cerceamento político e propostas reformistas da distribuição dos fundos acumulados principalmente pela contribuição dos trabalhadores. Grande parte da população está acostumada com o caráter contributivo dessa área da Seguridade Social e demonstram certa estranheza ao se depararem com a existência do Benefício de Prestação Continuada como um benefício de transferência de renda da política assistencial.

O estabelecimento legal da assistência social como direito dos cidadãos brasileiros foi um grande avanço trazido pela Constituição Federal de 1988 e com ela, a RMV foi desvinculada de contribuições anteriores e o valor pago foi vinculado ao salário mínimo. Nesse novo ordenamento jurídico, o BPC passou a atender idosos com idade mínima de 65 anos e pessoas acometidas por deficiências que impeçam a vida laboral por menos dois anos – nessa segunda possibilidade de acesso, ocorrem reavaliações em perícias médicas de dois em dois anos. Além das exigências de idade e deficiência, os requerentes devem obter a renda familiar máxima de $\frac{1}{4}$ do salário mínimo brasileiro per capita.

Apesar do estabelecimento de normas, decretos e procedimentos, a Política de Assistência é executada de diferentes formas em cada município, dependendo muito do grau de adesão dos gestores municipais ao entendimento do significado e lugar da assistência social como direito. Feita essa explicação, fica já implícito que algumas ações e formas de envolvimento do CRAS junto ao BPC podem divergir da forma como é executada em outros municípios.

Apesar dos velhos impasses do cariz assistencialista e patrimonialista, sempre presente no cotidiano do assistente social na política de assistência, o aparato dessa política conseguiu se fixar na vida da população atendida como um referencial de confiança nos bairros de instalação – principalmente nas unidades da proteção básica CRAS. O referenciamento desses equipamentos públicos é um dos fatores que faz com que essa terceirização dos serviços do INSS aconteça de forma menos prejudicial ao cidadão, que vê nesses espaços um local capaz de atender às suas dificuldades e dúvidas.

O Instituto Nacional do Seguro Social é o órgão público responsável pelo recebimento e gerenciamento dos recolhimentos previdenciários dos trabalhadores brasileiros e desde os primeiros anos após sua criação seus regulamentos sofrem alterações sucessivas.

Apesar do aumento pela pressão por reformas ter ganho destaque a partir do ano de 2016, o INSS já passou por três reformas principais, sendo elas durante os governos Fernando Henrique Cardoso (1998), Luiz Inácio Lula da Silva (2003) e Dilma Rousseff (2015). Aprovada a reforma previdenciária de 2019, o novo tema de destaque passou a ser a chamada Reforma Administrativa, visando otimizar os serviços prestados com a diminuição de trabalhadores inseridos nessa autarquia.

Porém, tal reforma, antes mesmo de terminar de ser desenhada pelos legisladores brasileiros, é colocada em prática sob a forma de precarização e informatização gradual dos serviços vinculados a Previdência Social. Especificamente no processo de requerimento do Benefício de Prestação Continuada, a informatização dos processos vêm distanciando o cidadão da possibilidade de ser orientado pelos profissionais inseridos no INSS, aumentando a responsabilidade do requerente diante do acompanhamento online do andamento do processo. Tal cenário dificulta a possibilidade do acesso da população pobre e muitas vezes pouco habituada aos aplicativos e sites da Previdência Social.

O aumento das aposentadorias dos funcionários do INSS junto à “modernização” dos serviços iniciou um movimento de transferência dos serviços previdenciários aos funcionários municipais da Assistência Social, dado o contato desses profissionais com alguns procedimentos vinculados à previdência, sendo o principal deles o requerimento do BPC.



O estudo em questão leva em consideração a atuação profissional em um Centro de Referência alocado em uma cidade de médio porte no estado de Minas Gerais, com 289 habitantes, segundo o Censo de 2010. O território desse município foi distribuído entre oito CRAS e o canal de diálogo Assistência – INSS se dá de forma aberta, mesmo com todos os entraves existentes com o acúmulo de trabalho, este ainda em ascensão.

O processo modernização e de “desburocratização” da forma de requerer o Benefício de Prestação Continuada é outro ponto que se faz urgente na composição dessa análise. Diante da busca por colocar o maior número possível de serviços com atendimento online e diminuição de funcionários nas agências de atendimento, o cidadão se vê aliado de explicações de como ter sua demanda atendida. A diminuição de funcionários alocados no INSS e a falta de capacitação e explicação para a compreensão de como funcionará esse “INSS à distância” tornam-se aliados no aumento da dificuldade em requerer e conseguir a aprovação do benefício.

Diante dessas múltiplas alterações, funções do INSS são aos poucos transferidas para os profissionais que atuam na proteção básica, seja na busca por respostas confiáveis e explicações aos cidadãos, seja no acompanhamento desses requerimentos e exigências de inclusão de informações complementares durante o andamento desse processo.

Faz parte a análise desse tema compreender o atual estágio do modo de produção capitalista, compreendendo que após três décadas de diminuição das taxas de lucratividade, houve o aumento das formas financeirizadas de geração de lucro, e as reservas geradas pela cobrança de impostos da população, componentes do chamado fundo público, chamam a atenção dos grandes rentistas, transformando essas reservas em protagonista de novas formas de obtenção de juros especulativos.

Dessa forma, cabe aos profissionais inseridos nessas três políticas públicas e acadêmicos entenderem as nuances que afetam o dia a dia do fazer profissional, entendendo que os desafios enfrentados atualmente são resultados de um processo histórico de mais de trinta anos, e que está em um momento crítico de questionamento do papel do Estado na garantia de direitos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O artigo ora apresentado buscou apresentar uma breve contextualização histórica da seguridade social brasileira e as consequências do atual cenário de desmonte da política de seguridade social no cotidiano profissional dos profissionais inseridos no tripé composto pela



Assistência Social, Saúde e Previdência Social e sua integração no processo de requerimento do Benefício de Prestação Continuada- PDC.

O requerimento e concessão do Benefício de Prestação Continuada, especialmente na modalidade voltada a pessoas com deficiência e/ou com impedimentos para o trabalho pelo período igual ou superior a dois anos, necessita da comunicação e integração dos três componentes da Seguridade Social. Tendo início nas orientações e na inserção no banco de dados do Cadastro Único até o reconhecimento do direito do cidadão pelo INSS, todos os envolvidos precisam orientar e acompanhar cada fase de andamento do benefício para instruir quais são os requisitos e possibilidades para aumentar as chances de aprovação.

Diante do corte de financiamento dessas três frentes da seguridade social, o cidadão se vê com maiores dificuldades em conseguir ter seu requerimento analisado, devido as diversas alterações na forma de requerer o mesmo, pela não contratação de novos servidores no INSS, pelas dificuldades enfrentadas para conseguir os laudos médicos exigidos para a comprovação da questão de saúde e ainda pelo sucateamento dos equipamentos da Proteção Social Básica.

Além disso, cabe trazer a importância de reforçar a construção de estratégias coletivas diante do cenário de desfinanciamento e precarização desse aparato legal de seguridade, uma vez que no relato trazido, ações individualizadas e personalizadas em alguns profissionais que mantêm um canal de comunicação efetivo não é o bastante para a melhora da prestação desses serviços e benefícios públicos.

Assim sendo, a partir da análise dos desafios que se colocam ao requerimento do Benefício de Prestação será iniciada a construção de estratégias coletivas e intersetoriais capazes de fazer frente à garantia de acesso ao benefício e ao direito de atendimento de qualidade nos serviços públicos. Tal tarefa só será desenvolvida com o engajamento dos profissionais em intervir na realidade de nossos equipamentos públicos, unindo os serviços e com a consciência dos fatores conjunturais de influenciam no cotidiano de trabalho. Além disso, cabe reforçar que tal tarefa é de caráter coletivo, pois as iniciativas individuais baseados meramente no bom relacionamento interpessoal de funcionários não são suficientes para garantir o direito do contingente de cidadãos atingidos por esse cenário de retrocessos.



REFERÊNCIAS

- BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. Política Social: fundamentos e história. 9 ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- BOSCHETTI, Ivanete. Assistência Social e trabalho no capitalismo. São Paulo: Cortez, 2016.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília.
- BRASIL. Altera o Regulamento do Benefício de Prestação Continuada, aprovado pelo Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2015-2018/2016/Decreto/D8805.htm. Acesso em 03 de dez. de 2019.
- COBO, Barbara. Políticas focalizadas de transferência de renda: contextos e desafios. 1 ed. São Paulo. Editora Cortez, 2012.
- Desigualdade de renda no Brasil bate recorde, aponta levantamento do FGV IBRE. Portal FGV, Rio de Janeiro, 22 de maio de 2019. Disponível em: <https://portal.fgv.br/noticias/desigualdade-renda-brasil-bate-recorde-aponta-levantamento-fgv-ibre>. Acesso em 25 de nov. de 2019.
- GENTIL, Denise Lobato. A Política fiscal e a falsa crise da seguridade social brasileira: uma história de desconstrução e de saques. 1 ed. Rio de Janeiro: Mauad X, 2019.
- IAMAMOTO, Marilda Villela. O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 26 ed. São Paulo: Cortez, 2015.
- MÉSZAROS, István. A Crise estrutural do capital. 2.ed. rev. e ampliada. São Paulo. Editora Boitempo, 2011.
- MOTA, Ana Elizabete. Cultura da crise e seguridade social. 7. Ed. São Paulo. Editora Cortez, 2015.
- SALVADOR, Evilásio. Quem financia e qual o destino dos recursos da seguridade social no Brasil? Disponível em: <https://ibase.br/userimages/quem.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2019.
- STOPA, Roberta. O direito constitucional ao Benefício de Prestação Continuada (BPC): o penoso caminho para o acesso. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282019000200231. Acesso em 23 de nov. de 2019.

FUNDAMENTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS DO SUICÍDIO E A QUESTÃO SOCIAL

Igor Sastro Nunes (Escola De Saúde Pública Do Rio Grande Do Sul); Fernanda Nunes Da Rosa Mangini (Universidade Federal De Santa Maria)

RESUMO: O presente trabalho visa compreender o suicídio em suas relações com a questão social. Para tanto, busca aprofundar os fundamentos teórico-metodológicos do suicídio trazendo estudos de autores clássicos como os de Durkheim e, especialmente, de Marx, entendendo que o desejo de morte para além de influências de causas biológicas ou psicológicas, é influenciado também pela realidade social que o sujeito está inserido.

Palavras-chave: Suicídio – Serviço Social – Questão social

ABSTRACT: This study aims to understand suicide in its relations with the social question. Therefore, it seeks to deepen the theoretical and methodological foundations of suicide bringing studies of classical authors such as Durkheim and especially Marx, understanding that the death wish in addition to influences of biological or psychological causes, is also influenced by social reality that the subject is inserted.

Keywords: Suicide - Social Work - Social Question



1. INTRODUÇÃO

O suicídio é um fenômeno estudado por diversas áreas da ciência, perpassando por diversos saberes na tentativa de entender como esse fenômeno se constrói em nossa sociedade.

Entendido como um fenômeno complexo, ou seja, que não é causado apenas por um único movimento, sim por um cenário de interações entre os elementos ambientais, sociais, fisiológicos, genéticos, biológicos e psicológicos, o suicídio é chamado dentro da área de saúde mental como um fenômeno biopsicossocial, que não se pode ser explicado apenas por um único saber, ou apenas por uma ciência. Assim, é necessário trabalhar as análises de realidade em cima dessa temática por uma lógica multiprofissional e de múltiplos saberes.

O presente trabalho visa compreender o suicídio em suas relações com o objeto de trabalho do assistente social – a questão social e suas inúmeras expressões na atualidade – a partir das transformações no mundo do trabalho e do crescimento do desemprego. Como problema de saúde pública é necessário debater o suicídio em todas as áreas que atendem esta demanda, visto que na área de serviço social a produção de estudos sobre o trabalho do assistente social junto a usuários que tentaram ou tem ideação suicida é quase nulo. A importância deste trabalho está em buscar o preenchimento dessa lacuna e a construção do debate sobre a questão social e a ligação com o suicídio.

Este trabalho se configura como estudo teórico que parte de uma revisão bibliográfica, tendo como principais referências os estudos de autores clássicos das ciências sociais, como Émile Durkheim e Karl Marx. O primeiro por ser uma referência nos estudos sobre o suicídio e o segundo por trazer em seus debates econômicos e de análise de sociedade o suicídio por uma visão da luta de classes, sendo possível fazer a ligação entre o suicídio e a questão social.

O conceito de questão social não é unívoco, porém, os aportes analíticos de Netto (2006) e de Iamamoto (1997) são hegemônicos na profissão. Em que pese às divergências teórico-conceituais, o conceito é uma das bases de justificação da profissão de assistente social, constituindo objeto ou matéria-prima da profissão. Neste sentido, aborda-se o conceito e as possíveis mediações entre o suicídio e a questão social, que desvelam o modo de conceber e interpretar esse fenômeno pela profissão.

Segundo os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), o suicídio foi responsável por 800.000 mortes em 2016 (WHO, 2018), já sendo considerado há alguns anos pela mesma organização como uma questão de saúde pública entendendo a dimensão de

que o Brasil está entre os dez países que registram os maiores números absolutos de suicídios, segundo dados compilados pela OMS (VÄRNIK, 2012; WHO, 2014).

Alguns dos determinantes causadores de ideação suicida e de tentativas exitosas ou não, estão ligados às estruturas ambientais e sociais da pessoa, ou seja, o meio em que ela vive e interage também tem influência no seu estado psíquico. Esses aspectos externos contribuem para um desfecho que é a somatória de causas estressoras que pode levar a um pensamento de alívio imaginar a execução do ato.

2. Os estudos das ciências sociais

Inúmeros autores dentro da área das ciências humanas e sociais discutiram o suicídio por diferentes perspectivas, alguns pela ótica social de grupo, outros pela individual, financeira, de opressões, entre outras.

Émile Durkheim é um dos poucos autores do campo das ciências sociais e humanas que se debruça sobre o assunto, cuja contribuição original e inédita permanece sendo uma importante referência para os estudos sociais até os dias de hoje. O referido autor nos apresenta uma perspectiva diferenciada ao olhar o suicídio por uma lógica social.

Os estudos empíricos de Durkheim foram baseados em cima de dados de seis países, entre eles a França, Prússia, Inglaterra, Baviera, Dinamarca, Saxônia, os dados foram analisados entre o ano de 1841 a 1872, partindo do ponto de que:

Cada sociedade tem, por tanto, em cada momento da sua história, uma predisposição definida para o suicídio. Mede-se a intensidade relativa dessa tendência tomando-se a relação entre números globais de morte voluntárias e a população de todas as idades e de ambos os sexos. Designaremos esse dado numérico por taxa de mortalidade-suicídio a sociedade considerada. Calculada, em geral, proporcionalmente a um milhão ou cem mil habitantes (DURKHEIM, 2000, p. 19).

Para Durkheim (2000), o fenômeno da autodestruição é fruto de um conflito entre o indivíduo e a sociedade. Para ele, o suicídio deve ser entendido como toda a morte que é resultado de forma direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela teria consciência de que a morte seria o resultado (DURKHEIM, 2000).

O autor aponta que o homem é uma parcela social e ele se constitui a partir do contato com o meio em que vive, ou seja, a sociedade. É através do meio em que vive que conhece as regras e os comportamentos aceitos ou não socialmente.

Ao corresponder esses comportamentos ou expectativas esperadas, a pessoa alcança uma satisfação pessoal que lhe proporciona bem-estar e equilíbrio. Em contraponto, a quebra



de vínculos e a ruptura de laços sociais ocasionam um desequilíbrio entre as partes, e o suicídio é consequência dessa desordem.

O indivíduo é dominado por uma realidade moral que o ultrapassa: é a realidade coletiva. Ao vermos que cada povo tem uma taxa de suicídios que lhe é pessoal, que essa taxa é mais constante do que a da moralidade geral, que, se ela evolui, é segundo um coeficiente de aceleração próprio a cada sociedade, que as variações pelas quais ela passa-nos diferentes momentos do dia, do mês, do ano não faz mais do que reproduzir o ritmo da vida social (DURKHEIM, 2000, p. 06).

Nesse sentido, na visão de Durkheim (2000), o suicídio é definido como um fenômeno social, reflexo da necessidade do indivíduo em corresponder às normas, expectativas e ações impostas pela sociedade em que vive. O desespero do homem diante da situação de não conseguir responder a tais pedidos faz com que ele perca o desejo de viver em sociedade.

É a relação entre indivíduo e as normas que o levam ao suicídio; tratam-se de fenômenos individuais que respondem às causas sociais, a “correntes suicidógenas” de distinto tipo que estão presentes na sociedade. Assim sendo, esse ato extremo, exasperado, de aparente individualismo que é o suicídio pode ser tema da sociologia (DURKHEIM, 2000, p. 26).

Outro teórico que traz uma construção social do que é suicídio e como ele se desenvolve em nossa sociedade é Karl Marx (1818-1883) que, em 1846, apresentou um artigo intitulado “Sobre o Suicídio”; construído a partir de casos traduzidos para o alemão do capítulo *Du Suicide et des ses causes* das memórias de Jacques Peuchet, um diretor dos Arquivos da Polícia Francesa durante o período da Restauração. Esse artigo retrata alguns dos casos de suicídio que Jacques registrou no período em que lá trabalhou.

Marx com o uso do próprio método de análise de realidade analisou os casos. Esse autor chama o método de o materialismo histórico-dialético que parte de uma concepção de que as ideias, as relações sociais e a consciência existentes dependem de determinadas formas. Sua teoria afirma que não são as ideias e a consciência que controlam o homem, mas o homem é quem determina e constrói suas ideias e sua consciência na produção de sua existência (MARX, 1993).

Assim, em suas análises, Marx apresenta várias concepções de poder autoritário que supostamente contribuíram para os atos de suicídio, concepções essas que são reforçadas e colocadas pela sociedade capitalista.

No primeiro caso apresentado pelo autor, Marx (2006) traz a história de uma moça que dormiu na casa de seu noivo antes do casamento, assim sendo humilhada por sua família e pessoas de seu convívio social, não suportando a humilhação a moça se matou. Sobre esse primeiro caso de suicídio, Marx diz que:

As pessoas mais covardes, as mais incapazes de se contrapor, tornam-se intolerantes assim que podem lançar mão de sua autoridade absoluta de



peças mais velhas. O mau uso dessa autoridade é igualmente uma compensação grosseira para o servilismo e a subordinação aos quais essas pessoas estão submetidas, de bom ou de mau grado, na sociedade burguesa (MARX, 2006b, p. 32).

No segundo caso, Marx (2006) apresenta a situação de um casal no qual o homem participante da burguesia após um tempo passou a sofrer de uma doença que lhe causava feridas no rosto e também fez com que seu corpo se deformasse. Atingido pela doença, com ciúme e vergonha, o homem trancafiou a sua esposa, fazendo com que a mesma fosse atingida por uma tristeza profunda e já descrente da vida e de seu amor, a moça conseguiu fugir de sua casa, correu até o rio e se jogou da ponte.

Em ambos os casos a reflexão de Marx sobre o suicídio aborda a questão da não superação das relações de servidão, que agora aparecem na sociedade burguesa de outra forma, dando forma ao machismo e às crenças que envolvem essa opressão. Ao fim todos os casos, Marx traz a reflexão de que:

Que tipo de sociedade é esta, em que se encontra a mais profunda solidão no seio de tantos milhões; em que se pode ser tomado por um desejo implacável de matar a si mesmo, sem que ninguém possa prevê-lo? Tal sociedade não é uma sociedade; ela é, como diz, Rousseau, uma selva, habitada por feras selvagens (MARX, 2006, p. 28).

A intenção de Marx ao publicar esses escritos, era a de apontar as contradições da vida moderna, não focando apenas nas questões econômicas, no conflito de classes entre burguesia e proletariado, mas também de qualquer círculo no qual houvesse alguma expressão de opressão. Assim, Marx tentou demonstrar que os problemas ligados ao suicídio não estão em um ou outro caso de forma focal, mas sim, na sociedade capitalista e em suas relações sociais de poder e opressão. Marx procurou demonstrar que apenas com uma transformação radical da sociedade, envolvendo a superação do modo de produção capitalista, suas instituições e suas relações sociais, seria possível dar fim ao suicídio e a outros problemas que permeiam a sociedade.

A pluralidade de personagens que Marx nos apresenta por meio dos relatos demonstram que por mais que o suicídio tenha em uma de suas causas a crise do capital, o ato é praticado em todas as classes. Assim, é possível perceber a partir dos casos que o suicídio não pode ser reduzido apenas por aspectos psicológicos, deve ter a sua compreensão também pela ótica dos determinantes sociais, por fim, traz a reflexão de que “o suicídio não é mais do que um entre os mil e um sintomas da luta social geral” (MARX, 2006, p. 29).

Mesmo sendo um tema clássico das ciências sociais e humanas, dentro da área da sociologia, o debate sobre o suicídio tem se restringido em análises dos pensamentos de



Durkheim aos contextos modernos. Acredita-se que isso se deve à complexidade epistemológica do tema, que exige uma ótica multidisciplinar e interdisciplinar para que se entenda o suicídio de uma forma completa.

As várias disciplinas que estudam e tentam entender a temática, acabam por reduzir o assunto a sua própria visão e fazê-lo se encaixar em suas categorias, como se a temática pertencesse apenas a sua linha teórica. Chesnais (1981) diz que cada especialidade tende a se tornar um tipo de religião ao se fechar em sua própria verdade e dogmas de pensamentos. Entretanto, ao contrário, deste pensamento os fatos mostram que a autodestruição e a autoagressão humana são resultantes de uma combinação de elementos.

O suicídio é simultaneamente histórico, cultural e individual, expressando-se nos indivíduos em uma lógica biopsicossocial, assim, tendo interferências interiores e exteriores.

3. O suicídio como expressão da Questão social e a contribuição do Serviço Social

As expressões da questão social são frutos das desigualdades sociais da sociedade capitalista, não apenas das desigualdades econômicas, mas também de poder que foram se construindo ao longo do tempo junto ao capital econômico das classes dominantes como um impulsionador da discriminação e da exclusão social. Assim, o objeto ou a matéria-prima do trabalho do serviço social se encontra no âmbito da questão social, pois é nela que se faz emergir a necessidade da intervenção profissional do assistente social em suas múltiplas determinações.

Os assistentes sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões quotidianas, tais como os indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública, etc. Questão social que sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem se opõem. É nesta tensão entre produção da desigualdade e produção da rebeldia e da resistência, que trabalham os assistentes sociais, situados nesse terreno movido por interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou deles fugir porque tecem a vida em sociedade. (...) a questão social, cujas múltiplas expressões são o objeto do trabalho cotidiano do assistente social” (IAMAMOTO, 1997, p. 14).

Entendendo o objeto de trabalho do serviço social sendo o conflito capital x trabalho que tem como resultado as expressões da questão social, se torna importante a discussão de algumas particularidades dentro do modo de produção do capital que auxiliaram no processo de adoecimento do trabalhador, levando ao suicídio.

Ao longo do tempo, o capitalismo desenvolveu suas forças produtivas. Ao final do século XIX, com o monopólio da concentração de grandes capitais baseados na produção



industrial e na remodelação dos bancos, que começam a trabalhar com o controle de crédito e prestação de empréstimos, o modo de produção capitalista alcança seu domínio global, estendendo o mais elevado alcance de poder de acumulação do capital (NETTO; BRAZ, 2012).

O modo de produção do capital baseado no modelo fordista-keynesiano acompanhou os 30 anos que ficaram conhecidos como os gloriosos anos do capitalismo no pós-Segunda Guerra, porém começou a dar sinais de seu esgotamento na década de 1970, quando se desencadeia outra crise econômica em nível mundial. De acordo com Netto & Braz (2012) a taxa de lucro começou a declinar entre 1968 e 1973 e teve seu ápice com a choque do petróleo e a decisão norte-americana de desvincular o dólar do ouro.

A forma como o capital se movimentou para sair da crise segundo Harvey (2003) foi a criação de uma nova forma de acumulação do capital denominada de acumulação flexível. Segundo Antunes (2003), a acumulação flexível é um novo modelo de acumulação baseado no Toyotismo, que traz como carro chefe a flexibilidade e a desregulamentação dos processos de trabalho. O cronometro e a produção em massa que eram ferramentas do fordismo são substituídos por flexibilização da produção e pela especialização flexível (ANTUNES, 2003).

A acumulação flexível [...] se apoia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional. A acumulação flexível envolve rápidas mudanças dos padrões de desenvolvimento desigual tanto entre os setores como entre as regiões geográficas, criando por exemplo um vasto movimento no emprego no chamado setor de serviços, bem como conjuntos industriais completamente novos em regiões até então subdesenvolvidas [...] (HARVEY, 2003, p. 140).

A classe trabalhadora teve uma perda de grande parte dos direitos conquistados. Na análise de Harvey (2003), a acumulação flexível trouxe altos níveis de desemprego estrutural, pois essa possibilidade de flexibilização e mobilização do trabalho permite aos patrões um maior controle sobre o trabalho, gerando mais pressão e repressão aos trabalhadores.

Com essa mudança de estrutura os trabalhadores precisaram se adequar aos novos processos organizacionais de trabalho. Conforme Netto e Braz (2012), surgiu a necessidade de os trabalhadores serem polivalentes e terem uma alta qualificação para desempenhar as diversas atividades no campo de trabalho. Porém, um movimento inverso também ocorre nos setores que são atingidos pela desqualificação, pois a mão de obra exigida se torna menos capacitada, o que torna possível o capital substituir essa mão de obra a qualquer momento.

O capital em sua necessidade de vencer a crise e na forma da flexibilização, controla os processos de trabalho de uma maneira diferente do que acontecia no fordismo/taylorismo,



os padrões incentivam a participação dos trabalhadores nos processos de produção das empresas, colocando-os como colaboradores e associados, na perversa tentativa de implantar no imaginário do proletariado que o mesmo detém poder, lucro e espaço dentro da empresa. Os autores ressaltam que “todas as transformações implementadas pelo capital têm como objetivo reverter a queda da taxa de lucro e criar condições renovadas para exploração da força de trabalho” (NETTO; BRAZ, 2012, p. 218).

Carmo (2013) traz que a falta de capacidade de se ter outra motivação na vida além de se manter vivo, e não ter os meios para realizar esse fim, ou ter dificuldade de acessar esses meios cria um terreno extremamente fértil para o adoecimento.

A hipótese aqui sustentada de que a flexibilidade e a precariedade do regime de trabalho no Brasil se reproduzem mais intensivamente sob as condições instauradas no “fordismo à brasileira”, conformando uma particularidade decisiva na caracterização do desemprego como expressão da “questão social” no Brasil (SANTOS, 2012, p. 134).

O movimento dos trabalhadores nesse contexto foi enfraquecido, não tendo possibilidade de organização de sua autonomia, onde o corporativismo embasou a legislação trabalhista, garantindo poucos direitos, diferente do fordismo clássico aonde se tinha um diálogo maior com o sindicalismo (SANTOS, 2012). No período da ditadura esse enfraquecimento foi maior, as greves foram proibidas, desestabilizando o movimento dos trabalhadores.

A partir dos anos 1970, Santos (2012) aponta que as taxas de rotatividade aumentaram em relação aos anos 1960 como resultado da realidade do mercado de trabalho brasileiro, mesmo com os direitos e deveres dos empregados e patrões que não garantiam estabilidade. Assim, o desemprego no Brasil aumenta com base na grande onda de informalidade, segundo Santos (2012), a rotatividade faz com que fique mais difícil de fazer essa leitura da realidade do desemprego, como uma das expressões centrais da questão social.

Nos anos 1990, o Brasil recebe uma carga de mudança por meio da nova divisão internacional do trabalho que determina a super exploração da força de trabalho, tendo como norte a imposição de baixos salários, alto ritmo de produção e jornadas de trabalho prolongadas. Esses processos se intensificaram por meio da desorganização do movimento operário e sindical (ANTUNES, 2015).

Segundo Antunes (2015), esse “avanço” da flexibilização do trabalho tem como resultado uma terceirização do trabalho que tem produzido altos índices de acidentes no âmbito de trabalho e óbitos, além de altos índices de adoecimento psíquico, cuja expressão

mais contundente é o suicídio no local de trabalho. Antunes (2015) traz a perspectiva de que o processo de flexibilização também auxiliou na ruptura da organização e solidariedade dos trabalhadores, sendo esse um dos panos de fundo do adoecimento da classe trabalhadora, segundo o autor os índices de suicídio dentro desses espaços eram menores no período que antecede aos anos 1980.

É essa quebra dos laços de solidariedade e, por conseguinte, da capacidade do acionamento das estratégias coletivas de defesa entre os trabalhadores que se encontra na base do aumento dos processos de adoecimento psíquico e de sua expressão mais contundente: o suicídio no local de trabalho (ANTUNES, 2015, p. 09).

O jovem Marx (1983) debate a questão do processo de alienação que causa uma fragmentação do ser humano, um certo distanciamento do mundo real, das coisas que ele criava e também de si mesmo. A alienação transforma o homem em “um animal desnaturalizado” fazendo com que o mesmo não se perceba mais como ser humano. Marx traz a concepção de Feuerbach quando aponta que a característica do ser humano é a capacidade de se relacionar de forma consciente com a sua espécie, ou seja, a capacidade de se relacionar com o seu igual.

Mas qual a diferença essencial entre o homem e o animal? [...] é a consciência – mas consciência no sentido rigoroso; [...] Consciência no sentido rigoroso existe quando, para um ser, é o objeto o seu gênero, a sua equidade. De fato, é o animal objeto para si mesmo como indivíduo – por isso tem ele sentimento de si mesmo – mas não como gênero – por isso falta-lhe a consciência [...]. Mas somente um ser para o qual o seu próprio gênero, a sua equidade torna-se objeto, pode ter por objeto outras coisas ou seres de acordo com a natureza essencial deles (FEUERBACH, 2009, p. 35).

O suicídio é visto por Antunes (2015) como o reflexo da danificação do trabalho sob a lógica da flexibilização, que tem como consequências mais diretas a terceirização, o desemprego, a pressão por resultados, a constante insegurança e instabilidade laboral, a instauração da competição no local de trabalho, fortalecida pela perda dos laços de solidariedade entre os trabalhadores, entre outros. Assim, o suicídio e os demais sofrimentos psíquicos são respostas às más condições de trabalho e o controle perverso dos padrões sobre a vida e a subjetividade dos trabalhadores.

Por um longo tempo, nos estudos dos sofrimentos psíquicos, o social é distanciado das causas do sofrimento psíquico. Bisneto (2007) afirma que as psicologias dinâmicas venceram a ideia de que sofrimentos psíquicos provém unicamente de questões biológicas, porém ainda existe um distanciamento das estruturas sociais que também influenciam no processo de adoecimento. O diálogo entre estrutura de sociedade, capital e patologia segundo Bisneto (2007), se iniciou pela esquerda marxista com o movimento freudo-marxista,



apontando os fenômenos repressores fomentados no âmbito da família e da sociedade, assim eram potencializadores de psicopatologias. Esse respaldo foi encontrado na base do capitalismo, da exploração de classes.

O processo de alienação produz o adoecimento dentro do sistema capitalista quando o trabalhador já não se reconhece mais dentro do seu próprio processo de trabalho, não se percebendo mais como um sujeito de direitos, como um ser útil a sociedade, acaba por se encaixar em uma lógica produtivista, na qual precisa produzir para sobreviver. Para Cassorla (2017) a sociedade está sendo morta por uma parte dela mesma, isto é, uma parte da sociedade mata às potencialidades de outra parte, como faz o suicida, poderíamos então entender que a burguesia em nome do processo de acumulação capitalista mata as potencialidades dos trabalhadores.

Bisneto (2007) faz uma reflexão sobre a saúde mental e o trabalho do assistente social que deve se tornar o norte principal dos saberes do assistente social no campo da loucura. O referido autor trabalha na perspectiva de que quando se pauta a saúde mental é necessário também olhar pela ótica do social para a sua amplitude de saber, logo assim, o serviço social tem com o que contribuir, se os serviços que atendem os usuários de saúde mental abrem-se para o social, o serviço social tem uma prática a exercer, logo assim, nos processos de saúde mental na contemporaneidade, não se produz saúde mental sem o serviço social.

Esse autor aponta que a forma da monopolização da ordem econômica auxilia nos processos de adoecimento psíquico por meio da alienação do trabalho, relações sociais e de perda de vínculos. O fantasma que assombra os trabalhadores na contemporaneidade de forma que os mesmos se sentem sobrecarregados e em um extremo processo de dúvida sobre a sua situação no mercado de trabalho é o desemprego:

Quem não está desempregado, está com medo de ser demitido. E os empregados com contrato de trabalho estável, têm que suportar uma grande sobrecarga de trabalho e a sua manipulação econômica por conta de interesses poderosos da ordem globalizadora, monopolista, financeira e neoliberal (BISNETO, 2007, p.182).

Segundo Bisneto (2007), essa dúvida que flutua sobre o trabalhador tanto empregado quanto desempregado acaba sendo um produtor dos quadros de depressão, porém, o processo capitalista nega esse adoecimento por meio do trabalho ou falta dele, colocando como resposta apenas os fatores biológicos. Além da depressão outras manifestações de sofrimento psíquico também podem ser citadas, como o estresse, a síndrome de *burnout*, o consumo de drogas lícitas e ilícitas, como os psicofármacos, entre outros transtornos de



humor, que justamente nas últimas décadas aparecem com bastante intensidade nos quadros de saúde.

As expressões da questão social estão entre gatilhos motivadores dos pensamentos suicidas, visto que muitos desses pensamentos provem de um sentimento ligado à situação financeira. Segundo o Manual para Profissionais da Saúde em Atenção Primária: Prevenção do Suicídio da Organização mundial da Saúde (OMS, 2007) a maioria dos que cometem suicídio passaram por acontecimentos estressantes nos três meses anteriores ao suicídio, como problemas financeiros e no trabalho. Esse manual usa como exemplos a perda do emprego, a aposentadoria, dificuldades financeiras, além de rápidas mudanças políticas e econômicas na sociedade como acontecimentos estressantes.

Assim, como a grande depressão de 1930, para Cassorla (2017), em épocas de depressões econômicas, o índice de suicídio tende a aumentar, podendo ser por um pensamento consciente ou inconsciente. Com o avanço e a continuidade do recesso financeiro, crises familiares, desemprego, uso abusivo de álcool e outras drogas, todos exemplos de expressão da questão social, acabam resultando em ideações e tentativas de suicídio.

Jungeilges e Kirchgassner (2002) e Huang (1996), usando dados de corte transversal incorporaram variáveis do grau de desigualdade social em relação ao suicídio para 30 países (referente a 1975) e para 42 países (referente a 1990), respectivamente, encontraram dado de significância estatística entre taxas de suicídio e renda/crescimento econômico. Seguindo a mesma ideia, Rodríguez-Andrés e Fischer (2008), ao examinarem os determinantes institucionais do suicídio em um painel de cantões da Suíça, encontraram apenas a variável desemprego como fator correlacionado ao suicídio.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sem dúvidas os estudos de Marx e Durkheim foram e são essenciais para o entendimento do suicídio no campo do social, mostrando que é indissociável a influência do meio social ao desejo de morte, seja pelas leituras que Durkheim nos apresenta ao trabalhar os variados tipos de suicídio ou o trabalho de Marx que é essencial para entendermos como o fenômeno do suicídio também é um reflexo da sociedade capitalista e da luta de classes.

Ao discutir a questão social não podemos apenas entender a mesma como um reconhecimento da pobreza ou da miséria, mas sim, como entrave que existe nas sociedades modernas com o intuito de desvelar a contradição permanente entre a lógica do mercado e a



dinâmica societária. Netto (2001) traz essa ideia quando alega que a questão social está relacionada à efetivação e consolidação do modo de produção capitalista que tem em sua essência a acumulação do capital. Essa acumulação provém dos meios de produção, gerando o conflito entre a classe burguesa que oprime e a classe trabalhadora que é oprimida.

Por um lado, o suicídio está correlacionado às desigualdades sociais produzidas na dinâmica contraditória da sociedade capitalista, como as crises econômicas, o desemprego e a falta de condições satisfatórias de vida e de trabalho, além das desigualdades de raça, etnia e gênero, entre muitas outras formas de opressão e exploração. Por outro lado, como Yamamoto (1997) afirma, as expressões da questão social também representam rebeldia, uma pressão da classe trabalhadora que faz um contraponto ao capital. Poderia ser o suicídio uma expressão individualizada dessa resistência?

A discussão sobre o suicídio e a questão social se faz necessário ser continuada visto que o desejo de morte pode ser decorrente das múltiplas expressões da questão social como já debatido no trabalho. Assim, é necessário que cada vez mais os assistentes sociais e pesquisadores da área remetam-se a esse debate na busca de preencher a lacuna que existe na área, visto que existe um campo vasto dentro da saúde mental a ser explorado, principalmente no debate sobre o suicídio que deve ser trabalhado fazendo nexos com às expressões da questão social.

Esse nexo é indispensável para que se possa avançar na prática profissional e no cuidado com o usuário que tenta ou tem ideia suicida, ultrapassando a ideia de que o desejo de morte provém apenas de questões psíquicas e biológicas, mas que o social também tem influência direta ao mesmo, logo se o campo do social tem influência é dever do assistente social estar alinhado com a discussão da temática e com a criação de instrumentalidades e saberes necessários para desempenhar um trabalho ético e coerente. Também se deve utilizar destes saberes a fim de avançar na construção e efetivação de políticas públicas de saúde mental, promoção a vida e prevenção ao suicídio.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, R. **Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do Mundo do trabalho**. 8ª Ed. São Paulo: Cortez, 2003.
- ANTUNES, R.; PRAUN, L. **A sociedade dos adocimentos no trabalho**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 123, p. 407-427, set. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010166282015000300407&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 05 jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.030>.
- J. A. **Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional**. São Paulo: Cortez, 2007.
- CASSORLA, Roosevelt M.S. **Suicídio - Fatores Inconscientes E Aspectos Socioculturais: Uma Introdução**. São Paulo: Edgar Blucher, 2017. 114 p.
- CHESNAIS, J. **Histoire de la violence: en occident de 1800. à nos jours**. Paris: Éditions Robert Laffont, AS, 1981.
- DURKHEIM, E. **O suicídio estudo de sociologia**. Tradução Mônica Stahel. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- HARVEY, D. **Condição Pós- Moderna**. 12ª. ed. São Paulo: Loyola, 2003.
- IAMAMOTO, M. V.. **O Serviço Social na contemporaneidade: dimensões históricas, teóricas e ético-políticas**. Fortaleza, CRESS –CE, Debate n. 6, 1997.
- JUNGEILGES, J.; kirchgassner, G. **Economic welfare, civil liberty, and suicide: an empirical investigation**. The Journal of Socio-Economics, v. 31, p. 215-231, 2002.
- MARX, K. e E., F. **A Ideologia Alemã**. SP: Hucitec, 1993.
- MARX, Karl, et al. **Sobre o suicídio**. São Paulo: Boitempo, 2006.
- MARX, Karl. **Manuscritos Econômicos-Filosóficos**. In: FROMM, Erich. Conceito Marxista do Homem. 8ª edição, Rio de Janeiro, Zahar, 1983.
- NETTO & BRAZ, José Paulo & Marcelo. **Economia Política: uma introdução crítica**. – 8. Ed. – São Paulo: Cortez, 2012.
- NETTO, J. P. **Cinco notas a propósito da “questão social”**. In: Temporalis. Brasília: ABEPSS, n.3. 2001.
- Organização Mundial Da Saúde. **Prevenção do suicídio: Um manual para profissionais da saúde em atenção primária**, 2007
- SANTOS, Josiane Soares. **“Questão Social”**: particularidades no Brasil. São Paulo: Cortez, 2012
- World Health Organization. (2018). **Country reports and charts available**.



SAÚDE E TRABALHO: AS METAMORFOSES DO MUNDO DO TRABALHO E AS INFERÊNCIAS PARA O ADOECIMENTO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE.

Jheninffer Priscila Matos De Figueiredo (UFPA - Universidade Federal Do Pará); Kamila Santibanez De Souza Torres (UFPA - Universidade Federal Do Pará); Ruth Léa Da Gama Cristo (UFPA - Universidade Federal Do Pará); Nilvana Do Socorro Barbosa Da Silva Lima (UFPA - Universidade Federal Do Pará)

RESUMO: O trabalho trata das inferências das transformações do mundo do trabalho no processo de adoecimento de assistentes sociais na política de saúde. Para isso, analisa as mudanças no sistema capitalista e as consequentes formas de exploração do trabalhador. Pontua ainda, acerca da inserção dos assistentes sociais na saúde e suas atribuições. Analisa os impactos do neoliberalismo no trabalho dos assistentes sociais na saúde, para o adoecimento deste profissional. Além disso, discorre preposições para o enfrentamento deste adoecimento, o qual concluiu-se que as inflexões do capital condicionam aos (as) profissionais precárias condições de trabalho, ocasionando patologias em vários níveis.

PALAVRAS-CHAVE: Trabalho; Assistente Social; Política saúde; Adoecimento Profissional.

ABSTRACT: The paper deals with the inferences of the transformations of the world of work in the process of illness of social workers in health policy. For this, it analyzes the changes in the capitalist system and the consequent forms of exploitation of the worker. It also points out about the insertion of social workers in health and their attributions. It analyzes the impact of neoliberalism on the work of social workers on health, for the illness of this professional. In addition, there are prepositions for coping with this disease, which concluded that the inflections of capital condition precarious working conditions, causing pathologies at various levels.

KEYWORDS: Job; Social worker; Health policy; Occupational Disease



1. INTRODUÇÃO

O presente artigo constitui-se uma pesquisa bibliográfica, na qual se objetivou analisar os impactos das metamorfoses do mundo do trabalho no cotidiano laboral dos (as) assistentes sociais, especificadamente os que atuam na esfera da saúde pública, considerando estes (as) profissionais se inserem na realidade social, especialmente voltada a expressões da questão social, que são constantemente repostas, reconfiguradas e/ou agravadas de acordo com o contexto de expropriação do capital sob o trabalho. Desta forma, a profissão não apenas emerge, participa e se altera na divisão sociotécnica do trabalho, como também intervém cotidianamente na vida de segmentos (cada vez mais pauperizados) da classe trabalhadora.

As transformações em curso vêm reestruturando o trabalho e a vida social das pessoas, resultante das constantes crises que o próprio capitalismo impõe na busca de manutenção e proporcionar novas possibilidades de acumulação, aprofundando assim as desigualdades sociais ao apartar as massas do acesso bens de consumo e serviços básicos para sua sobrevivência. Destarte, os (as) trabalhadoras estão expostos a flexibilização, precarização e redução dos direitos trabalhistas que fora conquistado na Constituição Federal de 1988, que agora está sobre o direcionamento do ideário neoliberal.

Desta feita, o trabalho está organizado em dois tópicos. No primeiro faz-se a abordagem acerca das mudanças no sistema econômico capitalista, os impactos no mundo do trabalho e conseqüentemente as novas exigências à classe trabalhadora. Enquanto no segundo tópico faz breve apresentação da constituição da Saúde enquanto direito, e da inserção do Serviço Social no Sistema Único de Saúde (SUS), além de aborda que os assistentes sociais, enquanto classe trabalhadora, circunscritos em espaços ocupacionais permeados de contradições oriundas do próprio sistema econômico vigente, também estão submetidos a uma série de explorações que se constituem fatores exponenciais de adoecimento.

Em suma o trabalho traz reflexões iniciais sobre a temática e tem como objetivo de contribuir com a problematização da discussão acerca do adoecimento de assistentes sociais no Sistema Único de Saúde trazendo também propostas para o enfrentamento desta realidade.

2. O MUNDO DO TRABALHO E SUAS METAMORFOSES: Reflexões acerca das condições de trabalho na contemporaneidade.



Compreender as condições de trabalho dos (as) assistentes sociais na política de saúde requer o entendimento das mediações e transformações no mundo do trabalho, tendo em vista que tais mudanças estão diretamente relacionadas ao conjunto da vida social da classe trabalhadora, ou seja, afetam para além da esfera produtiva, mas também se estende para a vida econômica, política e social da classe-que-vive-do-trabalho³⁵⁰, além de também provocarem profundas redefinições no Estado e nas políticas sociais, o que desencadeia novas requisições, demandas e possibilidades ao trabalho do (da) assistente social no âmbito das políticas sociais. (RAICHELIS, 2010)

Em meados do século XX o sistema capitalista perpassa por crise global referente ao seu sistema de reprodução fordista³⁵¹, o que leva o sistema a implementar uma série de modificações no seu padrão de acumulação, gerando impactos nos processos de trabalho, na organização dos capitais e sobretudo, na intervenção estatal, dando uma nova face à luz do receituário neoliberal, e que o Estado reduz sua participação por meio de privatizações e atenuação dos direitos do trabalho. Destarte, estas transformações acarretaram mudanças significativas nos processos produtivos, os quais priorizam a flexibilização da produção e do trabalho causando assim a precarização das condições e relações de trabalho. (CAVALCANTE e PRÉDES, 2010)

À medida que a sociedade capitalista vai se metamorfoseando, o mundo do trabalho mantém sua exploração de várias formas, o que perpassa por diversos setores. Logo, é observável as mesmas condições precárias de trabalho a partir dos primeiros modelos de produção. (CAVALCANTE e PRÉDES, 2010)

Desse modo, as metamorfoses dos processos produtivos recaem no mercado de trabalho, e conseqüentemente, há um aumento exponencial de sua desregulamentação propiciando assim, a redução do trabalho formal e ampliação de serviços temporários, terceirizados e em tempo parcial, como consequência, as condições de vida desses sujeitos serão precarizadas, além de intensificar a competitividade, caracterizando assim o novo estágio do capitalismo. (CAVALCANTE e PRÉDES, 2010)

Observa-se que, o processo de reestruturação produtiva, expressão privilegiada de resposta capitalista à sua crise, necessita cada vez mais limitar os direitos sociais e os gastos

³⁵⁰ Antunes (1999) compreende a totalidade dos assalariados, homens e mulheres que vivem da venda da sua força de trabalho

³⁵¹ O padrão de acumulação fordista foi introduzido por Henry Ford, no qual a produção tinha como base na produção em massa, na fragmentação de tarefas, introdução da esteira rolante que tinha como objetivo de regular os trabalhadores, padronização dos produtos e controle total do processo de produção. (CAVALCANTE e PRÉDES, 2010)

estatais a área social. Nesse contexto, o Estado, pressionado por forças privatistas, começa a se reduzir no campo social. Portanto, tudo deve ser submetido à mercantilização.

Dessa forma, as implicações desses processos de mutação no mercado de trabalho, a inclusão de novas modalidades de emprego, as políticas macroeconômicas mundiais impõem aos países periféricos índices de desenvolvimento, propiciando a intensificação do quadro de desemprego e, conseqüentemente, a ampliação do grau de miserabilidade, assim como as relações humanas que desmancham-se, acarretam-se novas demandas sociais ao aparelho de estado e às políticas sociais, conseqüentemente afetando aos/às profissionais que nelas atuam nas políticas de proteção social. (MÁTIS e PRÉDES, 2010)

Por outro lado, as políticas de ideário neoliberal e o complexo midiático-cultural que sustenta a hegemonia liberal, instituiu um poderoso mecanismo de produção da consciência e de construção de um novo consentimento social às necessidades da produção orgânica do capital centradas no toyotismo que inclui e exclui a força de trabalho. Concomitantemente a essa ofensiva ideológica, iniciou-se o que se visualiza hoje: a redução do Estado em relação às políticas sociais em detrimento da esfera econômica e a emergência do mercado como redentor das frações da questão social, acabando por particularizar as questões sociais e as políticas sociais.

Após o marco da institucionalização da nova Constituição Brasileira em 1988, fruto de longos anos de luta pela redemocratização brasileira no período da ditadura militar, é preconizado o Estado Democrático com objetivo de assegurar o exercício dos direitos sociais (BRASIL, 1988). No entanto, tal premissa encontrou entraves para a sua materialização devido à entrada das medidas neoliberais no país, em que se reflete o desmonte dos direitos sociais conquistados pela classe trabalhadora e legitimado na Carta Magna, conquistas estas vistas como empecilhos para o desenvolvimento financeiro do Estado, sendo consideradas como a principal causa de sua crise fiscal. (CEOLIN, 2014)

Na contrarreforma realizada sob o ideário neoliberal há uma crescente redução da intervenção estatal, onde institui o Estado mínimo, principalmente, para as demandas sociais as adequando a novas requisições do capital (BEHRING, 2009) conjuntamente há o repasse de parte das suas obrigações para a iniciativa privada, o que teve início durante o governo Collor, dando continuidade nos governos sucessores.

Nesse período de adequação ocorre uma crescente onda de privatizações de empresas estatais, em especial, no que tange à saúde e previdência, e na contramão, verifica-se uma ampliação dos programas assistenciais para a população que sofre, de forma mais



intensa, o impacto das transformações do mundo do trabalho, na qualidade de estratégia de reestruturação da intervenção do Estado. (MOTA, 2010)

No contexto da reestruturação produtiva, cabe ao (a) assistente social, propagar as normas e regras do jogo de compromisso, sendo sua prática alterada pelas formas de controle da força de trabalho renovadas nos processos e relações de trabalho.

3. O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE: Notas introdutórias acerca das condições de trabalho e sua influência no processo de adoecimento do (da) assistente social no sus

Para abordar os processos de trabalho do assistente social na política de saúde é importante fazer primeiramente um breve percurso acerca do sistema de Saúde no Brasil. Destaca-se que a Saúde já absorvia assistentes sociais desde a década de 1940, especificadamente a partir de 1948 quando buscava-se elaborar conceitos com aspectos biopsicossociais, mas ainda com cunho médico hospitalar e curativo (CORREIA, 2005). Segundo Paim (2009), antes da institucionalização do SUS, desde a década de 1930, o que havia no país era uma espécie de “não sistema de saúde”, ou seja, uma concepção de que o estado só deveria intervir em situações em que o indivíduo sozinho ou a iniciativa privada não fosse capaz de responder.

A deterioração dos serviços públicos na época da ditadura militar foi um importante vetor para muitas lutas sociais. Com isso, a fim de enfrentar as dicotomias do sistema de saúde no Brasil, organizou-se a partir de década de 1970 o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), composto por estudantes, pesquisadores e profissionais de saúde, além de seguimentos sociais, que defendeu a democratização e reestruturação da saúde brasileira o que contribuiu para estruturação do SUS posteriormente. (Paim, 2009)

Durante a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em 1986, o MRSB trouxe proposições concretas. A primeira proposição foi da saúde como direito de todo cidadão, haja vista que existiam naquele contexto muitas desigualdades no acesso à saúde entre trabalhadores, assim, uma prerrogativa central era de que nenhuma pessoa poderia ser excluída do acesso aos serviços de assistência em saúde. A segunda é de que as ações em saúde devem ser também preventivas e não apenas curativas. A terceira trata-se da descentralização de gestão tanto nos âmbitos administrativos como financeiros e a quarta preposição refere-se ao controle social de questões concernentes à saúde. (PAIM, 2009)

Com isso significativas mudanças ocorreram, primeiramente a partir da reestruturação do plano legislativo. O relatório com as preposições expostas inspirou a criação do capítulo Saúde da Constituição Federal, e mais tarde desdobrou-se nas Leis 8.080/90 e 8.142/90, as Leis Orgânicas da Saúde. A Constituição Federal é o fundamento legal para a constituição das leis orgânicas da Saúde, ela ampara em seu art.196 que “A saúde é 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”.

Neste contexto específico de lutas, o Serviço Social não esteve diretamente presente no MRSB, porém, neste mesmo período a profissão vivenciava a perspectiva de intenção de ruptura, na tentativa de romper com perspectivas de cunho tradicionalista, houve um plano ideológico e político em romper com o conservadorismo, propondo um desligamento total com o positivismo do Serviço Social. Nesse contexto é notável o maior aporte teórico da profissão. Assim, essa perspectiva é marcada pela formação crítica dos assistentes sociais. Nessa época o Serviço Social se apropria das teorias marxistas gerando a compreensão do profissional como um agente de contribuição na transformação social.

As mudanças ocorridas que passaram a conceber a saúde enquanto direito, aliado ao profundo amadurecimento teórico que a profissão vivenciou neste período, constituíram-se elemento essencial para maior inserção do Serviço Social na Saúde, o que ocorreu nos anos de 1990 através da regulamentação do SUS por meio das Leis Orgânicas supracitadas, que trouxeram o conceito ampliado de saúde, superando o modelo centrado na doença e voltando-se para a promoção da saúde e não apenas para as ações curativas.

No entanto, o ideário neoliberal atinge todos níveis da esfera pública, incluindo a política de saúde, o qual é concebida como mercadoria onde prevalece a lógica de que o mercado é mais eficiente, é alvo de restrições do financiamento público, bem como da dicotomia entre ações curativas e preventivas, e da criação de subsistemas que rompam com a concepção de integralidade³⁵². A partir dos anos de 1995 surgem as prestadoras de serviços, delegadas para a execução dos serviços públicos, enquanto ao Estado cabe a coordenação e o financiamento das políticas públicas, porém, esta transferência de serviços públicos de saúde só é permitida com caráter complementar, por meio de convênio, somente

³⁵² Um subsistema de entrada e controle de atendimento básico sob responsabilidade do Estado, tendo vista que essa modalidade de atendimento não é interesse do setor privado, ou seja, deu início a “progressiva simplificação de procedimentos nos serviços básicos de saúde” (MEDEIROS e ROCHA, 2004), e outro subsistema de referência ambulatorial e especializada composta por unidades de maior complexidade que posteriormente foram transformadas em Organizações Sociais (OS). (CFESS, 2010)

quando acabada a capacidade e disponibilidade de atendimento pelo sistema público de saúde, conforme legislação constitucional (Art. 199) e na LOS (Art. 24) (RAVAGNANI, 2013).

Desta feita, pode-se visualizar o estímulo ao setor privado de saúde com novos consumidores que podem custear tecnologias e serviços especializados, principalmente serviços de média e alta complexidade, e o SUS se restringe aos empobrecidos, maior parcela da população, por meio de ações mínimas e programas focalizados, garantindo o princípio da universalidade apenas nos serviços de atenção básica, cujo objetivo de baratear os procedimentos nos serviços básicos de saúde. (CFESS, 2010)

Diante desta conjuntura, o mercado de trabalho do (a) assistente social também sofre as metamorfoses do mundo trabalho, tendo em vista que o profissional está inserido na divisão sócio-técnica do trabalho, logo, constitui-se como trabalhador (a) assalariado que dispõe da sua força de trabalho por meio de normas contratuais, tais como salário, jornada de trabalho, entre outros, assim como tem que responder as exigências impostas pelos distintos empregadores (IAMAMOTO, 2009), no qual, também, convive com os dilemas da classe trabalhadora no processo de transformação capitalista.

Essa dinâmica de flexibilização/ precarização/ desregulamentação atinge também as relações e o trabalho dos profissionais de nível superior que atuam em instituições públicas e privadas no campo das políticas sociais. Gerando rebaixamento salarial, intensificação do trabalho, precarização dos vínculos e condições de trabalho, perda e/ou ausência de direitos sociais e trabalhistas, pressões pelo aumento da produtividade, insegurança do emprego, ausência de direitos sociais e trabalhistas, pressões pelo aumento da produtividade, insegurança do emprego, ausência de perspectivas de progressão na carreira, ampliação da competição entre trabalhadores, adoecimento, entre tantas outras manifestações decorrentes do aumento da exploração da força de trabalho assalariada (RAICHELIS, 2011, p. 41).

As condições e relações de trabalho dos (as) assistentes sociais, diante da nova configuração da política de saúde, estão sendo atingidas, assim como sua autonomia relativa³⁵³, atendendo as pautas da precarização do trabalho por meio da redução e cortes orçamentários no atendimento às novas demandas oriundas deste processo de transformação de reestruturação capitalista no mundo do trabalho (CEOLIN, 2014). Bem como

Na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais. Amplia-se o trabalho precarizado e os profissionais são chamados a amenizar a situação

³⁵³ A autonomia técnica no desempenho de qualquer atividade de natureza liberal é garantia que emerge, pacificamente, da doutrina e da jurisprudência, seja no âmbito do direito trabalhista, direito civil, criminal ou mesmo administrativo. Desta forma, não pode haver qualquer interferência técnica no trabalho realizado pelo Assistente social, trabalhando este na qualidade de empregado, contratado, concursado, ou sob qualquer outra modalidade. É o Assistente social que dentro do seu leque de atribuições elegerá os métodos, instrumentos e técnicas que se utilizará para intervir em qualquer situação profissional (CFESS, 1993).

da pobreza absoluta a que a classe trabalhadora é submetida (CFESS, 2010, p.23).

Pelo exposto, compreende-se que a atuação do assistente social é marcada por uma série de complexidades, uma vez que atua frente às expressões da questão social. As novas exigências impostas ao assistente social no contexto neoliberal de exploração dos trabalhadores constituem um elemento adoecedor, mediante a dualidade entre o constante aumento da demanda e restrição orçamentária dos serviços públicos ocasionando a intensificação do trabalho e suas intervenções logrem êxito, resultando nos (as) profissionais degastes biopsíquico frente a precarização dos serviços. Destarte, o assédio moral, e as vezes sexual, no espaço sócio ocupacional torna as relações sociais mais agressivas, resultando num cotidiano de trabalho degradante e exaustivo para a saúde psicossocial dos (das) trabalhadores (as) (HERIGOYEN, 2002).

Desta feita, é exigido respostas profissionais que sejam capazes propor alternativas de enfrentamento das situações que lhe são demandados, indo além da garantia de direitos às políticas sociais. No entanto, o ambiente do espaço socio-ocupacional da saúde é marcado sob forte pressão, tanto dos pacientes que esperam a resolução das suas necessidades, em geral, são postas como urgentes, quanto atender as expectativas institucionais, estas que seguem a lógica da negação dos direitos e seletividade ao acesso aos serviços, resultando em desgaste da sua saúde por conta da sobrecarga emocional posta a esses (as) profissionais. (RAICHELIS, 2011)

Segundo Guerra *et al.* (2013) a profissão está inserida no contexto contraditório próprio do sistema capitalista, no que se refere à sua funcionalidade de mediar classes e Estado e a própria localização no funcionamento da sociedade burguesa, e por meio de políticas e serviços sociais o profissional atua com vistas a manter condições que favorecem a reprodução da força de trabalho, atendendo a ideologia dominante, o que acaba por favorecer uma atuação marcada por imediatismos.

As assistentes sociais formaram a sua identidade profissional fundamentados na concepção de que proteção social era um direito vinculado à ideia de justiça social e profundamente integrado à própria ideia da justiça como valor maior, ao qual deveria estar direcionado seu trabalho. Dentro desta perspectiva, podemos entender o esvaziamento subjetivo vivenciado no burnout que agora se dissemina no interior das redes institucionais em que atuam estes profissionais, considerando que surgiram ameaças e ataques à preservação do sentido de seu trabalho (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 523-524).

Além disso, no que concerne à política de saúde, o assistente social atua junto a uma equipe multiprofissional, em instituições inseridas na realidade de atendimento às exigências do mercado, o que pode culminar no distanciamento dos propósitos preconizados pelos

Parâmetros de Atuação de Assistentes Sociais na Saúde de “formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde” (CFESS, 2010. p.29).

Diante deste contexto, Medeiros e Rocha (2004, p. 401) corroboram que os principais problemas enfrentados pelos profissionais da saúde são

Heteronomia salarial; jornada de trabalho diferenciada e desigual; critérios arbitrários para ascensão funcional; ausência de Plano de Cargos, Carreira e Salários (PCCS); falta de avaliação de desempenho ou avaliações realizadas sem critérios explícitos; ausência de diretrizes e princípios técnico-institucionais no processo de contratação por clientelismo; baixos salários; ausência de uma política de educação continuada; polarização nas categorias majoritárias de médicos e pessoal sem formação específica (atendentes, agentes de saúde e similares); sobrecarga de trabalho para alguns profissionais ou ocupacionais, com processo simultâneo de subutilização de outros trabalhadores; excesso de profissionais e/ou ocupacionais na totalidade dos dados quantitativos da força de trabalho, porém, com deficiência em setores básicos e essenciais.

Neste contexto o (a) assistente social é contratado (a) como um dos promotores que subsidiariam a saúde nas perspectivas de universalidade e integralidade. E nesta perspectiva

A atuação profissional deve estar pautada em uma proposta que vise o enfrentamento das expressões da questão social que repercutem nos diversos níveis de complexidade da saúde, desde a atenção básica até os serviços que se organizam a partir de ações de média e alta densidade tecnológica. (CFESS, 2009, p.20)

Assim, entende-se que atuação do assistente social no SUS ainda “abarca os fatores de ordem política, econômica e social que condicionam o direito a ter acesso aos bens e serviços necessários para se garantir a saúde, bem como exige uma consciência sanitária que se traduz em ações operativas na concretização dos direitos.” (MIOTO e NOGUEIRA. 2006, p. 282).

Segundo a Secretaria da Previdência, do Ministério da Economia³⁵⁴, do período de janeiro de 2018 a dezembro do mesmo ano, considerando a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), foram concedidos cerca de 202.406 auxílio-doença para trabalhadores que por mais de 15 dias foram afastados de suas funções laborais, causados por algum problema de saúde ocasionado pelo trabalho, tendo as principais causas: Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas, 133.706 afastamentos; Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, 41.904 afastamentos; Transtornos mentais e comportamentais, 10.537 afastamentos; e, Doenças do sistema nervoso, correspondendo a 46.60 afastamentos.

³⁵⁴ Estatísticas CID 10. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/estatisticas/>

Este quadro alarmante reflete a realidade supracitada a respeito do adoecimento profissional, portanto, revela-se como uma consequência destes processos de mercantilização, em que, à medida que as exigências ao profissional se ampliam, mais as suas condições de trabalho se precarizam. Por também estar na condição de trabalhador assalariado o (a) assistente social está submetido a várias formas de exploração e fragilização de sua saúde.

E, no que concerne ao trabalho deste profissional no SUS, o esquema neoliberal de terceirização também vulnerabiliza organizações coletivas por dentro da categoria profissional. Ao mesmo tempo, o comprometimento ético político da profissão na busca por uma sociedade mais justa, equânime e igualitária, faz com que o (a) assistente social sintase impotente diante da realidade capitalista que desfavorece o processo de garantia de direitos, desta forma, adoce física e psicologicamente enquanto trabalhador e interventor em meio a tantas vulnerabilidades.

Os TS [Trabalhadores da Saúde] encontram-se diante de uma injunção contraditória: atender com qualidade mais pessoas e com menos tempo e menos acesso aos recursos. Ademais, são experiências que podem trazer efeitos negativos para a saúde dos TS: a) quando não há tempo para dialogar com o usuário visando a dirimir as suas dúvidas quanto ao plano terapêutico (incluindo a sua dificuldade de leitura das receitas e instruções específicas); b) quando não há tempo para investigar a fundo a história de cada novo paciente que é internado; c) quando lidam com as agressões do usuário esgotado em situações de longa espera por atendimento; d) quando a taxa de mortalidade aumenta (ASSUNÇÃO e JACKSON FILHO, 2011, p. 53).

As exigências impostas ao profissional do serviço social dentro de uma lógica estritamente biomédica nos serviços de saúde, e como interlocutor entre as relações sociais, requerem que seja capaz de atenuar conflitos, deixando o ambiente ameno para conferir melhor andamento das ações médicas. A este respeito Câmara (2013, p. 61), lembra ainda que cabe ao assistente social na saúde “a responsabilidade de intervir nas situações, dando respostas e encaminhamentos que poderão propiciar o tratamento e suas mediações”, colocando o profissional frente à resoluções palpáveis e impalpáveis, à medida que ampliam as exigências e requisições tanto dos demais profissionais, como dos próprios usuários.

Para o enfrentamento do adoecimento profissional de assistentes sociais na saúde é de suma importância problematizar a questão e reconhecer que o trabalho se materializa em uma conjuntura de trabalho flexibilizado e precarizado, e é nesta conjuntura de pauperização do trabalho, que urge a necessidade da categoria profissional ter formação radicalmente comprometida com os valores democráticos, visando alçar uma nova cidadania social, sendo essencial que a formação esteja atenta a ofensiva neoliberal (IAMAMOTO, 1998). Assim “as respostas necessitam ser buscadas e construídas a partir dos espaços políticos, profissional

e institucional do trabalho, sistematizando metodologias de intervenção concretas sobre a realidade” (CÂMARA, 2013, p.66)

4. CONCLUSÃO

Ante o exposto, pôde-se verificar que as inflexões da atual conjuntura para as políticas sociais públicas têm rebatimento na saúde dos trabalhadores, pois a medida em que ocorre o desmonte do aparelho estatal, principalmente no que concerne a política de saúde, tende a dificultar a oferta dos serviços básicos a população usuária, bem como a forte pressão em que estes (as) sofrem para atender as imposições das instituições empregadoras, resulta o adoecimento dos (as) assistentes sociais.

O profissional do serviço social inserido nessa dinâmica do capitalismo, pois possui a condição de trabalhador assalariado que realiza a venda da sua força de trabalho a partir da sua intervenção nos espaços socio-ocupacionais, está sujeito as formas precárias nas formas de vínculo empregatícios, baixos salários, cobrança de metas e resultados imediatos e produtivos, dentre outros. Em decorrência disto, acaba por interferir em sua forma objetiva e subjetiva do trabalho no espaço socio-ocupacional em que está inserido (a).

Observa-se a contradição da política em debate, onde é um espaço em que deveria promover a garantia de direito a saúde tanto aos usuários quanto aos (as) trabalhadores (as), mas está condicionada as inflexões do capital. Sob o aumento da demanda por atendimento e o sofrimento pelo rebaixamento das condições tanto do trabalho quanto de vida, os (as) profissionais tende a diminuir em decorrência de adoecimento em variados níveis, como demonstra os dados expostos da Secretaria da Previdência, do Ministério da Economia.

Evidencia-se, ainda, o quão é dicotômico o papel do trabalho na vida do indivíduo, de um lado, ele deve dar sentido à vida, enquanto, por outro, ele tende a ser desgastante e adoecedor ao (a) trabalhador(a), levando-o (a) a um quadro significativo de afastamentos das suas atividades laborais.

O mercado de trabalho se moderniza com o passar dos anos e na contemporaneidade tem se tornado um espaço de acirramento, o qual caracteriza-se por ser um ambiente competitivo entre os (as) trabalhadores (as), com poucas possibilidades, ou inexistente, crescimento sob condições mínimas para a realização do trabalho. Diante disto, os (as) assistentes sociais estão imersos nessas circunstâncias, e há casos que necessitam se incluírem a mais de um espaço socio ocupacional, pois necessita garantir o mínimo

necessário para sua sobrevivência, mesmo que a sua qualidade de vida venha a ser comprometida.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, R. **Os Sentidos do Trabalho**, Ed. Boitempo, São Paulo, 1999.
- ASSUNÇÃO, A. A.; JACKSON FILHO, J. M. Transformações do trabalho no setor saúde e condições para cuidar. In: ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. (Org.). **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 45-65.
- BEHRING, E. R. Política Social no contexto da crise capitalista. In **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.
- BRASIL. Ministério da Economia. **Acompanhamento mensal dos benefícios auxílios-doença acidentários concedidos segundo os códigos da cid-10 - janeiro a dezembro de 2018**. Brasília, set. 2019. Disponível em: http://sa.previdencia.gov.br/site/2019/11/Acompanhamento-Mensal_Auxilio-Doenca-Acidentario_2018_completo_CID.pdf. Acesso em: 14 jan. 2020.
- Cavalcante, G. M. M.; Prêdes, R. A Precarização do Trabalho e das Políticas Sociais na Sociedade Capitalista: Fundamentos da Precarização do Trabalho do Assistente Social. **Libertas**, Juiz de Fora, v.10, n.1, p. 1 - 24, jan-jun / 2010.
- CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.cressrs.org.br>>. Acesso em: 05 de jan de 2020.
- CEOLIN, G. F. Crise do capital, precarização do trabalho e impactos no Serviço Social. in: **Revista Serviço Social & Sociedade**, nº 118, p. 239-264, abr./jun. 2014.
- ÂMARA, P. C. S. **As condições de trabalho na área de saúde e o processo de adoecimento da(o) Assistente Social**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Programa de Pós-graduação em Serviço Social. - Natal, RN, 2013.
- CORREIA, M. V. C. **Desafios para o Controle Social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- HERIGOYEN, M. F. **Mal-estar no trabalho: redefinindo o assédio moral**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.
- IAMAMOTO, M. V. O Serviço Social na cena contemporânea. In: CFESS/ABEPSS (Orgs.). **Direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.
- _____. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 1998.
- MEDEIROS, S. M.; ROCHA, S. M. M. Considerações sobre a terceira revolução industrial e a força de trabalho em saúde em Natal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 399-409, 2004.
- IOTO, R. C.; Nogueira, V. M. **Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde**. (2006). Mota, A. E. et al (orgs). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, p.272 - 303.
- PAIM, J. S. **O que é SUS**. Jairnilson Silva Paim. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009 >
- AICHELIS, R. Intervenção profissional do assistente social e as condições de trabalho no Suas. In: **Serviço Social e Sociedade**, n. 104. São Paulo: Cortez, 2010.
- _____. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente as violações de seus direitos. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 107, p. 420-437, jul./set. 2011.
- RAVAGNANI, C. L. C. **a frente nacional contra a privatização da saúde: direito garantido não se compra, não se vende**. 2013. 247 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”, Franca, 2013.



IX CONASSS
CONGRESSO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE
XII SIMPSSS
SIMPOSIÓ DE SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE

30 anos do SUS: Território de Lutas e o Serviço Social na Saúde
Edição virtual, 22 a 24 de setembro de 2020

1695

SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo.**
São Paulo: Cortez, 2011.



A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO DOMICILIAR- SAD COM OS CUIDADOS PALIATIVOS E SUAS RELEVÂNCIAS

Juliana De Araujo Silva Nasser (UFSCAR - Universidade Federal De São Carlos); Luciana Bianchi Zanata Rossi (UFSCAR - Universidade Federal De São Carlos); Henrique Sacomano Nasser (UFSCAR - Universidade Federal De São Carlos)

RESUMO: Observa-se a importância que os cuidados paliativos possuem e terão ao longo dos anos, sendo cada vez mais necessários desenvolver modelos de assistência que contemple o fim da vida. Este documento trata-se de estudo realizado em um Hospital sobre o papel do Serviço Social com os cuidados paliativos, diante sua atuação com os pacientes e familiares, as atribuições, competências e suas intervenções no eixo da saúde, possibilitando a promoção e garantia de direitos desses pacientes e de seus cuidadores, e qualidade de vida nessa etapa.

Palavras chaves: Prática do Assistente Social, Saúde, Cuidados Paliativos, Qualidade de Vida; Família, Atendimento Domiciliar, Humanização.

ABSTRACT: The importance that palliative care has and will have over the years is observed, and it is increasingly necessary to develop end-of-life care models. This document is a study conducted in a Hospital about the role of Social Work with palliative care, in view of its role with patients and families, the attributions, skills and their interventions in the health axis, enabling the promotion and guarantee rights of these patients and their caregivers, and quality of life at this stage.

Keywords: Social Worker Practice, Health, Palliative Care, Quality of Life; Family, Home Care, Humanization.

1. INTRODUÇÃO

A expectativa de vida das pessoas tem aumentado ano após ano, isto se deve aos progressos modernos na área da saúde, que vem acarretando um aumento significativo no tempo de vida da população. Nesse prisma, observa-se a grande importância que os cuidados paliativos possuem e terão ao longo dos anos, sendo cada vez mais necessários desenvolver modelos de assistência que contemple o fim da vida.

Analisando as preocupantes repercussões que as doenças agudas desencadeiam, é fundamental que a comunicação do profissional com o paciente ocorra de forma apropriada, tendo o diálogo como pano de fundo, este que sempre foi considerado essencial nas relações humanas. Por meio dele, profissionais que atuam na área da saúde podem ampliar uma escuta singular que acolhe as demandas dos pacientes. Nesse contexto, é observado que o diálogo avança, havendo o vínculo profissional-paciente, promovendo, assim, a confiança tão imprescindível na relação de ajuda. Segundo Alcântara, Sant'Anna e Souza (2013) se não existir a relação do profissional com a família do paciente em cuidado paliativo, é inviável o diálogo e discussões sobre as situações e tomadas de decisão, agravando o quadro clínico do paciente e piorando o sofrimento do mesmo.

A informação ao paciente a respeito de suas condições é considerada de extrema importância e, segundo Armelin et al. (2005), os profissionais da área da saúde apresentam dificuldades em se comunicar com os pacientes hospitalizados. Sobretudo, os autores afirmam que a melhora desse tipo de comunicação pode favorecer as relações ao buscar a opinião tanto dos pacientes e seus familiares quanto destes profissionais.

Dessa forma, vale ressaltar que o acolhimento torna uma ferramenta ética de afeto e encontro, levando em consideração o usuário como sujeito e participante ativo do seu processo de produção de saúde e pode acarretar mudanças positivas nas relações entre paciente e profissional, valorizando o paciente como um todo e oferecendo oportunidade de ele expressar o que está sentindo e ser portador de suas próprias escolhas (BRASIL, 2010).

A qualidade de vida aparece nesse cenário como respeito à autonomia do sujeito; prontamente, as relações de cuidado devem ser reguladas na convivência e interação benéficas, e não em relações em que há ausência de empatia e cuidado sobre o outro. Para essa boa convivência, é imperativo que os profissionais de saúde não estejam somente imbuídos de conhecimentos científicos, estes também deverão estar preparados para acolher o sofrimento humano e proporcionar cuidados paliativos e para cuidar, é necessário conhecer o paciente, a família e suas mudanças com a chegada da doença. Espera-se, nos quadros de

pacientes tanto com problemas de saúde que tem reversão quanto os terminais, que o conhecimento que o sujeito possui sobre sua condição de saúde e o acompanhamento médico contribua para o aumento da qualidade de vida e da adesão ao tratamento. Acerca disso, Soares, Sabião e Orlandini (2009) reforçam que o processo diagnóstico com o paciente pode acarretar a melhora da qualidade da interação, sentimentos de segurança, menor ansiedade e comprometimento pessoal em relação ao tratamento devido uma informação bem orientada e um acompanhamento assistencial. Os autores indicam que o paciente pode se sentir mais tranquilo e confortável ao compreender o que está acontecendo com sua vida e cotidiano, oferecendo oportunidade de expressar seus medos e angústias referentes à situação (SOARES, SABIÃO; ORLANDINI, 2009).

Logo, o objetivo principal do presente estudo foi abarcar o papel do assistente social diante da sua atuação com os pacientes e com a família do mesmo, além de delinear as atribuições e competências nessa área, e suas intervenções no eixo da saúde, possibilitando a promoção e garantia de direitos desses pacientes e qualidade de vida nessa etapa.

O papel do assistente social no serviço de atendimento domiciliar de pacientes está diretamente vinculado a promoção do bem-estar social durante seu tratamento, haja visto que as questões sociais interferem e afetam a resposta ao tratamento clínico. É neste contexto que o profissional do serviço social deverá atuar, realizando a análise social do núcleo familiar, utilizando-se de ferramentas, tais como: entrevistas, visitas domiciliares e hospitalares entre outras, a fim de identificar a demanda e a possível intervenção a ser realizada (MAIDA, 2013). Além de atuar junto à equipe multidisciplinar, pois a proximidade do assistente social junto as famílias desenvolvem um importante instrumento para auxiliar a equipe, aproximando os profissionais, estimulando a parceria no trabalho e otimizando a agenda de todos, além de evitar e minimizar prejuízos ao processo, garantindo um constante aprimoramento da qualidade na prestação do serviço (MAIDA, 2013).

Sendo assim, no primeiro momento, o estudo pretendeu abordar a visão de diferentes atores sociais no contexto do adoecimento, ou seja, a de um profissional com experiência na área e do próprio sujeito que possui o diagnóstico e encontra-se no hospital. Com isso, a contribuição do serviço social é essencial, a fim de se evidenciar qual a importância de o paciente ter acesso ao seu diagnóstico, bem como colaborar com a literatura sobre humanização e as áreas de saúde, promovendo bem-estar e qualidade de vida no processo de tratamento e possível cura, além de atender as demandas sociais que estão presentes nesse cenário de atuação e os cuidados paliativos que poderá ser promovido. Assim como, refletimos sobre o serviço de atendimento domiciliar- SAD, que realiza o acompanhamento do

paciente no domicílio em horários pré-determinados, com o intuito de aumentar a desospitalização e acelerar o processo de recuperação do paciente. A equipe do SAD é composta por profissionais multidisciplinares, a qual inclui Educador Físico, Equipe de Enfermagem, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Gerontólogo, Médico, Nutricionista, Psicólogo e Assistente Social, que, juntos, definem a conduta, tratamento e acompanhamento do paciente. O papel do assistente social no serviço de atendimento domiciliar de pacientes está diretamente vinculado à promoção do bem-estar social durante seu tratamento.

O presente trabalho foi, portanto, dividido em duas partes. A primeira refere-se à fundamentação teórica, sobre os cuidados paliativos, família no processo de cuidado e tratamento e da atuação Serviço Social diante do cuidado paliativo. Na segunda parte, apresentaremos um estudo realizado com os cuidadores de pacientes, analisando a sobrecarga de trabalho físico e emocional da pessoa cuidadora. Para isso, foram desenvolvidos inúmeros instrumentos de rastreio baseados em scores. Dentre os instrumentos mais conceituados há o Zarit, recomendado pelo Ministério da Saúde. Há uma versão reduzida desse instrumento composta por 7 questões de múltipla escolha, que busca de forma simples e prática identificar aqueles cuidadores que estão sob maior risco de adoecimento físico e mental. Nesse contexto, o uso da escala Zarit auxiliou na identificação de casos de sobrecarga de cuidadores, o que implica em último instante em um melhor cuidado acerca da saúde do paciente, o qual encontra-se fragilizado e necessitado de apoio multidisciplinar em decorrência de sua condição de saúde.

2. BREVE REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Cuidados paliativos: percorrendo suas características

Segundo Marta, Hanna e Silva (2010) os cuidados paliativos tiveram início na Inglaterra por volta de 1960, por Dame Cicely Saunders, descrevendo quais seriam os cuidados para pacientes terminais com doenças incuráveis. Chaves et al. (2011), acrescentam, que esses cuidados foram progressivamente estendidos a pacientes com outras doenças terminais, especialmente os mais jovens, e os que possuíam a síndrome da imunodeficiência adquirida.

Marta, Hanna e Silva (2010), relatam que Dame Cicely propôs cinco princípios éticos dos cuidados paliativos: veracidade (respeito à verdade, relação de confiança e participação dos familiares); proporcionalidade terapêutica (relação entre os meios terapêuticos e os

resultados esperados, julgamento dos riscos e benefícios das ações); duplo efeito (observar o lado negativo e positivo do ato terapêutico); prevenção (prevenir e programar ações a fim de evitar o sofrimento); não abandono e tratamento da dor (nesse momento o paciente tem direito ao tratamento alívio).

Floriani e Schramm (2008) relatam que inicialmente os cuidados paliativos foram fundamentados no alívio dos sintomas estressantes dos pacientes e em suas intervenções; e, não na doença do mesmo, mostrando assim a participação ativa do paciente nos cuidados. E descrevem, ainda, que os cuidados paliativos são um desafio para os sistemas de saúde, tanto para países desenvolvidos, como para os que estão em desenvolvimento.

Alcântara, Sant'Anna e Souza (2013) destacam a interdisciplinaridade no atendimento paliativo, tendo a participação de profissionais médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e assistentes sociais, garantindo assim o cuidado integral ao paciente. Muitas razões contribuem para que o atendimento hospitalar seja prestado de forma paliativa, uma vez que o atendimento preventivo e educacional ainda não alcançou efetividade por parte do governo.

Para Floriani e Schramm (2008) os cuidados paliativos são uma modalidade emergente de cuidados no fim da vida, constituído em um modelo de atenção integral e total ao paciente, ajudando-o a ter capacidade de decidir sobre os acontecimentos de sua vida. Deve-se atender às solicitações do paciente sempre que possível, pois estudos mostram que as preferências dos pacientes na maioria das vezes não são atendidas.

Segundo o INCA (2011b) as bases dos cuidados paliativos consistem em: fornecer alívio para dor e outros sintomas estressantes como astenia, anorexia, dispneia e outras emergências oncológicas; reafirmar que a vida e a morte são processos naturais; integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais ao aspecto clínico de cuidado do paciente; não apressar ou adiar a morte; oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente, em seu próprio ambiente; oferecer um sistema de suporte para ajudar os pacientes a viverem o mais ativamente possível até sua morte; e usar uma abordagem interdisciplinar para acessar necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento e suporte ao luto.

Mendes et al. (2014) e Freire et al. (2014) salientam que a dor afeta e muito a qualidade de vida das pessoas e é a mais frequente em pacientes com câncer em estágio terminal, tendo sua prevalência de 75 a 90% dos casos, demonstrando assim, a importância de práticas analgésicas dentro dos cuidados paliativos. Porém, Freire et al.(2014) acrescentam outros desconfortos físicos, psicossociais e espirituais, como: fadiga, baixa qualidade do sono,

disfagia, depressão, falta de apetite, baixo status nutricional, alterações do paladar e sensação de dependência, problemas de enfrentamento e luta incessante pela doença, sendo que esse complexo diminui também sua qualidade de vida.

2.2 Família no processo de cuidado e tratamento

Segundo Barreto e Amorim (2010) quando um membro da família é diagnosticado com alguma doença em fase terminal, todos os familiares são tocados, não sob o ponto de vista biológico que a doença possui, mas pelo impacto que provoca, gerando desgaste físico e emocional. A família deve organizar-se para prestar o cuidado dando o melhor de si dentro de suas possibilidades, e, este cuidado deve ajudar no enfrentamento da doença, independentemente das reações adversas que a mesma provoca, portanto, o apoio e incentivo ao paciente devem estar sempre presentes.

Mathias et al. (2015) mencionam que a família influencia na saúde de seus membros, interferindo no bem estar e também nas enfermidades que os acometem. Ainda, segundo os autores, o termo família, quer dizer uma unidade social, que tem tarefas e responsabilidades, auxiliando no desenvolvimento psicossocial de seus membros e motivando o ser humano para a vida em conjunto. A família é a unidade primária de cuidado, onde todos se apoiam mutuamente e buscam soluções para o problema. A união da família, após o diagnóstico de uma doença terminal de um dos membros, forma uma fonte de apoio, segurança e estabilidade emocional, que ameniza o sofrimento.

Silva et al. (2012) destacam que existe a possibilidade do familiar de desenvolver ações de cuidados que irão ajudar o paciente e a equipe que atua no hospital, além de contribuir também em partes, para as estratégias do profissional, como o caso do assistente social, que tem como função educar e treinar os familiares, para que possam participar da vida dos pacientes até o final.

Conforme a Resolução RDC ANVISA nº 11 de 26 de janeiro de 2006, o cuidador é a “pessoa com ou sem vínculo familiar capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana” (p.2). Nesse sentido, a prática do cuidado é permeada de situações que podem conduzir ao estresse e sobrecarga de trabalho nos cuidadores, podendo causar prejuízos à sua saúde, bem como na qualidade do cuidado prestado a quem recebe seus cuidados (LIBERATO; CARVALHO, 2008). Atualmente admite-se que a saúde do cuidador pode influenciar o cuidado prestado e, conseqüentemente a saúde



da pessoa sob cuidados. O cuidado de uma pessoa com doença grave ou incapacitante pode gerar na pessoa cuidadora uma sobrecarga tanto física como psicológica.

Por outro lado, alterações negativas na saúde do cuidador podem predispor a erros no cuidado prestado, além da possibilidade da ocorrência de um quadro de negligência ou violência física e psicossocial para com a pessoa sob cuidados. Assim, a qualidade da assistência prestada pelo cuidador depende da sua saúde física e mental e é influenciada por questões inerentes às suas atividades.

A definição para o termo sobrecarga compreende os problemas físicos, emocionais, sociais e financeiros vividos pelos familiares cuidadores e ou cuidadores de pacientes dependentes, o qual está diretamente relacionado ao desenvolvimento de doenças e interferências que estes fatores causam em vários aspectos de suas vidas (BRASIL, 2013).

Podemos dividir o conceito de sobrecarga em duas dimensões: objetiva e subjetiva: a sobrecarga objetiva está diretamente relacionada à prestação e supervisão de cuidados, ou seja, a problemática e as limitações impostas a vida social e profissional do familiar e às dificuldades financeiras. A sobrecarga subjetiva está diretamente relacionada a compreensão da dimensão da doença e do estado geral do paciente, as expectativas e apreensões que este momento gera, a sensação de peso que acarreta o exercício de cuidar (MONTEIRO; MANZIN; DANTAS, 2015).

Sanchez et al. (2010) revela que a família do paciente que encontra-se em estágio terminal é a principal fonte de apoio para o paciente, oferecendo cuidados diretos como higiene e alimentação, ou apoio indireto, como acompanhamento. A família que participa dos cuidados paliativos necessita de dois tipos de apoio social: o emocional, como afeto, estima, aconselhamento e o apoio diário focado nas orientações dos problemas. O apoio social aos membros familiares deve ajudá-los a priorizar e administrar os problemas, trabalhando para colaborar com os cuidados à saúde. Muitas vezes, a família, não está preparada para assumir o cuidado, sendo necessário serem informados sobre a doença e o tratamento, além de instruções sobre habilidades técnicas para cuidá-lo e isso, cabe ao serviço social, promovendo assim, segurança para a família.

2.3 Serviço Social no serviço de atendimento domiciliar- SAD

Cuidar daquele que cuida, deve fazer parte da rotina de um serviço de assistência domiciliar, pois a saúde e o bem-estar do cuidador influência no tratamento da doença e no



bem-estar do paciente. Assim, é de interesse do Serviço Domiciliar prestar atenção a aspectos físicos e de saúde mental do cuidador.

Atender em domicílio, portanto, não significa tornar público o espaço que é privado, mas sim particularizar uma ação. Não significa “levar o hospital para a casa do cliente”, mas sim conhecendo o “território” do indivíduo e respeitando suas particularidades, conseguir traçar um plano de cuidados de acordo com as possibilidades e limites aí reconhecidos (ANDRADE, 2007, p.156)

Existem dois tipos de atendimentos, os atendimentos chamados de Inclusão, que se trata do acolhimento do paciente no programa, e o acompanhamento dos pacientes em situação de doença progressiva e terminal. A inclusão do paciente no programa de atendimento domiciliar pode ocorrer através da solicitação da família junto ao departamento e ou através da solicitação do médico assistente. O atendimento se inicia a partir da visita do profissional da enfermagem, o qual identifica as necessidades do paciente, que poderão ser de uma ou mais especialidades para atendimento no domicílio. Após essa primeira avaliação, ocorre a visita do assistente social para identificar os suportes psicossocial, familiar, material e financeiro envolvidos. O assistente social, orienta acerca do Cadastro Único, conjunto de informações utilizadas pelo Governo Federal, Estadual e Municipal para implementação de políticas públicas capazes de promover a melhoria da vida das famílias brasileiras em situação de pobreza e como se inscrever. No acompanhamento dos pacientes, o assistente social avalia se a renda a ser considerada é suficiente para os gastos do paciente e são informadas as alternativas para o auxílio no custeio do tratamento, como acesso a Farmácia de alto custo, para medicamentos, fralda e nutrição, e a diversos programas municipais, como, por exemplo, Oxigenoterapia e Transporte Público para pessoas que não sustentam o tronco.

Além disso, também é avaliado o ambiente familiar, a acessibilidade na moradia e as competências e treinamentos dos cuidadores. No entanto, embora as situações que envolvam sobrecarga de cuidadores serem discutidas em equipe, é difícil a mensuração dessa sobrecarga, o que muitas vezes pode prejudicar ou negligenciar situações que envolvam o risco de adoecimento físico e mental do cuidador. Com a progressão da doença e a perda de independência e de funcionalidade do paciente, há um aumento das exigências no cuidado prestado pelo cuidador, o que ocasiona um maior desgaste físico, psicológico e social e gera uma sobrecarga que pode causar um quadro de estresse, depressão e ansiedade. É comum o cuidador negligenciar suas outras ocupações, seu lazer e seu próprio autocuidado, o que prejudica sua qualidade de vida e possivelmente o cuidado prestado ao paciente. Desse modo, o ato de cuidar pode ser associado a estresse físico e mental e a falta de perspectiva de melhora em seu bem-estar por tempo indeterminado (SOUZA et al. 2015).



No atendimento domiciliar é notório que a família é a fonte de apoio ao paciente e, em geral, pode ressaltar-se que o cônjuge aparece como cuidador principal, mas, na falta ou incapacidade do mesmo, a responsabilidade é transferida para os filhos, nos quais o sentimento de obrigação confunde-se com o sentimento de retribuição de cuidados somado ao afeto (SOUZA et al. 2015). Dessa forma, a sobrecarga nos familiares cuidadores poderá causar estresse excessivo, cansaço mental, dificuldade de concentração, perda de memória, apatia, indiferença emocional e libido reduzida, ocasionando perda de qualidade de vida e sentimentos como a "vontade de fugir de tudo". Nota-se que essa situação também pode ocorrer em cuidadores sem graus de parentesco, que sejam sobrecarregados ou responsabilizados pelo total cuidado prestado ao paciente (SOUZA et al. 2015).

Assim, a atuação do assistente social visa identificar situações de sobrecarga do cuidador para seu devido manejo e, assim, prevenir ou minimizar o prejuízo ao cuidado do paciente. Portanto, o assistente social pode ajudar a equipe a identificar os casos em que os profissionais podem atuar para melhorar a qualidade de vida do paciente, cuidador e familiares envolvidos com a rotina de cuidados (SOUZA et al. 2015).

Para tanto, Martinelli (2011) realça que o compromisso do serviço social é assumir o cuidado diante do adoecimento do sujeito, cabendo assumir esse cuidado e que somente poderá ser alcançado através de práticas interdisciplinares, reguladas em um horizonte ético de humanização e de respeito à vida. Isto estabelece um consecutivo processo de construção de conhecimentos, pelo caminho da pesquisa e da intervenção profissional competente, vigorosa e crítica, alicerçada na Política Nacional de Saúde e no Projeto Ético Político do Serviço Social.

No campo da saúde, onde há múltiplos profissionais em interação, este é um desafio diário, que se decompõe em um verdadeiro imperativo ético, porque o que está em jogo é a constituição de uma prática competente, na qual o valor humano, a qualidade de vida e a dignidade da morte, no caso dos pacientes fora de possibilidades clínicas, sejam fundamentados e objetivos globais para toda a equipe (MARTINELLI, 2011).

3. O ACOMPANHAMENTO: TEXTOS E CONTEXTOS

A aplicação do instrumento ZARIT ocorreu durante as visitas domiciliares aos pacientes, realizadas em conjunto com a assistente social do Hospital. O instrumental foi aplicado aos cuidadores principais de pacientes totalmente dependentes, em sua maioria acamados, tomando-se sempre o cuidado para que o paciente não estivesse presente e ou

escutasse as respostas do referido questionário, aplicadas ao cuidador. Este questionário apenas foi aplicado com o parecer positivo do Comitê de Ética para a Saúde do Hospital estudado sob o nº 01342.

Observou-se por diversas vezes, durante a aplicação do instrumental, uma oportunidade para um desabafo por parte do cuidador, várias situações nas quais os cuidadores se emocionaram e relataram vivências de alto estresse, de enfrentamento de momentos de desespero e por vezes também situações engraçadas por quais passaram.

Dessa forma, desenvolveu-se uma oportunidade única de aprendizado, podendo vivenciar as competências técnico-operativas, o conjunto de habilidades técnicas que permite ao profissional definir quais instrumentos serão utilizados no processo de intervenção, pode-se utilizar os instrumentos diretos, oportunizou-se praticar a visita domiciliar, a escuta, a entrevista, o acompanhamento social, o trabalho em grupo, as reuniões de grupo para as discussões de casos e orientações de diversas ordens. Desenvolveu-se também os instrumentos indiretos, pode-se acompanhar a elaboração de parecer social e relatório social, os quais oportunizaram vivenciar os contextos para elaboração dos mesmos.

O instrumental ZARIT, trata-se de um questionário com 07 questões, as quais possuem 05 escalas (questões) de respostas, cada item desta escala pode ser caracterizado qualitativamente pelo cuidador como: «nunca», «quase nunca», «às vezes», «muitas vezes» ou «quase sempre» e, para a análise de dados, o investigador atribui a pontuação 1, 2,3, 4, 5 a cada uma das expressões anteriores, respectivamente. Assim, a pontuação total pode variar entre 7 a 35 – quanto mais elevado o valor, maior a percepção de sobrecarga pelo cuidador. Foi convencionado que uma pontuação total superior a 22 corresponde a sobrecarga intensa, entre 15 e 21 a sobrecarga ligeira e inferior a 14 à ausência de sobrecarga.

Durante as visitas pode-se observar as principais dificuldades encontradas pelos cuidadores em seus relatos: a falta de conhecimento sobre a doença, a dor e o sofrimento diante do diagnóstico, a dificuldade em lidar com as várias fases da doença, a dificuldade financeira, na administração de medicamentos e no sentimento de abandono por parte dos demais familiares, os quais se ausentam, deixando o cuidador principal muitas vezes como o único responsável pelos cuidados e tomadas de decisão.

Relativamente ao grau de sobrecarga da população de cuidadores entrevistados, 33% (n=3) apresentou sobrecarga grave, 56% (n=5) sobrecarga moderado e 11% (n=1) apresentou nível leve de sobrecarga.

Perante a evidência de que a maioria dos cuidadores de pacientes do programa do SAD - Serviço de Atendimento Domiciliar apresentaram níveis de sobrecarga classificados de

moderado a grave, esses deverão ser registrados no processo clínico com o objetivo de identificar e monitorar a evolução dos seus níveis de sobrecarga.

Com este projeto, verificou-se que a maioria dos cuidadores dos pacientes do SAD – Serviço de Atendimento Domiciliar, apresentou sobrecarga, a qual pode comprometer negativamente o cuidado prestado ao paciente. Dessa forma, podemos considerar que a avaliação sistemática da sobrecarga do cuidador poderá constituir-se como um elemento-chave na prática de cuidados aos pacientes dependentes desse trabalho. A disponibilidade de tempo do cuidador, a responsabilidade de ser na maioria das vezes o único cuidador e questões econômicas foram os itens mais afetados pela sobrecarga, de acordo com as queixas dos cuidadores.

Todos os instrumentais (ESCALA DE ZARIT) aplicados foram anexados aos prontuários dos pacientes para que a equipe multidisciplinar tenha acesso e corrobore para possíveis orientações nas áreas distintas. Frente aos resultados obtidos foi elaborado um relatório junto a assistente social e encaminhado à supervisão, com sugestões para ações junto aos cuidadores afetados pela sobrecarga, vislumbrou-se que o acompanhamento interdisciplinar realizados pelos profissionais, no que se refere ao atendimento às necessidades dos cuidadores advindas do seu trabalho, poderá auxiliar e ser a resposta mais adequada para a melhoria do grau de sobrecarga dessas pessoas, refletindo, em última instância, no cuidado ao paciente.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O serviço de atendimento domiciliar busca melhorar a qualidade de vida de pessoas portadoras de doenças graves e incapacitantes, muitas vezes envolvida com questões da própria terminalidade e final da vida. Esse serviço deve fornecer todos os tipos de suporte que a pessoa nessas condições necessite, como por exemplo, instrumentalizar a pessoa com recursos que aumentem sua funcionalidade física e acompanhamento psicossocial e de qualidade de vida. Além disso, a identificação, monitoramento e tratamento da sobrecarga do cuidador deve fazer parte da rotina de atendimento a estes pacientes, uma vez que este abordar esse tema contribui para melhoria na qualidade do cuidado prestado ao paciente.

Dessa maneira, em decorrência dos impactos negativos que a sobrecarga dos cuidadores significa no resultado do cuidado, o Hospital propôs a disponibilização de recursos, como a criação de grupos para auxílio e abordagem humanizada aos cuidadores. Essa intervenção baseia-se no provável benefício da escuta humanizada para o alívio de questões

individuais que afetam o bem-estar físico e emocional. Em vista disso, Faiman et al. (2003) afirma que há efeito terapêutico no acolhimento do sofrimento do paciente, que pode ser feito pelo contato humano e lhe confere a possibilidade de buscar um alívio ao sofrimento mediante linguagem compartilhada, sendo o acolhimento, portanto, uma forma de cuidado.

No ambiente Hospitalar as ações em saúde, mais especificamente a atuação do serviço social em ambiente hospitalar vai desde a visita ao leito, atendimento social, solicitação de exames e marcação de consulta internos e externos para paciente internados e até mesmo atividades desenvolvidas com a família no que tange a orientação de planejamento familiar. Todas as intervenções deverão ser descritas em relatório de atendimento, relatório de eventos e se necessário a elaboração de planilha. (CHAVES, et al., 2011). O papel do assistente social é um processo holístico na saúde, ou seja, ele abarca duas dimensões correlatas: assistir e garantia de direitos. O assistir diz respeito a incumbência que o profissional tem nas suas atribuições, atingindo o todo do paciente e o seu bem-estar, já o direito está atrelado a emancipação social, e reconhecendo os usuários da saúde como sujeitos de direitos, em um contexto de cidadania e de democracia.

Nesse sentido o assistente social, como profissional mergulhado na divisão social e técnica do trabalho, é incluído neste ambiente, efetuando sua ação, sendo imprescindível nas equipes de saúde. A materialização do trabalho do assistente social na saúde implica um conhecimento amplo sobre políticas públicas, majoritariamente a do SUS, e como elas são garantidas à população. Por ora, é relevante que profissional o profissional tenha em suas práxis um conjunto de saberes que abarcam as instâncias da saúde: de prevenção a tratamento, rede de atenção, organização do atendimento, envolvendo uma bagagem teórica, estando claro o caminho que foi percorrido a fim de promover conquistas sociais brasileiras, entre elas a Reforma Sanitária e a Constituição de 1988 (MELLO, FERNANDES, 2010).

REFERÊNCIAS

- ALCANTARA, Luciana da Silva; SANT'ANNA, Joana. Lezan.; SOUZA, Maria. da Gloria Nascimento de. **Adoecimento e finitude**: considerações sobre a abordagem interdisciplinar no Centro de Tratamento Intensivo oncológico. *Ciênc. saúde coletiva*, São Paulo, v.18, n. 9, p.2507-2514, nov. 2012.
- ANDRADE, Leticia. **Desvelos**: trajetórias no limiar da vida e da morte - cuidados paliativos na assistência domiciliar. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 2007.
- ANGNES, Décio Inácio.; BELLINI, Maria Isabel. **Política de Humanização da Assistência à Saúde/RS**: Trajetória e consolidação. *Boletim da Saúde*; Porto Alegre, v. 20, n. 2, dez. 2006
- ARMELIN, Cláudia Batagin, WALLAU, Rodrigo. Ambros, SARTI, Cynthia Andersen, & PEREIRA, Sonia. Regina. **A comunicação entre os profissionais de pediatria e a criança hospitalizada**. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 15(2),45-54. 2005.
- ASSIS, Magna Oliveira. **O processo de humanização da enfermagem na unidade de terapia intensiva**. In: ESQUISATTO, M. A. M. (Org.) *Enfermagem em cardiologia e cuidados intensivos: contribuições para assistência na promoção da Saúde*. Araras, 2009.
- BALLONE, Geraldo Jose. **Humanização do atendimento em saúde**, 2005. Disponível em: <<http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=377&sec=35>>. Acesso em: 24 jun. 2019.
- BARRETO, Thâmara Sena, AMORIM Rita da Cruz. **A família frente ao adoecer e ao tratamento de um familiar com câncer**. *Rev Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 462-467, 2010.
- BAZON, Fernanda Vilhena Mafrá; CAMPANELLI, Eloísa. Amicucci.; BLASCOVI-ASSIS, Silvana M. **A importância da humanização profissional no diagnóstico das deficiências**. *Psicologia: teoria e prática*, São Paulo, v. 6, n. 2, fev. 2004.
- BEHRING, Elaine. Rosseti. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2003.
- BENEVIDES, Regina.; PASSOS, Eduardo. **A humanização como dimensão pública das políticas as saúde**. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005.
- Braga, Fernanda Carvalho. **Cuidados paliativos em unidade de terapia intensiva neonatal**: práticas e percepções de profissionais de saúde. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006**. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Seção 1*, p.78. Ministério da Saúde. Brasília – DF.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006**. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 jan. 2006* Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=20642&word=rdc%202006%20domiciliar>>. Acesso em: 20 nov. 2019
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Código de Ética Profissional do Assistente Social**. 15 de março de 1993. Disponível em http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_1993.pdf

- CFES, Conselho Federal de Serviço Social. **Resolução n.493, de 21 de agosto de 2006.** dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do Assistente Social e prevê algumas condições mínimas para o exercício da profissão. CFESS, 2006.
- CHAVES, José Humberto Belmiro; et al. **Cuidados paliativos na prática médica:** contexto bioético. Rev. Dor, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 250-255, 2011.
- FERREIRA, Fátima; PINTO, Aldagiza; LARANJEIRA, Adelaide. et. All. **Validação da escala de Zarit:** sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários, para população portuguesa. Cadernos de Saúde Vol. 3 N.º 2 – pp. 13-19
- FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Fermin. Roland. **Cuidados paliativos:** interfaces, conflitos e necessidade. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 2123-2132, 2008.
- FREIRE, Maria Elaine Moreira; et al. **Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer avançado:** uma revisão integrativa. Rev. Escola Enfermagem USP, Ribeirão Preto, v. 48, n. 2, p. 357-367, 2014.
- GARGIULO, Cinthia Aquino et al. **Vivenciando o cotidiano do cuidado na percepção de enfermeiras oncológicas.** Texto & Contexto Enfermagem, v.16, n. 4, p. 696-702, 2007.
- GUERRA, Yolanda. **Instrumentalidade do processo de trabalho e serviço social.** In Serviço Social & Sociedade. São Paulo: Cortez, n. 62, 2000.
- GUERRA, Yolanda. **A propósito da instrumentalidade do Serviço Social.** In. Debates Sociais. Rio de Janeiro: n. 63 e 64, CBCISS & ICSW, 2004.
- IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade:** trabalho profissional e formação profissional. São Paulo: Cortez, 2005.
- INCA. **Instituto Nacional do Câncer. Ministério da Saúde.** ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro, INCA, 2011.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer.** São Paulo: Martins Fontes, 1985.
- LEITE, Telma Alves de Almeida Fernandes; STRONG, M. I. **A influência da visão holística no processo de humanização hospitalar.** O Mundo da Saúde. São Paulo, v. 30, n. 2, p. 203 – 214, 2006.
- LIBERATO, Regina Paschoalucci; CARVALHO, Vicente Augusto. **Estresse e síndrome de burnout em equipes que cuidam de pacientes com câncer:** cuidando do cuidador profissional. Temas em Psico-oncologia (pp.556-564), São Paulo, Summus, 2008.
- MAIDA, Sueli. **A importância da Assistência Social no Serviço de Home Care.** HM Gestão Empresarial, 2013. Disponível: <<https://hmgestao.wordpress.com/2013/05/22/a-importancia-da-assistencia-social-no-servico-de-home-care/>>. Acesso: 20 out. 2019.
- MARONESI, Leticia Carrillo. et al. **Indicadores de estresse e sobrecarga em cuidadores formais e informais de pacientes oncológicos.** Estudos e Pesquisas em Psicologia. Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.877-892, 2014.
- MARTA, Gustavo Nader; HANNA, Samir Abdallah; et al. **Cuidados paliativos e ortotanásia.** Diagn Tratamento, São Paulo, v.15, n.2, p.58-60, 2010.
- MARTINELLI, Maria Lucia. **O trabalho do assistente social em contextos hospitalares:** desafios cotidianos. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 107, p. 497-508, jul./set. 2011
- MATHIAS, Caroline Vieira; et al. **O adoecimento de adultos por câncer e a repercussão na família:** uma revisão de literatura. Rev. de Atenção à Saúde, Santa Maria, v. 13, n. 45, p. 80-86, 2015.
- MEDEIROS, Juliana. **A Instrumentalidade na prática do Assistente Social.** Disponível em: <<https://www.blog.gesuas.com.br/a-instrumentalidade/>>. Acesso em: 25 nov 2019.
- MELLO, Cristiane Ferraz Quevedo de; FERNANDES, Idília. **O Trabalho do Assistente Social no Contexto Hospitalar em Porto Alegre:** Uma Análise na Perspectiva do Trabalho em Equipe. V Mostra de Pesquisa da Pós-Graduação – PUCRS, 2010.



- MENDES, Thaís Rezende.; BOAVENTURA, Rafaela Peres.; CASTRO, Marrielly Cunha MENDONCA, Maria Angelica Oliveira. **Ocorrência da dor nos pacientes oncológicos em cuidado paliativo**. Acta paul. enferm., São Paulo, v. 27, n. 4, p.356-361, 2014.
- MONTEIRO, Edilene Araújo; MAZIN, Suleimy Cristina; DANTAS, Rosana Aparecida Spadoti. **The Informal Caregiver Burden Assessment Questionnaire: validation for Brazil**. Rev Bras Enferm. 2015;68(3):364-70. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680307i>
- NETTO, José Paulo. **Razão, ontologia e práxis**. In: Revista Serviço Social & Sociedade. São Paulo: Cortez, n. 44, 1994.
- NETTO, José Paulo. **Ditadura e serviço social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. 7. ed. São Paulo, Cortez, 2004.
- SANCHEZ, Keila de Oliveirs Lisboa, FERREIRA, Noeli Marchioro Liston Andrade, DUPAS, Giselle, COSTA, Danielli Boer. **Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 63, n. 2, p. 290-299, mar./abr. 2007.
- Silva, Karen Schein da. **Em defesa da sociedade: a invenção dos cuidados paliativos**. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2010.
- SILVA, Marcelle Miranda. da; et al. **Análise do cuidado e da participação dos familiares na atenção paliativa oncológica**. Texto Contexto, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 658-66, 2012.
- SILVA, Marcelle Miranda da; LIMA, Lorhanna da Silva. **Participação do familiar nos cuidados paliativos oncológicos no contexto hospitalar: perspectiva de enfermeiros**. Rev. Gaúcha de Enfermagem, Rio Grande do Sul, v. 35, n. 4, p. 14-9, 2014.
- SILVEIRA, Stelyus Leônidas Mariano, CÂMARA, Sheila Gonçalves; AMAZARRAY, Mayte Raya. **Preditores da Síndrome de Burnout em profissionais da saúde na atenção básica de Porto Alegre/RS**. Cad. Saúde Colet., v. 22, n. 4, p.386-392, dez. 2014.
- SOARES, Maria Rita Zoéga.; SABIÃO, Leilah Sant'ana; ORLANDINI, Tayana Fleury. **A criança hospitalizada: a importância da informação**. Pediatria Moderna. v.4, s.n, s.p, 2009.
- SOUZA, Lidiane Ribeiro de; HANUS, Juliét Silveira; LIBERA, Lucas Bozan Dela; et. al. **Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica**. *Qualidade de vida, sobrecarga e estresse em cuidadores*, Rio de Janeiro, 2015. Caderno Saúde Coletânea.
- SOUZA, Waldir da Silva; MOREIRA, Martha Cristina Nunes. **A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate**. Rev. Interface, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 327-338, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000200008>. Acesso em: 27 jun. 2019.
- TRINDADE, Irene. et al. **Caracterização do grau de sobrecarga dos cuidadores de utente dependentes da Unidade de Saúde Familiar USF descoberta**. Rev Port Med Geral Fam. v.33, p.178-86, 2017.

REFLEXÕES E PRÁTICAS DO PROCESSO DE TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE/RN

Maria Tereza De Oliveira (Centro De Atenção Psicossocial CAPS II)

RESUMO: O trabalho visa relatar experiência na área de saúde mental vivenciada no CAPS II, localizado em São Gonçalo do Amarante/RN. O objetivo é refletir acerca do processo de trabalho do assistente social do CAPS II no âmbito da RAS. A metodologia utilizada foi análise e pesquisa documental, bibliográfica, observação e registros diários. Foi possível detectar ao longo da análise que os familiares, devido a convivência com as pessoas com sofrimento psíquico, especialmente os transtornos mentais severos e, conseqüentemente, as mudanças ocorridas na vida cotidiana, também necessitam de cuidados. Nesse sentido, a produção do cuidado é indissociável da produção de saúde.

Palavras-Chave: Cuidado. CAPS II. Autonomia. Usuários. Saúde Mental.

ABSTRACT: This work aims to report an experience in the field of mental health lived in CAPS II, located in São Gonçalo do Amarante/ RN. The overall objective was to ponder on the social worker working process the scope of the RAS. The methodology used was documentary, bibliographic analysis and research, observation and daily records. It was possible to detect throughout the analysis that family members, due to coexistence with people with psychological distress, especially severe mental disorders and, consequently, changes in everyday life, also need care. In this sense, the production of care is inseparable from the production of health.

Keywords: Care. CAPS II. Autonomy. User. Mental Health.

1. INTRODUÇÃO

Conforme Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde³⁵⁵, realizada em Brasília, no período de 17 a 21 de março de 1986, foi criado e, posteriormente, instituído pelo Ministério da Saúde, o Grupo Executivo da Reforma Sanitária, composto por órgãos governamentais e pela sociedade civil organizada, de forma paritária, para subsidiar a Assembleia Nacional Constituinte, cujo objetivo era dar continuidade ao processo de discussão sobre a questão da saúde, aprofundamento das teses debatidas na Conferência e estudo de temas específicos.

Com a promulgação da Constituição Brasileira em 1988, a saúde passa a ser um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado, conforme o que está determinado no art. 196. “[...] 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” (BRASIL, 2019, p.61).

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990³⁵⁶, conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOS), dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços. Regula as ações e serviços de saúde em todo território nacional e estabelece os princípios, as diretrizes e os objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS). A LOS traz em seu art. 2º e § 1º e 2º, que “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. No art. 3º³⁵⁷, a saúde tem [...] “como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”.

Tomando como referência o conceito ampliado de saúde, promover a saúde física e mental e o bem-estar para todos, em todas as idades, uma vida saudável, significa assegurar acesso universal a cuidados e serviços de saúde essenciais de qualidade através de políticas públicas bem como o compromisso e responsabilidade de toda a sociedade com a prevenção e o tratamento de doenças que apresentem distúrbios de comportamento, de desenvolvimento e neurológicas.

³⁵⁵Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf Acesso em 9 de jan. 2020.

³⁵⁶Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-norma-actualizada-pl.pdf> Acesso em 9 de jan. 2020.

³⁵⁷ O art. 3º, através da Lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013, recebe nova redação quando é acrescentada o Parágrafo único. “Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social”.

No Brasil a discussão em torno da saúde mental tem início a partir dos anos de 1978, através do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial e se intensifica com a implantação do SUS. Após doze anos de tramitação no Congresso Nacional é aprovada e sancionada a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, com cortes, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos³⁵⁸ mentais. Essa lei redimensiona o modelo assistencial em saúde mental, através de uma rede regionalizada, cujo foco de atenção é o sujeito, a comunidade e os determinantes e condicionantes sociais da saúde.

O processo da Reforma Psiquiátrica historicamente tem buscado a transformação do modelo de saúde mental e uma nova forma de lidar com a loucura e com o sofrimento psíquico. Se dá concomitantemente com o processo da Reforma Sanitária, por meio da desinstitucionalização/desconstrução/construção, no cotidiano das instituições que fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com destaques para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas suas diferentes modalidades; Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental/Unidades Ambulatoriais Especializadas.

Nesse contexto, compreende-se que os serviços de saúde mental não devem limitar-se aos serviços especializados, devendo estender-se aos demais serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como as Unidades Básicas de Saúde, Estratégia Saúde da Família (ESF), Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), bem como nas demais políticas públicas voltadas para a área de saúde, conforme estabelece a atual Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que estabelece a revisão para a organização da Atenção Básica no âmbito do SUS,

como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, destaca-se: a Atenção Básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde das pessoas do seu território³⁵⁹.

No âmbito do processo da Reforma Psiquiátrica brasileira uma das principais estratégias foi à criação em todo país dos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Em 2002 se dá a expansão da Rede de Atenção à Saúde Mental através dos CAPS e, posteriormente, com a implantação de Residências Terapêuticas. O processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial das pessoas com história de internação de longa permanência nos

³⁵⁸Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-norma-1990-365093-norma-atualizada-pl.pdf>
Acesso em 9 de jan. 2020.

³⁵⁹Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em 9 de jan. 2020

hospitais psiquiátricos se dá a partir de 2003, através do Programa de Volta para Casa (PVC), segundo critérios definidos na Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003³⁶⁰ que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para usuários acometidos de transtornos mentais egressos de internações em consonância com a Lei nº 10.216, de 2001, a Lei da Reforma Psiquiátrica.

Nesse processo, um dos principais desafios dos CAPS foi romper com a desinstitucionalização, como política de Estado, de pessoas com transtornos mentais graves que viviam nos hospitais psiquiátricos. A saída dessas pessoas teria que ter garantido a integralidade do cuidado como determina um dos princípios do SUS, pela comunidade, pelo Estado e pelos serviços socioassistenciais de outras instituições, considerando as dimensões biológica, cultural e social, que garante a todo cidadão brasileiro o acesso universal a saúde. Conforme a Lei nº 8.080/90, art. 7º, inciso II “A integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”.

No contexto da Reforma Psiquiátrica a noção de integralidade da atenção em saúde mental orienta políticas e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde capazes de atender as demandas e necessidades do usuário.

Considerados um novo serviço de saúde mental, os CAPS integram a Rede de Atenção à Saúde, contando com a participação dos usuários e familiares, a distribuição dos medicamentos, a relação com a Rede, as oficinas terapêuticas e outras atividades. Na atual política pública de assistência à saúde mental os CAPS continuam sendo um dos principais dispositivos para romper com antigos paradigmas e alcançar este propósito.

Nesse contexto, no dia 15 de dezembro de 2005³⁶¹, foi inaugurado o Centro de Atenção Psicossocial II – CAPS II, de São Gonçalo do Amarante, tendo sido habilitado através da Portaria de nº 146, de 23 de fevereiro de 2006, sob o nº no CNES 3715922, CGC/CNPJ nº 08.079.402/0001-35, considerando a Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, em consonância com a Portaria SAS/MS nº 189, de 20 de março de 2002.

Os CAPS são instituições destinadas a acolher

[...] os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares (BRASIL, 2004, p. 9).

³⁶⁰ Disponível em: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-de-volta-para-casa> Acesso em: 9 de jan. 2020.

³⁶¹ Inaugurado na gestão do então Prefeito Jarbas Cavalcanti de Oliveira, da Secretária Municipal de Saúde Aldenísia Alves Albuquerque Barbosa, tendo como gestora Geiza Santos Cavalcante Silva.

Nesse sentido, o CAPS II é um serviço de saúde do SUS que absorve demanda espontânea de toda a comunidade, onde o usuário deverá ser acolhido. Os usuários do CAPS II são pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais graves e persistentes³⁶². É um local de referência para tratamento destinado aqueles/as “pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida” (BRASIL, 2004, p. 13). O CAPS tem como objetivo:

Oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004, p. 13).

A Portaria nº 336/GM³⁶³, de 19 de fevereiro de 2002, define critérios e parâmetros para implantação dos Centros de Atenção Psicossocial nas modalidades de serviços CAPS I, CAPS II e CAPS III, álcool e drogas (CAPSad) e infantojuvenil (CAPSi). Os CAPS I, II e III conforme § 1º cumprem a mesma função no atendimento ao público em saúde mental e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente “o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo [...], ou ainda, “[...] serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território” (BRASIL, 2004, p. 31).

Atualmente os CAPS estão organizados nas seguintes modalidades CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS Ad, CAPS AD, CAPS AD III, CAPSi, conforme Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011³⁶⁴, que institui a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS - para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Nesse sentido, uma das funções dos CAPS é prestar assistência direta face à complexidade das demandas de inclusão daquelas pessoas que estão excluídos da sociedade por transtornos mentais, bem como trabalhar em conjunto com as equipes da Estratégia Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde. Os CAPS são considerados dispositivos que deverão estar articulados tanto na rede de serviços de saúde quanto às

³⁶²Até a inauguração do Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas - CAPS AD, em 27 de setembro de 2018, o CAPS II, de Santo Antônio do Potengi, também atendia usuários com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

³⁶³Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html Acesso em: 4 de jan. 2020.

³⁶⁴Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html Acesso em: 15 de jan. e 2020.



outras redes sociais (sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas etc.) numa perspectiva de promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários.

É imprescindível, e, tão importante quanto os outros procedimentos da pesquisa, utilizar-se da pesquisa bibliográfica, com a intenção de descobrir, interpretar e alcançar os objetivos propostos. Em detalhe, o referencial teórico pode ser composto, em essencial, por obras e pesquisas que refletem e/ou analisam os temas relacionados a saúde mental como os documentos oficiais do Ministério da Saúde bem como Portarias, OLIVEIRA (2009) que traz o debate sobre a gestão no SUS, e ainda, a defesa e discussão sobre participação e rodas de conversas com a metodologia da Educação Popular em Paulo Freire.

2. O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO CAPS II EM SANTO ANTÔNIO DO POTENGI E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

O CAPS II, de Santo Antônio do Potengi/RN, está localizado à rua Hidelbrando Ribeiro, 163, bairro de Santo Antônio do Potengi, município de São Gonçalo do Amarante/RN. Em sua organização conta com equipes multiprofissionais (turno matutino e vespertino) e é formada por duas assistentes sociais, uma farmacêutica, uma psicóloga, um terapeuta ocupacional, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma cozinheira, um auxiliar de serviços gerais e um psiquiatra que faz atendimento, manhã e tarde, uma vez por semana.

Cada profissional da equipe compartilha os casos após acolhimento e durante todo o tratamento e, em alguns momentos, de acordo com suas competências privativas, tem liberdade para realizar seus encaminhamentos. Apesar da demanda espontânea, após realização do acolhimento, os usuários são agendados conforme organização programada para realização de consultas, procedimentos e atividades.

Paulatinamente a equipe está rompendo com a noção tradicional de acolhimento no campo da saúde. No entanto, ainda é muito comum identificar a noção de acolhimento “ora como uma dimensão espacial, que se traduz em recepção administrativa e ambiente confortável; ora como uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados” (BRASIL, 2010, p. 13).

Nesse contexto, o acolhimento em saúde representa um momento singular, em que o profissional deve, de forma ética e respeitosa, exercer a escuta eficaz e qualificada. É uma estratégia no âmbito do processo de trabalho, com utilização de tecnologias leves, que busca dar respostas as necessidades de cada usuário. “O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar

perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão” (BRASIL, 2010, p. 6).

No âmbito da Política Nacional de Humanização do SUS (HUMANIZA SUS), o acolhimento é uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde:

ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida; estética porque traz para as relações e os encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade; política porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros (BRASIL, 2010, p. 6).

O processo de trabalho em saúde se configura em processos de intervenção e vai além dos equipamentos e saberes tecnológicos estruturados, trabalho vivo em ato, isto é, produzido pelo profissional a partir do seu conhecimento. São das relações, dos encontros e subjetividades no cotidiano que ações estratégicas são operacionalizadas como tecnologias.

Na saúde as tecnologias³⁶⁵ envolvidas no processo de trabalho estão estreitamente inter-relacionadas e são classificadas em leves, leve-duras e duras.

Em realidade, o cuidado é um somatório de decisões quanto ao uso de tecnologias (duras, leves-duras e leves), de articulação de profissionais e ambientes em um determinado tempo e espaço, que tenta ser o mais adequado possível às necessidades de cada paciente. Tecnologia dura, leve-dura e leve é como Merhy (1997) classifica as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde. A leve refere-se às tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho. A leve-dura diz respeito aos saberes bem estruturados, que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo e o fayolismo. A dura é referente ao uso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais (OLIVEIRA, 2009, p.160).

O município ainda não tem uma Política de Saúde Mental planejada, sistematizada e organizada. Esse é um dos desafios e uma luta constante dos profissionais inseridos nos serviços de saúde mental, cuja intencionalidade é garantir a integralidade no atendimento dos usuários com transtornos mentais como preconiza o SUS.

As equipes de saúde mental no âmbito do processo de trabalho, apesar de multidisciplinar, está estruturada no formato e organização conforme o que é estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde. Na tentativa de agilizar e garantir alguns direitos são realizadas articulações interinstitucionais, em redes sociais formais e, principalmente, na RAS

³⁶⁵ Tecnologia em Saúde, algumas já incorporadas ao cotidiano de serviços no CAPS, conforme a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde, se refere a medicamentos, equipamentos e procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, informacionais, educacionais e de suporte, e programas e protocolos assistenciais por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população.

e os demais serviços da Rede³⁶⁶, fazendo os encaminhamentos necessários e possíveis, na perspectiva de responder as demandas dos usuários. As discussões das equipes em torno da implantação e elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) como estratégia central para promover o cuidado e a organização do trabalho no CAPS II se dá desde o ano de 2012.

A mobilização dos trabalhadores da saúde no âmbito da RAS para a construção do PTS de cada usuário configura-se como outro desafio, no que tange a realização do acolhimento e produção do cuidado em saúde como proposto pela PNH e, conseqüentemente, produção de vínculos a fim de concretizar o trabalho vivo em ato.

Nesse sentido, na tentativa de articular a RAS e estreitar as relações entre as equipes das Unidades Básicas de Saúde - UBS, a proposta da equipe profissional do CAPS II junto à Secretaria Municipal de Saúde é realizar reuniões por Polos³⁶⁷ com as equipes da ESF e das UBS na perspectiva de discutir os casos e com o propósito de implantar e elaborar o PTS por meio da atuação singular do profissional-referência do usuário/família, e desse profissional com toda a equipe, por meio de discussões e estudo do caso, considerando a história e as necessidades individuais e peculiares de cada usuário, e, o contexto em que se insere.

A proposta de elaborar o PTS tem como objetivo geral envolver usuários, famílias e comunidades em todas as fases do cuidado com vistas ao resgate da cidadania e da autonomia dos sujeitos. Como objetivo específico caracterizar os mecanismos de organização prática e condições necessárias para sua realização. A intenção é superar o paradigma biomédico por meio de ações conjuntas e coletivas para responder as necessidades dos usuários, reduzir a centralidade das consultas médicas e utilizar melhor o potencial dos demais trabalhadores de saúde, bem como materializar e concretizar o conjunto de diretrizes propostas pela Política Nacional de Saúde Mental. “Especificar os Projetos Terapêuticos significa procurar o jeito certo e a proposta certa para cada pessoa ou grupo, de acordo com suas preferências e história” (BRASIL, 2008, p.21).

A produção do cuidado se constrói a partir de criações fruto dos encontros que coproduzem sujeitos e projetos de vida. Nessa perspectiva, um grande desafio é garantir que

³⁶⁶ Atualmente, município dispõe de 04 Centros de Saúde, 01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), 01 Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE), 01 Centro de Atenção Psicossocial do tipo II (CAPS II), 01 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), 01 Laboratório de Análises Clínicas, 01 Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) e 33 Equipes de Saúde da Família, distribuídas nos Centros de Saúde e em 26 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com 06 pontos de apoio na zona rural para atendimento à comunidade mais distante ou de difícil acesso ao serviço de saúde.

³⁶⁷ Em reunião com a Secretaria Municipal de Saúde ficou determinados que seriam seis polos. Polo 1: Jardim Petrópolis, Cidade das Flores, Cidade das Rosas, Olho D'água do Carrilho e Guajiru; Polo 2: Mangueirão, Jardim Lola, Humaitá, Amarante e Serrada; Polo 3: Novo Amarante I, Novo Amarante II, Golandim I, Golandim II e Golandim III; Polo 4: Rego Moleiro, Novo Santo Antônio, Santo Antônio do Potengi e Residencial Ruy Pereira; Polo 5: Maçaranduba, Bela Vista, Serrinha, Igreja Nova, Barro Duro, Rio da Prata e Poço de Pedra; e Polo 6: São Gonçalo do Amarante (sede do município), Loteamentos, Pe. João Maria, Uruçu e Guanduba.



o PTS faça parte da rotina dos serviços de saúde mental do CAPS; expandir para outros serviços de saúde especialmente nas ESF, NASF-AB matriciamento, transformando as práticas de cuidado na Atenção Básica (AB) e atingir mudanças sustentáveis, como por exemplo o reordenamento no Modelo de Atenção à Saúde vigente e a reorganização dos serviços e ações em saúde.

Como preconiza a PNH, o PTS contém quatro momentos: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação.

O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas (BRASIL, 2008, p. 40).

No atual contexto da Política Nacional de Saúde Mental e diante dos retrocessos em que se encontra o SUS, da precarização dos vínculos de trabalho e da inserção de novos profissionais nos serviços sem experiências na área de saúde mental, o PTS é o principal instrumento de trabalho interdisciplinar dos CAPS, e possibilita a participação, reinserção e construção de autonomia para o usuário/família em sofrimento psíquico. Os CAPS, enquanto dispositivo estratégico da Rede de Atenção à Saúde, deve ocupar um lugar central e assumir a função de organizar a demanda em saúde mental e no seu território.

3. PROCESSO DE TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL NO CAPS II

No âmbito do processo de trabalho, o acolhimento é uma “ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços”. A equipe oferece escuta a quem chega e procura compreender as peculiaridades de cada usuário e situação, utilizando-se de tecnologias leves cuja intencionalidade é aliviar o sofrimento, evitar ou reduzir danos, dialogar com o usuário e familiares favorecendo a criação de vínculos positivos na tentativa de diminuir o isolamento e abandono e possibilitar a troca de saberes na perspectiva de (re)construir a autonomia e melhorar as condições de vida (BRASIL, 2010, p. 18).

Conforme a PNH,

Como diretriz, podemos inscrever o acolhimento como uma tecnologia do encontro, um regime de afetabilidade construído a cada encontro e mediante os encontros, portanto como construção de redes de conversações afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde. O acolhimento como ação técnico-assistencial possibilita que se analise o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social, profissional/profissional, mediante parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade,

levando ao reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde (BRASIL, 2010, p. 18).

As atividades desenvolvidas no CAPS II são: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, educativas, culturais e recreativas, passeios, entre outras); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias focando a integração da pessoa com transtorno mental na comunidade e sua inserção familiar e social; sensibilização da rede de saúde; encaminhamentos; busca ativa. São realizadas visitas a ESF/UBS para informar os casos de alta, visitas domiciliares. Todos os usuários são assistidos em um turno, manhã ou tarde, por 04 horas.

Nesse contexto, a família, além de participar das atividades que a envolve, deverá ter o compromisso de cooperar no tratamento como um todo, compreendendo a importância do seu papel, comunicando qualquer intercorrência ocorrida com o usuário, mesmo ocorrendo fora das dependências do CAPS II, como por exemplo: internações em qualquer clínica ou hospital, cirurgias ou outro acompanhamento médico.

Diariamente se discute em equipe situações clínicas dos usuários, registra-se casos, realiza-se estudos dos casos de admissão, readmissão, alta, e demandas clínicas e, conseqüentemente a elaboração do plano de permanência dos mesmos no serviço.

A função do CAPS é prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando as internações em hospitais psiquiátricos; acolher e atender as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação; dar suporte a atenção à saúde mental na rede básica; organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios; articular estrategicamente a rede e a política de saúde mental num determinado território; promover a reinserção social do indivíduo através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Os desafios enfrentados pelas equipes são muitos, e, referem-se a formação dos trabalhadores de saúde e a funcionalidade adequada das equipes; reformular e refletir sobre a prática profissional no contexto institucional; identificar e criar estratégias mais adequadas; lidar com os usuários no cotidiano institucional; estabelecer o diálogo e vínculo com as equipes da ESF, ou mais precisamente com as UBS e RAS; mobilizar os serviços da Rede



para a construção de propostas adequadas e institucionalizar propostas terapêuticas (PTS) mais adequadas à realidade e segundo as características socioeconômicos regionais.

Cotidianamente, durante a execução das ações, são utilizadas técnicas e estratégias na perspectiva participativa/problematizadora voltada para o processo reflexivo, através do diálogo, rodas de conversa e dinâmicas de grupo que estimulem a participação e a criatividade dos agentes envolvidos, quais sejam os usuários, familiares e ainda os profissionais, assim como possibilitar reflexões durante as atividades com foco na interdisciplinaridade, baseado em princípios teóricos, políticos e metodológicos da Educação Popular em Paulo Freire. As rodas de diálogo têm como propósito estimular o processo de reflexão, a partir dos depoimentos expressos pelos usuários; identificar palavras geradoras para servir como referência pelos profissionais nas discussões e ainda, compartilhar com eles saberes a respeito do tema.

No âmbito do CAPS II é proporcionado aos usuários e familiares a participação em atividades socioculturais, tipo de intervenção realizada através de arteterapia e projetos de inserção visando contribuir para a promoção de um novo imaginário social e construção de novos valores sobre a loucura, cujo objetivo é desmistificar sentidos e significados do senso comum, ora já cristalizados – alienação mental, como por exemplo a ideia de que o louco, considerado doente mental é, por natureza, incapaz e perigoso. A intervenção cultural é uma das estratégias utilizadas pelos profissionais durante o processo de trabalho cuja intencionalidade é aproximar cada vez mais a família e a sociedade.

Na perspectiva da PNH, o SUS humanizado é aquele que reconhece o usuário como legítimo cidadão de direitos, fomenta a autonomia e o protagonismo, compromisso, estabelecimento de vínculos solidários, participação coletiva no processo de gestão, valoriza os diferentes sujeitos (usuários, trabalhadores e gestores) implicados no processo de produção da saúde.

No cotidiano do processo de trabalho é comum tanto usuários, familiares quanto profissionais da saúde e de outras instituições ter dúvidas acerca do perfil do usuário CAPS II (depressão grave, transtornos mentais graves). Enquanto equipe, sabe-se da necessidade e importância para que seja inserida o máximo de atividades disponibilizados pelo CAPS II para a rotina dos usuários nos grupos terapêuticos, desde o acolhimento, medicamento, participação de oficinas, e outros.

Algumas questões são frequentemente discutidas durante as reuniões da equipe multidisciplinar. Como acolher o usuário? Como identificar se aquele usuário é CAPS II? Como inseri-lo no plano de permanência no serviço? Em que grupo terapêutico ele/a se



encaixa melhor? Qual o perfil do usuário do CAPS II? Quem são e de onde vem esses usuários? Como elaborar o Projeto Terapêutico Singular?

A partir de tais reflexões foi realizado pela assistente social uma pesquisa durante o período compreendido entre janeiro a setembro de 2019, com o objetivo de identificar os tipos de transtornos mentais presentes nos usuários CAPS II; refletir sobre o perfil dos usuários em tratamento no CAPS II e enumerar quais os transtornos mais recorrentes.

As informações foram colhidas a partir das fichas elaboradas previamente que servem de referência para a realização inicial do acolhimento e dos prontuários individuais (documentos sigilosos que serviu como banco de dados) de cada usuário. Nelas, foram colhidas o máximo de informações (aspecto quantitativo) com o máximo de pertinência (aspecto qualitativo). Foi elaborado um questionário, um aspecto de ficha resumo, que após preenchido, foi possível condensar todos os dados considerados importantes para realização do estudo. Para a análise dos dados tem-se as seguintes etapas: após as transcrições das informações sobre cada usuário, tendo como referência as fichas utilizadas durante o acolhimento inicial e os prontuários, por fim a condensação dos dados.

No período compreendido entre janeiro a setembro de 2019 foi detectado que existe uma demanda reprimida de 112 usuários do SUS aguardando consulta psiquiátrica. A demanda advinda das UBS/ESF é sempre maior que a oferta de serviços. Casos que, segundo a equipe multiprofissional, tem necessariamente de ter uma avaliação feita pelo médico psiquiatra, e só depois do diagnóstico, ver a necessidade da realização do tratamento intensivo, semi-intensivo ou não-intensivo, ou se vai para o ambulatório de psiquiatria, para posteriormente discutir o plano de permanência do usuário no serviço.

Até final de setembro, a quantidade de usuários de saúde mental totalizava 82 pessoas que participam dos grupos terapêuticos, sendo que 59,8% são do sexo feminino e 40,2% são do sexo masculino. Deste total, 77,9% são casos novos, 15,6% regressaram ao CAPS II após primeira alta, e 6,6% já passaram por duas vezes ou mais por este atendimento.

Quanto ao usuário regresso, é importante registrar que um dos maiores problemas mencionados por eles, quando recebe alta, é em relação ao acolhimento realizado por outros serviços da Rede de Atenção à Saúde, devido à dificuldade no acesso aos medicamentos e a pouca oferta de consultas de clínica médica e/ou psiquiátrica. Na alta, é entregue ao usuário um relatório de evolução do seu tratamento com indicação de continuidade na Unidade Básica de referência.

Constatou-se que a incidência de transtorno mental por faixa etária, predomina entre os usuários que estão na faixa etária entre 41 e 50 anos de idade corresponde a 27,8%,



seguinto em segundo lugar os que estão entre 31 a 40 anos que corresponde a 26,2%, os considerados jovens na faixa etária entre 13 e 20 anos são 18,8%, os adultos entre 21 e 30 anos tem-se 16,4% e 10,8% os da faixa etária com mais de 51 anos de idade.

O estado civil "solteiros" predominou entre os usuários, estão entre os 41,8%, seguido de "casados" com 37,7%, "separados" tem-se 11,5%, "união estável" são 6,6%, seguindo "divorciado" com 1,6% e "viúvo" com 0,8%.

Foi demonstrado durante a pesquisa que a procedência dos encaminhamentos para o primeiro atendimento no CAPS II teve maior concentração na atenção básica através das UBS e ESF com 55,7%; seguido da demanda do hospital especializado em psiquiatria Dr. João Machado, de Natal, com 18%, 10,7 % que chegam de forma espontânea, outros CAPS 4,9%, Ministério Público – Execução Penal 4,9%, Hospital Maternidade Belarmina Monte, de São Gonçalo do Amarante 0,9%, e 4,9% encaminhados de outros setores (Centros de Referências Especializados de Assistência Social (CREAS), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), Instituto Federal do Rio Grande do Norte (IFRN), Polo São Gonçalo do Amarante, Consultório Particular de Psiquiatria e busca ativa/denúncia.

São Gonçalo do Amarante, distante 18 Km da Capital do Estado do Rio Grande do Norte está localizado na Região Metropolitana de Natal. Segundo dados do IBGE (2019)³⁶⁸ é o quarto município mais populoso do Estado com população estimada em 102.400 habitantes, distribuído numa área territorial de 249,124km², composto por 52 bairros e/ou comunidade³⁶⁹.

Considerando a quantidade de localidades citadas, optou-se por destacar os bairros e/ou comunidades aonde foi retratada maior incidência, com destaque para os bairros de Santo Antônio do Potengi (onde o serviço está localizado e ser o local de melhor acessibilidade para os usuários) com 23% dos casos, Jardim Lola com 10,7%, Uruaçu com 10,7%, Jardins com 9%, Golandim com 8,2%, Jenipapo com 6,6%, Centro de São Gonçalo do Amarante com 5,7%, Conjunto Amarante com 4,9% e Olho D'Água do Carrilho com 4,9%, e 16,3% dos demais bairros e comunidades.

Quanto à situação de moradia dos usuários do CAPS II, observa-se que das 82 pessoas com transtorno mental, são 73,8% que possui residência própria, um percentual considerável; enquanto que a residência alugada atinge um percentual de 20,5%, agregados 2,5%, cedida 1,6%, e financiada apenas 1,6%.

³⁶⁸ Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rn/sao-goncalo-do-amarante/panorama> Acesso em: 15 jan. 2020

³⁶⁹ A pesquisa demonstrou que as pessoas com transtorno mental, usuários do CAPS II, estão distribuídas em 30 localidades: Santo Antônio do Potengi, Golandim, Centro de São Gonçalo do Amarante, Conjunto Amarante, Olho D'água do Carrilho, Jardim Lola, Bairro Jardins, Serrinha, Loteamentos, Guanduba, Guajiru, Rio da Prata, Jenipapo, Rego Moleiro, Poço de Pedra, Massaranduba, Bela Vista, Uruaçu, Novo Amarante, Loteamento Pe. João Maria, Ladeira Grande, Loteamento Sta. Terezinha, Serrada, Barreiros, Novo São Gonçalo, Coqueiros, Conjunto Brasil, Serrinha e Jacaré- Mirim.

Quanto a renda mensal familiar dos usuários, 22,1% tem renda mensal inferior a 1 salário mínimo, 49,2 % recebem 1 salário mínimo, 27 % recebem entre 2 a 4 salários mínimos e 1,6 % recebe mais de 5 salários. Constatou-se ainda que 13,9% dos usuários trabalham e, a grande maioria, 86,1% dos usuários não trabalham.

Segundo o INSS³⁷⁰ “Auxílio-Doença é um benefício por incapacidade devido ao segurado do INSS que comprove, em perícia médica, estar temporariamente incapaz para o trabalho em decorrência de doença ou acidente”. Dos usuários pesquisados 13,9% estão recebendo o auxílio-doença através da perícia; 0,8% são pensionistas, e 17,2% recebem o Benefício de Prestação Continuada – BPC, o qual equivale a um salário mínimo mensal à pessoa com deficiência que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção, nem de tê-la provida por sua família, garantido através da Lei Orgânica da Assistência Social, Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.

Os projetos voltados à inclusão social nas áreas de trabalho, moradia, transporte, cultura e lazer atinge uma pequena parcela dos usuários, correspondente a 32%, enquanto 68% não participa de nenhum programa, contrariando as orientações para reabilitação psicossocial. A nível municipal há a ajuda de 50% do valor da passagem no cartão passagem para os usuários, através da Secretaria Municipal de Trabalho, Assistência Social e Cidadania, porém a grande maioria, 93,4% não recebem o benefício, apenas 6,6% recebem.

A educação é um dos problemas sociais e um dos indicadores que refletem as condições e qualidade de vida dos usuários, bem como suas carências materiais e intelectuais. O nível de escolaridade dos usuários pesquisados, em sua grande maioria, 40,2% concluiu o ensino fundamental – modalidade de Educação de Jovens e Adultos (EJA), 23% concluiu o ensino médio, 7,4% concluiu o ensino fundamental, 0,8% concluíram ensino superior completo, 4,1% não concluiu o ensino médio, 8,2% não concluíram o ensino fundamental, 1,6% não concluiu o ensino superior, 3,3% são semianalfabetos e 11,5% são analfabetos.

A classificação quanto à hipótese diagnóstica³⁷¹ foi feita conforme a Classificação Internacional das Doenças CID - 10³⁷², por eixos, sendo agrupados de F10 a F19 transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de substâncias psicoativa com 5,6% dos casos; de F20 a F29 esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes com

³⁷⁰ Disponível em: <https://www.inss.gov.br/beneficios/auxilio-doenca/> Acesso em: 15 de jan. 2020.

³⁷¹ Nesta questão foi possível a resposta múltipla.

³⁷² A CID-10 é o critério adotado no Brasil pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Ele abrange todas as doenças, incluindo os transtornos mentais, e foi elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Disponível em: https://www.cremesp.org.br/pdfs/cid10_ultimaversaodisponivel_2012.pdf



40,6%; F30 a F39 transtorno de humor, afetivos, bipolares, depressivo leve e outros transtornos depressivos recorrentes com 56,7%; F40 a F48 transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o *stress* e transtorno somatoformes com 20,1%; F60 a F69 personalidade paranoica incluindo outros transtornos específicos da personalidade com 11,2%; e F70 a F79 retardo mental com 5,6%.

Ressalta-se que a perspectiva da assistência aos usuários não está focada na cura da doença em si, objetivo exclusivo do tratamento, tal como prega a psiquiatria tradicional, pois a ideia é romper com esse paradigma. Compreender o sofrimento psíquico, diante de sua complexidade, implica ter múltiplos olhares para a vida em suas múltiplas dimensões e cuja perspectiva de cuidado, portanto, significa atuar na transformação da subjetividade e dos modos de viver.

A ideia é o tratamento focado na produção de saúde baseada no cuidado psicossocial, no acolhimento, na escuta qualificada, na produção de sentidos, através de serviços substitutivos, levando em consideração as especificidades de cada usuário, seus projetos individuais assim como sua história de vida. O uso de metodologias participativas permitiu aos profissionais e demais agentes envolvidos o aprimoramento das práticas socioeducativas, bem como suscitou a reflexão acerca da práxis profissional como um instrumento potencializador da emancipação, da autonomia e da consolidação do sujeito de direitos em pleno exercício da cidadania.

4. CONCLUSÃO

Foi possível detectar ao longo do processo de trabalho que os familiares, devido a convivência com as pessoas com sofrimento psíquico – especialmente os transtornos mentais severos e, conseqüentemente, as mudanças ocorridas na vida cotidiana, também necessitam de cuidados. Nesse sentido, a produção do cuidado é indissociável da produção de saúde.

Por sua implicação na dinâmica no processo de adoecimento do familiar é que a equipe multiprofissional reconhece a necessidade de intervir junto aos familiares, e, envolvê-los no tratamento. Apesar desse reconhecimento, as ações terapêuticas acontecem basicamente no âmbito institucional, prevalecendo ações individuais. Há uma carência e um grande desafio em se articular com os equipamentos e recursos sociais no território e ações com familiares.

Nesse sentido, é preciso que haja formação continuada e capacitação em serviço para os profissionais, espaços de discussão e de diálogo como fóruns, debates e compartilhamento

de saberes a fim de discutir e implantar a Clínica Ampliada e a elaboração do Projeto Terapêutico Singular, como está previsto na Política Nacional de Humanização - PNH.

REFERÊNCIA

- BRASIL. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 dez. 2011a. Seção 1, p. 230-2.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, compilado até a Emenda Constitucional no 99/2017. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2019.
- BRASIL. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- OLIVEIRA, Roberta Gondim de (Org.) **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro, RJ: EAD/Ensp, 2009.

HÁ SAÚDE PARA OS/AS ASSISTENTES SOCIAIS QUE ATUAM NA SAÚDE? CONDIÇÕES DE TRABALHO E SUAS REPERCUSSÕES NAS/OS PROFISSIONAIS DE BELÉM/PA

Marinara Melo Da Silva (Universidade Federal Do Pará); Diego De Almeida Amoras
(Universidade Federal Do Pará)

RESUMO: Este artigo busca compreender a relação entre trabalho e saúde das/os assistentes sociais que atuam na política de saúde do município de Belém/PA, com o objetivo de subsidiar e fomentar estratégias para a melhoria das condições de trabalho desses/as profissionais; é orientado pelo teoria marxista e pelo método materialismo histórico dialético; parte de uma revisão bibliográfica e dados coletados, inicialmente, via questionários autoaplicáveis com as/os profissionais. Os resultados parciais mostram que existe uma intensificação e precarização das condições do trabalho, o que gera insatisfação e angústia entre os/as profissionais pesquisados/as.

Palavras-chave: Assistente Social; Trabalho; Saúde do Trabalhador; Saúde.

ABSTRACT: This article seeks to understand the relationship between work and health of social workers who work in the health policy of the municipality of Belém / PA, with the aim of subsidizing and promoting strategies for improving the working conditions of these professionals; it is guided by Marxist theory and the dialectical historical materialism method; part of a bibliographic review and data collected, initially, through self-administered questionnaires with the professionals. The partial results show that there is an intensification and precariousness of the work conditions, which generates dissatisfaction and anguish among the professionals surveyed.

Keywords: Social Worker; Work; Worker's Healthy; Healthy

1. INTRODUÇÃO

O artigo apresenta dados parciais oriundos de um Plano de Trabalho de Iniciação científica, vinculado a um projeto de pesquisa que aborda sobre o trabalho e saúde dos/das assistentes sociais na Região Norte do País. Assim, foi efetuado um recorte para o tema relações de trabalho e suas possíveis repercussões na saúde das/os assistentes sociais inseridas na saúde pública do município de Belém/PA.. Os dados referentes a 57 (cinquenta e sete) profissionais aqui apresentados foram coletados por meio de um questionário físico e online, com perguntas fechadas e abertas, este instrumento de coleta de dados físico foi aplicado em eventos relacionados ao Serviço Social e nas instituições que autorizaram a realização da pesquisa. O questionário aborda aspectos de identificação; idade; formação profissional; pós-graduação; função exercida; contrato de trabalho; salário; sindicalização; participação no CRESS; Condições de Trabalho (quanto à infraestrutura); Recursos; Relações de Trabalho; Educação permanente e Trabalho; Relações de Trabalho e Saúde; Sintomas de Saúde e Percepção do Trabalho, porém, este artigo priorizou a identificação, as condições de trabalho e os sintomas de saúde.

A partir dos 57 questionários respondidos, pode-se perceber que a/ os assistentes sociais que atuam na área da saúde no município de Belém/PA são majoritariamente mulheres, heterossexuais, praticam alguma religião, assim como, estão vinculadas, em sua maioria, à esfera estatal, com vínculos estatutários, lotadas em hospitais gerais, hospitais materno-infantis e na atenção especializada. Percebeu-se que, majoritariamente, cumprem uma carga de 30 horas semanais no seu vínculo na área da saúde, mas, também, as/os profissionais mantêm mais de um emprego para o aumento de renda. Por meio da coleta dos dados do questionário, pode-se constatar um alto índice de assistentes sociais que se deparam com condições precárias de infraestrutura e relações conflituosas no trabalho, o que por vezes, pode refletir na saúde destas/es trabalhadoras/es.

Este artigo encontra-se organizado em 5 (cinco) tópicos, sendo o primeiro este, referente a introdução, seguidos de um com Breves considerações sobre o perfil dos profissionais, o terceiro tratando do trabalho do Serviço Social na área da saúde, o quarto tópico discorre sobre as Condições de Trabalho e os impactos na saúde das assistentes sociais na saúde e por fim, o último tópico com a conclusão.

2. QUEM É ESTE PROFISSIONAL? Breves Considerações



A saúde do trabalhador, como afirma Mendes e Wünsh (2011) reconhece o trabalhador como um sujeito de direitos, não devendo ser analisada fora da divisão social e técnica do trabalho, pois, é preciso compreender a contradição capital-trabalho como um espaço concreto de exploração e a saúde do trabalho como uma de suas expressões, cada vez mais difícil de ser mascarado pelo capital. Estudar a saúde do trabalhador é entender que a mesma perpassa pelas relações sociais e com a nova ordem do capital e a complexificação da reestruturação produtiva, o trabalho é reconfigurando, produzindo diversos impactos na saúde, conforme Mendes e Wünsh (2011). Assim, considerou-se importante compreender como se situam as relações e as condições de trabalho do/as assistentes sociais que atuam na área da saúde, perpassando pela identificação de quem são esses profissionais e quais as condições de trabalhos onde estão inseridos/as; para, então, compreender como ocorrem as suas repercussões na saúde das/os mesmas/os.

Primeiramente, tornou-se necessário compreender que o assistente social é um trabalhador/a assalariado/a, especializado, inserido/a na divisão social e técnica do trabalho, cuja matéria – prima são as expressões da questão social; realiza um trabalho coletivo, característica expressiva na área da saúde, sendo a Psicologia e Enfermagem as principais categorias que se articulam com o Serviço Social. Portanto, este é um profissional que trabalha em conjunto com outras categorias profissionais e depende dos meios e recursos da sua instituição empregadora para realizar suas atividades - realiza um trabalho com materialidade social para os usuários, cuja condição de assalariamento, não se exclui dos processos de precarização do trabalho (IAMAMOTO, 2015).

Os dados obtidos no referido questionário, no que concerne à identificação dos/as profissionais pesquisados/as se caracterizam, majoritariamente, como um público feminino, assim, de um total de 57 pesquisados, 91,23% (52) são mulheres, dado esse que não é estranho a categoria profissional do/a assistente social, haja vista que, em relação ao gênero lamamoto (2015) compreende que, tradicionalmente, o Serviço Social é uma profissão marcada pelo gênero feminino, o que carrega uma subalternidade profissional decorrente do machismo existente na sociedade, ou seja, impresso também em com terceiros visualizam a profissão, do restante dos participantes são homens 7,02% (4) e 1,75% (1) não identificou qual era seu gênero.

Em relação à orientação afetivo-sexual dos participantes 87,72 % (50) são heterossexuais, 3,51%(2) são bissexuais e 8,77% (5) não responderam esta pergunta. Em relação a etnia/ cor, os 57 participantes se auto-declararam da seguinte forma: 47,37% (27) como pardas; 35,09% (20) como brancas; 12,28% (7) como negra; 1,75% (1) como cabloca.e

3,51% (2) não indentificaram sua cor/etnia. No que tange a religião, a maioria dos participantes são católicos com um total de 63,16% (36) da amostra; 10,53% (6) se declararam evangélicos; 10,53% (6) são espíritas; 5,26 (3) se identificam enquanto cristãs; 3,50% (2) se declarou protestante; e apenas 7,02% (4) declarou não possuir alguma crença religiosa.

Com relação à atividade exercida, 54 são, exclusivamente, assistentes sociais, 01 exerce cargo de gestão, e 02 assistentes sociais acumulam cada uma um cargo de docente e gestão do setor. A natureza das instituições que se constituem espaços socio-ocupacionais dos/as assistentes sociais são, em sua maioria, de nível estadual (26), seguido do municipal (16), apenas 7 assistentes sociais são vinculadas ao nível federal, não responderam a esta pergunta outras 7 profissionais.

O tipo de contrato na área da saúde, entre os/as pesquisados/as no município de Belém/Pará, ainda, predomina os estatutários (70,17%), contando com 40 assistentes sociais nesta modalidade. É válido ressaltar que este tipo de contrato é predominante entre os profissionais que ingressaram nas instituições de emprego durante a décadas de 90 e nos anos 2000. Os contratos por CLT com tempo determinado (7,02%) e indeterminado (7,02%) contam com 4 assistentes sociais cada um, totalizando 14,04%, na modalidade terceirizada/prestador de serviços havia 1 (1,75%) participante, nesta pesquisa também participaram 2 assistentes sociais que são residentes multiprofissionais (3,51%). Não responderam a pergunta sobre o tipo de contrato apenas 6 (10,52%) assistentes sociais.

Compreende-se no tópico contrato de trabalho, ainda prevalece o modelo estatutário, embora segundo Antunes (2011), o número reduzido de pessoas empregadas, formalmente, com vínculos duradouros, e a ampliação de terceirizações e contratos temporários é uma característica atual do modelo de acumulação capitalista, inicialmente, com força nas empresas privadas, contudo, é possível notar a reprodução destas modalidades de contrato nas instituições públicas, que deixam de ofertar concursos públicos para a reposição de vagas e passam a contratar por meio de processos seletivos, na modalidade de contrato com tempo determinado.

No que se refere a Carga Horária dos participantes, 53 profissionais estão de acordo com o que dispõe a Lei Federal nº 12.317 de 2010, número esse majoritário, a CH está distribuída entre 30h semanais, que contra com 51 trabalhadores; realizando 20h semanais temos apenas 1 assistente social; saindo do que preconiza a Lei 12.317/2010 sobre a duração do trabalho do/a assistente social, existe 1 assistente social na amostra cumprindo carga horária de 40h, a maior carga horária presente na amostra foi a de 60h semanais que dos 2 residentes que responderam o questionário. É válido mencionar que os participantes da

pesquisa responderam esta carga horária com base em apenas um dos vínculos empregatícios que os mesmos possuem, ou seja, em média, os mesmos cumprem uma carga horária de 60h semanais, além dos plantões que são realizados aos finais de semana nos hospitais, logo, percebeu-se a intensificação do trabalho, resultado de uma possível necessidade do profissional de manter mais de um emprego para aumentar a sua renda, percebe-se aqui uma necessidade da categoria, aliada a entidade do CFESS-CRESS em lutar por um teto salarial de base para o Serviço Social, assim aliado a lei das 30h semanais, gere a possibilidade das/os assistentes sociais tenham maior qualidade de vida dentro e fora do trabalho, não tendo a necessidade de buscar mais de um vínculo por necessidade de complementar à renda. Entretanto, entende-se que não apenas a quantidade de vínculos e baixo salário do profissional podem gerar uma insatisfação, cansaço e intensificação da jornada de trabalho, mas também o a/o assistente social também pode ser afetado pelas condições de trabalho que são ofertadas a ele nos espaços sócio-ocupacionais de atuação.

3. CONDIÇÕES E RELAÇÕES DE TRABALHO DAS/OS ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE

De acordo com a análise de Iamamoto (2015), para que o trabalho do assistente social seja possível de realizar, é preciso que seja fornecido ao profissional pela instituição empregadora as condições objetivas, ou seja, a matéria-prima e os meios para o processo de trabalho. Iamamoto (2015) descreve a autonomia relativa do assistente social como independência nas definições de prioridade e como será executado e quais instrumentos serão convocados para a sua análise.

Após conhecer o perfil do profissional, o questionário busca compreender quais são as condições de trabalho, no que se refere à infraestrutura dos espaços e os recursos materiais dispostos à equipe do Serviço Social, assim como tem a curiosidade de saber se os/as assistentes sociais conhecem a Resolução CFESS nº 493 de 2006, que trata das condições éticas e técnicas necessárias para o trabalho cotidiano.

Assim, quanto as condições de trabalho, a partir das respostas dos participantes, constatou-se que parte significativa dos/as informantes estão atuando e atendendo os usuários em salas compartilhadas (57,89% ou 33), sem ou com pouca privacidade (50,88% ou 29) e a presença de ruídos (68,42% ou 39), assim como, não possuem salas que comportem reuniões de grupo (47,37% ou 27). Há o acesso a computadores e a internet, mas, 57,89% , ou seja, 33 assistentes sociais têm o acesso restrito

a internet, o que limita a realização de pesquisas para obter informações que podem auxiliar no seu trabalho ou para dirimir dúvidas relacionadas ao trabalho, a artigos científicos e Resoluções dos Conselhos, são, somente, 13 ou 22,81%% participantes que podem navegar na internet sem limitações e 11 pessoas (19,30%) se abstiveram de responder a pergunta. Raicheles (2011) explica que isto é um reflexo do contexto neoliberal de contrarreformas e precarização no mundo do trabalho, que se estende para o cotidiano da/o assistente social, trabalhador assalariado, inserido em uma política pública e social que sofre constantes ataques estratégicos para dar espaço ao grande capital no setor, assim, observou-se a precarização existente nos recursos materiais e infraestruturas necessários para a realização do processo de trabalho da/o profissional, seja pela dificuldade de suprir a demanda, como pela sua própria precarização no trabalho, além de ocorre a exposição dos relatos dos usuários pela falta de infraestrutura fornecida pela instituição para os atendimentos, impedindo a manutenção plena do sigilo profissional preconizado pelo Código de Ética do Assistente Social e reafirmado pela Resolução nº493 do CFESS.

É fundamental, para a/o assistente social conhecer a legislação que o protege e o resguarda na garantia de seu direito como profissional, dessa forma, entendemos que é fundamental o conhecimento e a difusão entre a categoria sobre o que é e do que se trata a Resolução nº493 do CFESS, por entender que a mesma é um instrumento político-legal para luta em prol de condições de trabalho e infraestrutura adequadas, garantindo o sigilo profissional, a privacidade do usuário e profissional e a demarcação do Serviço Social como uma profissão que tem técnicas e leituras próprias, assim, em relação ao conhecimento dos/as pesquisados/as sobre a Resolução CFESS nº 493, apenas 05, ou seja, 9% dentre eles/as declarou que não conhece tal Resolução e 3, 5% não responderam a esta pergunta; majoritariamente 49 (86%) dos/as profissionais afirmaram ter conhecimento do que se trata a referida resolução.

Ainda no que se refere às condições de trabalho dos/as assistentes sociais pesquisados/as, quanto aos recursos disponíveis, quando perguntados se faltava recursos para o desenvolvimento do trabalho 43,86% (25) respondeu “as vezes”, 40,35%(23) afirmaram que sempre, 7,02% (4) declararam que nunca e 8,77%(5) não responderam; já na pergunta se existem recurso para desenvolver projetos no trabalho, somente 38,60% (22) respondeu “as vezes”, os que afirmaram nunca tem recurso foram 33,33% (19), 12,28 %(7) afirmaram que sempre e 15,79%(9) não responderam.

Ainda, relatando sobre como funciona o seu trabalho profissional, as assistentes sociais relataram que tem obstáculos com a precarização do SUS, gerando, dificuldade de

acesso, dificuldades na integralidade do tratamento dos usuários; relatam também a intensificação do trabalho, aumento da demanda e poucos profissionais para atendê-los resultando em não atendimento ou com atendimentos sem continuidade; há a precarização da infraestrutura e recursos materiais; desarticulação da rede e conflitos de poder no ambiente de trabalho.

Já tratando das relações de trabalho que são construídas no dia-a-dia, a autonomia, o planejamento e análise do trabalho e o trabalho em equipe está presente, mas não segue um fluxo contínuo dentro das relações dos assistentes sociais já que mais de 30 assistentes sociais marcaram a opção “as vezes” para as categorias citadas, sendo essas práticas recorrentes para o Serviço Social na área da saúde, no ponto de vista de Vasconcelos (2006), por conta de como funciona a organização nos atendimentos, que acontecem por demanda espontânea e a falta de planejamentos da rotina. Atuam com fluxo constante, com autonomia apenas 28%, com planejamento e análise sistemática 21% e em equipe 33,3%.

Quanto às relações de trabalho interpessoais, 65% dos/das assistentes sociais avaliaram como possuindo boas relações, 12% classificaram como ruins, 11% se sente indiferente, 5% consideram as relações interpessoais no seu trabalho como prejudiciais, 2% acredita que são razoáveis. O quantitativo em porcentagem dos que não responderam a pergunta foi de 5%. Seguindo a linha de relações interpessoais, foi abordado como os mesmos identificam a relação da gestão com o seu trabalho profissional, ocorrendo ou não interferência.

A organização do trabalho e relações não balanceadas de hierarquia, assim como, ocorrências de assédio moral, humilhação, exclusão, ameaças veladas são um dos fatores que mais desencadeiam o adoecimento mental nos trabalhadores (Seligmann-Silva (2003 APUD SILVA, 2017). Assim, constatou-se a dificuldade do assistente social em manter a autonomia em decorrência da intensa interferência da gestão, seja imediata ou geral, no seu processo de trabalho já que 41 profissionais afirmaram sofrer interferência da gestão, às vezes ou sempre, 23 sofrem com interferência da gestão imediata, 9 afirmaram que sofrem com interferência da gestão geral, apenas 2 profissionais relatam que tanto a gestão imediata quanto a gestão geral interferem e 7 assistentes sociais tem seu trabalho interferido por outros profissionais.

Ainda no que se refere às relações de trabalho, 77% dos/as profissionais pesquisados/as afirmaram que não realizam pesquisa para subsidiar sua ação profissional, tendo como principal empecilho a falta de recursos materiais, financeiros e humanos, que se materializam na dificuldade ao acesso à internet, não falta de incentivo e apoio da gestão e

da categoria, aparecendo com frequência a desarticulação dos assistentes sociais, alguns empecilhos também presentes no cotidiano do atendimento ao usuário. Conjuntamente foram apontados a não disponibilidade de tempo, seja pela intensificação do trabalho, fruto da grande demanda e quadro reduzido de profissionais ou por conta de a profissional possuir mais de um vínculo empregatício, também foram apresentados que a não realização da pesquisa acontece por falta de motivação do profissional.

Seguindo a mesma lógica em relação ao subsídio de pesquisa para a atuação profissional, a uma repetição no grande número de assistentes sociais que realizam pesquisas no/do seu trabalho, 53% não desenvolvem pesquisa, 35% não respondeu e apenas 12%, ou seja, apenas 7 assistentes sociais desenvolvem pesquisa fruto de seu trabalho profissional. Para os que responderam “NÃO” explicam que em seu trabalho há uma preocupação maior com intervenções imediatas, horário de trabalho definido para este atendimento acompanhando apenas pesquisas de estagiários e residentes; falta de tempo, falta de interesse, a uma intensificação do trabalho apresentados a eles como sobrecarga de trabalho, equipe reduzida e falta de incentivo da gestão, falta reconhecimento da necessidade de pesquisar no trabalho; burocratização conservadora sistêmica do trabalho (instituição moldando o trabalho profissional) por meio de protocolos, engessamento do cotidiano profissional, conforme pode ser observado na tabela abaixo que trata do sentimento das/as pesquisadas/os em relação à organização do trabalho nos espaços sócio-ocupacionais, onde exercem o seu trabalho profissional.

Tabela 1: identificação quanto a organização do trabalho³⁷³

	Identificação 0	Identificação 1	Identificação 2	Identificação 3	Identificação 4	Identificação 5	Identificação 6	Identificação 7	Não respondeu
Satisfaz os meus interesses	0	1	3	7	13	15	6	7	5
Exige-me de acordo com minhas capacidades	0	2	2	6	9	13	8	13	3
Responde as minhas necessidades	0	1	5	11	12	13	6	5	4
Atende as minhas expectativas	0	3	3	12	13	12	5	5	4

³⁷³ No que se refere a relação trabalho e saúde dos/das assistentes sociais que atuam na área da seguridade social, foi utilizada para a sua compreensão a escala de sentimentos construída por Blanch e Cols (2009) apud LACAZ (2012), a partir de uma metodologia de escala entre 0(zero) a 7(sete).

Ajusta-se aos meus desejos pessoais	0	3	2	12	13	10	10	3	4
Facilita o meu reconhecimento no trabalho	1	2	6	7	14	12	4	6	5
Permite-me trabalhar à vontade	1	1	8	6	7	12	10	8	4
Motiva-me a trabalhar	3	0	5	12	12	7	9	5	4
Proporciona sensação de liberdade e autonomia na tomada de decisões	3	1	5	10	8	9	10	7	4
Favorece meu crescimento pessoal	1	1	4	9	7	7	15	8	5
Permite desenvolver as minhas aspirações profissionais	1	1	5	7	12	12	7	7	5
Possibilita desenvolvimento de minha identidade	1	0	5	8	11	8	12	7	5
Faz me sentir útil	1	3	0	4	10	8	13	1	5
Estimula meu compromisso no trabalho (laboral)	1	3	1	4	13	7	14	9	5
Possibilita minha participação nas decisões organizacionais	5	4	9	12	8	6	6	2	5

Fonte: elaboração da autora com base na coleta de dados da pesquisa realizada no período de agos/2019 a fev/2020

É nesse contexto de mudanças, flexibilização, intensificação, controle em que o mundo trabalho se apresenta que Silva (2017) indica como fomentador dos elevados indicadores de doenças e acidentes de trabalho, destacando tanto o aumento de lesões osteomusculares, sendo essa uma situação vinculada a adoecimento/acidente de trabalho “tradicional”, mas também, chama a atenção a crescente presença de adoecimentos psíquica e desgaste mental relacionado ao trabalho e sua organização atual, o que Silva (2017) classifica como “processo de sofrimento/adoecimento diferenciado daqueles vistos em outros tempos”, dito isso, as autoras Valle e Leite (2015) complementam apontando, também, como motivadores de adoecimento e retirada de licenças médicas os fatores sócio-ocupacionais, assim como, as

repercussões de sintomas e sentimentos de tristeza, estresse, no trabalho, também afetando a vida social e educação continuada, que é reduzida pela rotina intensa.

4. SINTOMAS DE SAÚDE

Para Marx (2006 APUD VALLE E LEITE, 2015) o capital apenas “se preocupa” com o trabalhado quando a o movimento de pressão da sociedade para responder tal problemática, caso não ocorra, o capital se abstém de cuidar e se preocupar com as condições de saúde e vida do trabalhador e, ainda, cria o consenso na mente da sociedade de que os direitos trabalhistas e de seguridade social fazem parte de uma benesse que deve ser aproveitada, desvinculando o sentimento de direito social, de acordo com Valle e Leite. (2015) que complementam que se criou uma cultura da produtividade e modernização inserida na esfera do serviço público que faz as condições de trabalho estatal e privado se apresentarem como semelhantes em alguns pontos, como o da competitividade e controle de metas no serviço público. Esse controle de metas no trabalho, na concepção de Valle e Leite (2015) afeta a psique dos indivíduos, que evocam para si o sentimento de culpa e cobrança pelas falhas e limites sem a necessidade de ter um chefe para isso, ou seja, o ritmo e a vida no trabalho se inserem em todos os momentos de sociabilidade deste trabalhador.

Dialogando sobre o adoecimento do trabalhador, as autoras e Franco, Druck e Seligmann-Silva, (2010) destacam o sentimento de desgaste da esperança, que se apresenta com o abalo do caráter ético do indivíduo em seu ambiente de trabalho ou quando o que idealizou como atividade não corresponde com a realidade, podendo resultar em um desmoronamento do sentido do trabalho, expresso por vezes comportamentos suicidas, depressão e transtornos psíquicos, agressividade, entre outros.

Assim, esse sentimento de despertencimento social e desgaste de esperança surgem como resultado das relações de trabalho que são frutos da flexibilização, da terceirização, da intensificação e a precarização, oriundas das transformações do mundo do trabalho, na visão de Franco, Druck e Seligmann-Silva (2010), com isso, as sensações de desesperança, sentimento de vigilância e medo constante dentro do trabalho, atitudes de isolamento social, angústia pelo impedimento de progressão por qualificação, angústia pelo baixo salário, a falta de qualidade dentro do trabalho e conseqüentemente fora dele, presentes então nos trabalhadores, são catalisadores de adoecimento/desgaste mental.

Isto posto, o questionário utilizado para a coleta de dados que subsidiou este artigo, apresenta alguns tópicos com sintomas de saúde, oferecendo aos participantes a opção de



marcar “sempre”, “às vezes” e “nunca”, além de uma pergunta aberta, onde os mesmos poderiam relatar se apresentavam algum sintoma que não estava presente entre as opções. Dos 57 questionários preenchidos, as respostas foram as seguintes.

Aos sintomas de saúde com taxas mais altas para a classificação de às vezes, foram elencados alguns sintomas os mesmos que sentiam, tendo destaques principais o nervosismo com 46 indivíduos e tensão 39 indivíduos da amostra, seguidos de cansaço (33), como um sintoma reflexo da intensificação do trabalho, sensação de esvaziamento (33), tristeza/angústia (30), medo (32), ansiedade (35) foram as que tiveram uma frequência de forma positiva para a aparição ocasional dos sentimentos/sensações com mais de 50%. Continuando em sintomas de saúde, não há uma distância entre a quantidade de participante assinalaram às vezes e nunca nos sintomas de saúde, as frequências em geral ficaram abaixo de 50% e acima de 30%, com maiores destaques para dorme mal /insônia e dores de cabeça como os que mais se aproximam de valores iguais nas duas respostas (às vezes e nunca).

Ainda, sobre os sintomas de doença, a referência da frequência de maior incidência das respostas nunca, foram sobre a pressão arterial correspondendo a 66% ou 39 profissionais nunca a sentindo problemas com a sua pressão; 37(65%) não sentem problemas com a voz, 36 (64%) não perdem o interesse no trabalho e 35 (61%) não choram com facilidade.

Não ocorreram tantas respostas com a frequência de sempre, contudo, é válido ressaltar que mesmo com a baixa incidência, 30% das assistentes sociais, ou seja, 17 participantes da amostra sempre se sentem cansadas; 12 (21%) sentem-se ansiosas, 12 (21%) tem problemas com o estômago/digestão, assim como, 3 (5%) perderam o interesse no trabalho. Também foram apresentados em forma de pergunta aberta outros sintomas de saúde como o esquentamento do rosto ao chegar próximo ao local de trabalho e tensão muscular.

Os profissionais também relatam que percebem que no seu trabalho ocorreram principalmente mudanças organizacionais/gestão que interferiram de forma negativa em seu trabalho e no atendimento da demanda; a intensificação e controle do trabalho; a privatização do serviço público; conflito de interesses entre gestão/política/trabalhador; a burocratização; formação profissional e continuada; precarização da infraestrutura e recursos de um modo geral, entre outros.

5. CONCLUSÃO

A adoção de formas de organização e gerenciamento da força de trabalho no setor público, baseadas na programática neoliberal, tem conduzido ao sucateamento dos serviços da seguridade social, no Brasil, em favorecimento ao grande capital internacionall, o que vem afetando, diretamente, o trabalho as/os assistentes sociais, seja com a intensificação do trabalho, seja com a precarização das codições de trabalho adequadas, conforme ao que preconiza a legislação da Resolução nº493, o que também pode ser considerado uma desvalorização do profissional, pela instituição, que por diversas vezes não compreende qual o papel do Serviço Socia; a falta de incentivo e apoio a educação continuada, da troca de contratos estatutários por contratos com tempo determinado, além é claro, dos conflitos interpessoais no ambiente de trabalho, principalmente com os getores, que querem um Serviço Social adequado as normas da instituição, tem ocasionado tensionamentos e desgaste mental, apresentados nas formas de ansiedade, nervosiso, sensação de esvaziamento, entre outros, que se apresentam de forma psicossomáticas como a má digestão e dor de cabeça, nas/os assistente sociais que atuam na política de saúde no município de Belém.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, Ricardo L. C. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 15. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- .CFESS. **Código de Ética Profissional do Assistente Social**. Brasília: CFESS, 1993.
- _____. **RESOLUÇÃO CFESS nº 493/2006 de 21 de agosto de 2006**. Brasília. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao_493-06.pdf> . Acessado em 19/05/2019
- IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. Cortez, São Paulo, 26ªed., 2015.
- FRANCO, Tânia; DRUCK, Graça; SELIGMANN-SILVA, Edith. **As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado**. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, vol. 35, núm. 122, 2010, pp. 229-248
- LACAZ, Francisco Antônio de Castro. **Projeto de Pesquisa: Gestão do trabalho em saúde em dois sistemas municipais do Estado de São, 2013**, mimeo.
- MENDES, Jussara Maria Rosa; Wünsch, Dolores Sanches. **Serviço Social e a saúde do trabalhador: uma dispersa demanda**. Ser. Soc. Soc., São Paulo, n. 107, p. 431-481, jul./set. 2011.
- RAICHELIS, Raquel. **O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 107, p. 420-437, jul./set. 2011.
- VALLE, Karla Fernanda; LEITE, Janete Luzia. **Admirável Mundo Novo: precarização/intensificação do trabalho sobre os servidores públicos**. Temporalis, Brasília (DF), ano 15, n. 30, jul./dez. 2015.
- VASCONCELOS, A.M. **Serviço Social e Práticas Democráticas em Saúde**. In: MOTA, A. E. et al (orgs.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. Cortez, São Paulo, 2006^a.
- SILVA, Maria Elisângela Albuquerque. **Prazer e sofrimento: lados de uma mesma moeda: Os impactos do novo mundo do trabalho para a saúde do trabalhador e os desafios profissionais para o Assistente Social**. In: VII Jornada Internacional de Políticas Públicas: um século de reforma e revolução. São Luís/MA, 22-25/agos,2017.

AS TRANSFORMAÇÕES DO TRABALHO E AS IMPLICAÇÕES PARA O ASSISTENTE SOCIAL NA GESTÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

Meiryellem Pereira Valentim (PUC-RIO Pontifícia Universidade Católica Do Rio De Janeiro)

RESUMO: O presente trabalho é fruto de pesquisa, ainda em curso, de doutoramento em serviço social na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Objetiva problematizar a atuação do assistente social na gestão de uma unidade de saúde do trabalhador no serviço público federal. Parte-se do princípio de que as especificidades e as atribuições privativas do assistente social, à luz do projeto ético-político profissional, propiciam uma gestão diferenciada de outras profissões, o que reverbera sobre a saúde dos trabalhadores vinculados a essa gestão.

Palavras-chave: Trabalho; Saúde; Serviço Social; Saúde do Trabalhador; Gestão.

ABSTRACT: The current report comes from doctor's degree in social work research, still ongoing, at the Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. The main goal is to problematize the role of the social worker in the management of a worker health on the Brazilian federal public service. It is assumed that the specificities and privileges of the social worker, in the light of the professional ethical-political project, provide a differentiated management of other professions, which reverberates on the health of the employees linked to this management.

Keywords: Work; Health; Social Work; Worker's health; Management.

1. INTRODUÇÃO

A inquietude em observar as mazelas que reverberam sobre a saúde dos trabalhadores, frente às metamorfoses do sistema capitalista, apresentada sempre de forma perversa e devastadora, impulsionou a pesquisa de doutoramento ainda em curso, cujas motivações e construções propiciam a constituição deste trabalho. O objetivo é problematizar a atuação do assistente social na gestão de uma unidade de saúde do trabalhador no serviço público federal, como um importante e complexo espaço sócio- ocupacional ocupado pelo assistente social. Parte-se do princípio que as especificidades e atribuições privativas do assistente social, a luz do projeto ético-político profissional, propiciam uma gestão diferenciada de outras profissões.

O trabalho dos assistentes sociais na saúde do trabalhador ocorre não apenas na execução e viabilização da política de saúde do trabalhador, mas também através da gestão destes serviços, na aproximação e participação nos sindicatos e movimentos coletivos que almejam uma saúde consonante com as propostas da Reforma Sanitária em acordo com os princípios ético-político profissional. Registra-se que a saúde do trabalhador é campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) definido no art.200 da Constituição, em diferentes níveis de atuação: a execução de ações de saúde do trabalhador; colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

O serviço público federal tem a especificidade de normatização da saúde do trabalhador através do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS), instituído pelo Decreto n.º 6.833/2009. Em um universo brasileiro de 1.276.243 servidores públicos federais, a pesquisa em curso elege como cenário o Estado do Rio de Janeiro, o maior em número de servidores 259.313¹, que concentra 34 unidades do SIASS² e o Fórum Permanente da Saúde do Trabalhador, instaurado desde 2009, com diferentes representações de instituições públicas federais.

Em relação ao processo saúde/doença no trabalho, tendo por base as principais causas que adoecem e afastam do trabalho, os transtornos mentais e comportamentais³, não por acaso,

¹ Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/painel-estatistico-de-pessoal>. Acesso em 06 de julho de 2018. ² Disponível em: <https://www2.siapenet.gov.br/saude/portal/public/index.xhtml>. Acesso em 06 de julho de 2018. ³ Não foi possível encontrar, infelizmente, dados sobre as causas de afastamento do trabalho no serviço público federal, o que causou espanto e estranheza. O Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão (MPOG) através da Secretaria de Recursos Humanos (SRH) informa que no ano de 2005 para cada 1000 servidores, 3,2 se afastam por mês, sendo 35% por problemas de lesão por esforço repetitivo (LER), 13% por depressão e 7% por dependência química. (<http://www.planejamento.gov.br/assuntos/relacoes-de-trabalho/noticias/investimento-em-saude-do-servidor-previne>), já despontando o protagonismo dos transtornos mentais e comportamentais. Após a criação do SIASS, não há informações disponíveis para o acesso da população,



o sistema permite que apenas o gestor observe os dados de afastamento, e mesmo assim, apenas de sua unidade, não sendo possível o acesso a nível regional e/ou nacional. Desta forma, optou-se pelo levantamento de dados em instituições de ensino do Rio de Janeiro: UFRJ (<http://institucional.ufrj.br/dast/>), IFRJ (CASTRO, L. C. F. dispõe sobre os dados de afastamento do IFRJ na dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz.) e UFF (médica sanitária Márcia Vieira Pacheco disponibilizou os dados no III curso de Introdução à Saúde do Trabalhador- Extuff realizado em 18 de maio de 2018.), e em todas essas unidades, os

são prevalentes. Procura-se, através da atuação do assistente social, na gestão destes serviços, proporcionar a aproximação com a organização de base dos trabalhadores, representadas pelos espaços sindicais para assim intervir nos problemas detectados, considerando não apenas as ações técnicas operacionais, a subjetividade do trabalhador, como as condições objetivas próprias do sistema capitalista, as quais o trabalhador está submetido.

Outrossim, pretende-se apresentar a pesquisa compreendendo que a saúde do trabalhador perpassa todas as instituições e organizações que estruturam a sociedade, pois em todas há o trabalhador, submetido a condições de trabalho que incidem diretamente sobre sua saúde. Desta forma, será apresentada a articulação entre trabalho, saúde do trabalhador e serviço social e, em seguida serão traçados alguns apontamentos sobre o Serviço Social e a gestão da saúde do trabalhador, o trabalho finaliza com a indicação de alguns procedimentos metodológicos que conduzirão a pesquisa.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 Trabalho, Saúde do Trabalhador, Serviço Social

As articulação entre o Serviço Social brasileiro e concepções de saúde e trabalho vêm ocorrendo não apenas através de construções teóricas, mas também em participações dos assistente sociais pesquisadoras/es, docentes e estudantes nos movimentos e coletivos, em prol da valorização dos sujeitos nesses processos, discutidas em âmbito regional e nacional, inclusive nas comissões e eventos da categoria, liderados pelo conjunto CFESS-CRESS. Todavia as áreas da saúde e trabalho vêm sendo debatidas, em separado, mesmo que fazendo as correlações existentes entre essas políticas. A saúde do trabalhador, discutida como política pública e ainda campo de atuação do assistente social, é relativamente nova, suscitando a necessidade de estudos e debates a respeito do tema. Segundo Destarte, a fim de elucidar as concepções da saúde do trabalhador e a atuação do assistente social como gestor, é necessário retomar a base de compreensão que engendra toda a discussão, a categoria trabalho.

Parte-se da concepção marxiana do Trabalho, como categoria ontológica fundamental,



à medida que, por meio dele, o ser humano se constitui enquanto tal, diferenciando-se de outros animais. A relação do homem com o trabalho é abordada com o trabalho é abordada por Marx

transtornos mentais e comportamentais ocupam o primeiro lugar. Segue a pesquisa, individualmente, nas demais unidades SIASS do Rio de Janeiro, porém ainda não foi possível disponibilizar para este momento.

(1983), que destaca sua capacidade de projeção e análise dos resultados, antes mesmo de sua execução, a teleologia. O homem, ao alterar o meio em que vive, também é transmutado à medida que adquire conhecimento e habilidade no decorrer da atividade laboral. Para Antunes (2009), isso é inerente às condições vitais de sua socialização, sendo manifesto em seu caráter individual e também social.

As transformações sociais, historicamente construídas, inferem mudanças na relação do homem com suas funções vitais, oriundas da prevalência do capital sobre o trabalho e da instauração do modo de produção capitalista. A compreensão deste sistema, que ao longo da história sofreu alterações, ajustou e tornou-se hegemônico até o momento atual, faz-se necessária para apreender a maneira como o homem se relaciona com o trabalho e com seu semelhante, sendo o trabalho o nexos causal das relações humanas, “não é a consciência dos homens que determina o seu ser, é o seu ser social que, inversamente, determina sua consciência.” (Marx, 1883, p. 24).

A compreensão e apropriação crítica da categoria trabalho, fundamentada nos princípios dos inscritos de Marx, é substancial para a própria construção estrutural do Serviço Social brasileiro. Embasou a reformulação da profissão durante o movimento de renovação, que posiciona o assistente social frente a sociedade brasileira em uma perspectiva crítica implicada com a classe trabalhadora. A obra de Marilda Yamamoto e Raul de Carvalho, intitulada *Relações sociais e Serviço Social* (1982), inaugura a institucionalização profissional. As consolidação de estudos e pesquisas sobre trabalho, desde então, vêm sendo alicerce para o desdobramento em diferentes dimensões e áreas de atuação do assistente social apresentando-se como grande área de pesquisa, a própria organização do ENPESS sempre o apresenta como eixo para alocação dos trabalhos de pesquisa, perpetuando essa condição nos últimos e atual encontros. Por este ângulo permite-se um amplo aprimoramento de um tema tão complexo e viabiliza suas demonstração e análise que perpassam outras categorias, como se faz presente na relação entre trabalho e saúde.

Nesse movimento, a saúde é, também, historicamente discutida pela categoria, sendo compreendida como política de seguridade social, inscrita na Constituição de 1988, e alvo de luta e resistência frente à ordem capitalista estabelecida. Convém resgatar o 5º Encontro Nacional sobre seguridade social e serviço social, ocorrido em novembro de 2015, na cidade de Belo Horizonte, e ainda a discussão como eixo temático no 46º Encontro Nacional do conjunto CFESS-CRESS realizado em setembro de 2017, em Brasília, marcado pelo lançamento do documento intitulado a Residência em Saúde e Serviço Social: subsídios para reflexão. Destaca-se, ainda, o lançamento em 2009/2010 pelo CFESS dos parâmetros

para atuação do assistente social na saúde, que entende que as políticas de seguridade social, como política social, são concebidas em uma arena de conflitos e, “nessa perspectiva, ao garantir direitos sociais, as políticas sociais podem contribuir para melhorar as condições de vida e trabalho das classes que vivem do seu trabalho, ainda que não possam alterar estruturalmente o capitalismo”. (PARÂMETROS DA SAÚDE, 2010, p. 18).

Finalmente, destaca-se a inserção de assistentes sociais, pesquisadores/as, docentes e discentes, na organização coletiva dos trabalhadores, expressa desde o movimento de reforma sanitária⁴ até a atualidade, tendo em vista a saúde como campo com maior inserção de assistente social para o trabalho. Os movimentos sindicais tiveram grande protagonismo nesse período e, hoje, em relação ao serviço público federal, constituem um importante espaço de luta e resistência em prol da saúde do trabalhador. Destaca-se, entre as unidades a serem pesquisadas, a Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ) que criou um comitê de discussão sobre a saúde do trabalhador, composto por representantes do Sindicato dos Trabalhadores em Educação da UFRRJ (SINTUR), Associação de Docentes da UFRRJ (ADUR), técnicos em saúde do trabalhador da Divisão de Atenção a Saúde do Trabalhador (DAST) e a toda comunidade acadêmica para discutir e propor ações sobre o tema⁵. A ligação com os movimentos de base são explicitados no próprio Projeto Ético-Político profissional, como princípio fundamental da profissão.

3. Serviço Social e a gestão da saúde do trabalhador: alguns apontamentos

No Brasil, os ideários neoliberais ganham força e são sistematizados, a partir dos anos 90, com o governo de Fernando Collor de Mello, seguido de Fernando Henrique Cardoso, que aplica uma política de ajustes fiscais, privatizações e ações que eclodem diretamente sobre os direitos sociais. Os efeitos sobre as questões do trabalho perpassaram à crescente onda de subcontratação e terceirização, estimuladas pela inserção de empresas multinacionais no país, o que promove a concorrência empresarial e o enfraquecimento das empresas nacionais.

De certo, as implicações para a saúde do trabalhador são inúmeras, tendo como efeito a intensificação do ritmo de trabalho, a manutenção constante de horas extras trabalhadas e a busca pelo alcance de metas de produção, que levam o trabalhador a sobrepor seus limites

⁴ Discutido por Bravo e Maurílio, disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-3.pdf. Acesso em 26/06/2018

⁵ Disponível em: <https://web.facebook.com/Comit%C3%AA-de-Sa%C3%BAde-do-Trabalhador-UFRRJ-342634362559356/>. Acesso em 26/06/2018.



biopsicossociais. Muitos trabalhadores contraem doenças graves, aposentadorias precoces por invalidez e até mesmo a morte devido ao excesso de atividades laborais. As relações de trabalho e o ambiente em que se desenvolvem estão diretamente ligados à saúde do trabalhador, exigindo um maior debate e investigação sobre o tema, através do qual será possível contribuir para transformação desta realidade.

As buscas e aprofundamento das questões legais que perpassam a saúde do trabalhador revelaram nuances entre a saúde do trabalhador e a saúde do trabalhador no serviço público federal. Obviamente, ambas estão inseridas no bojo das relações capitalistas, contudo a forma como se expressa a contratação dos trabalhadores talham diferenças que reverberam sobre o processo saúde/doença no trabalho.

A Constituição Federal de 1988 estabelece a saúde do trabalhador, incorporada pelo Ministério da Saúde (MS), como uma área da Saúde Pública, que prevê o estudo, a prevenção, a assistência e a vigilância dos riscos e agravos à saúde relacionados ao trabalho. É campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), definido no art.200 da Constituição, em diferentes níveis: a execução de ações de saúde do trabalhador; colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Em relação à saúde do servidor público, o art. 39 instituiu, em sua redação original, que a União, os Estados, o Distrito Federal, os municípios e suas autarquias e fundações públicas deveriam formar um regime jurídico único para seus servidores. Em âmbito federal, por meio da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, foi criado o Regime Jurídico Único (RJU), que traz apenas um único artigo referente à saúde do trabalhador, o de número 185, que prevê a “garantia das condições individuais e ambientes de trabalho satisfatórios”, sendo normatizadas, as ações deste campo, apenas 19 anos mais tarde em 2009, através do Decreto n.º 6.833/2009 de criação do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS), cujo tripé de atuação é: vigilância e promoção à saúde; assistência à saúde do servidor.

O SIASS é gerido administrativamente pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), o que nos remete a reflexão crítica sobre o porquê a saúde do trabalhador, prevista no SUS, sob a gerência do Ministério da Saúde, é tratada no serviço público federal pelo MPOG. Sendo o alvo precípua à relação entre saúde e trabalho, o que faz o Estado brasileiro diferenciar o trabalhador do serviço público federal dos demais, trazendo as complexidades da área da saúde para um órgão de administração de pessoas.

Os dados relacionados à saúde do servidor são alocados em um sistema desenvolvido pelo Serviço Federal de Processamento de Dados (SERPRO), que é o responsável pela sua

sistematização e consolidação. No SUS, as informações de saúde são copiladas pelo DATASUS⁶. Ou seja, há também uma separação na organização dos dados, postos em sistemas que não se comunicam, gerando a fragmentação das informações. O conhecimento sobre as condições de saúde de todos os trabalhadores independe do vínculo empregatício. É essencial, visto que incide diretamente sobre a constituição de estudos epidemiológicos e a construção de indicadores para melhor conhecer a saúde do trabalhador no Brasil. Desta forma, é necessário para ações de vigilância em saúde e monitoramento das condições laborais, contribuindo para o controle social e participação coletiva dos trabalhadores, conforme designado pela constituição federal em vigor, e sistematizada na saúde pelo SUS.

Os trabalhadores, no serviço público federal, regidos por uma legislação que traz certa estabilidade contratual ao trabalho, têm os cuidados com a saúde previstos tardiamente, e são ainda submetidos a um Estado que absorve uma dupla função: empregador e fiscalizador de suas próprias ações. Assim, vivenciam a precarização e o sofrimento no trabalho, não pela alta rotatividade e demissões, mas no isolamento, nas mudanças constantes de setores sem nenhum diálogo, na colocação em funções com as quais não possuem nenhuma identificação, no assédio moral usado como forma de gestão, que afasta o trabalhador e o coloca a margem da organização de seu próprio trabalho.

Como efeito, além da precarização vista através dos contratos, as especificidades do serviço público federal refletem como um desafio para o assistente social na gestão de uma unidade de saúde do trabalhador. Entende-se que refletir sobre o trabalho do assistente social, independente da área de atuação, é sempre um grande desafio, não apenas pelas diversidades dos espaços sócio-ocupacionais, mas pelas múltiplas dimensões que exigem a intervenção do assistente social. A área de gestão tem se apresentado com um intrigante espaço sócio-ocupacional, pois o assistente social tem precípuo o projeto Ético-Político profissional, que deve ter primazia nos planejamento, organização e implantação das ações por ele conduzidas.

A gestão de pessoas, enquanto instrumento que exerce controle sobre o trabalho, ao mesmo tempo, visa imprimir qualidade nos serviços prestados via políticas públicas. É também marcada por contradições que podem potencializar ou diminuir o adoecimento e o sofrimento no trabalho. Dejours (1992) examina o sofrimento no trabalho e sua ocorrência, de maneira exacerbada ou velada, considerando que o trabalhador tem implícito o receio em não ajustar-se ao trabalho, não atender às expectativas propostas.

⁶ Banco de dados do Sistema Único de saúde. Notícias, produtos sobre a saúde do Brasil.



Para este autor, o trabalho é pertinente ao homem e necessita de uma resignificação, a fim de ser melhor usufruído, como um jogo cheio de ludicidade e criação em prol da produtividade no trabalho e de sua satisfação existencial.

Para tanto expõe o trabalho como fonte de prazer e sofrimento.

Os sujeitos, mediante a situação de ansiedade e aflição, elaboram táticas para atenuar e minimizar o ocorrido, encobrendo o sofrimento. Este é exacerbado de diferentes formas, somatizado em problemas físico e biológicos, ou ainda em doenças psicossomáticas, eclodindo em adoecimento e no conseqüente afastamento do trabalho. Este fato é exacerbado a partir de uma política de gestão baseada no assédio moral e ações de violência no trabalho, que são manifestas através de agressões físicas, insultos verbais, bullying, discriminações nos campos racial, religioso, de deficiências, sexual, entre outros. Pensar em uma política de gestão comprometida com o trabalhador, em combate a todas essas expressões de violência, é um grande desafio, mesmo quando há aparatos legais⁷, como ocorre no serviço público federal, que subsidiem a gestão. A prática é outra, marcada por critérios, não da competência, mas por indicação política, o que reverbera e perpetua uma política de gestão baseada na violência.

Dejours⁸ elenca os elementos necessários para a organização do trabalho com prioridade da saúde mental, destacando quais responsabilidades são atribuídas ao gestor neste processo. O autor faz a análise a partir da atuação no serviço público e aponta como imprescindíveis as ações que busquem a melhoria da gestão orçamentária e o desenvolvimento de práticas coletivas para o cumprimento da determinação legal sobre avaliação de empenho e, ainda, a reconstrução das condições necessárias ao trabalho. Dentre as atribuições do gestor, o autor destaca cinco grandes funções que devem nortear o trabalho: 1) Auxiliar seus liderados: trabalhar para o outro; 2) Coordenar: organizar espaços coletivos de deliberação, relação de confiança, visibilidade do trabalhador, consenso, gestão de conflitos; 3) Manter espaços de deliberação: formal, informal, acordos normativos, dialogo constante; 4) Ouvir: as autoridades constituídas pela direção, pelos trabalhadores de base, pela competência, pela capacidade técnica e pela capacidade de assumir decisões; 5) Lealdade: com os subordinados e com a direção, transmitir e interpretar as orientações.

6 Decreto Federal nº5.707/06 (BRASIL, 2006), versa sobre a necessidade de gerir competências no Serviço Público Federal.

7 ⁸ DEJOURS, Christophe. Organização do trabalho e Saúde Mental: Quais são as responsabilidades dos gestores. Palestra proferida no 6º Congresso Internacional sobre Saúde Mental no Trabalho, realizado em setembro de 2016, Goiania - GO

As atribuições do gestor, pontuadas por Dejours, corroboram com o projeto ético-político do Serviço Social em muitos de seus preceitos, principalmente ao trazerem a centralidade do coletivo no planejamento e desenvolvimento do processo de trabalho. Destarte, é preciso a compreensão que o assistente social como gestor, mesmo no serviço público, está sujeito às mazelas próprias do sistema capitalista, tornando desafiador uma política comprometida com a classe trabalhadora a qual pertence, dentre outros motivos, por ter a garantia do emprego, mas não da função de gestão.

O debate sobre a inserção do assistente social na divisão social e técnica do trabalho propicia a reflexão e a construção de estratégia para o enfrentamento das expressões da questão social, cotidianamente postas ao profissional. Iamamoto (2014) destaca que o exercício profissional é necessariamente polarizado pela trama das relações e interesses sociais e participa tanto dos mecanismos de exploração e dominação quanto, ao mesmo tempo e pela mesma atividade, de respostas institucionais e políticas às necessidades de sobrevivência das classes trabalhadoras e da reprodução dos interesses sociais⁹.

Ademais, é imprescindível reconhecer que a especificidade do trabalho se dá nos marcos da inserção em determinada política setorial, que traz contornos diferenciados para a atuação de assistentes sociais, ainda que estes não percam a dimensão generalista de sua intervenção. Reconhecer o assistente social como trabalhador assalariado significa compreender as tensões que atravessam o exercício profissional cotidiano conforme assinala Iamamoto (2008):

[...] durante o período em que trabalha, sua atividade é socialmente apropriada por outro: o sujeito que trabalha não tem o poder de livremente estabelecer suas prioridades, seu modo de operar, acessar todos os recursos necessários, direcionar o trabalho exclusivamente segundo suas intenções, o que é comumente denunciado como o “peso do poder institucional”. Simultaneamente, o assistente social tem como base social de sustentação de sua relativa autonomia – e com ela a possibilidade de redirecionar o seu trabalho para rumos sociais distintos daqueles esperados pelos seus empregadores -, o próprio caráter contraditório das relações sociais. (IAMAMOTO, 2008. p. 422).

O debate da categoria trabalho, portanto, como construção histórica na esfera do capitalismo, possibilita refletir sobre o fazer profissional, problematizando os desafios, limites e possibilidades de atuação do assistente social e a materialização do projeto ético-político profissional. Existem muitos equívocos sobre o fazer do assistente social e suas demandas e responsabilidades no exercício laboral.

⁹ IAMAMOTO, Marilda Villela. **A formação acadêmico-profissional no Serviço Social brasileiro**. Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 120, p. 609-639, out/dez. 2014



A materialidade prática das questões acadêmicas discutidas não apenas subsidia respostas a estes equívocos, como amplia os espaços sócio-ocupacionais da profissão, tal como o trabalho na gestão e também na saúde do trabalhador.

Pondera-se, assim, a saúde do trabalhador, no contexto da administração pública federal, como um campo de atuação do assistente social, não apenas nos eixos que constitui a saúde do trabalhador: perícia, promoção e vigilância em saúde, mas também na gestão desta política. Contudo, a gestão ainda é um campo a ser consolidado pelo assistente social e necessita de amadurecimento teórico sobre o fazer profissional. A pesquisa em curso pretende reunir elementos para fomentar essa discussão.

4. CONCLUSÃO

A construção do conhecimento sobre a saúde do trabalhador, entrelaçado ao serviço social, está imerso em um complexo, contraditório e perverso sistema capitalista, que busca incessantemente a valorização e extração de mais-valia, por meios da exploração do trabalhador. Apreender este cenário é a base para refletir sobre o trabalho do assistente social, tendo em vista sua atuação na gestão deste serviço. Nesse sentido, a pesquisa é considerada de cunho qualitativo, através do método etnográfico, cujo conceito está baseado em um “conjunto de concepções e procedimentos utilizados tradicionalmente pela antropologia para fins de conhecimento científico da realidade social” (VICTORA, 2000, p. 53). Este método propicia um melhor conhecimento sobre a realidade que se pretende investigar, a partir do local de constituição do objeto concreto.

Far-se-á um levantamento bibliográfico, considerando as produções e referências já identificadas ao longo do Mestrado sobre as transformações do mundo do trabalho no sistema capitalista, saúde do trabalhador, gestão, saúde, e trabalho do assistente social, além de investigar a organização de movimentos sociais e organização sindical inseridos na luta por melhores condições de trabalho e saúde. Almeja-se, através destas referências, aprofundar o conhecimento sobre a temática e construir estratégias para o enfrentamento da questão somado aos demais atores e organizações que lutam e resistem ao ideário hegemônico.

Realizar-se-á, no decorrer do trabalho, a interlocução direta com as unidades de saúde do trabalhador no serviço público federal, localizadas no Estado do Rio de Janeiro, cuja gestão é exercida por um assistente social. Como instrumentos para pesquisa, será construído um

roteiro para entrevistas semiestruturadas com questões abertas e fechadas, consideradas centrais para a pesquisa, abordando temáticas que versam sobre: o conhecimento do setor: missão, metas, matriz ideológica, histórico de formação; a constituição das relações interpessoais de trabalho entre os pares e para com o gestor; vinculação entre as características e as ações do setor e a gestão exercida por um assistente social; condições objetivas do trabalho. As entrevistas serão realizadas com os membros da equipe e com o gestor da unidade.

Trazer à tona o debate sobre serviço social, gestão, e saúde do trabalhador, possibilita recuperar as reflexões sobre o trabalho do assistente social na saúde, entendendo que o lugar da gestão é mais um espaço sócio-ocupacional do assistente social, e, portanto, remete ao compromisso assumido por esse profissional com a população usuária de seus serviços, e com um projeto societário transformador.

Ademais, o intuito da pesquisa é construir balizadores para a reflexão do assistente social como gestor e contribuir para a produção de conhecimento sobre a saúde do trabalhador, a luz da participação do serviço social. Não há pretensão de esgotar a temática ainda em construção, mas sim provocar abertura de novos debates sobre a categoria trabalho, a organização da saúde do trabalhador enquanto política social e, ainda, viabilizar as vozes dos sujeitos sociais em foco, o trabalhador. Contudo, há expectativas de descortinar as complexidades e contradições presentes no sistema capitalista, não na certeza de respostas, mas na construção de caminhos que solidifiquem o assistente social na função de gestor comprometido com os princípios que fundamentam o serviço social e, ainda que com este posicionamento, opere objetivamente em prol da saúde dos trabalhadores.

REFERÊNCIAS:

- AGUIAR JUNIOR, Valdinei Santos de; VASCONCELLOS, Carlos Fadel de. **A importância histórica e social da infância para a construção do direito à saúde no trabalho**. Saúde Soc. São Paulo, v.26, n.1, p.271-285, 2017.
- ABEPSS. **Lei de Diretrizes Curriculares**. Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social. Com base no Currículo Mínimo aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 8 de novembro de 1996. Rio de Janeiro, novembro de 1996.
- ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao Trabalho? – Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho**. 13 eds. - São Paulo, Cortez, 2008.
- _____. **Os Sentidos do Trabalho. Ensaio sobre a afirmação e a negociação do trabalho**. 2ª. ed. – São Paulo, Boitempo, 2009.
- BRASIL. Constituição (1988) **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.
1. _____. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador: Proposta para Consulta Pública**. Brasília, Ministério do Trabalho e Emprego, 2004. Disponível em: <<http://www.mte.gov.br>>. Acesso em: 25 de outubro de 2012.
- _____. **Decreto Federal nº5.707**, de 23 de fevereiro de 2006. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5707.htm >. Acesso em 01 de setembro de 2017.
- BRAVO, Maria Inês de S. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 1996.
- COHN, Amélia; ELIAS, Paulo. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 4. ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2001.
- CONSELHO Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília: CFESS, 2010.
- CRESS. **Coletânea de leis e resoluções**. Rio de Janeiro: Cress, 2008. v. 1.
- DEJOURS, Christophe. Por um conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, Brasil, n. 54, p. 7-11, abr./jun. 1986.
- _____. **A loucura do trabalho – Estudo de Psicopatologia do Trabalho**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1992.
- FONTES, Virgínia. **Capitalismo, crises e conjuntura**. Serviço Social e Sociedade, n. 130. São Paulo, Cortez, 2017. (Online).
- GUERRA, Yolanda. Expressões do pragmatismo no Serviço Social: reflexões preliminares. **Revista Katalysis**, 2013.
- HARVEY, David. **O neoliberalismo: história e implicações**. 5. ed., São Paulo, Loyola, 2014.
- IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional** – 15. Ed. – São Paulo, Cortez, 2008.
- LAURELL, Asa Cristina e Noriega, Mariano. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo, Editora Hucitec, 1989.
- MARX, Karl. **O Capital: Crítica da Economia política**. v.3. Livro 3. São Paulo, Abril Cultural, 1983.
- MENDES, René; DIAS Elizabeth. **Da medicina do trabalho a saúde do trabalhador**. Revista Saúde Pública, 25, São Paulo, 1995.
- MEDEIROS, Najara Sousa; ALMEIDA, Bernadete Lourdes Figueiredo. **O trabalho do assistente social no contexto de crise do capitalismo Contemporâneo: desvalorização e superexploração**. Revista de Políticas Públicas.
- NETTO, José Paulo. **Crise do capital e consequências societárias**. Serviço Social e



Sociedade, n. 111. São Paulo, Cortez, 2012. (Online).

PASTORINI, Alejandra. **A Categoria “questão social” em debate**. 2. ed. São Paulo, Cortez, 2007.

SIMMEL, G. **A natureza sociológica do conflito** In: Georg Simmel; sociologia; organizador da coletânea Evaristo de Moraes Filho. São Paulo: Ática, 1983.



PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO E SUAS EXPRESSÕES TERRITORIAIS

Piedra Dos Santos Roza (Universidade Estadual Do Paraná); Marília Gonçalves Dal Bello (Universidade Estadual Do Paraná); Virgílio Manuel Pereira Bernardino (Universidade Estadual Do Paraná); Neide Derenzo (Universidade Estadual Do Paraná)

Piedra Dos Santos Roza – piedradossantos@hotmail.com

RESUMO: A reestruturação produtiva nos anos de 1970 rebate no Brasil, nos anos de 1990, quando o sistema produtivo passa a incorporar estratégias do modo de produção japonesa – Toyotismo. Com o fim de identificar como tais processos tem recaído sobre os trabalhadores, definiu-se como objetivo estudar a distribuição territorial dos trabalhadores em reabilitação profissional na cidade de Paranavaí. Para tanto foi coletado dados de 43 trabalhadores no banco de dados disponibilizados pelo INSS em 2018. Os resultados apontaram que o adoecimento profissional, concentra-se em regiões periféricas e acomete trabalhadores com vínculos precários de trabalho, com maior idade e menor escolaridade.

Palavras-chave: Trabalho. Reabilitação Profissional. Território.

ABSTRACT: A productive restructuring in the discount years of 1970 in Brazil, in the 1990s, when the system started to incorporate strategies of the Japanese production method - Toyotism. In order to identify how these processes are recovered on workers, we defined how to study a territorial distribution of workers in professional rehabilitation in the city of Paranavaí. To this end, data were collected from 43 workers in the database available from the INSS in 2018. The results pointed out for professional commitment, are concentrated in the peripheral regions and accompany workers with precarious work links, with older age and less education.

Keywords: Job. Professional Rehabilitation. Territory.



1. INTRODUÇÃO

Com o objetivo de estudar a distribuição territorial dos trabalhadores em Reabilitação Profissional na cidade de Paranavaí, no Paraná, partiu-se do necessário estudo sobre as mudanças no mundo do trabalho e seus rebatimentos nos trabalhadores, distribuídos territorialmente.

A década de 1970, é um importante marco das transformações societárias, cujas expressões manifestas no campo social, cultural e político, demarcam a sociedade contemporânea no decorrer dos anos de 1980 e 1990. Com o esgotamento do capitalismo monopolista, pós II Guerra mundial, regressivas ondas de crescimento econômico demandam novas estratégias de organização capitalista em busca de novos mercados consumidores e baixos custos de produção. Contexto este que impulsionou um movimento de superação da rigidez do modelo fordista/keynesiano, em um movimento denominado por Harvey de compressão do tempo-espaço, reorganizado a partir de um processo de “acumulação flexível”, que sob comando do capital financeiro orienta-se por um processo global mundial (NETTO, 2010).

Com a configuração da reestruturação produtiva – pós-fordista, sob a ótica do capital financeiro e com um mercado mundial unificado por acordos e ajustes, cria-se uma homogeneidade dos circuitos do capital, superior a heterogeneidade das desigualdades das econômicas nacionais, cujas expressões são o aumento do desemprego, a precarização das relações de trabalho e o desmonte dos sistemas de proteções sociais.

Com a crise estrutural do modelo de produção fordista, que aliou exploração do trabalho e proteção social, cujo objetivo era a produção em massa, dirigida a um público consumidor passivo e ávido de consumo, observa-se uma erosão crescente entre o capital e o trabalho, gerando a quebra do círculo virtuoso de crescimento e de desenvolvimento social (TEIXEIRA, 1998). Como forma de enfrentar a crise estrutural, um novo modelo de produção entra em cena, o toyotismo, “[...] um processo de reestruturação produtiva, que se faz acompanhar de novas tecnologias, que permitem uma produção flexível capaz de satisfazer as novas exigências do mercado e, assim, criar condições para que a oferta de bens e serviços possa acompanhar as mudanças de hábito no consumo” (TEIXEIRA, 1998).

Com o novo modelo econômico neoliberal, a reestruturação produtiva conhecida como Toyotismo – via particular de consolidação do capitalismo monopolista do Japão do pós-1945,

acarretou grandes transformações negativas principalmente para classe trabalhadora, conforme expressa Antunes (2003), na citação que se segue

[...] dotadas de forte caráter destrutivo, tem acarretado, entre tantos aspectos nefastos, um monumental desemprego, uma enorme precarização do trabalho e uma degradação crescente na relação metabólica entre homem e natureza, conduzida pela lógica societal voltada prioritariamente para a produção de mercadorias [...] (ANTUNES, 2003).

O Estado sofre um redirecionamento nas suas funções reguladoras, expressas no encolhimento das suas funções legimitadoras, tendo em vista um processo de rompimento do pacto entre classes, sob o qual se sustentava o Welfare State, iniciando - se então uma retirada do Estado das regulações sociais.

No Brasil, o processo de reestruturação produtiva se materializou na década de 1990, através de um movimento de reinserção do país na ordem capitalista internacional, que se efetivou de forma subordinada ao ideário neoliberal e impôs uma resposta única para a crise estrutural que assolava os países periféricos.

Oliveira (2004), ao discutir a reestruturação produtiva no Brasil, afirma que no país evidenciou-se modificações no processo de trabalho no interior das unidades produtivas, introduziu-se outras relações industriais como a terceirização e o uso de novas tecnologias microeletrônicas como mecanismo de exploração da força de trabalho. Além disso, privatizou-se empresas públicas e legitimou práticas empresárias que alimentaram a precarização das relações de trabalho.

Segundo Antunes (2015), no período entre meados da década de 1950 e 1960, estruturou-se no Brasil a produção de bens de consumo duráveis, como automóveis e eletrodomésticos, voltado ao consumo de um mercado restrito. De outro, organizou-se uma produção para exportação, não só de produtos primários, mas também de produtos industrializados de consumo. O rebaixamento do salário é apontado pelo autor como um atrativo ao capital monopolista, característica que, ainda muito presente no processo produtivo brasileiro, sustenta todo um processo de superexploração do trabalho, vinculado ao modelo de produção japonesa.

Como consequência, esse processo de precarização do trabalho, materializa-se na relação direta entre trabalho terceirizado e alta incidência de acidente de trabalho, incluindo aqueles que resultam no óbito do trabalhador. Outra face desse processo diz respeito aos adoecimentos, sobretudo aqueles decorrentes de lesões osteomusculares e transtornos



mentais. Sobre essa questão, Praun (2015) acrescenta que, a precarização das condições de trabalho, independente do grau de modernização das linhas de produção ou do ambiente de trabalho, se agrava quanto mais frágil a legislação protetora do trabalho e organização sindical na localidade.

Antunes (2015), ainda destaca como importante elemento do processo de reestruturação produtiva, com rebatimentos no Brasil a flexibilidade ou flexibilização das relações de trabalho, cujas expressões se fazem sentir na diminuição drástica das fronteiras entre atividade laboral e espaço da vida privada, no desmonte da legislação trabalhista, nas diferentes formas de contratação da força de trabalho e em sua expressão negada, o desemprego estrutural.

Conforme afirma Antunes (2011), trata-se de um redesenho dos acidentes e doenças profissionais e do trabalho cujo desenho assenta-se em uma nova morfologia do trabalho expressa por clivagens e transversalidades entre trabalhadores estáveis e precários, homens e mulheres, jovens e idosos, brancos, negros e índios, qualificados e desqualificados, empregados e desempregados, nativos e imigrantes, entre tantos outros.

Sendo o espaço transformado pelo trabalho do homem, o capital ao apropriar-se do trabalho, tem seus territórios modificados em favor dos seus interesses de acumulação de lucros. Com o avanço da modernidade, importantes transformações se abateram sobre o espaço, no que diz respeito as relações sociais, a forma de produzir e o que produzido. O espaço é tratado assim como a materialização dos modos de produção capitalista, inserido em um dado período histórico (NASCIMENTO, 2016).

Nesse sentido, a apropriação desse espaço produz inúmeras desigualdades sociais, uma vez que, associado ao processo de produção capitalista ocorrem expressivas alterações no espaço, que refletem no território. Assim, para mensurar as desigualdades presentes no território, “haveria que considerar desde as características naturais herdadas até as modalidades de modificação da materialidade no meio geográfico” (SANTOS; SILVEIRA, 2001).

Santos e Silveira (2001), defende que há “espaços luminosos” e “espaços opacos”, territórios com “fluidez” e outros com “viscosidade” e ainda há “espaços da rapidez” e “espaços da lentidão”. Estes autores apontam, para a necessidade de criar meios e condições para a circulações dos “homens”, dos produtos, de mercadorias, de trabalhos, da informação, do dinheiro, do controle e das ordens, da definição das possibilidades de abertura para a “fluidez”.

Trata-se de um “processo seletivo e não-igualitário”, como possibilidade para que estas regiões tenham maiores densidades de equipamentos para subsidiarem o fluido do capital” (SANTOS; SILVEIRA, 2001).

Nessa linha de raciocínio, os autores definem os espaços que dão ordens e controlam, e os “espaços que mandam” – aqueles ocupados seletivamente como espaços de decisões, da “fluidez” e da “rapidez”. São lugares com maiores números e melhores estruturas de vias, veículos privados, transportes públicos, instituições públicas e privadas, variedade de mercadoria, de empregos e do consumo (SANTOS; SILVEIRA, 2001).

Compreende-se que a luminosidade dada a determinado território é decorrente da grande “fluidez” do capital, onde prevalece mais investimentos em indústrias e tecnologias, atribuindo-lhe maior “consistência técnica e política”. (SANTOS; SILVEIRA, 2001).

As características que se agregam ao território influenciam diretamente o processo, a quantidade, a proteção e as condições de trabalho, pois um território iluminado, rápido e fluido, pode estar vinculado a maiores possibilidades, ofertas e opções de empregos em comparação com os territórios, mais lentos, com menos emprego de tecnologias, e com menores possibilidades de oferta de trabalho no campo da indústria e da informática (SANTOS; SILVEIRA, 2001).

Vale mencionar, que o desenvolvimento dos estados, como, por exemplo o Paraná, quando comparado com os demais Estados brasileiros, com o de São Paulo, leva a compreender de acordo com Santos e Silveira (2001), que a lógica de desenvolvimento é dada pela divisão territorial em uma escala nacional, que privilegia e difere cada fração, obtendo resultados regionais e locais distintos, fazendo com que a fluidez e a luminosidade sejam maiores para uns em relação a outros, caracterizados pela viscosidade e opacidade (SANTOS; SILVEIRA, 2001).

Santos (1979) ao escrever sobre os tipos de cidades, ressalta que sua concepção vai muito além dos dados demográficos e números populacionais, pois deve-se considerar e avaliar, o que o desenvolvimento industrial e as melhorias nas comunicações internas implicam para relações diretas entre as cidades mais importantes e as cidades de níveis inferiores. Dessa forma, propõe como classificação, a “capacidade de organização do espaço pela cidade”, reconhecidas em seus diferentes tipos “cidades locais, cidades regionais, metrópoles incompletas e metrópoles completas” (SANTOS, 1979).

Com base no conceito de Santos (2003), a compreensão de território ultrapassa

traçados administrativos, colocando-se como chão onde acontecem as vivências e as relações daqueles que o habita. Com base na dialética marxista, o autor subsidia o entendimento das expressões da historicidade derivada da conjugação entre materialidade territorial e as ações humanas. Isto é, trabalho e política. Sendo assim, o conhecimento territorial, possibilita o conhecimento de pontos centrais para orientar a compreensão sobre as relações de trabalho, que passa pelas ofertas no mercado de trabalho e pela qualidade das condições de trabalho (SANTOS, 2003).

No item abaixo, será apresentado o território de moradia dos trabalhadores, pesquisados. Trata-se do georreferenciamento dos reabilitados, que passaram pelo Programa de Reabilitação Profissional na Agência de Previdência Social de Paranavaí (APS), no ano de 2018. O universo da pesquisa foi de 43 reabilitados profissionais do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), residentes na cidade de Paranavaí no ano de 2018. Para tanto, adotou-se como metodologia a pesquisa qualitativa, com foco no estudo de caso. Primeiramente, foram coletados dados dos reabilitados (idade, endereço, tipo de doença) disponibilizados pelo INSS. Posteriormente, realizaram-se visitas de campo nas residências de 43 trabalhadores, com a finalidade de checar os endereços disponibilizados como forma de garantir maior fidedignidade ao georreferenciamento dos dados. Os dados foram concedidos pelo banco de dados da APS, tendo como enfoque a malha urbana de Paranavaí e um Distrito (Sumaré).

Logo após, foram elaborados mapas através do software Qgis para representar as proteções e desproteções sociais territoriais dos reabilitados na cidade, tendo como base cartográfica, as demarcações territoriais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Paranavaí. Para a materialização das representações cartográficas, foi necessário, em um primeiro momento, a visita nos territórios de moradia dos Reabilitados Profissionais para a checagem dos endereços disponibilizados pela Agência de Previdência Social. Esta metodologia garantiu mais consistência e precisão aos dados coletados.

2. **REABILITAÇÃO PROFISSIONAL:** Território e Trabalho na cidade de Paranavaí, Paraná

Nesse tópico se propõe a apresentação e análise das representações cartográficas, que expõe a prevalência dos reabilitados profissionais, por lugares de moradias e a relação



dos mesmos com o adoecimento decorrente das relações de trabalho, expressas nesses territórios. A referência para a construção dos mapas, foram os territórios de abrangência das 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Paranavaí, localizadas em área urbana. Os territórios de abrangência das UBS na cidade é o mais atualizado e de fácil acesso, uma vez que, as delimitações por bairros se encontravam ultrapassadas, pois seguiam o plano diretor que é atualizado a cada 10 anos e a próxima atualização seria realizado em 2019.

Para a estruturação deste tópico e fundamentação das análises das representações cartográficas, iremos abordar o conceito de lugar para aproximar-se do território vivido pelos reabilitados profissionais em Paranavaí. Nesse sentido, Carlos (2007) em consonância com as bases teóricas de Milton Santos (2003), ressalta que

O lugar é a base da reprodução da vida e pode ser analisado pela tríade habitante - identidade - lugar. A cidade, por exemplo, produz-se e revela-se no plano da vida e do indivíduo. Este plano é aquele do local. As relações que os indivíduos mantêm com os espaços habitados se exprimem todos os dias nos modos do uso, nas condições mais banais, no secundário, no acidental. É o espaço passível de ser sentido, pensado, apropriado e vivido através do corpo (CARLOS, 2007).

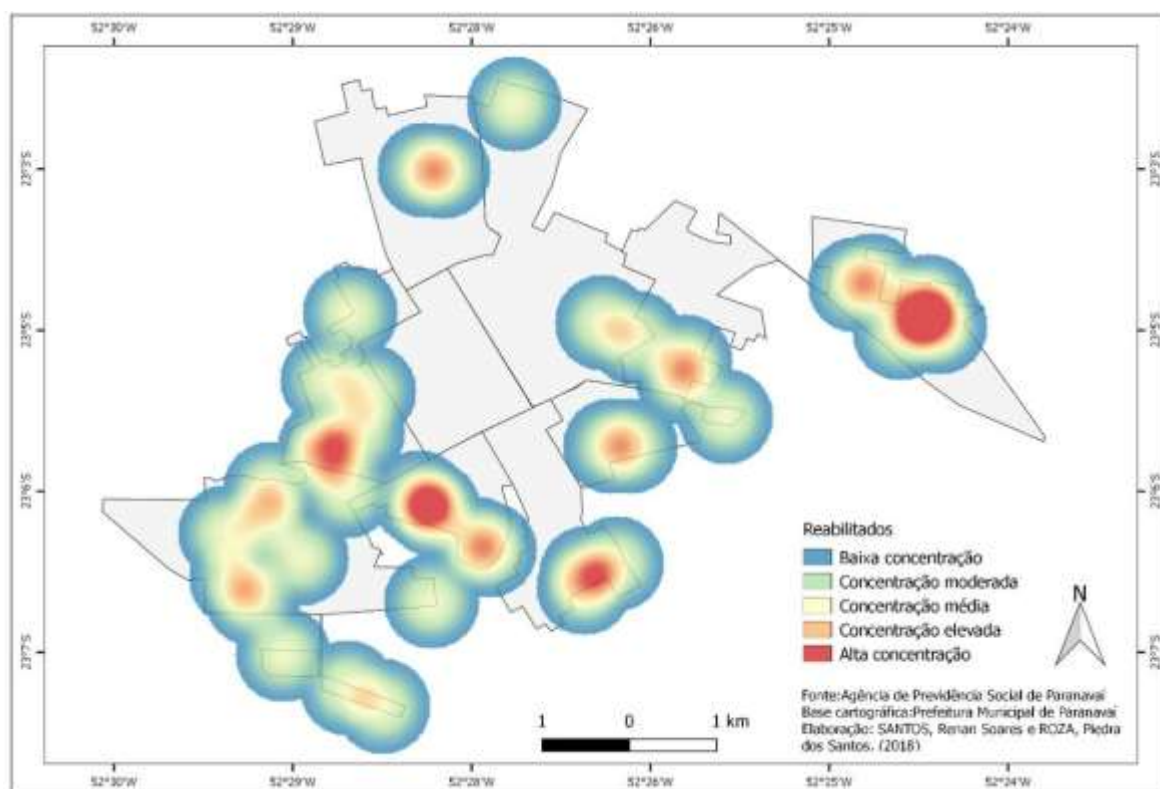
Sendo assim, os lugares analisados em Paranavaí, onde residem os reabilitados profissionais, são lugares que são apropriados e vividos. Expressam, portanto, a identidade e a subjetividade, uma vez que, as relações de vínculos existente no território com as relações de trabalho, com os serviços públicos, como são os meios de transporte para chegar ao trabalho, bem como com laços familiares e comunitários, são fatores que contribuem ou não para o processo de reabilitação profissional (CARLOS, 2007).

A cidade de Paranavaí, localizada no Noroeste do Estado do Paraná, é município de médio porte, com predominância para a população urbana 77.728, em detrimento da rural com 3.862 mil habitantes. A oferta de empregos e a atividade econômica em sua maioria, concentra-se no setor de comércio; reparação de veículos automotores e motocicletas, em um total de 8.887 trabalhadores ocupados. Em seguida vem as Indústrias de transformação, com uma absorção de 5.229 trabalhadores; seguida da agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura com 4.893 trabalhadores. São atividades em sua maioria exigem esforços repetitivos, caracterizando um trabalho árduo, e mal remunerado. A renda média per capita no município, segundo o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH-M, é de R\$ 852,66, estando abaixo do salário mínimo do Paraná de R\$ 1.383,80 (IPARDES, 2019).

Na cidade de Curitiba, capital do Paraná, embora apresenta, assim como em

Paranavaí, as maiores concentrações das ocupações no setor econômico do Comércio; reparação de veículos automotores e motocicletas (177.513) e na Indústrias de transformação (122.150). Observa-se uma redução de ocupações em atividades mais precarizadas, como são aquelas desempenhadas na agricultura. Enquanto em Paranavaí, o percentual dessas ocupações é de 3,93%, em Curitiba, é de 5,53% em relação ao total populacional. O IDH-M-Renda Per-capita, também é maior, representando um valor de R\$1.581,04 (IPARDES, 2019).

No mapa de calor abaixo, é possível observar a concentração de trabalhadores reabilitados na cidade de Paranavaí, no ano de 2018



MAPA 1 – Prevalência de Reabilitados por Território de Moradia em Paranavaí.

Fonte: levantamentos de campo

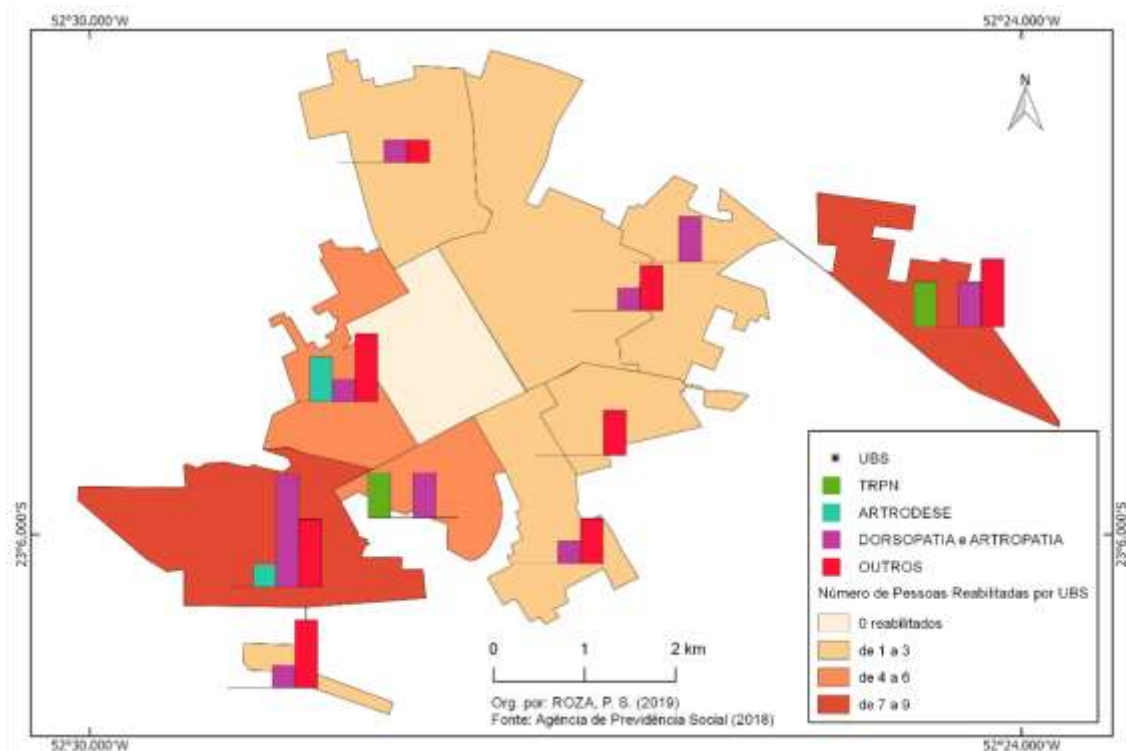
No mapa acima, observa-se que a maior concentração de trabalhadores em processo de reabilitação em 2018, localiza-se em um amplo cinturão periférico na cidade de Paranavaí, que pode ser visualizado na intensidade da cor vermelha, cuja coloração mais intensa sinaliza



uma alta concentração de reabilitados. Por outro lado, quanto menos intensa a cor vermelha, menor é essa concentração. Isso aponta que os trabalhadores em processo de reabilitação, residem principalmente em territórios mais afastados das regiões centrais, caracterizadas pela distância, como são os territórios distritais, de Sumaré (leste), onde o vermelho é o mais intenso. O bairro de Campo Belo (sudoeste), demarcado pela intensidade da cor vermelha, aponta para uma alta concentração de reabilitados. Neste bairro, chamou a atenção o fato de em uma mesma casa, residirem 4 trabalhadores em reabilitação, sendo que entre esses, 3 tinham vínculo de trabalho como motorista e 1 como pedreiro. Ou seja, trata-se de trabalhadores, cujas condições de trabalho precárias e mal remuneradas contribuíram para um baixo poder de consumo, como aquele associado a aquisição de moradia em regiões periféricas, onde a posse do imóvel é mais barata. Nesse caso, pode-se considerar que as condições de trabalho, contribuem para manter os trabalhadores, com menor poder aquisitivo distante das regiões mais centrais da cidade.

Percebe-se ainda, que as cores em tons mais claros, como o alaranjado, amarelado, verde e azul, apontam para concentrações moderadas, médias e baixas, que representam os bairros periféricos, como são o São Jorge (oeste), a Vila Operária (sul), e o Jardim Ipê (sudeste) entre outros. Nas regiões centrais na cidade de Paranaíba, não se observa concentração de reabilitados, o que aponta que a condição de trabalho, determina o processo saúde doença dos trabalhadores, bem como a existência material, como pode ser observado também no mapa 2, ao trazer a prevalência de doenças por território.

No mapa abaixo, é possível observar, que é nas mais regiões periféricas, onde estão as maiores concentrações de adoecimento decorrente do trabalho.



Mapa 2- Prevalência de doenças por território da cidade de Paranavaí.

Fonte: levantamentos de campo

No que se refere ao mapa 2, em um primeiro momento, para a análise das informações presentes no banco de dados cedido pela Agência de Previdência Social de Paranavaí, foi necessário classificar as doenças de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID). Dessa forma o mapa 2, apresenta a concentração de doenças decorrentes do trabalho por território. São elas: Transtornos das Raízes e dos Plexos Nervosos (G-54 - TRPN), Artrose (z – 98), Doenças do sistema Osteomuscular e tecido conjuntivo (dorsopatia e artropatia) e outros que incluem amputações, lesões, fraturas, transplantes, depressões, Acidente Vascular Cerebral (AVC), entre outros (BRASIL, 1997).

De acordo com o mapa 2, os bairros São Jorge (oeste) e Monte Cristo (leste) são os que tem predominância de doenças associadas ao Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo (dorsopatia e artropatia), sendo estas que “atingem predominantemente as articulações periféricas” (BRASIL, 1997). Estes bairros, são representados pela cor vermelha sendo a área da UBS São Jorge e alaranjado para a área da UBS do Monte Cristo.

No conjunto dos trabalhadores em processo de reabilitação, uma grande maioria (21) apresentam Doenças do Sistema Osteomuscular e tecido conjuntivo, sendo esse diagnóstico



prevalente em 15 homens na faixa etária de 41 a 50 anos, conforme pode ser observado no mapa na cor roxa.

São doenças relacionadas ao desenvolvimento de artrite, infecções diretas da articulação entre outras, comumente relacionada a atividades de esforço físico repetitivo, como é a ocupação de pedreiro, motorista e operador de máquina, desempenhadas pelos trabalhadores pesquisados.

Esse dado alinha-se ao desempenho de indicadores nacionais, conforme aponta o Boletim Informativo do Ministério da Previdência Social em 2014. Considerado o período entre 2000 e 2011, os Distúrbios Osteomusculares representam 16,06% dos afastamentos do trabalho (BRASIL, 2014).

Em relação ao percentual sobre o gênero dos pesquisados, de um universo de 43 pesquisados, 60% deste público são homens e 40% são mulheres. Ambos os gêneros realizavam atividades laborais que exigiam bastante força física, porém nota-se que os homens em sua maioria, exerciam atividades remuneradas que mais expõe risco à saúde, comparando com as mulheres; todavia, não desmerece ou elimina o esforço físico realizado pelas mulheres.

As atividades remuneradas que mais predominaram aos homens foram as de pedreiro, motorista, segurança e operador de máquinas, enquanto ao gênero feminino suas atividades eram voltadas aos serviços domésticos e de auxiliares de produções.

Outra questão que contribuiu para a compreensão do adoecimento das mulheres, pode estar associado a sobrecarga de trabalho. Vale ressaltar, que ao trabalho remunerado da mulher, soma-se aquele doméstico não remunerado. Horas que somadas totalizam a maioria das horas trabalhadas em todo mundo (PEREZ 2001 apud FRANÇA; SCHIMANSKI, 2009).

Dados do Ministério da Previdência Social (2014), referente ao período entre 2004 e 2013, quando se observou um aumento no número de empregos formais no Brasil, leva a concluir que embora tenha havido uma tendência de queda na concessão total do benefício auxílio-doença quando relacionada ao aumento do emprego (vínculos), nos dez anos analisados (2004 – 2013). Tal tendência foi invertida quando destacamos apenas a concessão do auxílio-doença acidentário, demonstrando uma tendência no aumento diferenciada entre os gêneros, significativamente maior para as mulheres (BRASIL, 2014).

Como pode ser observado no mapa 2, na cor verde, outra doença, que teve

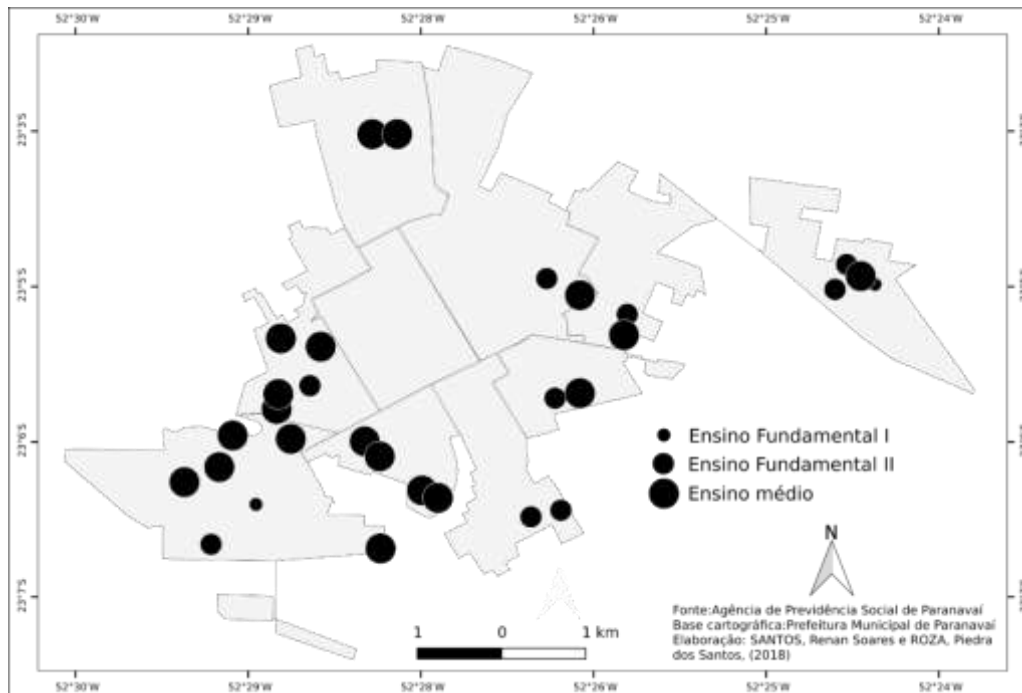


prevalência entre os trabalhadores do gênero masculino, foram os Transtornos das Raízes e dos plexos Nervosos, cujos efeitos podem estar relacionados com a exposição ocupacional ou ambiental a uma diversidade de substâncias químicas, agentes físicos e demais fatores decorrentes da organização do trabalho, como são as cobranças e exigências no desempenho de tarefas.

Já entre as mulheres a prevalência foi de doenças relacionadas aos Transtornos de Tecidos Moles, como é a conhecida bursite, causada pela repetição de movimentos em determinadas articulações ou posições que possam causar danos às burça. Trata-se de uma doença que entre as mulheres pesquisadas relaciona-se ao trabalho doméstico, associado aos esforços repetitivos de joelhos e cotovelos por longos períodos (BRASIL, 1997).

Observa-se que com as transformações societárias no modo de produção, advindas com o avanço do modelo toyotista, a exploração e precarização da força daqueles que vivem do trabalho, trouxeram mudanças em âmbitos federais, estaduais e municipais, acirrando as já condições preconizadas de trabalho presentes no Brasil (NETTO; BRAZ, 2006).

Considera-se que, com o estudo territorial da reabilitação profissional, os municípios de médio e pequeno porte sofrem ainda mais quando comparados com os municípios de portes maiores, pois estes municípios ficam estagnados e não possuem o mesmo desenvolvimento econômico, de emprego, quando comparados com municípios maiores. Aos olhos de Milton Santos, caracterizam-se como território “opacos”, viscosos, lentos, tendo um processo ainda maior de seletividade e disparidade social (SANTOS; SILVEIRA, 2001).



MAPA 3 – Território e escolaridade dos reabilitados
Fonte: levantamentos de campo

Com base no mapa 3, nota-se que os trabalhadores em processo de reabilitação, em sua maioria (47%) possui o Ensino Médio Completo. Em seguida estão os trabalhadores que não completaram o ensino Fundamental II, aquele compreendido entre o 6º a 9º ano escolar (23%). Observa-se que os maiores níveis de escolaridade, representados pelos círculos em preto em tamanhos maiores, estão localizados por todo cinturão periférico da cidade, com prevalência para as extremidades Leste e Oeste da cidade. Uma minoria (7%), não tem ensino Fundamental 1 completo, ou seja, não completaram até o 6º escolar.

Outro dado importante sobre o perfil dos trabalhadores em processo de reabilitação do INSS em Paranavaí foi a faixa etária dos pesquisados, expressiva entre a idade de 21 e 50 anos, sendo a prevalência do maior número de reabilitados presente na faixa entre 41 e 50 anos. Em seguida, estão aqueles com idade entre 31 e 40 anos. Nota-se que os trabalhadores mais suscetíveis ao adoecimento em Paranavaí, são aqueles que reúnem diversos fatores individuais e territoriais, como a maior faixa etária, menor escolaridade, trabalhos mais precários, maior distância dos locais de trabalho e menor acesso as condições de serviços públicos como é o transporte público.

A partir dos dados analisados, compreende-se que, o trabalho precário está



diretamente relacionado às doenças dos trabalhadores em processo de reabilitação na cidade de Paranavaí. A distribuição territorializada dessas doenças contribui para a compreensão de que as condições de trabalho determinam as condições de saúde, relegado aos trabalhadores moradores dos espaços periféricos, opacos, lentos, conforme nos lembra Santos e Silveira (2001), pois são demarcados por condições mais precárias de moradia e de acesso a serviços públicos (SANTOS; SILVEIRA, 2001).

Nesse sentido, as transformações societárias ocorridas no Brasil, na década de 1990, com o novo modo de produção as relações estabelecidas para o trabalho atingem diversas regiões territoriais, seja as cidades grandes, médias ou pequenas. Entretanto, as cidades médias e pequenas sofreram mais em diversos requisitos, como é a oferta de trabalho mais precários, associado aos limites no acesso a políticas públicas.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho de pesquisa apresentado ao ter como objetivo estudar a distribuição territorial dos trabalhadores em reabilitação profissional na cidade de Paranavaí, no Paraná, apresentou importantes contribuições, que permitiram um conhecimento aproximado sobre a distribuição territorial dos trabalhadores acometidos por adoecimento em decorrência dos precários vínculos de trabalho.

Os resultados alcançados apontam para um perfil de trabalhadores/as cujos trabalhos precarizados e vinculados a uma super exploração evidenciam processos de adoecimento e vínculo com o serviço de reabilitação profissional do INSS. Trata-se de trabalhadores que diante do contexto de reestruturação produtiva, movido pela exploração de mão de obra barata frente ao desempenho de trabalhos precários, flexibilizado e mal remunerado, aponta como única alternativa a venda da força de trabalho à exaustão, que leva ao adoecimento

Em sua maioria, são trabalhadores que residem em regiões periféricas, mais distantes dos locais de trabalho e também menos servida de serviços públicos, conforme observado durante todo processo de visitação aos territórios, no início de 2018. Além dos esforços repetitivos exigidos pelo trabalho braçal exigido dos trabalhadores, são trabalhadores, por residirem em locais mais distantes, dependem mais de transporte público, passam mais horas dentro dos meios de transporte, estando mais predispostos ao cansaço e mais suscetíveis ao adoecimento



São esses trabalhadores, adoecidos que também demandam mais acesso aos serviços públicos, como são as Unidades Básicas de Saúde (UBS), que apesar de presentes, com relativa proximidade da maioria dos locais de moradia dos reabilitados, muitas vezes não dispõe de atendimento qualificado, condizente com as necessidades de reabilitação dos trabalhadores, conforme muitos relatos dos moradores visitados, durante o trabalho de campo. São esses trabalhadores também, que ao buscar melhorar o nível educacional, mediante ofertas de transporte particular, pago pelo Serviço de Reabilitação do INSS, se deparam com ruas esburacadas e embarreadas, que somada a condição de cadeirantes e muletantes de muitos reabilitados, limitam o processo de reabilitação.

Isso leva a considerar que não basta iniciativas isoladas de reabilitação do INSS. É preciso toda uma articulação coletiva das políticas públicas de trabalho e renda e também de acessos as políticas e serviços públicos na cidade de Paranaíba para o avanço da reabilitação de trabalhadores.

É preciso refletir, no sentido de construção de frentes de resistência e de defesa dos direitos dos trabalhadores, no sentido de fortalecer a mobilização e a luta do trabalhador, capaz de pressionar por melhorias nas condições de trabalho.

Vivenciamos tempos sombrios, movidos pela acirramento da flexibilização do trabalho, alavancado pelas Reformas Trabalhistas e Previdenciárias, pelas insistentes tentativas de desmatelamento dos sindicatos e organização dos trabalhadores, mas é preciso esperança e resistência! É preciso acreditar na retomada da força da luta coletiva!



REFERÊNCIAS

- ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2003.
- ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. 15. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- ANTUNES, R; PRAUN, L. **Sociedade dos Adoecimentos no Trabalho**. Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo, n. 123, p. 407-427, jul./set. 2015.
- BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social. **Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional V1**. Brasília, 2016.
- BRASIL. Decreto n. 3.724, de 15 de jan. de 1919. Dos Acidentes no Trabalho. Brasília, DF.
- BRASIL. Decreto n. 7.036, de 10 de nov. de 1944. **Da Adaptação Profissional e do Reaproveitamento do Empregado Acidentado**. Brasília, DF.
- BRASIL. Decreto n. 3.048 de 06 de Maio de 1999. Artigo 141. Brasília, DF.
- BRASIL. Organização Mundial da Saúde. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde**. 10ª, ver. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997.
- BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Boletim Informativo do Ministério da Previdência Social**, 2014.
- BRASIL. **Principais causas de Afastamento do trabalho entre Homens e Mulheres Empregados na Iniciativa Privada**. Ministério da Previdência Social. Brasília, 2013.
- BRASIL. Ministério da Previdência Social. 1 **Boletim Quadrimestral sobre Benefícios por Incapacidade**. Dia Mundial às Vítimas de Acidente de Trabalho. Brasília, 2014.
- CARLOS, Ana Fani Alessandri. O lugar no/do mundo. São Paulo: FFLCH, 2007, 85p
- CARVALHO, F. X. **As alterações no programa de reabilitação profissional do instituto nacional do seguro social (INSS): garantia ou supressão de direitos**. Tese de doutorado - Ponta Grossa: UNPG, 2018.
- FRANÇA, Ana Letícia de; SCHIMANSKI, Édina. **Mulher, trabalho e família: uma análise da dupla jornada de trabalho feminina e seus reflexos no âmbito familiar**. Ponta Grossa: Emancipação, 2009. Disponível em <<http://www.uepg.br/emancipacao>>. Acesso em: 6 de jun. de 2019.
- IPARDES – Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômica e Social. 2018. **Caderno Estatístico do município de Paranavaí**. Disponível em: <<http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=87700&btOk=ok>>. Acessado em: 27 de nov. 2019.
- NASCIMENTO, Ana. **Trabalho e formação do espaço urbano**. 1. Ed. – Maceió: Coletivo Veredas, 2016.
- NETTO, J. P. **Transformações Societárias e Serviço Social**: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. Revista Serviço Social e Sociedade, vol.50. São Paulo: Cortez, 2010.
- NETTO, José Paulo; BRAZ, M. **Economia política**: uma introdução crítica. São Paulo: Cortez, 2006, 1º vol. (Biblioteca Básica de Serviço Social).
- OLIVEIRA, E. **Toyotismo no Brasil desencantamento da fábrica, envolvimento e resistência**. Editora Expressão, 2004.
- QGIS, 2019. Disponível em: <<https://www.qgis.org/en/site/>>. Acesso em dez. 2019
- TEIXEIRA, Francisco. **Neoliberalismo e Reestruturação Produtiva**: As novas determinações do mundo do trabalho. 2. ed. São Paulo. Cortez, 1998.



- SANTOS, Milton. **O espaço dividido: os dois circuitos da economia urbana dos países subdesenvolvidos**. São Paulo: Francisco Alves, 1979.
- SANTOS, Milton. **uma outra globalização: do pensamento único a consciências universal**. São Paulo: Record, 2003.
- SANTOS, Milton; SILVEIRA, Maria Laura. **O Brasil Território e Sociedade no início do século XXI**. p. 259 – 277, 2001.

O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL EM TEMPOS DE DESMONTES: REFLEXÕES ACERCA DAS CONDIÇÕES QUE TORNAM OS PROFISSIONAIS VULNERÁVEIS AO ADOECIMENTO.

Renata Rocha Anjos Garcia (UNESP – FRANCA); Máira Pereira De Oliveira Corrêa (UNESP – FRANCA)

RESUMO: O presente ensaio teórico propõe reflexões acerca do cenário do SUAS e dos crescentes ataques que este vem sofrendo, impactando diretamente nas condições concretas do trabalho do assistente social, tornando os profissionais cada vez mais vulneráveis ao adoecimento. Evidenciamos que atuar no enfrentamento das expressões da questão social em uma área que não reconhece os conflitos de classe, fortalece um trabalho cada vez mais burocratizado, tecnicista e raso de reflexões. Além das crescentes restrições na oferta de serviços, programas e benefícios em um cotidiano marcado pela constância das condições precárias de vida, ao tempo em que as respostas estatais se resumem a desresponsabilização.

Palavras-chave: Sistema Único de Assistência Social. Adoecimento. Assistente Social. Desresponsabilização estatal.

ABSTRACT: The present theoretical essay proposes reflections about the SUAS scenario and the growing attacks that it has been suffering, directly impacting on the concrete conditions of the work of the social worker, making professionals increasingly vulnerable to illness. We have evidenced that acting in confronting the expressions of the social question in an area that does not recognize class conflicts, strengthens an increasingly bureaucratic, technical and reflective work. In addition to the growing restrictions on the offer of services, programs and benefits in a daily life marked by the constancy of precarious living conditions, at the time when the state responses are limited to the lack of responsibility.

Keywords: Single Social Assistance System. Illness. Social Worker. State responsibility.



1 INTRODUÇÃO

Os profissionais que atuam nas políticas sociais vêm sendo expostos à uma série de constrangimentos frente a conjuntura de desmonte de direitos sociais. No entanto, há uma área que merece destaque por se tratar daquela que apesar de ter uma delimitação formal, há pouco mais de duas décadas, ainda é porta de entrada para explicitações de necessidades de toda ordem: a assistência social.

Materializada através de um Sistema Único que propõe normativas gerais em todo o território nacional, a assistência social teve fortalecida seu status de política de Estado, no campo formal, no entanto, no cotidiano de muitos municípios brasileiros essa tem sido uma tarefa complexa.

Apesar de um arcabouço de legislações, normativas e orientações técnicas produzidas no campo da assistência social desde sua aprovação, enquanto Política Nacional, o campo real apresenta incompatibilidades no que se refere às reais necessidades explicitadas pelas famílias no cotidiano dos serviços socioassistenciais. Não bastassem as dificuldades no campo teórico das categorias delimitadas, porém, pouco aprofundadas teoricamente, gerando uma atuação cada vez mais ecletista, burocratizada, tecnicista de cunho conservador, a indefinição de um patamar mínimo de financiamento da área permite uma enorme fragilidade e elege a assistência social como um campo no qual quase “todos” (sociedade civil e Estado) parecem querer controlá-la e limitar sua efetivação enquanto campo com uma especificidade própria e constância das ações.

Essa realidade atinge diretamente o cotidiano dos assistentes sociais inseridos nos serviços, programas, benefícios e projetos da política de assistência social. Estão sujeitos aos ditames perversos que alteram a cada ótica governamental, seja na tentativa de conciliação de classes, seja na rigidez de fiscalização de quem é o “merecedor” de ser alvo das ações.

Nessa órbita compreendemos ser salutar reflexões acerca desse cenário e da vulnerabilidade ao adoecimento que os trabalhadores que atuam no interior da política estão expostos. São esses sujeitos que atendem, cotidianamente, a população com a explicitação de suas inúmeras necessidades não satisfeitas, muitas intituladas como “de outras áreas”, como se estivessem desconectadas. Esses mesmos profissionais que identificam as necessidades possuem restritas possibilidades de intervenção na ótica da política na contemporaneidade.



Refletimos, portanto, os rebatimentos na saúde dos profissionais ao operar na ótica do caos, gestado a pobreza, reproduzindo procedimentos mecanicistas, cumprindo metas esvaziadas de sentido e caminhando para uma direção incerta, cuja única certeza reside na reafirmação da desproteção social.

2 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL EM TEMPOS DE DESMONTES.

A aprovação da Assistência Social enquanto política de seguridade social e sua instituição como um Sistema Único não foi suficiente para promover a consolidação da suas ações de caráter contínuo como um campo de especificidade sem ameaças constantes.

[...] a intervenção do Estado capitalista na esfera socioeconômica apresenta limites estruturais que nem mesmo o gerencialismo de centro-esquerda é capaz de superar. Contudo, uma análise apressada pode levar à ideia de que se coloca na agenda pública social à perspectiva da transição societária impulsionada pelo novo estatismo (BRISOLA; SILVA, 2014. p. 52).

Conforme as alterações de políticas de governo a instabilidade da assistência social é explicitada com a necessidade política partidária de impressão de marcas populistas ou de adequação dessa como um campo no qual é apresentado um exemplo de moralidade, quando “analisado adequadamente o merecedor de benefícios estatais. “Essa visão estreita e com viés meritocrático desconsidera as formas como o trabalho se concretiza na vida da classe trabalhadora no sistema capitalista e supõe que ter trabalho é sinônimo de atendimento das necessidades básicas” (GARCIA, 2018, p. 52).

Não por acaso, há uma profunda dificuldade do entendimento do campo da assistência social como direito, mesmo esta integrando a seguridade social brasileira, com um importante arcabouço legal construído nos últimos anos. Torna-se campo então de indignidade, de não direito, porém agravada para alguns perfis de seu público (GARCIA, 2019, p. 52).

A política e o sistema aprovados na primeira gestão do governo Lula, se apresentaram para muitos profissionais, militantes e estudiosos da área como avanços, deixando camufladas as velhas marcas que a persegue, como bem traduziu Yazbek: a refilantropização. Os programas se apresentam cada vez mais focalizados, restritos, e, apesar do investimento em serviços estes não foram suficientes comparados ao volume de benefícios, dificultando assim, articulação entre estes, contribuindo para que os programas e benefícios se limitassem à si mesmos.



Yazbek (2008) salienta que apesar de a PNAS e do SUAS terem trazido uma nova arquitetura institucional e ético-política para a assistência social brasileira, o que permite, a partir das mediações que a tecem, efetivamente, concretizar na esfera pública direitos socioassistenciais, sua vinculação histórica com o trabalho filantrópico, voluntário e solidário faz com que essa política carregue uma pesada herança assistencialista, baseada na “matriz do favor”, do apadrinhamento e do mando, formas incorporadas na cultura política do país, sobretudo no que tange à relação com as classes subalternas (GARCIA, 2018, p. 70).

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) passa a ser um modelo de proteção social brasileira no campo da assistência social, com a possibilidade de construção de oposição às velhas culturas e práticas clientelistas e assistencialistas, estabelecendo formas de organização da rede de serviços, programas, benefícios e projetos em âmbito nacional. Entretanto, “[...] a assistência social contemporânea, reconhecida legalmente como política social, guarda traços das primeiras medidas filantrópicas, o que ajuda a explicar a insistente permanência de confusão entre assistencialismo, assistência social e benemerência” (BOSCHETTI, 2016, p. 83).

A razão instrumental passa a ditar as regras da administração pública federal causando uma falsa impressão de que o intervencionismo estatal na economia e a assunção pelo Estado da responsabilidade de enfrentamento às refrações da “questão social” estariam à frente de um processo de transição para um Estado Social (BRISOLA; SILVA, 2014. p. 52).

O que observamos no decorrer dos anos foi uma inclusão pela via do consumo à bens e serviços entendidos como essenciais no tipo de vida capitalista, isto é, nos moldes burgueses. Um dos resultados foi o endividamento em massa de uma parcela da classe trabalhadora marcada por uma trajetória de vida instável, a qual imaginava ter alcançado um patamar de vida melhor e se deparou com a realidade concreta de que não havia solidez, nem possibilidade de mobilidade social sustentável sem acesso à educação de qualidade, cultura e redistribuição de renda não somente na lógica de operação da extrema pobreza.

Paralelo a isso a estagnação no investimento da política de assistência social e em seguida retrocessos no que tange ao seu financiamento, resultando no sucateamento dos serviços, impactando diretamente no cotidiano de trabalho dos profissionais inseridos na política, especialmente os assistentes sociais, o qual:

[...] atua nas mais diversas políticas sociais, contratado pelo Estado para planejar, executar, monitorar e avaliar as ações. Ou seja, o Serviço Social é uma profissão requisitada pelo Estado e suas instâncias para atender as necessidades sociais -via políticas sociais - decorrentes das expressões da “questão social”. Para a identificação dessas necessidades, toma como referência: o reconhecimento das expressões da “questão social”; a análise da

realidade social; identifica demandas de atendimento e finca a atuação calcada na perspectiva dos direitos (MASCARENHAS, 2015, p. 5).

É no âmbito das políticas sociais, na condição de trabalhador assalariado, que o assistente social evidencia, tanto no setor público como no privado, alterações nas condições e relações de trabalho cada vez mais precarizadas, ao passo que as demandas para os profissionais se expressam de forma cada vez mais volumosa e complexificada (BRISOLA; SILVA, 2014).

Desde os primórdios da profissão, o trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais é direcionado majoritariamente à população que vive em condição de pobreza. Excluída do processo produtivo, da produção de bens e serviços, essa população procura no assistente social o profissional que poderá ampará-la, orientá-la para que possa superar suas necessidades sociais (MASCARENHAS, 2015, p. 6).

Compreendem que ali reside a resposta mediante a apresentação de suas necessidades, no entanto, desconhecem as particularidades que envolvem o trabalho do assistente social, imerso a contradições, tendo em vista que no cotidiano de atuação “[...] colaboram para o estabelecimento de uma cultura profissional, ora associada ao consenso, a minimização dos conflitos, ora associada à defesa de um projeto societário em consonância ao projeto ético-político” (MASCARENHAS, 2015, p. 6).

Atua nas mais diversas políticas públicas, sendo reconhecido como um dos protagonistas na produção do conhecimento sobre: proteção social; contradições inerentes ao modo de produção capitalista; implicações das desigualdades nas condições objetivas de vida da população, entre outros temas essenciais para interpretar a realidade social. A medida em que é requisitado por quem o contratou para construir respostas profissionais, o assistente social também tem reconhecido seus saberes, o que legitima o seu fazer (MASCARENHAS, 2015, p. 6).

Todavia na realidade contemporânea os desafios se configuram, inclusive, no que se refere a minimização dos conflitos, vez que mesmo diante das condições mais perversas de vida não são apresentadas alternativas. Mesmo sem a superação da pobreza estabelece-se um Estado cada vez mais racional, que compreende os programas de transferência de renda ou os benefícios direcionados para pessoas com deficiência e idosos, gastos que podem ser cortados.

O desmonte da política social na era de um governo de extrema direita, no auge do conservadorismo, prima pela meritocracia, desconsiderando a realidade sociohistória, culpabilizando pobres, pretos, mulheres, pessoas com deficiência, pessoas com orientação



sexual diferente da heteronormatividade, pelos preconceitos e desproteções sociais que foram e são acometidos diariamente.

O SUAS no auge de sua juventude é confrontado por descontinuidade de financiamento com atrasos de repasse de recursos por longos períodos e por programas com foco na “educação dos pobres, especialmente as mulheres-mães”, como exemplo o “criança feliz”, as cobranças pelo cumprimento das condicionalidades do Programa Bolsa Família e o reforço ao voluntariado.

[...] conformam novas práticas e valores gerenciais, alicerçados no esvaziamento do significado do que é público de fato, as políticas públicas são ameaçadas nas suas funções sociais em relação à consolidação da cidadania, pois passam a ser submetidas a uma racionalidade mercantil que retira dos serviços sociais sua dimensão de direito. Por essa via, o alargamento da participação das instituições privadas, seja pela via do chamado “Terceiro Setor” ou da refilantropização, altera substantivamente os processos de trabalho nos quais os assistentes sociais se inserem no âmbito das políticas públicas (ALMEIDA; ALENCAR, 2011, p. 145).

Os profissionais também são requisitados a atuar no chamamento das pessoas idosas e com deficiência a inclusão no circuito de burocracia do Estado gerencial, o qual invisibiliza a realidade de violações de direitos escancaradas no cotidiano desses sujeitos ao tempo que lhe transforma em mais um número, ou melhor, uma per capita. “E assim que a vida cotidiana é, para o Estado e para as forças capitalistas, fonte de exploração e espaço a ser controlado, organizado e programado” (NETTO; CARVALHO, 2012, p. 20).

A complexa realidade social dos sujeitos é traduzida pela renda por pessoa no domicílio para manutenção e/ou a aquisição de um dado benefício. Ainda que as relações sociofamiliares se apresentem extremamente frágeis, ainda que a per capita seja superior aos estabelecido pelos critérios estreitos do governo e não conectem com o atendimento das necessidades dos sujeitos, o acesso é delimitado a uma análise rasa, e, ainda com direcionamentos para uma lógica de provação do auge do despossuído. Portanto, “[...] ao adentrar um campo ocupacional o assistente social se depara com requisições, exigências, indicativos e determinações que não são necessariamente estabelecidas pelo próprio profissional mas que interferem diretamente no seu trabalho.” (MASCARENHAS, 2015, p. 10).

O SUAS, a partir de 2010, passa por um novo direcionamento no que se refere aos compromissos pactuados acerca de sua consolidação, o que passava pela necessidade de ampliação de serviços socioassistenciais tipificados, haja vista que tais compromissos foram substituídos “[...] por uma nova espécie de gerencialismo de Estado, onde a Assistência

Social e o SUAS passam a ser os braços operativos das metas de redução e/ou erradicação da extrema pobreza no país” (BRISOLA; SILVA, 2014. p. 52).

Nesse contexto, o trabalho do assistente social tem se conformado pela lógica da fragmentação e da procedimentalização presente nas políticas sociais. Há uma tendência à focalização da análise e da atuação profissional nos particularismos da realidade social, em detrimento da sua totalidade, resultando em intervenções empiricistas e reducionistas. Nesse nível de apreensão teórico-profissional, a realidade é tomada tal como se coloca imediatamente aos sentidos, limitada ao observável e, de preferência, ao quantificável. A reificação que invade a vida social favorece essa apreensão, pois contribui para ocultar a essência desses processos que se mostram de modo aparente, como se fossem fenômenos naturais. Ademais, a ideologia dominante sedimenta essa naturalização, em sua justificação da dinâmica capitalista (FAERMANN; MELLO, 2016, p. 102).

O avanço dessa lógica neoliberalista passou a ser cada vez mais fortalecida quando o SUAS passa a ser gestado por uma perspectiva conservadora, a qual mantém não somente o esvaziamento de conteúdos reflexivos, mas repercussões inclusive na perspectiva tecnicista, tornando cada vez mais presente a ameaça ao fortalecimento de ações sem a necessidade de qualificação sob a lógica do conservadorismo impregnado nas propostas de trabalho.

O que a realidade brasileira apresenta hoje, no campo político, é um governo favorável aos mandos do grande capital, direcionado para a desconstrução dos direitos sociais. As pautas políticas em nada coincidem com os interesses da classe trabalhadora, uma vez que seus direitos historicamente conquistados estão sendo ameaçados através de [...] reformas trabalhistas, previdenciárias, congelamento de gastos para a educação, saúde, fiscalizações capilares em benefícios previdenciários (auxílio doença, aposentadorias por invalidez) e os não previdenciários, porém necessários à sobrevivência da parcela mais pauperizada, tais como Benefício de Prestação Continuada (BPC), Bolsa Família, além do sucateamento dos serviços, enquanto se observa sucessivos perdões das dívidas milionárias de banqueiros e de grandes empresários (GARCIA, CUNHA, 2018, p. 12).

Panorâma cada vez mais adoecedor para uma profissão que se insere no circuito do campo dos direitos com defesas muito claras, as quais se traduzem totalmente antagônicas as orientações dos espaços sociocupacionais que reduzem cada vez mais a relativa autonomia do assistente social, e, o expõe frente a quadros de condições concretas da vida cotidiana sem condições mínimas de trabalho, exigindo que atue como mero apaziguador das tensões sociais, porém sem sequer ter possibilidades para tal.

2.1 Condições de trabalho dos assistentes sociais no SUAS e a vulnerabilidade ao adoecimento.

Os assistentes sociais assim como os demais segmentos da classe trabalhadora não estão imunes aos impactos das mudanças do trabalho abstrato na efetivação do trabalho concreto. O trabalhador passa a ter cada vez menos direitos ao passo que o grau de exploração é aprofundado. Seu cotidiano é marcado pelo esgotamento não somente físico, mas também mental.

O processo de precarização do trabalho no capitalismo global atinge a “objetividade” e a “subjetividade” da classe dos trabalhadores assalariados. O eixo central dos dispositivos organizacionais (e institucionais) das inovações organizacionais do novo complexo de reestruturação produtiva é a “captura” da subjetividade do trabalho pela lógica do capital. É a constituição de um novo nexos psicofísico capaz de moldar e direcionar ação e pensamento de operários e empregados em conformidade com a racionalização da produção (ALVES 2011, p. 111).

Frente às questões postas olhar para o cenário brasileiro e a conjuntura de desmonte das políticas públicas, o que vai resultar em um relevante impacto no aumento do público da assistência social, haja vista que apesar das delimitações de especificidade desse campo demandas de toda ordem são expostas pela classe trabalhadora nos serviços socioassistenciais do SUAS, especialmente nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS). Contraditoriamente, esse é o momento no qual os programas, benefícios e serviços do SUAS tem restringido³⁷⁴ cada vez mais os critérios de acesso: parte da classe trabalhadora não encontrarão acesso algum na política de assistência social, o que não significa que a precariedade de condições de vida não possua um grau elevado, ao contrário, são as ofertas estatais que não dialogam com a realidade concreta.

As precárias condições de vida que impactam em trajetórias históricas de desproteção social não estão restritas a parcela da classe trabalhadora atendida nos serviços socioassistenciais, muitas vezes, os assistentes sociais que os atendem também estão submetidos à uma série de constrangimentos, talvez em proporções diferentes. Além das expressões que estão sujeitos, enquanto classe trabalhadora, os assistentes sociais também confrontam cotidianamente nos espaços sociocupacionais com as desproteções sociais vivenciadas pela população usuária dos serviços, no entanto, com possibilidades de

³⁷⁴ Priorizar demandas é um dilema e ao mesmo tempo um constrangimento ao trabalho do assistente social. As políticas sociais direcionam-se por uma concepção seletiva e reducionista que tende a amenizar os conflitos e as expressões da questão social, contrapondo-se dessa forma à proposta de universalização dos direitos, restringindo a capacidade de atendimento do Serviço Social (FAERMANN; MELLO, 2016, p. 106).



intervenções cada vez mais reduzidas, mediante a alocação em um Estado penal em detrimento de um Estado social.

Nesse panorama compreendemos a necessidade de problematizarmos a questão do adoecimento do assistente social, numa sociedade na qual os grandes detentores do capital submetem a classe trabalhadora a condições de vida cada vez mais desumanizadas. (GARCIA, 2018).

Qual o custo da produção de um trabalhador assalariado? Nada mais nada menos do que custa à sociedade a reprodução da sua força de trabalho. E como para isso basta que a pessoa seja mantida viva e com um mínimo de saúde, a maior parte das necessidades autenticamente humanas dos trabalhadores não será sequer reconhecida, quanto mais levada em consideração pelo capital (LESSA; TONET, 2008, p. 99).

Nessa perspectiva Vicente (2015) problematiza que mediante esse cenário a “temática da superexploração e do desgaste físico e mental no trabalho profissional é um tema [...] pouco debatido, pouco pesquisado, portanto pouco conhecido pelo Serviço Social e seus trabalhadores, e que não apresenta acúmulo na literatura profissional” (VICENTE, 2015, p. 563).

No que se refere ao sofrimento e mesmo aos agravos gerados pelo trabalho à saúde mental, ainda observamos certo ceticismo, sendo comuns algumas questões, como, por exemplo: “Como saber se os agravos de que padecem as pessoas são mesmo relativos ao trabalho? Afinal, a vida é difícil, e até andar pelas ruas pode causar adoecimentos”; “É preciso separar os problemas pessoais, familiares, dos problemas do trabalho!”; “Outras pessoas também estão sujeitas a essas situações” (VICENTE, 2015, p. 563).

O trabalho de assistentes sociais vem se materializando cada vez mais em contextos de violência e em meio à condições precárias, seja de vínculo empregatício, salários e meios de operacionalização das ações. Ainda é perceptível o aumento das queixas de sofrimento (VICENTE, 2015). Sofrimentos que se expressam cada vez mais de forma solitária, desconsiderado, sendo invalidado quando comparada as demais parcelas da sociedade sob o argumento de que poderia ser inabilidade para exercer a profissão.

Tematizar o trabalho do assistente social na sociedade contemporânea supõe pensá-lo como parte da alíquota do trabalho da classe trabalhadora, que vende sua força de trabalho em troca de um salário, submetido aos dilemas e constrangimentos comuns a todos os trabalhadores assalariados, o que implica ultrapassar a visão liberal que apreende a prática do assistente social a partir de uma relação dual e individual entre o profissional e os sujeitos aos quais presta serviços (RAICHELIS, 2011, p. 425-426).

Todavia é inegável que a atuação no enfrentamento das expressões da questão social é penoso em cenário de barbarização da vida, numa lógica capitalista que caminha distante,



sequer, da tentativa de oferta do “mínimo” para àqueles que não acessam a riqueza socialmente produzida, pois o que se torna determinante é o superlucro: custe o que custar.

Observamos que a origem do sofrimento e do adoecimento localiza-se principalmente nas condições objetivas (organização, instrumentos e meios) promovidas pelas instituições públicas e privadas que demandam o trabalho profissional, utilizando novas e antigas formas de precarização e intensificação do trabalho assalariado, no atual contexto das transformações do mundo do trabalho e das políticas sociais (VICENTE, 2015, p. 578).

Conforma-se então o entendimento de que “o trabalho, conforme a situação, tanto poderá fortalecer a saúde mental quanto vulnerabilizá-la e mesmo gerar distúrbios que se expressarão coletivamente e no plano individual.” (VICENTE, 2015, p. 35). Considerando as condições concretas em que se materializa o trabalho do assistente social na realidade brasileira é inegável o alto grau de vulnerabilidade que os profissionais estão expostos no que diz respeito a saúde mental.

Em diversos estudos³⁷⁵ a falta de recursos, baixos salários, bem como o excesso de demanda, a ausência dos meios para a execução do trabalhos e equipes de referências cada vez mais reduzidas, além das diversas formas de contratações³⁷⁶ são questões explicitada como aspectos resultantes de adoecimento.

Sofre com um mercado de trabalho precarizante que mal possibilita a condição de sua reprodução social, e também num processo extremamente contraditório participa da disciplina da força de trabalho para o mercado de trabalho como está posto na sociedade do capital. Opera ofertando acessos transitórios em benefício dos mais necessitados e em detrimento da garantia real de direitos sociais (GARCIA;CUNHA, 2019, p. 13).

Em meio a esse processo contraditório vislumbra um projeto político com sentidos que não convergem com a desumanidade do capitalismo. “Sistema societário no qual o Estado se apresenta em muitos momentos como um Estado policial, disciplinador, eliminando a população sobrando, tratando a questão social não apenas em direções de ajustes sociais, mas também de punições.” (GARCIA;CUNHA, 2019 p. 13).

³⁷⁵1. As condições de trabalho dos assistentes sociais e suas implicações no processo de adoecimento dos profissionais de autoria de Lindamar Alves Faremann e Cássia Camila Val de Mello.2. O trabalho do Assistente Social nas políticas públicas: desafios cotidianos de autoria de Mabel Mascraenhas, Liria Maria Bettiol Lanza, Cláudia Neves da Silva e Eliane Christine Campos.3. Desgaste mental de assistentes sociais: um estudo na área da habitação de autoria de Damares Vicente.4. As Mulheres Assistentes Sociais: adoecimento e sofrimento em tempos de reestruturação produtiva de autoria de Leni Maria Pereira da Silva e Luciney Sebastião da Silva.

³⁷⁶ No âmbito do Serviço Social, intensifica-se a subcontratação de serviços individuais dos assistentes sociais por parte de empresas de serviços ou de assessoria, de “cooperativas” de trabalhadores, na prestação de serviços aos governos e organizações não governamentais, acenando para o exercício profissional privado (autônomo), temporário, por projeto, por tarefa, em função das novas formas de gestão das políticas sociais. (RAICHELLIS, 2010, p. 759).



A lógica seletiva que permeia as políticas sociais causa incômodo e angústia aos profissionais. Esse quadro tem sido fonte de aflição e de questionamentos sobre o trabalho profissional, frente às dificuldades de objetivação dos próprios princípios do Serviço Social. As formas como as políticas têm sido implementadas, por meio de programas pontuais e transitórios, têm definido uma organização dos processos de trabalho alicerçadas por um modelo de gestão que promove e naturaliza os constrangimentos inerentes à precarização do trabalho, corroendo, paulatinamente, os sentidos do trabalho (FAERMANN; MELLO, 2016, p. 106).

Manter-se em condições saudáveis para criar estratégias de enfrentamento à essa realidade, consubstanciado no projeto ético político da profissão, tendo em vista o trabalho complexo, social e coletivo que exige “competência para propor, negociar com os empregadores [...], defender projetos que ampliem direitos das classes subalternas, seu campo de trabalho e sua autonomia técnica, atribuições e prerrogativas profissionais” (RAICHELLIS, 2011, p. 423) tem sido desafiador em um tipo de sociabilidade na qual a mera aparência reitera que “toda receita pode ser encontrada no mercado para “curar” qualquer mal existencial ou material do cotidiano (NETTO; CARVALHO, 2012, p. 19).

Vista sob um certo ângulo, a vida cotidiana é em si o espaço modelado (pelo Estado e pela produção capitalista) para erigir o homem em robô: um robô capaz de consumismo dócil e voraz, de eficiência produtiva e que abdicou de sua condição de sujeito cidadão (NETTO; CARVALHO, 2012, p. 19).

É nesse cotidiano nos espaços sociocupacionais que metas são determinadas, procedimentos burocratizantes, desconsiderando as possibilidades de alcance e realização destes. Todavia, as cobranças são materializadas como se os meios para a execução fossem garantidos em sua totalidade e os saberes profissionais em parte desconsiderado uma vez que a sua autonomia relativa vem transitando cada vez mais para uma autonomia subordinada, como bem pontua Raichellis (2011).

São estipulados o número de visitas domiciliares, número de atendimentos socioassistenciais, número de benefícios a serem concedidos e ainda o quantitativo de beneficiários dos programas e serviços sempre na lógica daqueles que conformam a figura do mais devastado de provisões. É desconsiderado, portanto, que “o trabalho dedicado à emancipação do homem e à satisfação de suas necessidades não pode limitar-se a uma quantidade e a uma forma historicamente dada” (FAERMANN; MELLO, 2016, p. 106).

Evidencia-se a lógica burocrática do trabalho quantitativo em detrimento do qualitativo nos espaços em que atuam os assistentes sociais. Essas são requisições que vem aumentando para o Serviço Social nos últimos tempos e que afastam os profissionais do trabalho direto com a população, visto que dificultam o desenvolvimento de ações continuadas e impedem o estabelecimento de vínculos com os usuários. Ademais, quando assumidas de

forma burocrática, não agregam conhecimentos sobre as informações adquiridas e nem tampouco sobre o trabalho realizado (FAERMANN; MELLO, 2016, p. 102).

Atuam materializando uma dimensão técnico – operativa balizada pelos ditames do Estado, as quais “padronizam procedimentos, fortalecem ações de “adestramento” da classe trabalhadora (cada vez mais fragmentada), gestão da pobreza em detrimento de atendimento aos seus reais interesses, ora alterando estratégias de luta que enfrentem os ditames institucionais (GARCIA; CUNHA, 2019, p. 12).

Trata-se de uma condição de trabalho que produz um duplo processo contraditório nos sujeitos assistentes sociais: a) de um lado, o prazer diante da possibilidade de realizar um trabalho comprometido com os direitos dos sujeitos violados em seus direitos, na perspectiva de fortalecer seu protagonismo político na esfera pública; b) ao mesmo tempo, o sofrimento, a dor e o desalento diante da exposição continuada à impotência frente à ausência de meios e recursos que possam efetivamente remover as causas estruturais que provocam a pobreza e a desigualdade social. (RAICHELIS, 2011, p. 435).

Destarte nunca se fez tão imprescindível, “no âmbito institucional, [...] fortalecer a resistência ao mero produtivismo quantitativo, medido pelo número de reuniões, de visitas domiciliares, de atendimentos, sem ter clareza do sentido e da direção social ético-política do trabalho coletivo.” (RAICHELIS, 2011, p. 435).

Por isso a luta pela qualificação e capacitação continuadas, por espaços institucionais coletivos de estudo e de reflexão sobre o trabalho desenvolvido, o debate sobre as concepções que orientam as práticas e os efeitos por elas produzidos nas condições de vida dos usuários, é parte da luta pela melhoria das relações de trabalho e direito da população de acesso a serviços sociais de qualidade. Quanto mais qualificados os trabalhadores sociais, menos sujeitos a manipulação e mais preparados para enfrentar o assédio moral no trabalho, os jogos de pressão política e de cooptação nos espaços institucionais (RAICHELIS, 2011, p. 436).

Apesar de toda lógica individualizadora desencadeada e fortalecida pela ofensiva neoliberal, a qual se mune de diversos mecanismos para fragmentar a classe trabalhadora, obviamente a categoria de assistentes sociais, bem como “suas entidades representativas, é através da organização coletiva que se criam condições concretas para a resistência frente à violação dos direitos, pela melhoria das condições de trabalho e fortalecimento do compromisso do Serviço Social por uma sociedade emancipada” (RAICHELLIS, 2011, p. 436). Assim, contrapondo-se a toda essa avalanche que na aparência assume uma forma de sociabilidade para todo o sempre, a análise sociohistórica nos permite evidenciar que o movimento da realidade pode caminhar para direções diversas, que confronte com o que está posto e transcenda a figura do assistente social, como aquele que em muitos momentos



exerce a “[...] a função de um juiz rigoroso da pobreza, técnica e burocraticamente conduzida, como uma aparente alternativa à cultura do arbítrio e do favor” (IAMAMOTO, 2012, p.161).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O assistente social, enquanto parte da classe trabalhadora não está imune aos constrangimentos e desproteções resultantes da nova morfologia do trabalho na sociabilidade do capital.

Quando elegemos o profissional para destacar as particularidades da concretização do trabalho na política de assistência social, em nenhum momento visamos desconsiderar outras categorias que também atuam no interior da política, também vivenciam os reflexos da precariedade das condições de trabalho, no entanto, compreendemos que a vinculação histórica da profissão com a política de assistência social e o seu compromisso com a classe trabalhadora, explicitado no Projeto Ético Político da profissão traz questões mais conflitantes no cotidiano de trabalho desse profissional quando se depara com um cenário no qual sua autonomia relativa transita para uma condição de autonomia subordinada, sujeita cada vez mais aos ditames do capital, e, assumindo juntamente como parte desse Estado violador, a execução de ações que caminham nessa direção, se contrapondo as defesas da profissão.

O seu saber é reduzido e substituído por procedimentos manualescos, que versam acerca da gestão da pobreza em detrimento de uma atuação emancipatória o que corrobora fortemente para um cenário adoecedor, para o qual não vislumbramos saídas que não perspasse pela luta coletiva.



REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, N. L. T. de e ALENCAR, M. M. T. de. **Serviço Social, trabalho e políticas públicas**. São Paulo: Saraiva, 2011.
- ALVES, G. **Trabalho e subjetividade: o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório**. São Paulo, Ed. Boitempo, 2011.
- CARVALHO, M. C. B.; NETTO, J. P. **Cotidiano: conhecimento e crítica**. São Paulo: Cortez, 2012.
- CUNHA, M.M; GARCIA, R.R.A. **A autonomia do assistente social ante as mudanças do trabalho abstrato** Disponível em: <http://teste.periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22312>. Acesso em: 06 de fev. 2020
- FAERMANN, L. A; MELLO, C.V. **As condições de trabalho dos assistentes sociais e suas implicações no processo de adoecimento dos profissionais**. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/view/23035>. Acesso em: 25 de jan. 2020.
- GARCIA, R.R.A. Disponível em: **Assistência social e os sujeitos do sexo masculino: uma análise do atendimento através do Centro de Referência da Assistência Social** https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/180532/Garcia_RRA_me_fran.pdf?sequence=3&isAllowed=y. Acesso em: 06 de fev. 2020.
- IAMAMOTO, M. V. O Serviço Social na cena contemporânea. Serviço Social e Direitos Sociais e competências profissionais. In: **CFESS/ABEPSS/CEAD-UnB**. Brasília: CEAD/UnB, 2009
- MASCARENHAS, M. ET.AL. **O Trabalho do assistente social nas políticas públicas: desafios cotidianos**. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/mesas/o-trabalho-do-assistente-social-nas-politicas-publicas_-desafios-cotidianos.pdf. Acesso em: 11 de fev. 2020.
- RAICHELIS, R. **Intervenção profissional do assistente social e as condições de trabalho no Suas**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n104/10.pdf>. Acesso em: 11 de fev. 2020.
- RAICHELIS, R. **O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n107/03.pdf>. Acesso em: 11 de fev. 2020.
- VICENTE, D. **Desgaste mental de assistentes sociais: um estudo na área da habitação**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282015000300562. Acesso em 09 de fev. 2020.

CUIDANDO DO CUIDADOR: UM ESTUDO SOBRE AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS FUNCIONÁRIOS DA FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE

Rosiane Pinheiro Palheta (Fundação Hospital Adriano Jorge), Lucélia Regina Pacheco Araújo (Ulbra); Maria Geralda Correia Ozório (Fundação Hospital Adriano Jorge).

RESUMO: O presente estudo objetivou observar e traçar um perfil dos trabalhadores de saúde e servidores da Fundação Hospital Adriano Jorge (FHAJ) quanto aos principais motivadores do adoecimento, além de ser necessário a identificação das condições de saúde e os principais problemas que tem acometido os funcionários no ambiente de trabalho. É de suma importância identificar também, os principais agravos de saúde e os motivadores do afastamento do trabalho, para que programas e projetos sejam implementados melhorando as condições e o ambiente de trabalho. Foi feita pesquisa qualitativa, dando preferência à pesquisa documental através dos prontuários obtidos junto ao Núcleo de Atendimento ao Trabalhador (NAT). O levantamento de dados foi feito de maneira minuciosa, fazendo a seleção e separação do material disponível para efetividade e precisão estatística, dando lugar à curiosos e importantes resultados.

ABSTRACT: The present study aimed to observe and outline a profile of health workers and employees of Fundação Hospital Adriano Jorge (FHAJ) regarding the main motivators of illness, in addition to the need to identify health conditions and the main problems that have affected employees in the workplace. It is also extremely important to identify the main health problems and the reasons for leaving work, so that programs and projects are implemented, improving working conditions and the working environment. Qualitative research was carried out, giving preference to documentary research through the medical records obtained from the Worker Assistance Center (NAT). The data collection was done in a detailed way, making the selection and separation of the available material for effectiveness and

PALAVRAS-CHAVE: Adoecimento, Trabalhador, Saúde, saúde mental.



1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal do Brasil de 1988 versa sobre trabalho em diversos artigos, ela diz em seu art.193 que o trabalho é a base da ordem social, e ainda no seu art.170 destaca a valorização do trabalho humano, sendo a maior lei vigente no país e necessária seu cumprimento, o ambiente o qual o indivíduo vende sua mão de obra deve dignificar a vida humana, caso isso não seja possível pela essência do trabalho, a lei prevê acional remuneratório.

O ambiente hospitalar é um espaço que tem como objetivo acolher e cuidar de pessoas, no entanto, este mesmo ambiente é reconhecido como insalubre, penoso e perigoso para trabalhar (MORETTO et al, 2003, p. 52). Por diversos motivos é considerado pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) como um dos ambientes mais insalubres, penosas e até perigosas, o que são fatores que afetam diretamente não apenas a saúde física mais a saúde psíquica do profissional de saúde. Mesmo o processo de adoecimento dos trabalhadores sendo considerado algo imanente ao próprio processo de produção de vida, pode ser desenvolvido diversas políticas públicas que amenizem esse processo, e aumentem não apenas a qualidade de vida a qualidade do trabalho desenvolvido pelo profissional, podendo atender melhor e refletindo melhorias no sistema de saúde pública e até na economia, então surgiu a necessidade de primeiramente desenvolver um estudo que trace o perfil de funcionários e doenças que possam causar sofrimento no ambiente de trabalho, para que então sejam desenvolvidas atividades específicas que tenham efetividade na melhora da saúde do trabalhador e redução do sofrimento nas jornadas de trabalho. Os resultados da investigação científica realizada sobre este tema na realidade da Fundação é o se propõe o artigo aqui apresentado.

2 OBJETIVOS:

Geral: Traçar um perfil dos trabalhadores de saúde e servidores da Fundação Hospital Adriano Jorge quanto às suas condições de saúde e os principais motivadores do adoecimento.

Específicos:



- Identificar as condições de saúde e quais os principais problemas que tem acometidos os funcionários no ambiente de trabalho.
- Identificar os principais agravos de saúde e os motivadores do afastamento do trabalho fazendo uma relação com às doenças ocupacionais.
- Traçar um perfil dos trabalhadores afastados por agravos ocupacionais.

3 MÉTODO

Para esta investigação, foi escolhida a pesquisa documental como método mais adequado, visto que a saúde do trabalhador na Fundação Hospital Adriano Jorge é um setor ainda recente na história da instituição. Foram privilegiadas as fontes documentais, como prontuários disponibilizados no núcleo a partir dos quais foram aplicados os instrumentos de coleta de dados através de um roteiro que permitiu extrair dados sobre o perfil de saúde dos trabalhadores que passam pelo núcleo. Após o levantamento de dados que ocorreu entre Novembro de 2018 a maio de 2019, foi feita a tabulação e análise estatística dos resultados para melhor compreensão e análise dos resultados do estudo, interpretações de leis que versam sobre o tema, diálogos informais com os funcionários que trabalham no local de coleta e os que foram atendidas no período determinado.

Teve como lócus de estudo o Núcleo de Atendimento ao Trabalhador (NAT) da Fundação Hospital Adriano Jorge (FHAJ), local designado para atender os servidores que necessitam de atendimento de saúde e para validar os atendimentos feitos fora da instituição, além de consultas periódicas, preventivas e curativas. Com autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação Hospital Adriano Jorge, a coleta de dados, para obtenção de dados mais atuais, foram escolhidos apenas dados dos prontuários de 2016 e 2017.

4 RESULTADOS

A palavra trabalho vem do latim *tripaulium* um instrumento formado por três paus que eram usados para torturar presos e animais. Daí sua conotação de tortura, sofrimento, castigo (ROSSATO, 2001). O trabalho tem diversos significados na vida do indivíduo, não é apenas um meio para conseguir estabilidade financeira; há também questões sociais que rodeiam a todos que estão confinados em seus locais de trabalho, por exemplo, estabelecimento de



relações com o outro, sentimento de vinculação, ter coisas a realizar para a vida não ficar entediante e status social (MORIN, 2001).

Segundo Marx apud Rossato, O trabalho é a mediação entre o homem e a natureza. Pelo trabalho o homem transforma a si mesmo e à natureza. Agindo sobre o mundo exterior e modificando-o, o homem modifica a si mesmo. O que diferencia o homem do animal é que ele consegue raciocinar, planejar e consegue ver mentalmente o que deseja produzir.

Em meio às organizações, a tristeza é geralmente nomeada ou confundida com a depressão, e o medo como paranoia. O sujeito sempre expressa seu sofrimento, quer seja ele de maior ou menor grau, as verbalizações reproduzem diversas maneiras de aflição do indivíduo, contudo, a fala não é o único meio de externalizar as angústias vividas pelo o mesmo. Há várias maneiras de manifestá-lo, pelos sonhos, corpo e pelo trabalho (BRANT; GOMEZ, 2004). Nesse artigo, é discutidos o trabalho no campo da saúde onde as relações de trabalho são bem desgastantes e o cuidar do outro é uma prática que ganha muitos significados para quem é cuidado e para quem cuida.

O campo da saúde do trabalhador, ainda é novo e as pesquisas sobre esse tema ainda são poucas. O próprio estudo sobre a saúde do trabalhador é difícil de ser realizado levando em conta que os profissionais e trabalhadores tem uma posição dentro do espaço de trabalho que implica nas formas que ele se comporta e se coloca em frente às situações que vivencia no espaço de trabalho, sobretudo no que diz respeito aqueles que têm a saúde mental comprometida em decorrência de relações hierárquicas adoecedoras e que vitimizam inúmeros trabalhadores.

A saúde do trabalhador não se restringe à proteção e segurança como preconizado há muito tempo pelas normativas da área da segurança do trabalho e seus agentes ambientais, biológicos, mecânicos dentre outros causadores, mas outros fatores importantes, como o sofrimento mental e de relações desiguais no processo produtivo.

O trabalho será focado na área da saúde do trabalhador do SUS que ainda é um campo em construção

Sabe-se que as ações de prevenção se valem de abordagens distintas do ponto de vista teórico e metodológico, com maior ou menor impacto sobre os determinantes dos agravos presentes nas situações de trabalho. Nesse sentido, como parte integrante da saúde Coletiva, o campo da ST constitui-se como espaço interdisciplinar e pluri-institucional que apreende o trabalho como um dos principais determinantes sociais da saúde. (Costa et all, 2013:12).

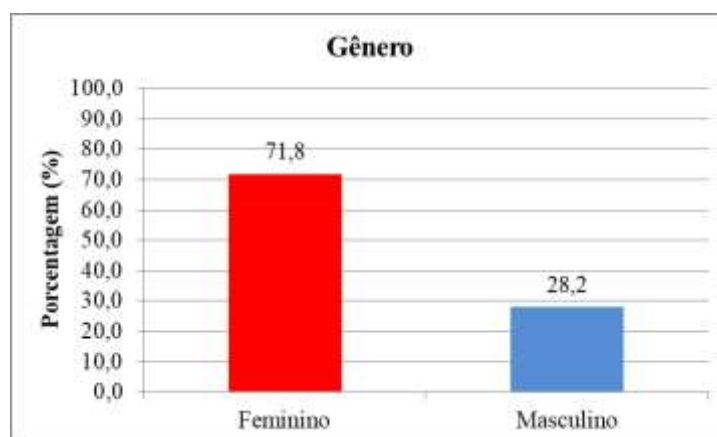


O campo é novo e complexo pois seu objeto de ação inclui ações de saúde preventivas, promocionais e assistenciais tendo o trabalhador na sua individualidade e coletividade protagonista nos processo de mudança. Embora exista essa premissa, é muito comum os funcionários desconhecerem o papel e até mesmo a existência do campo da saúde do trabalhador, sobretudo, nos seus ambientes de trabalho.

A pesquisa de campo foi realizada no Núcleo de Atendimento de Saúde do Trabalhador (NAT) da FHAJ sendo realizadas visitas e conversas com profissionais engajados naquele núcleo para compreender a dinâmica de funcionamento e os atendimentos feitos pela equipe, composta por quatro clínicos gerais de dedicação exclusiva que revezam horários durante a semana para realização dos atendimentos, estes são realizados de segunda à sexta de 6 às 18 horas. Na equipe multiprofissional também existe duas técnicas em enfermagem e uma psicóloga de dedicação não exclusiva ao núcleo. A implantação deste espaço foi um grande avanço para a saúde do trabalhador da Fundação Hospital Adriano Jorge, pensado principalmente para a melhoria da saúde ocupacional dos funcionários.

Foram coletados dados e analisados 184 prontuários, sendo 125 mulheres e apenas 59 homens no período estudado. Dessa forma, a primeira questão a ser discutida a partir da tabulação de dados junto ao Núcleo de Atendimento ao Trabalhador (NAT) é a questão de gênero. Do total dos prontuários analisados, 71,8% são as trabalhadoras de saúde e apenas 28,2% são os trabalhadores conforme a seguinte figura:

FIGURA 1
DISTRIBUIÇÃO DE GÊNERO. (%)



FONTE: Pesquisa de campo realizada pela bolsista do PAIC.



Traçando o perfil dos funcionários da Fundação Hospital Adriano Jorge que, os profissionais que mais procuram o NAT não exercem a mesma profissão em ambos os sexos, os profissionais de linha de frente como os da enfermagem, contabilizam o maior número de procura por ajuda clínica quando se trata das mulheres, a porcentagem é de 37,6%, quanto ao sexo masculino vê-se a maior procura por parte dos agentes administrativos, os números são de 27,1%, porém é importante ressaltar que o técnico em enfermagem é a segunda profissão que mais procura atendimento entre o sexo masculino, contabilizando 22,0%, e a segunda maior procura no caso dos prontuários femininos são de agente administrativo que são de 11,2%. Com esse resultado estatístico podemos concluir que essas profissões citadas anteriormente são as profissões que mais adoecem na Fundação Hospital Adriano Jorge, como mostra a Tabela 1.

Esse fato pode estar associado à crescente mão de obra feminina nos serviços de saúde, sobretudo, quando relacionados às profissões, que culturalmente, são de supremacia feminina como Enfermeiras e Assistentes sociais, por exemplo, e são essas profissões que a literatura aponta como as que são mais estressantes, pela natureza do trabalho, além disso:

A inserção crescente no mercado de trabalho não tem desobrigado as mulheres de suas funções tradicionais, o que implica o acúmulo de tarefas, com maior estresse físico e mental, além dos riscos ocupacionais conseqüentes à dupla inserção. Estudos têm demonstrado que, como decorrência da dupla jornada feminina, o número médio de horas trabalhadas pelas mulheres é superior ao dos homens³. O trabalho doméstico, mesmo em sociedades mais desenvolvidas, não tem diminuído substancialmente quanto ao volume, já que houve aumento de sua complexidade e das expectativas relacionadas à limpeza das casas, à lavagem das roupas, ao preparo dos alimentos e à educação dos filhos. (Aquino et AL, 1992:195).

Aliado a esta realidade crescente onde as mulheres enfrentam dupla jornada de trabalho e, no caso das profissionais de saúde que enfrentam até tripla jornada de trabalho pois na área da saúde a possibilidade de acúmulo de emprego tem levado muitas delas ao stress e ao adoecimento cada vez mais comum na área da saúde.

TABELA 1

DISTRIBUIÇÃO QUANTO À PROFISSÃO



Profissão	Frequência	%
Agente Administrativo	30	16,30
Artífice	7	3,80
Assistente social	5	2,72
Auxiliar administrativo	11	5,98
Auxiliar de enfermagem	7	3,80
Auxiliar de patologias clínicas	3	1,63
Auxiliar de serviços gerais	2	1,09
Enfermeira	5	2,72
Estagiário	5	2,72
Fisioterapeuta	2	1,09
Motorista	4	2,17
Não registrado	12	6,52
Técnico de patologias clínicas	3	1,63
Téc. Em radiologia	2	1,09
Técnico de enfermagem	60	32,61
Técnica em patologias clínicas	5	2,72
Outras	21	11,35
Total	184	100,00

FONTE: Pesquisa de campo realizada pela bolsista do PAIC.

Corroborando com os dados sobre o mercado de trabalho feminino, se pode observar da tabela acima que a maior frequência dentre os trabalhadores de saúde que procuram o NAT, estão na categoria da enfermagem (43,51%), dentre técnicos, auxiliares, enfermeiros dentre outros, o que demonstra que a categoria da enfermagem é a que mais adoece dentro da FHAJ. (16,30) são agentes administrativos e (5,98) auxiliares administrativos.

Para melhor identificação das doenças e a universalização de conhecimento sobre elas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publica e atualiza todos os anos a Classificação Internacional de Doenças, popularmente conhecido pela sua sigla CID, através desta é possível identificar com mais facilidade os diagnósticos e assim acompanhar o histórico de adoecimento dos pacientes. Nesse contexto os dados coletados apontam que o registro da CID é muito pouco utilizada por parte da equipe médica do NAT. Não havia o registro da CID



na maioria dos prontuários estudados, e demonstra que a continuidade do tratamento dos funcionários fica comprometida, apenas em 30,43% dos prontuários constavam CID e em 70,11% não possuía registro, ou seja, mais da metade dos prontuários coletados, como mostra a tabela abaixo:

TABELA 2
DISTRIBUIÇÃO QUANTO POSSUIR CID.

Possui CID	N	%
Sim	56	30,43
Não	129	70,11
	184	100

FONTE: Pesquisa de campo realizada pela bolsista do PAIC.

É possível observar que há uma grande procura por ajuda médica quando há sintomas relacionados à problemas de saúde pontuais como dores no corpo todo, cefaléias, gripes ou sintomas transitórios. Tais problemas podem ser consequência do estresse causado no exercício de suas funções e as jornadas de trabalho noturnas exaustivas, muito tempo em pé também é prejudicial e ocasiona dores em várias partes no corpo, além de movimentos repetitivos realizados de maneira errada que prejudicam articulações e músculos. A tabela abaixo expõe as doenças mais frequentes registradas.

(11,41%) procuraram o serviço do NAT por conta de dores no corpo, (8,52) por gripe. É importante registrar que (8,70) dos atendimentos foram feitos para buscar encaminhamentos e (8,15) para solicitação de exames, o que deixa claro o NAT tem funcionalidade mais voltada para o nível curativo e menos para o preventivo.

TABELA 3
DISTRIBUIÇÃO QUANTO AO DIAGNÓSTICO.



DIAGNÓSTICO	Frequência	%
Acidente no trajeto para o trabalho	2	1,09
Ansiedade, insônia.	3	1,63
Bronquite aguda, encaminhamento para exames.	1	0,54
Cefaleia	11	5,98
Colesterol alto e diabetes	2	1,09
Cólica pós diarreia, cefaleia, entrega de exames, fotofobia	1	0,54
Congestão nasal	2	1,09
Crise de hipertensão arterial	1	0,54
Dermatite	1	0,54
Diabetes	7	3,80
Diarreia	5	2,72
Dificuldades de micção	2	1,09
Dor em partes ou em todo o corpo	21	11,4
Dorsalgia, contusão na coxa	1	0,54
Encaminhamento para exames ou médico especialista	16	8,70
Estado gripal	12	6,52
Febre	7	3,80
Gastrite	2	1,09
Glaucoma	1	0,54
Hemorragia, solicitação de exames	1	0,54
Hernia de disco	1	0,54
Hipertensão	8	4,35
Vômito	2	1,09
Infecção urinária	2	1,09
Inflamação (não especificado o local)	1	0,54
Insônia	4	2,17
Irritação em um dos olhos	2	1,09



Lesões no membro superior direito.	1	0,54
Mal-estar	3	1,63
Registro de atestado	9	4,89
Resultado de exames(normal)	2	1,09
Solicitação de Exames	15	8,15
Torção no tornozelo ou pé	2	1,09
Tosse com secreção	7	3,80
Outros diagnósticos	26	14,1
		3
Total	184	100

FONTE: Pesquisa de campo realizada pela bolsista do PAIC.

Como consequência do adoecimento frequente e sofrimentos intensificados pelas doenças e sintomas que prejudicam a saúde e o desenvolvimento profissional dos trabalhadores e trabalhadoras da Fundação Hospital Adriano Jorge, há muitos pedidos de afastamento para tratamentos mais efetivos, o Núcleo de Atendimento ao Trabalhador é o local onde se comunica afastamentos mediante apresentação de atestados e laudos médicos, ou mesmo o próprio profissional atuante e disponível no NAT atesta esse afastamento quando é competente para fazê-lo. É de suma importância ressaltar que apesar de não ser a maioria dos casos registrados, os transtornos mentais são os que mais impactam na qualidade do trabalho e vida do funcionário e conseqüentemente são as doenças que mantêm o trabalhador afastado do trabalho por mais tempo.

As doenças mentais são as que mais têm afetado a população nos últimos anos e quando se fala em trabalhador de saúde, esses dados ainda são incipientes. No caso desta pesquisa, apenas (1,63) dos atendimentos dizia respeito à episódios de ansiedade e insônia. Quanto ao afastamento, foram apresentados os seguintes dados:

FIGURA 2

DISTRIBUIÇÃO QUANTO AOS AFASTAMENTOS DOS TRABALHADORES



FONTE: Pesquisa de campo realizada pela bolsista do PAIC.

Em 51,1% dos atendimentos não houve afastamento do trabalho a partir do NAT. Mesmo sendo registrados, muitos afastamentos em 7% dos registros não citaram a causa, que poderia ser especificada através do CID, nem o tempo de afastamento do trabalhador. Muitos atendimentos feitos no NAT, tem o objetivo apenas de autenticar e reforçar um atestado que o trabalhador trouxe de outro estabelecimento de saúde, como rotina e exigência para dar veracidade aos afastamentos, ou seja, atua mais no sentido da fiscalização e controle do que no tratamento de saúde e suas causas e repercussões.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em face do que foi levantado e observado neste estudo, é possível concluir que a saúde do trabalhador necessita de uma equipe multidisciplinar atuante para que haja uma efetividade nas ações de saúde para os funcionários da FHAJ. O trabalho deve pautar as ações na saúde preventiva que de fato veja o trabalhador em suas necessidades e não apenas cumprindo o papel de burocrático e regulamentador das necessidades de controle de gestão sobre a vida funcional dos trabalhadores de saúde.

Há necessidade de apoio à saúde mental do trabalhador, tendo em vista que os transtornos mentais são as doenças que mantêm o funcionário mais tempo afastado e que

causam maior sofrimento durante a jornada de trabalho, além de que, políticas preventivas são totalmente necessárias e eficientes tanto no âmbito da saúde mental quanto no campo físico. O Núcleo de Atendimento ao Trabalhador (NAT), precisa de uma equipe qualificada para atendimento, acompanhamento e ações efetivas para a saúde mental, e não um instrumento para fins burocráticos de interesse administrativo, como por exemplo, a entrega de atestados e laudos de afastamento, e não há um olhar efetivo para o cuidador.

“É importante ressaltar que não é possível uma política de humanização dos cuidados em saúde sem que se inclua os profissionais de saúde neste escopo de trabalho” (MORETTO et al, 2003, p.54). A humanização do ambiente de trabalho começa pela atenção ao funcionário deste ambiente. O que se observa é a necessidade de políticas públicas que levem em consideração as necessidades dos trabalhadores, além de políticas de qualificação para atender e ouvir os funcionários e ressignificar a funcionalidade do NAT.



REFERÊNCIAS

- BRASIL. **[Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil.**
- COSTA, D; LACAZ, F. A de C; FILHO, J. M. J.; VILELA, R. A. G. **Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública.** Rev. bras. Saúde ocup., São Paulo, 38 (127): 11-30, 2013.
- MORETTO M. L. T. et al. **“Cuidando de quem cuida”:** assistência psicológica ao trabalhador da saúde. Psicologia Hospitalar. USP – São Paulo: 2013, p. 52 – 55.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, P. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria.** 1ed. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 1996.
- CARDOSO, R.C.I. **Aventuras de antropólogos em campo ou como escapar das armadilhas do método.** In: Ed. Paz e Terra, 1986. P. 95-105.
- CELLARD, A. **A análise documental.**In: POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, Vozes, 2008.
- DEVERA, D; ROSA, A. da C. **Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis.** Revista de Psicologia da UNESP, 6(1), 2007.
- GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** Atlas, 1991.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 11a ed. São Paulo, HUCITEC, 2008.
- PIMENTEL, A. **O método da análise documental: seu uso numa pesquisa histórica.** Cadernos de Pesquisa, n.114, p.179-195, nov., 2001.
- Yasui, S. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira.** Tese de Doutorado. ENSP- Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006.

CONDIÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE DOS/DAS ASSISTENTES SOCIAIS: PARTICULARIDADES DO INSS-GEX/BEL.

Sara Daltro Tavares Paiva (UFPA); Vera Lúcia Batista Gomes (UFPA)

RESUMO: Este trabalho objetiva analisar as condições de trabalho e a saúde dos/as assistentes sociais que atuam no INSS-Gex/Belém-Pará; foi baseada em resultados parciais de uma pesquisa empírica que está sendo realizada junto aos profissionais que atuam na área da seguridade social; parte do entendimento de que as mudanças no mundo do trabalho provocadas pela crise do capitalismo contemporâneo e do avanço do neoliberalismo têm afetado as condições de trabalho e vida, repercutindo na saúde desses/as profissionais; as reflexões empreendidas neste estudo conduziram a constatação de que as condições de trabalho nesse espaço sócio ocupacional tem repercutido na saúde dos/as mesmos/as.

Palavras-chave: Trabalho; condições de trabalho; saúde; Serviço Social

ABSTRACT: This paper aims to analyze the working conditions and health of social workers working at INSS-Gex / Belém-Pará; It was based on the partial results of an empirical research that is being carried out with social security professionals; part of the understanding that the changes in the world of work caused by the crisis of contemporary capitalism and the advance of neoliberalism have affected working and living conditions, affecting the health of these professionals; The reflections undertaken in this study led to the conclusion that working conditions in this socio-occupational space have had an impact on their health.

Key words: Work; work conditions; health; Social service



1. INTRODUÇÃO

As últimas décadas do século XX são envoltas em um contexto de profundas transformações provocadas pela crise do capitalismo que se arrasta desde os anos 1970, no mundo. Desta forma, tornou-se imperioso para o capital, a busca de estratégias para o enfrentamento de mais uma de suas crises que se expressa por um período de baixas taxas de crescimento econômico combinado com altas taxas de inflação e níveis de desemprego, em ascensão, colocando em cheque o padrão de acumulação vigente nos períodos anteriores, que era regulamentado pelo modelo de produção taylorista-fordista, com base no Estado Keynesiano, nos países de capitalismo avançado. (HARVEY, 2008). Desta maneira, a crise do capital instaurada nos anos 70 provocou profundas mudanças na vida social da classe trabalhadora, com repercussões no papel do Estado e no mundo do trabalho. Uma das explicações encontradas pela burguesia para esta crise foi o esgotamento do Estado de Bem-Estar Social ou *Welfare State*, sob a justificativa de que este gastava demais com o social e intervia menos na economia de mercado; com efeito, o neoliberalismo apresentado como estratégia para o enfrentamento às repercussões da mencionada crise. Assim, o novo modelo de Estado orientado pelas ideais neoliberais seria capaz de “superar” a crise instaurada, bem como, deveria ser mais forte para cercear as reivindicações dos trabalhadores, diminuindo o poder dos sindicatos de classe ou cooptá-los, comprometendo-se com restauração de uma “taxa de natural de desemprego”, além de realizar reformas fiscais para incentivar investimentos econômicos, isto é, diminuir os impostos sobre os rendimentos mais altos (ANDERSON, 1995).

Paralelamente a isso, na década 1970, começa a ser implantado um novo padrão de produção, baseado na reestruturação da produção e de novas formas de gestão da força de trabalho, caracterizados pela flexibilização da produção e do processo de trabalho que, diferentemente, do modelo anterior (taylorista-fordista), marcado pela rigidez na esteira de produção, passou a exigir que o trabalhador domine o manuseio de novas tecnologias de produção, o que por sua vez requer maior qualificação do trabalhador, atribuindo-lhe, também, a responsabilidade por sua própria vigilância, induzindo-o a polivalência, tendo em vista que foram flexibilizados os produtos e os padrões de consumo visando atender as demandas individuais e específicas dos consumidores (ANTUNES, 2009, ALVES, 2007).

Sendo assim, a combinação neoliberalismo, reestruturação produtiva e financeirização do capital repercute, mundialmente, penalizando de forma mais atenuante os/as trabalhadores/as dos países de capitalismo periférico com medidas dos ajustes fiscais que desmontam a proteção social, desregulamenta leis trabalhistas, projeta privatizações para a previdência social, para a saúde pública e algumas instituições. No que se refere à Previdência Social, as orientações neoliberais têm se reverberado via contrarreformas previdenciárias que afetam não apenas o acesso dos/das usuários/as da mencionada política, mais, também, os/as assistentes sociais que atuam na mesma, tanto em relação à forma, quanto ao conteúdo do trabalho que exercem nesse espaço sócio ocupacional. É com base nessas considerações que neste artigo, procurou-se problematizar as repercussões das condições de trabalho no INSS/ Gex-Bel e as suas repercussões na saúde dos/as assistentes sociais que atuam nesse espaço sócio ocupacional. Teve por base a análise de resultados parciais obtidos em uma pesquisa empírica realizada com assistentes sociais que atuam na previdência social, no mencionado INSS, cuja abordagem foi do tipo quanti- qualitativa, a partir da aplicação de 22 (vinte e dois) questionários e 9(nove) entrevistas individuais que foram realizadas devido, somente os dados obtidos no questionário não ter possibilitado a apreensão de certos aspectos referentes às relações de trabalho dos/as assistentes sociais que atuam na Previdência Social. As reflexões empreendidas com a elaboração deste artigo conduziram a constatação de que as condições de trabalho nesse espaço sócio ocupacional tem repercutido na saúde dos/as mesmos/as, o que à adoção de estratégias coletivas para a luta por melhorias das condições de trabalho nesse espaço sócio ocupacional e, conseqüentemente, para a saúde desses/as profissionais.

2. O TRABALHO PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL NO INSS – GEX-Belém: elementos para a sua compreensão

Para a compreensão do trabalho profissional do assistente social no INSS - Belém/Pará considera-se importante, inicialmente, destacar, que o exercício profissional do/a assistente social se encontra inserido em processos de trabalho, segundo a perspectiva marxiana do termo. Sob essa ótica, afirma-se que o objeto de trabalho deste profissional são as expressões da questão social, entendidas como o conjunto de desigualdades e contradições sociais inerentes ao sistema capitalista, no qual os resultados do trabalho

coletivo estão concentrados em uma parcela mínima dos donos dos meios de produção, tendo por consequência o aumento da desigualdade social, da pobreza e da miséria (IAMAMOTTO, 2005).

Para essa autora, os meios de trabalho profissional do/a assistente social são o conhecimento e os instrumentais expressos nas dimensões técnico-operativa, teórico-metodológica e ético-política, cuja intencionalidade é a transformação da realidade social e, para tal, torna-se imperioso apreender as novas formas e determinações sociais provocadas pela atual crise do capitalismo desencadeadas, a partir dos anos 1970, as quais incidem na vida social.

Segundo Cartaxo (2007), dentre essas novas determinações sociais destacam-se as transformações ocorridas no mundo do trabalho expressas pela flexibilização do trabalho, pela terceirização, pela redução do trabalho vivo, pelo aumento do desemprego estrutural e pela perda do padrão de proteção social. Logo, tais transformações incidem, diretamente, no exercício profissional, em conformidade com as determinações sócio históricas e políticas que vêm ocorrendo ao longo dos anos.

Assim, torna-se fundamental entender o Serviço Social enquanto um trabalho inscrito na divisão sócio técnica do mundo do trabalho, instituído no contexto da consolidação do capitalismo e ampliação do Estado, para intervir no trato das expressões da questão social (IAMAMOTO, 2005). Esta relação implica na compra e venda da força de trabalho do/da assistente social, cujo maior empregador, no Brasil, tem sido o Estado. No entanto, apesar do/ assistente social ser um considerado/a um/a profissional liberal, pela sua condição de assalariado não dispõe de todas as condições necessárias para realizar o seu trabalho, por isso, depende dos recursos materiais e financeiros das instituições e organizações que compram a sua força de trabalho. Em síntese, a “condição de trabalhador assalariado não só enquadra o assistente social na relação de compra e venda da força de trabalho, mas *molda* a sua inserção socioinstitucional na sociedade brasileira” (IAMAMOTO, 2005, p. 62).

Seguindo esta lógica, o assistente social é um trabalhador assalariado que faz parte da classe trabalhadora na sociedade capitalista, portanto, é vendedor da sua força de trabalho enquanto uma mercadoria que possui um valor de uso e de troca. Assim, o trabalho exercido por esse profissional incide na distribuição e redistribuição da mais-valia, contribuindo, desta forma, para a produção e reprodução social (IAMAMOTO, 2005). Isto é, o trabalho profissional do assistente social, incide na esfera da produção/reprodução social, na medida em que lida



diretamente com a vida material dos indivíduos, os quais buscam, pela via do trabalho, satisfazer as suas necessidades básicas e, se reproduzir, socialmente. Desta forma, o mercado de trabalho para os profissionais de Serviço Social, apresenta-se diversificado, pois embora do ponto de vista legal o mesmo seja concebido como uma profissão liberal, esta não é a tendência dominante, no Brasil, haja vista que os maiores empregadores de assistentes sociais são entidades patronais, governamentais ou estatais, demandando serviços sociais diversos, como afirma a autora:

Assim, por exemplo, na empresa, o assistente social pode participar do processo de reprodução da força de trabalho e/ou da criação da riqueza social, como parte de um trabalho coletivo, produtivo de mais-valia. Já na esfera do Estado, no campo da prestação de serviços sociais, pode participar do processo de redistribuição da mais-valia, via fundo público. Aí seu trabalho se inscreve, também, no campo da defesa e/ou realização de direitos sociais de cidadania, na gestão da coisa pública. Pode contribuir para o partilhamento do poder e sua democratização, no processo de construção de uma contrahegemonia no bojo das relações entre as classes. Pode, entretanto, imprimir outra direção social ao seu trabalho, voltada ao reforço das estruturas e relações de poder preexistentes, os marcos da cotidianeidade. (IAMAMOTTO, 2005, p. 24).

No que tange a particularidade do trabalho profissional do/a assistente social que atua no INSS, em consonância com a teoria crítica, cabe ressaltar que o trabalho do/a assistente social na Previdência Social tem por base a apreensão das diversas determinações sócio históricas, legitimando, assim, o exercício profissional neste espaço sócio ocupacional, em tempos de crise do capitalismo e avanço do neoliberalismo. Embora a previdência social integre o tripé da seguridade social, no Brasil, juntamente, com a saúde e a assistência social, instituída a partir da promulgação da CFB (CFB), em 1988, a mesma se diferencia das demais, na medida em exige que os/as usuários/as contribuam, previamente, com determinada quantia, em troca de dos serviços previdenciários, gestados a partir da lógica dos seguros sociais (SOUZA, 2017).

Contudo, apesar da seguridade social ter se instituído enquanto uma política pública universal, contraditoriamente, constata-se que a partir dos anos 1990, no País, as políticas públicas passaram a ser focalizadas e fragmentadas, sobretudo, pela redução dos cortes no orçamento público, tendo por consequência a redução ao acesso dos sujeitos aos serviços das mencionadas políticas. Sendo assim, o/a assistente social como um trabalhador assalariado inscrito na divisão sócio técnica do trabalho, que tem como principal espaço sócio ocupacional, a seguridade social, atuando, diretamente, na formulação, execução e avaliação



das políticas públicas e sociais, vem sofrendo os impactos dos mencionados cortes em seu cotidiano de trabalho.

Desta forma, constatou-se que a Previdência Social, no Brasil, desde os anos de 1990, sob orientação neoliberal, vem passando por contrarreformas, porém, atualmente, enfrenta ameaças de novas mudanças baseadas na tendência da instituição de seguros privados, reverberando nas condições de trabalho dos/as assistentes sociais, sob a forma de diversas tentativas de extinção do Serviço Social no INSS. Em consequência, uma das principais mudanças ocorridas no trabalho profissional desses/dessas profissionais tem sido a priorização de suas ações voltadas para a operacionalização do Benefício de Prestação Continuada (BPC), em detrimento dos atendimentos aos direitos previdenciários, a proposta de Emenda Constitucional 287 (Reforma da previdência), dificultando, ainda mais, o acesso dos usuários do INSS aos seus direitos previdenciários. A propósito, importa ressaltar a recente alteração da forma dos atendimentos aos segurados que passou a ser via digital, o que, sem dúvidas dificulta a orientação dos direitos e benefícios de forma correta.

Essas mudanças estão na direção oposta das atribuições dos/das assistentes sociais que atuam na área da previdência social, sobretudo, após o período de reconceituação do Serviço Social que demarcou o seu posicionamento enquanto uma profissão comprometida com a luta geral dos/as trabalhadores/as, e em específico, com aqueles que procuram acessar seus direitos previdenciários, porém, as mudanças advindas das contrarreformas vêm atingindo, diretamente, o cotidiano desse profissional, sob as formas de precarização das condições de trabalho, desvalorização da profissão e até mesmo as tentativas de extinção e desqualificação do Serviço Social do INSS. Neste contexto, o trabalho desses profissionais torna-se permeado por disputas de classe envolvendo interesses antagônicos, haja vista que o Instituto é voltado à lógica do seguro social, enquanto que o assistente social atua na perspectiva inversa: A seguridade social, ou seja, *“um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”*, de caráter redistributivo objetivando a universalização da cobertura e atendimento dos seus usuários, conforme o dispositivo no Título VIII Da Ordem Social, artigo 194 da CFB de 1988.

Sendo assim, as formas de gestão vigentes no INSS, particularmente, da Gex-Bel, são baseadas em metas de produtividade em detrimento da valorização do trabalho e as condições de trabalho que expressam novas formas de exploração da força de trabalho e,



provavelmente, repercutem na saúde dos mencionados profissionais. Importa registrar que além das diretrizes de ação preconizadas na Matriz Teórico Metodológica do Serviço Social (NTMSS) do INSS instituída, em 1994, o/a assistente social que atua na Previdência Social pauta o seu trabalho no Código de Ética do Assistente Social instituído, em 1993, na Lei nº 8.662 de 7 de junho de 1993 que regulamenta a profissão, “estatutos que regulamentam o exercício profissional dos Assistentes Sociais e no artigo 88 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, que estabelece as diretrizes para ação do Serviço Social na Previdência” (BRASIL, 1994, p. 12). Merece destaque, ainda, outro documento legal construído coletivamente para a atuação do serviço social no INSS: O manual técnico, o qual teve sua elaboração iniciada em meados de 2007 por um conjunto de profissionais partícipes do Grupo de Trabalho que visava discutir sobre a reestruturação administrativa do Instituto, o qual tinha, também, a responsabilidade de construir e atualizar as diretrizes para a ação profissional dos assistentes sociais, em consonância com os dispositivos e diretrizes da Matriz (BRASIL, 2012). Embora esses marcos legais garantam, na lei, o exercício do trabalho profissional do/a assistente social na Previdência Social, esse/a profissional encontra diversos entraves para a qualidade do referido trabalho profissional, dentre estes, destaca-se as condições de trabalho, inclusive com repercussões na saúde dos/as mesmas, conforme serão analisadas a seguir.

3. AS CONDIÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS NO INSS-GEX/BEL.

Na tentativa de aprofundar a compreensão sobre as condições de trabalho dos/as profissionais que atuam no **INSS-GEX/BEL**, construiu-se o quadro abaixo, elucidando os pontos positivos e negativos que as assistentes sociais relataram sobre a estrutura das Agências da Previdência Social – APS’s, nas quais atuam, fazendo destaques para as condições adequadas e as inadequadas para o seu exercício profissional.

Gráfico III: Identificação das Condições de trabalho das pesquisadas no INSS – GEX/Bel



Fonte: Elaboração própria com base nos dados coletados na pesquisa de campo

O gráfico acima indica que as condições de trabalho, no INSS, no que concerne ao sigilo profissional, a mobília, ao espaço para atendimento coletivo, a sala para atendimento individual e o ruído, em geral, não são adequadas para as assistentes pesquisadas exercerem o seu trabalho profissional, sobretudo, ao considerar o que preconiza as linhas de ação constantes na MTMSS e no Manual Técnico de Serviço Social na Previdência Social. Em relação às salas individuais, 05 (cinco) profissionais afirmaram que não possuem espaço físico fixo, obrigando-as transitar entre estas, à mercê, muitas vezes, da desocupação da sala dos médicos ou da finalização do turno de outra assistente social:

[...] assim, como chegou mais uma colega, cada uma tinha uma e as duas atendiam, agora eu divido a minha [...] aí eu divido, porque eram 4, agora são 3, aí eu divido e a outra fica sozinha, aí como eu mudei de horário, as vezes quando eu chego tenho que esperar ela acabar de atender, e às vezes ela procura outra sala, de um médico que já tenha ido, aí ela continua o atendimento, por que sempre a gente pega o finalzinho do atendimento dela é o início do meu, aí ela muda de sala, entendeu!? quem zanza mais é ela procurando sala e a estrutura do INSS que não nos dá autonomia (Assistente social n. 7).



A propósito deste relato, importa registrar que em uma das agências do INSS-GEX-BEL, a sala utilizada pelo Serviço Social é cedida, improvisada, espelhada, a qual possui duas entradas, o que faz com que algumas pessoas precisam transitar por ocasião do atendimento, prejudicando o sigilo profissional e a privacidade. Assim, a assistente social procura contornar essa situação, conversando com os servidores da agência, solicitando aos mesmos que não atrapalhem o andamento dos atendimentos:

[...] Eu estabeleci algumas coisas né, por exemplo, apesar da sala não ser o ideal, eu peço pra não entrar enquanto eu estiver atendendo; pra bater, antes de entrar, né? Se eles olharem verem que tem alguém, que eu tô no meio de um atendimento eles não interromperem, então, eu estabeleci algumas coisas. É chato, mas, até agora eu não tenho deixado de fazer o meu trabalho por causa disso né, porque se eu for esperar as condições ideais é difícil ... (Assistente social n. 8).

Esse depoimento revela que o local de trabalho compromete a privacidade no atendimento realizado pelo assistente social, pois, a porta da sala semiaberta predispõe a escuta de pessoas fora da sala, obrigando tanto a assistente social quanto o usuário a falarem em baixo tom de voz, dificultando a qualidade da escuta e da orientação aos usuários. O sigilo profissional expresso no artigo 15 do Código de Ética do/a assistente social se constitui um direito, deste, no ambiente de trabalho, resguardando tanto o profissional quanto todas as informações decorrentes do atendimento aos usuários/as. Contudo, dada às condições de trabalho das APS'S-GEX/Bel pesquisadas, o sigilo profissional é respeitado de forma parcial, pois, embora haja armários com chaves que possam garantir a segurança das informações, o ruído e o barulho das salas obrigam que a comunicação entre profissional x usuário se dê em tom de voz mais alto, propiciando a escuta de outras pessoas.

Observa-se que o espaço físico para o atendimento individual é inadequado para o trabalho exercido pela assistente social que atua naquela Agência, o que acontece, também, em outras agências. Trata-se, por exemplo, de salas que não possuem ar-condicionado, desde 2013, obrigando a assistente social a trabalhar com a porta entreaberta para entrar a ventilação, visto que a sala não possui nem um tipo de ventilação, exceto um pequeno ventilador adquirido com recursos da própria profissional:

Aqui a gente tem dificuldade né, da questão da insalubridade, a sala não tem janela, não tem ar condicionado, existe a possibilidade, desde 2013 que eu tô pedindo...Tem vários e-mails pedindo ar condicionado, semana passada eu mandei mais um (...) Isso aí é questão, mesmo da falta de condições, ambiente mesmo; na segunda feira quando eu chego aqui tá insuportável! Quando eu entro..., é a questão do adoecimento mesmo! (Assistente social n. 4).



A acústica foi pontuada como um agravante no ambiente de trabalho, pois, em inúmeras situações deve-se elevar ou diminuir o tom de voz para resguardar o sigilo profissional e que o ruído de fora da sala não atrapalhe o bom andamento dos atendimentos. No que tange a mobília verificou-se que, em geral, é antiga e não adequada do ponto de vista ergonômico, como por exemplo, as mesas dos computadores. Entretanto, dada à necessidade de trabalhar, diretamente, com um sistema eletrônico, todas as profissionais possuem computador, com acesso restrito a internet, livre apenas para o acesso com fins da instituição:

(...) Aqui atrás acontece a junta de recursos; eles reúnem aqui a tarde, o início da manhã e tem uma mesa bem grande aqui atrás. Então a acústica complica, às vezes eu tô com uma pessoa aqui e eles começam a brigar. Aí, eu às vezes tenho que dar uma batidinha aqui pra eles lembrarem que eu tô em atendimento. É só um compensado, então, o sigilo às vezes não é assegurado, nem que eles vão escutar, eu é que não consigo escutar a pessoa que está na minha frente, eu não posso falar alto, a pessoa também não pode falar alto, então, isso aqui às vezes compromete essa questão da acústica e do ar condicionado (Assistente social n. 4).

O ruído, o barulho fica muito grudado com a sala da perícia, eu escuto o que eles falam, eles não escuto o que eu falo porque eu falo baixo, eu falo manso né, mas incomoda um pouco, não é o ideal (Assistente social n. 8).

Esses relatos evidenciam que as condições de trabalho das APS's, em geral, são insalubres, o que provoca a sensação de mal-estar aos servidores que trabalham nas salas sem ventilação e ar condicionado, sobretudo, ao considerar que, em Belém, o clima é quente e úmido, devido a sua localização geográfica. Embora em condições adversas, os/as pesquisados/as exercem o seu trabalho, mesmo que esteja afetando a saúde das mesmas, pois, em decorrência do conteúdo do trabalho que exercem, somado às questões referentes a luta pela manutenção da profissão, no instituto, o processo de trabalho no INSS configura-se duplamente dificultoso: Primeiramente por lidar com as expressões da questão social, sobretudo, ao considerar o princípio básico do exercício profissional que é a luta intransigente em defesa dos direitos humanos que vem sendo amplamente atacados em tempos de crise do capital e neoliberalismo; E em segundo lugar, em tempo de cortes de gastos sociais, o Serviço Social é alvo de constantes ameaças de extinção da estrutura do INSS, tentativas de descaracterização da profissão e desvio de função. Para além da insuficiência de salas, torna-se fundamental destacar a implicação desta situação para a articulação dos/das assistentes sociais no que tange a elaboração de projetos e estratégias de intervenção profissional, assim como, a falta de infraestrutura adequada tem prejudicado, acentuadamente, o trabalho coletivo tanto com os usuários devido à falta de salas adequadas para reuniões em grupos,



etc. A precária infraestrutura das agências do INSS expressa a escassez de recursos financeiros investidos na Previdência Social, o que dificulta tanto o trabalho interno quanto externo realizado fora do ambiente institucional junto as comunidades, aos movimentos sociais e outras instituições relacionados a rede sócio assistencial.

Esta situação pode ser compreendida ao tomar por base a lógica neoliberal que difunde a ideia de que as políticas sociais públicas são onerosas demais ao Estado, sendo necessário, portanto, reduzir os custos com as mesmas ou mesmo extingui-las, privatizando os seus serviços. A redução de recursos e a recente burocracia de liberação para a realização dos mencionados trabalhos coletivos intra e extra-institucionais reverbera, sobremaneira, no funcionamento adequado da rede de serviços sócio assistenciais, dada a necessidade de articulação com os Centro de Referência de Assistência Social - CRAS, Centro Especializado de Assistência Social - CREAS e outras instituições; as dificuldades encontradas para o deslocamento dos/das profissionais inviabilizam, muitas vezes, o trabalho dos mesmos. O sucateamento de recursos que implica na precarização do trabalho restringe, ainda mais, o acesso à informação dos usuários da Previdência Social que dela necessitam, reverberando no desconhecimento de seus direitos sociais, assim como, na diminuição do poder de mobilização social dos diversos movimentos sociais, trabalhadores/as rurais, ribeirinhos, dentre outros, para luta dos seus direitos. Em consequência, as condições de trabalho apresentadas parecem repercutir na saúde de certos profissionais, pois, 44,8% das profissionais foram afastadas do trabalho por problemas relacionados a tais condições e por esse motivo solicitaram licenças por um período que varia entre semanas e chegam até mais de 3 (meses). De outro modo, 55% das pesquisadas informaram que não se ausentaram por doença provocada pelo trabalho, mas, sim, por doença já acometida anterior ao ingresso no Instituto, porém, afirmaram que o seu quadro de doença pode ter sido agravado (30%) devido a precariedade das condições para exercerem o seu trabalho. Os depoimentos abaixo são elucidativos nesse aspecto:

(...) como apresentei esse quadro de doença, e aí o estresse, a rotina, tudo isso agrava o meu quadro, agora que se estabeleceu um quadro que tem um CID, a rotina em si, ela deixa...Ela tem agravado, sim, o meu quadro e às vezes eu preciso me afastar (Assistente social n. 8).

(...) Não, eu já fui afastada do trabalho por acidente de trabalho, que eu torci meu pé e fiquei uns 15 dias, aí. Mas tem tido casos de absenteísmo que às vezes eu não consigo vir trabalhar, de acordar tão cansada, tão cansada que "hoje eu não vou dar conta", aí tem acontecido com uma frequência de 1 vez por mês tem acontecido, nesse mês agora aconteceu duas vezes (Assistente social n. 4). (Grifo meu).



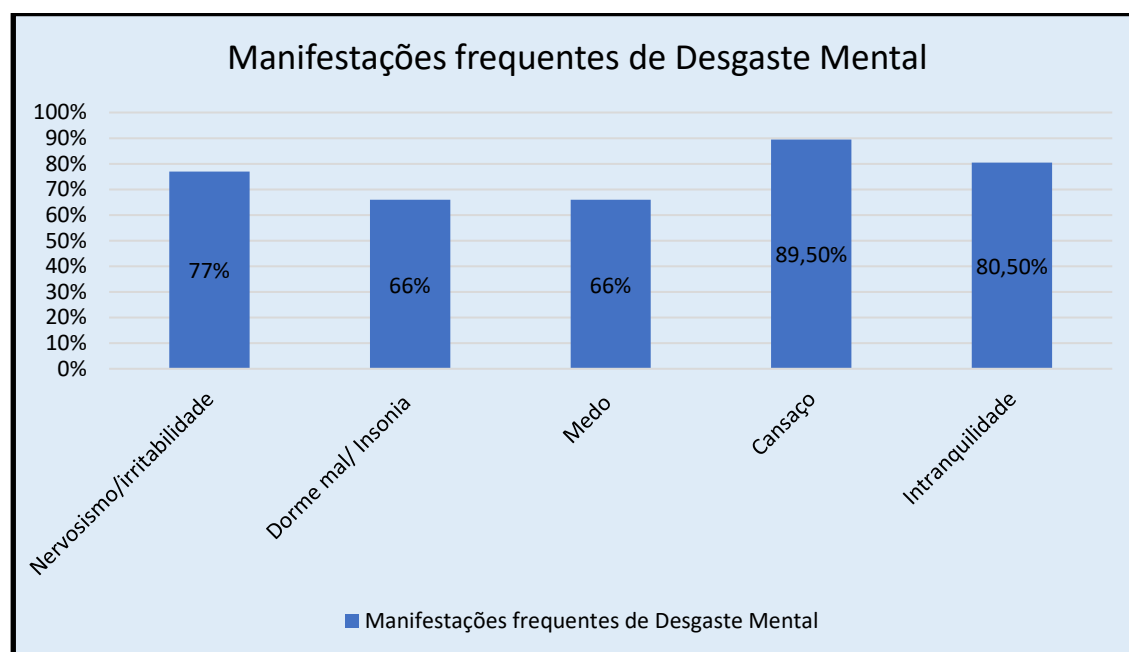
Embora as condições de trabalho sejam adversas à saúde dos servidores do INSS, em particular a dos assistentes sociais, os gerentes têm se posicionado dizendo que não há como melhorar essas condições, por falta de recursos. Contudo, estudos de Gentil (2006) evidenciam que a previdência social é superavitária, alcançando índice de R\$76,2 bilhões em superávit, em 2013. Assim, reitera-se, a existência de uma tensão constante entre a forma da gestão x autonomia profissional e atribuições/competências do serviço social no INSS, a qual expressa interesses distintos, de forma nítida: De um lado, a gestão do Instituto pressiona os/as assistentes sociais para o alcance de metas, pelo atendimento com tempo regulado e pelo aumento do trabalho automatizado e, de outro, o serviço social que tem compromisso com a classe trabalhadora na perspectiva da garantia e universalização de direitos sociais. Na previdência social, por muitas vezes, esses direitos são negados devido aos critérios seletivos e excludentes da política.

Sabe-se, pois, que este quadro é determinado pelas contradições e conflitos decorrentes da relação capital x trabalho, a qual se acirra em tempos de crise do capital, cujas estratégias para o seu enfrentamento, no mundo e no Brasil, tem sido o fortalecimento do projeto neoliberal. Sendo assim, na Previdência Social, a lógica do seguro social, a contenção de gastos sociais nas políticas sociais públicas, em detrimento do investimento na seguridade social têm sido a tônica. Neste contexto, dentre outras consequências, restringe-se a atuação do serviço social ou ainda, tenta-se descaracterizá-lo como profissão por meio de diversas ações, dentre as quais se elenca a seguir: - Contratação para cargo genérico Analistas do Seguro Social para profissionais com formação na área social, dentre os quais o/a assistente social; - a exigência de pedidos de autorização para a realização de trabalhos previstos no manual técnico; - a demora no atendimento às solicitações de espaço físico e melhorias de condições de trabalho; - assédio moral para a realização de trabalho administrativo; - redução do tempo para a avaliação social do BPC, dentre outros. Essas situações podem, também, repercutir na saúde dos/as assistentes sociais que atuam no (INSS)-GEX/BeI, na medida em que as mesmas vêm sofrendo desgastes físicos e emocionais desde a admissão até a atualidade. Soma-se a isso, a preocupação dessas profissionais com os rumos e o futuro do Serviço Social no INSS, dada a iminência de uma nova reforma previdenciária e as diversas tentativas de deturpação e extinção da profissão da estrutura da previdência social, que vêm ocorrendo desde a década de 1990. Em consequência, constatou-se que os profissionais pesquisados com maior tempo de serviço, isto é, que possuem uma trajetória de mais de 20

anos no referido Instituto, sentem um cansaço permanente, inclusive, devido uma série de adoecimentos relacionados ao trabalho. Assim, é possível inferir que as condições de trabalho nas APS's têm repercutido no adoecimento de certos/as assistentes sociais, sobretudo, no que concerne aos agravos à saúde mental, pois, estudos efetuados por Laurell (1989) sobre o conceito de desgaste operário e o seu processo de trabalho, revelam a existência de diversos “elementos que interatuam dinamicamente entre si e com o corpo do trabalhador, gerando aqueles processos de adaptação que se traduzem em desgaste, entendido como a perda da capacidade potencial e/ou efetiva corporal e psíquica” (p. 110).

Segundo Seligmann-Silva (2011), o desgaste mental é conceituado como uma forma de sofrimento ocasionado e intensificado pela produção e reprodução do trabalho no sistema capitalista. Esta concepção de desgaste mental parece oferecer elementos para entender a relação que se estabelece entre as condições de trabalho dos/as assistentes sociais do INSS e os agravos à saúde dos/as mesmos/as, ao considerar que os agravos não se constituem, apenas, em danos físicos, mais, também, mentais, conforme pode ser evidenciado no gráfico abaixo.

Gráfico IV: Identificação de manifestações de desgastes mental dos/as assistentes sociais pesquisadas



Fonte: Elaborado pela autora, com base nos dados da pesquisa de campo.



Segundo Vicente (2015), o aparecimento destes sintomas de desgaste mental apresentados acima, pode ser entendido enquanto uma determinação do trabalho no modo de produção capitalista, no qual os/as assistentes sociais de todas as áreas de atuação podem ser acometidos. Para Lourenço (2016) a expressão de algum adoecimento na forma pela qual está organizado o mencionado modo de produção, é sempre, uma possibilidade efetiva ou em potencial. O gráfico acima revela a particularidade das assistentes sociais que atuam no INSS (Gex-Bel) e reitera estas tendências identificadas pelas autoras, uma vez que, expressa os desgastes mentais que as referidas profissionais manifestam, com frequência, no trabalho, os quais, podem reverberar em adoecimentos e agravos a saúde.

Assim, percebe-se que o cansaço, a intranquilidade, e o nervosismo/irritabilidade aparecem com maior frequência nas pesquisadas e referem-se tanto ao trabalho em si, quanto a busca pela permanência no mesmo. O medo e os distúrbios de sono, segundo as pesquisadas, relacionam-se, sobretudo, as tentativas de exclusão do serviço social na previdência, o qual permeia a rotina de trabalho neste espaço sócio ocupacional desde a inserção das profissionais, bem como, as mudanças estruturais que ocorrem, em âmbito estrutural e reverberam no trabalho, conforme elucidado no depoimento a seguir:

(...) quando veio a tentativa de nos tirar da estrutura do INSS, do regimento interno **eu não dormi, eu passei a noite acordada**, a gente fez um movimento em três dias nós rodamos essa cidade inteira, eu, a D. (nome) e mais outras colegas em coletivo, indo buscar apoio, **nós fomos em uns 10 lugares em três dias**, era quarta, quinta e sexta (...) Foi um movimento nacional das assistentes sociais do INSS que conseguiram reverter isso, **ao mesmo tempo que isso nos mobiliza, nos motiva, nos desgasta, porque eu tive pesadelo de chegar aqui e a minha sala estar invadida, de terem levados meus livros, de não me deixarem entrar na sala, eu tive essas paranoias** (Assistente social n.4) (Grifo nosso).

Constatou-se, ainda, outras manifestações que apareceram com menor frequência, os quais as profissionais referiram sentir, por vezes, em relação ao trabalho, a saber: - Crises de choro (44%); - tonturas (33%); - Dores de cabeça (33%); perda do interesse no trabalho (44%). Estas observações permitem inferir que, embora o trabalho nos moldes do modo de produção capitalista, seja por si só, desgastante, as manifestações do mesmo para a saúde dos/das assistentes sociais tem se apresentado enquanto determinantes para o surgimento ou agudização de adoecimentos no âmbito mental e físico, bem como, para o comprometimento do bem-estar dos sujeitos. Outras patologias vinculadas à saúde mental expressaram-se em algumas profissionais, das quais, destacam-se: - ansiedade e depressão,

acentuados, segundo os depoimentos, sobretudo, a partir da inserção do INSS digital e aumento das demandas espontâneas em busca de orientação social:

(...) eu adoeci a primeira vez em maio do ano passado quando esse INSS digital foi... quando foi o projeto, aí começou o **estresse**, porque como eu falei a população já tá com todo a razão aborrecida e chegam realmente gritando e as vezes falando e a gente se **desgasta**, ou então quando a gente escuta a pessoa chorando (Assistente Social n. 7).

Dessa forma, além das manifestações de desgastes mentais sofridas pelas pesquisadas, constatou-se que as mesmas foram acometidas de outras doenças que provocaram agravos físicos: 1) Em menor proporção, verifica-se problemas de pressão arterial, estômago e voz; 2) LER/DORT, que segundo o Portal da Ergonomia no Trabalho³⁷⁷ é causada pela repetição e tensão de movimentos, tendo como principais determinantes as condições inadequadas de trabalho, o esforço excessivo, a má postura, o stress, dentre outros; 3) Fibromialgia, que se refere a uma doença crônica, cujos sintomas podem ser agravados devido ao estresse, problemas para dormir, traumas físicos e psicológicos. Considerando que esses sintomas aparecem entre os/as pesquisados/as, infere-se que a probabilidade da referida doença aumenta, afetando diretamente, assim, a saúde dos mesmos, pois:

(...) a gente não consegue fazer praticamente nada, é só aguardar, então isso abala a gente psicologicamente, abala muito, (...) dá vontade de dizer eu vou embora pra minha casa eu não aguento mais. Então, tudo acaba nos prejudicando, tanto que adoeci, eu fui diagnosticada com **fibromialgia**, eu sentia muita dor, muito sono, muito cansaço e também problema na coluna, então além de ter inchado a demanda pra gente e essa preocupação de a gente ficar se reafirmando, se reafirmando, eu não aguentava mais (Assistente Social n. 7) (Grifo nosso).

Percebe-se, pois, que embora esta doença não possua, cientificamente, as suas causas bem definidas, a partir do exposto, nota-se que as condições de trabalho no INSS têm agravado as manifestações de crise dessa patologia, sendo, portanto, uma das determinantes para agravar a situação de saúde dos/as assistentes sociais pesquisados. 4) Síndrome de *Burnout*, considerada por alguns autores³⁷⁸ como uma doença que atinge, notadamente, os/as trabalhadores/as que lidam com o público e se envolvem emocionalmente com o mesmo (VASQUES-MENEZES, 1999). Sendo assim, caracteriza-se pelo esgotamento físico e emocional, sentimentos fortes de tensão, falta de energia e recursos para lidar com os problemas que surgem no cotidiano profissional, tal qual elucidado abaixo:

³⁷⁷ Consiste em um portal digital que contém uma vasta literatura sobre a questão da ergonomia no trabalho.

³⁷⁸ Maslach (1982), Freudenberg (1974); Amorim e Turbay (1998)

(...) Aí eu conversando com a médica que faz a perícia e com as características que eu tenho é de síndrome de *Bournout*, aí ela disse “**É, todo mundo tem isso**”. Mas não devia ter, porque o trabalho ele não devia ser um motivo de adoecimento, pelo contrário, deveria ser motivo de prazer, mas aqui a gente trabalha até a exaustão que a gente vê que a gente fica com a saúde mental afetada, com a falta de disposição de ir trabalhar todos os dias sabe, especialmente, nós que já estamos na reta final né, então é muito difícil acordar todos os dias e ir pra lá (Assistente social n. 3) (Grifo nosso).

O depoimento acima revela que a visão apresentada pela médica perita, naturaliza os adoecimentos e agravos a saúde a que são acometidos os/as trabalhadores/as e, permite inferir que, ao fazer tal afirmação ratifica as análises efetuadas por Marx (1980), no capítulo VIII do livro I de “O capital” sobre o trabalho nas fábricas inglesas, no século XIX, estabelecendo uma relação entre o trabalho desenvolvido na indústria e os diversos adoecimentos determinados pelo trabalho, sobretudo, ao considerar a jornada extenuante de trabalho, assim como, a precarização das condições para o desenvolvimento do mesmo. Assim, para este autor, o modo de produção capitalista transfigurou o conteúdo do trabalho, transformando-o, a partir da venda da força de trabalho, em uma mercadoria. Com isso, a atividade que deveria ser de satisfação das necessidades pessoais, motivo de prazer e, ontologicamente, constituinte do ser social, passou a se configurar um potencializador de adoecimentos, dada a sua estrutura e organização nos moldes do capitalismo. Importa mencionar que segundo relato das pesquisadas, a repercussão do trabalho na saúde das mesmas se manifesta a curto e médio prazo, o que de certo demandou cuidados médicos, porém, ainda requer acompanhamento, conforme as especificidades de cada situação, pois alguns sintomas, ainda, persistem: “(...) Isso é complicado, causa ansiedade, causa impotência, sensação de impotência, de dever que a gente não consegue dar conta e aí a gente sempre tem que estar inventando coisas pra estar minimizando os efeitos dessa questão” (Assistente social n. 4).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste artigo possibilitou a constatação de que as condições de trabalho na GEX-Bel têm repercutido na saúde dos/as assistentes sociais, o que tem conduzido à tendência, de um lado, a adoção de estratégias individuais que, ao nosso ver, não irão trazer melhorias efetivas e, tampouco, isoladamente, o Serviço Social por um viés “messiânico” poderá enfrentar as ameaças, inclusive de extinção do INSS. Por outro lado, não há como



desconsiderar a luta e o comprometimento expresso em cada pesquisada, o que possibilitou inferir que não há um sentimento de fatalismo em relação ao futuro da categoria profissional no Instituto, à medida em que adotam estratégias de enfrentamento considerando os limites e possibilidades que vivenciam na instituição. Neste sentido, observou-se que a premissa básica que rege o enfrentamento da categoria aos ataques ao trabalho é conduzida pela via de ações voltadas ao fortalecimento do coletivo da categoria profissional de assistentes sociais que atuam no INSS, bem como, outros segmentos de trabalhadores/as. A relação construída ao longo de mais de 70 anos de Serviço Social na Previdência Social brasileira, junto aos usuários permitiu a construção de um processo de articulação com os movimentos sociais que entendem e reconhecem a importância do trabalho dos/as assistentes sociais no INSS. Percebeu-se, com isso, que o reconhecimento dos/as assistentes sociais enquanto parte da classe trabalhadora é fundamental para a luta coletiva, dado o entendimento de que os rebatimentos da relação capital x trabalho não atingem somente a particularidade da Previdência Social, mas também, todo o conjunto daqueles/as que vendem a sua força de trabalho para garantir a sua sobrevivência.



REFERENCIAS

ALVES, Giovanni. **Dimensões da reestruturação produtiva**: ensaios de sociologia do trabalho. 2. ed. Londrina: Práxis, 2007. ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. *In*: SADER, E.; GENTILI, P. **Pós-neoliberalismo**: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995;. ANTUNES, Ricardo L. C. **Os Sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Boitempo, 2009. BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/legislacaoConstituicao/anexo/CF.pdf>. Acesso 15 mar. 2018. HARVEY, David. **Neoliberalismo**: história e implicações. São Paulo: Edições Loyola, 2008. CARTAXO, Ana Maria B.; CABRAL, Maria do Socorro R. O processo de desconstrução e reconstrução do projeto profissional do Serviço Social na Previdência—um registro de resistência e luta dos Assistentes Sociais. **BRAGA; CABRAL (Org.). Serviço social na Previdência: trajetória, projetos profissionais e saberes**, v. 3, 2007. IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. Cortez, 2005. LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza. Saúde do/a trabalhador/ae Serviço Social: estudos da relação trabalho e saúde no capitalismo contemporâneo. **São Paulo: Papel Social**, 2016. SELIGMANN-SILVA, Edith. Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo. *In*: **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**. 2011.

A INTERSETORIALIDADE NO TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: DEMANDAS E ESTRATÉGIAS PROFISSIONAIS

Sofia Laurentino Barbosa Pereira (Universidade Federal Do Piauí)

RESUMO: Objetiva-se analisar a materialização da intersectorialidade no trabalho dos/as assistentes sociais no campo da saúde mental, enfatizando as articulações tecidas entre SUS e SUAS, na realidade de Teresina-Piauí. Constatou-se que as pessoas com transtornos mentais apresentam demandas concretas aos/as assistentes sociais que envolvem a articulação entre diferentes setores e políticas sociais, relacionadas às suas precárias condições de vida, que afetam o processo saúde-doença, sobretudo relacionadas a articulação com a política de assistência social, o que demanda a estes/as profissionais o desenvolvimento de habilidades e a busca por estratégias de articulação com a rede na perspectiva da viabilização de direitos.

Palavras-chave: Intersetorialidade. Saúde Mental. Assistente Social.

ABSTRACT: The objective is to analyze the materialization of intersectoriality in the work of social workers in the field of mental health, emphasizing the articulations woven between SUS and SUAS, in the reality of Teresina-Piauí. It was found that people with mental disorders make concrete demands on social workers that involve the articulation between different sectors and social policies, related to their precarious living conditions, which affect the health-disease process, especially related to the articulation with social assistance policy, which demands these professionals the development of skills and the search for strategies of articulation with the network from the perspective of enabling rights.

Keywords: Intersectoriality. Mental Health. Social Worker.



1. INTRODUÇÃO

O/a assistente social, no campo da saúde mental, atua sobre as refrações da questão social que se manifestam a partir da exclusão da pessoa com transtorno mental do sistema produtivo e do convívio social pelo estigma social que passou a fazer parte da sua identidade, haja vista ser considerado, historicamente, pela sociedade, como uma pessoa perigosa e incapaz, aliado ao estigma e preconceito que passou a rondar esse segmento social.

Essas múltiplas e complexas expressões da questão social que permeiam a vida desses sujeitos são postas como demandas de trabalho concretas para os/as assistentes sociais na saúde mental, mas dificilmente podem ser respondidas a partir de uma única política social. Isso demanda a esses/as profissionais a busca por conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades para mobilizar e articular a rede intersetorial, na medida em que somente assim é possível atender às necessidades sociais dos sujeitos em sua integralidade, buscando respostas na esfera da viabilização dos direitos.

Nessa direção, este artigo, que apresenta parte dos resultados da tese de doutorado da autora, tem como objetivo analisar a materialização da intersectorialidade no trabalho dos assistentes sociais no campo da saúde mental, enfatizando as articulações tecidas entre SUS e SUAS, na realidade de Teresina, capital do Piauí.

O estudo, que se baseou na abordagem qualitativa, privilegiou como cenários da pesquisa de campo seis serviços do SUS – Centros de Atenção Psicossocial, Núcleo de Apoio a Saúde da Família, Hospitais e Maternidade – e três serviços do SUAS – Centros de Referência da Assistência Social e Centro de Referência Especializado da Assistência Social. A coleta de dados ocorreu no ano de 2018, através da realização de entrevistas semiestruturadas com 12 assistentes sociais, levantamento documental nas instituições e observação com registro em diário de campo.

Os participantes da pesquisa foram apresentados ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado de acordo com a Resolução de nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e, após concordarem participar da investigação, foram submetidos a entrevistas elaboradas a partir de um roteiro semiestruturado. Além disso, houve aprovação

pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, via Plataforma Brasil, com CAAE 88160218.9.0000.5214, respeitando os aspectos éticos e legais da pesquisa.

2. SERVIÇO SOCIAL E INTERSETORIALIDADE NA SAÚDE MENTAL

Historicamente, a saúde é o maior campo de trabalho da profissão. De acordo com dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES), através de informações do DATASUS no *site* do Ministério da Saúde, em 2008 existiam 15.228 assistentes sociais atuando em serviços do SUS em todo o país e, onze anos depois, em novembro de 2019, esse número aumentou para um quantitativo de 34.107 (BRASIL, 2020), o que demonstra que a área da saúde permanece como um campo significativo de inserção do Serviço Social e vem absorvendo cada vez mais assistentes sociais ao longo dos anos.

Apesar de sua inserção nesse espaço sócio-ocupacional não ser recente, no entanto, com a ampliação do conceito de saúde legitimado na Constituição de 1988, há um aumento da demanda do trabalho do/a assistente social, principalmente relacionado à exigência de um profissional capacitado para atuar frente aos determinantes sociais dos processos saúde-doença, que se traduzem em necessidades de saúde, e são entendidos como produtos das relações sociais e dessas com o meio físico, social e cultural.

Dessa forma, o Serviço Social tem um papel essencial no campo da saúde, pois sua intervenção se situa nos vários níveis dos determinantes sociais que influenciam no processo de adoecimento dos indivíduos e das populações, em uma perspectiva multidimensional, conforme pontua Fazenda (2017). Isto, pois, o/a assistente social deve atuar a partir de uma visão de totalidade, vislumbrando as múltiplas determinações que envolvem a saúde, ultrapassando a perspectiva meramente biológica, ao intervir diretamente nas diversas expressões da questão social que perpassam a vida dos indivíduos.

Destarte, o trabalho do/a assistente social, tanto na política de saúde quanto nas demais políticas sociais em que se insere no Brasil, é determinado pelas contradições próprias do capitalismo, atuando principalmente no enfrentamento de situações de violações de direitos que afetam as condições de vida da população em geral e, sobretudo, dos setores mais empobrecidos da sociedade. Na saúde mental não é diferente, na medida em que as pessoas com transtornos mentais que buscam atenção o SUS são, prioritariamente,



segmentos de baixa renda e que, portanto, demandam atendimento às suas necessidades básicas, para além do cuidado à saúde mental.

Nessa direção, além de sofrerem com as expressões da questão social inerentes ao sistema capitalista, as pessoas com transtornos mentais sofrem também com os encontros dessas com os preconceitos advindos da situação de exclusão social motivada pela própria condição de serem “loucos” em uma sociedade moderna que valoriza a razão. Assim, são pessoas que são afligidas por questões referentes às desigualdades sociais estruturais e, também, com os elementos restritivos de direitos, relativos aos quadros clínicos, geradores de rejeição e preconceitos diversos (GENTILLI, 2011).

A partir da compreensão da realidade e da proximidade com a vida dos indivíduos que demandam sua atuação, o/a assistente social desenvolve um potencial e habilidades para implementar ações que tenham como alicerce a intersetorialidade e o trabalho em rede, na medida em que somente assim é possível atender às necessidades sociais dos sujeitos em sua integralidade, dentro das diversas políticas sociais em que se encontra inserido. Por isso, considera-se que o/a assistente social, na sua atuação na saúde mental, dispõe de uma bagagem teórico-metodológica e técnico-operativa para atuar na perspectiva da intersetorialidade.

Nessa perspectiva, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2013, p. 30) aponta que para realizar uma atuação competente e crítica na área da saúde, cabe ao/a assistente social, dentre outras ações, “estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais”. Dessa forma, para viabilizar o acesso dos usuários aos seus direitos, faz-se necessário que esses profissionais conheçam e mobilizem a rede de serviços e políticas sociais.

Corroborando com essa análise, Nogueira e Mito (2009, p. 238) defendem que “a ação profissional do/a assistente social se inscreve no campo da promoção da saúde, notadamente no eixo da intersetorialidade”. Por isso, defende-se que o exercício profissional, ao pautar-se na atuação intersetorial, caminha para o fortalecimento da saúde em sua concepção ampliada, enfrentando seus determinantes que têm ligação direta com as condições de vida da população brasileira.



Assim, defende-se que os/as assistentes sociais têm uma relevante contribuição na construção de arranjos intersetoriais nas mais diversas políticas sociais em que atuam, devido, principalmente, à sua formação generalista crítica, sua concepção de totalidade e seu vasto conhecimento sobre a realidade social em que intervêm. A realização de articulações intersetoriais é essencial para suprir as necessidades sociais básicas que afetam diretamente a saúde dos usuários, dentro e fora do sistema de saúde, o que reforça a importância de a política de saúde ser pautada na lógica da intersetorialidade. Essa realidade provoca a necessidade de articulação da política de saúde mental com as demais políticas, serviços sociais e recursos comunitários.

Objetivando compreender como a intersetorialidade se faz presente no trabalho desses profissionais, foi realizada uma pesquisa empírica em alguns serviços do SUS e SUAS de Teresina, capital do Piauí, onde foram entrevistados doze assistentes sociais que trabalhavam nesses espaços sócio-ocupacionais. Nos tópicos a seguir serão destacadas as demandas de natureza intersetorial e as respostas e estratégias profissionais na perspectiva da intersetorialidade.

3. DEMANDAS DE NATUREZA INTERSETORIAL POSTAS AOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS NO ÂMBITO DA SAÚDE MENTAL

A Política de Saúde Mental brasileira oferta cuidado integral e universal através de uma Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do SUS, o que significa que toda pessoa com transtorno mental, independente de classe, sexo, raça/etnia ou idade, pode ser atendida nos seus diversos dispositivos. Todavia, os resultados desta investigação indicaram que há um predomínio de usuários em condições de vida precárias, revelando ainda uma série de expressões da questão social que permeiam os usuários desses serviços, tais como pobreza, baixa escolaridade, desemprego ou emprego precário, violência, abandono família, dentre outros, que têm suas raízes nas desigualdades inerentes ao modelo capitalista. Questão social essa é o objetivo de trabalho do Serviço Social, pois, conforme Iamamoto (2015), é ela que provoca a necessidade de intervenção desse/a profissional em suas múltiplas determinações, tal como vivenciadas pelos indivíduos sociais em suas relações cotidianas.

Assim, na saúde mental, o/a assistente social deve atuar sobre as refrações da questão social que se manifestam a partir da exclusão da pessoa com transtorno



mental do sistema produtivo e do convívio social pelo estigma social que passou a fazer parte da sua identidade, haja vista ser considerado, historicamente, pela sociedade, como uma pessoa perigosa e incapaz, portanto, que deve ser excluída do convívio social. Além do próprio histórico de exclusão social ao qual foi submetida a pessoa com transtorno mental, que se traduz no imaginário social da sociedade na expressão comum de que “lugar de louco é no hospício”, e do estigma e preconceito que passou a rondar esse segmento social e seus familiares.

As múltiplas e complexas expressões da questão social que permeiam a vida da pessoa com transtorno e suas famílias, postas como demandas de trabalho para o/a assistente social, dificilmente podem ser respondidas a partir de uma única política social, o que demanda ao profissional o conhecimento acerca da rede de serviços e de políticas sociais.

Nessa direção, os resultados do estudo revelaram que os usuários atendidos pelos dispositivos da RAPS chegam em busca de assistência à saúde mental, mas aliada a essa demanda estão relacionadas a outras necessidades sociais, decorrentes das expressões da questão social que permeiam a vida desses segmentos e suas famílias e demandam articulação com outros serviços, instituições ou políticas sociais e que se apresentam como demanda concreta aos/as profissionais de Serviço Social.

Nos relatos dos/as participantes da pesquisa, foi possível constatar que as demandas de natureza intersetorial postas pelas pessoas com transtornos mentais e/ou seus familiares aos/as assistentes sociais que atuam nos serviços de saúde mental são diversas, envolvendo: situações de violação de direitos, que requerem acionar o CREAS, o Ministério Público e outros órgãos do sistema judiciário; Passe-Livre, que revelam a necessidade do transporte e requerem articulação com o CRAS ou com a SASC; benefícios previdenciários, que envolvem o INSS; Benefício de Prestação Continuada (BPC), que necessitam de articulação tanto com o CRAS quanto com o INSS; educação, demandando articulação com escola ou outras instituições educacionais; situações de habitação precária, necessitando articulação com a Superintendência de Desenvolvimento Urbano (SDU), dentre outras.

O estudo revelou que as principais demandas de natureza intersetorial envolvem articulação com o campo da assistência social, relacionadas às necessidades sociais básicas dos indivíduos e suas famílias e também situações de violação de direitos, que requerem respostas dos serviços do SUAS. Destaca-se que a assistência social é uma política de

Seguridade Social não contributiva que provê os mínimos sociais e tem como objetivos a proteção social, a vigilância socioassistencial e a defesa de direitos, conforme previsto na Lei Orgânica da Assistência Social (BRASIL, 1993).

Nessa perspectiva, Mattos (2013) defende que “para a efetivação do SUS, faz-se necessária uma interface com a assistência social. O/A assistente social domina essa interface”. Logo, o/a assistente social é um/a profissional estratégico tanto no desenvolvimento de estratégias intersetoriais entre políticas e serviços como também assume um papel essencial tanto na política de saúde mental quanto na política de assistência social – políticas essas caracterizadas historicamente pela inserção de profissionais do Serviço Social.

Nesse sentido, nas entrevistas com assistentes sociais que atuam em CRAS e CREAS, constatou-se que principais demandas de pessoas com transtornos mentais e/ou familiares chegam até esses serviços estão em busca de orientações e encaminhamentos para acesso a benefícios socioassistenciais, tais como BPC, Bolsa Família e Passe-Livre. Assim, as demandas do CRAS têm relação com as situações de vulnerabilidade e risco sociais vivenciadas por esses sujeitos, tendo em vista que esse é um serviço de Proteção Social Básica do SUAS destinado à população “que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e, ou, fragilização de vínculos afetivos” (BRASIL, 2005, p. 33). Isso revela as precárias condições de vida e sobrevivência vivenciadas pelas pessoas com transtornos mentais e seus familiares, que são usuários do SUS e SUAS, principalmente no que diz respeito à pobreza e às condições materiais e sociais de sobrevivência.

Os benefícios socioassistenciais constituem garantias da proteção social na condição de direitos a serem assegurados pela Política de Assistência Social, para a preservação, segurança e respeito à dignidade de todos os cidadãos. Esses benefícios são essenciais, na medida em que a assistência social opera na proteção aos riscos e vulnerabilidades e sabe-se que grande parte da população brasileira vive em precárias condições de vida, o que significa que a oferta de provisões materiais – mas não apenas – resulta em graus crescentes de segurança social aos cidadãos, diante de desproteções sociais vivenciadas (BRASIL, 2013).

Essas demandas por benefícios têm relação com a situação de baixa renda em que se encontram esses usuários dos serviços públicos de saúde mental e seu núcleo família que,



na maioria dos casos, estão intrinsecamente ligados a questão do desemprego/subemprego e a dificuldade que esse segmento tem de se inserir no mercado do trabalho. Essa concepção é reiterada por Machado (2009, p. 81), que afirma que a “[...] a maioria dos usuários dos serviços públicos de saúde mental historicamente foi, e continua a ser composta por pessoas em situação de pobreza e miséria, com rupturas no mercado de trabalho”. Isso explica a crescente demanda de pessoas com transtornos mentais – que tem constatada dificuldade de se inserir no mercado de trabalho – à Política de Assistência Social, principalmente no que se refere à busca pelo acesso a benefícios socioassistenciais, como foi constatada na realidade pesquisada.

É pertinente destacar que apenas os benefícios socioassistenciais, por si só, não vão solucionar a problemática da pobreza e da desigualdade social que assola inúmeras famílias brasileiras, pois essas questões são inerentes ao modelo capitalista e a sua forma de estruturação no Brasil. Entretanto, é inegável que os benefícios e serviços no âmbito do SUAS têm assumido um papel estratégico na garantia de condições mínimas de sobrevivência a uma parcela significativa da população no país.

Ademais, é necessário ficar atento para não restringir a Política de Assistência Social à concessão de benefícios socioassistenciais, fazendo com essa assuma uma perspectiva meramente compensatória, emergencial e residual, afastando-se da sua perspectiva de política de proteção social e mediadora de direitos sociais, o que só pode ser feito em articulação com as demais políticas sociais, sobretudo as que compõem a Seguridade Social e as ligadas à questão de renda e trabalho.

Defende-se que o crescimento de demandas intersetoriais voltadas ao SUAS, sobretudo no que diz respeito à concessão de benefícios, tem relação com o adensamento da questão social no país, que tem no desemprego e na precarização das relações de trabalho sua mais grave expressão na atualidade, segundo Iamamoto (2015). Nessa direção, cabe assinalar que em 2018, há um total de 13,7 milhões de brasileiros desempregados, o que corresponde a um percentual de 13,1% da população com idade economicamente ativa no país. No Piauí, essa realidade é ainda maior, já que apresenta uma taxa de 13,5% de desemprego, o que significa 192.000 piauienses sem emprego no segundo trimestre deste ano (IBGE, 2018).

Dessa forma, o desemprego aparece como uma expressão da questão social que afeta parcela significativa da população e, conseqüentemente, também afeta o segmento de



sujeitos com transtornos mentais, como discutido anteriormente, que tem uma dificuldade ainda maior de se inserir no mercado de trabalho. Em vista disso, a questão do trabalho e da geração de renda são demandas intersetoriais postas pelos usuários dos serviços de saúde mental aos/as assistentes sociais, principalmente no que se refere à necessidade da inserção em cursos profissionalizantes e capacitações para o mercado de trabalho.

Outra demanda no âmbito da Política de Assistência Social que apareceu com frequência nos depoimentos diz respeito à aquisição do Passe Livre – que pode ser Municipal, Intermunicipal, Interestadual ou Passe Livre Cultura – o que evidencia a questão da acessibilidade do usuário e de sua família, seja para acessar o serviço de saúde mental onde realiza o seu tratamento, ou os demais serviços de que necessitar, seja para circular na comunidade e poder exercer o seu direito básico de ir e vir.

Cabe reiterar que o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais são determinantes da saúde, segundo a Lei Orgânica de Saúde e, portanto, influenciam no processo de saúde-doença dos indivíduos, o que demonstra a importância do Passe Livre nesse contexto. Ademais, a Reforma Psiquiátrica defende que a pessoa com transtorno mental não seja vista a partir de um diagnóstico, de sintomas e de medicações, mas que seja considerada na sua integralidade, como um ser social que se encontra inserido em um meio físico e em um contexto socioeconômico, familiar e comunitário. Nessa perspectiva, o Passe Livre aparece como direito e um fator potencializador da integralidade da atenção à saúde e à reinserção social desses sujeitos.

Os resultados da pesquisa também destacaram demandas que envolvem articulação dos serviços de saúde mental com o CREAS, que é uma instituição que oferta Proteção Social Especial no âmbito do SUAS, ou seja, é destinada à prestação de serviços a indivíduos e famílias que se encontram em situação de risco pessoal ou social, por contingência ou violação de direitos (BRASIL, 1993). Os depoimentos evidenciaram alguns casos de pessoas com transtornos mentais e seus familiares marcados por situações de violência, cárcere privado, abuso sexual, negligência familiar, uso abusivo de substâncias psicoativas, dentre outros, que demandam a articulação com o CREAS e, muitas vezes, requerem mobilizar instituições do sistema judiciário e Conselho Tutelar, em episódios que envolvem crianças e/ou adolescentes.

Assim, constatou-se que as demandas de natureza intersetorial postas por pessoas com transtornos mentais e/ou familiares aos assistentes sociais que atuam nos dispositivos



da Rede de Atenção Psicossocial de Teresina requerem articulação com diversos setores, mas se sobressaem as demandas voltadas para o atendimento da Política de Assistência Social, que tem relação com as expressões da questão social que permeiam a vida desses indivíduos.

4. ESTRATÉGIAS DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS PARA VIABILIZAR A INTERSETORIALIDADE

Após a identificação das principais necessidades e demandas de natureza intersetorial postas por pessoas com transtornos mentais aos/as assistentes sociais que atuam nos dispositivos da RAPS e rede socioassistencial, foi questionado a esse/as profissionais acerca das respostas oferecidas a essas demandas, assim como as atividades e estratégias utilizadas para viabilizar a intersectorialidade.

Sobre isso, uma das estratégias bastante citadas foi o encaminhamento, visto como resposta às demandas intersectoriais postas por pessoas com transtornos mentais e/ou seus familiares. Segundo Trindade (2012), o encaminhamento é um procedimento realizado para viabilizar as respostas às necessidades do usuário que demanda atendimento em outros serviços/políticas sociais, logo, é uma ação de articulação intersectorial para fins de viabilizar o acesso a serviços na perspectiva da garantia de direitos.

De modo geral, os/as depoimentos assinalam que o encaminhamento é feito juntamente com a orientação – que é a socialização de informações sobre a rede de serviços e sobre direitos sociais – e com um contato prévio com um profissional da instituição de destino – quase sempre via telefone – para garantir que o usuário seja atendido. Em alguns casos, os/as assistentes sociais ou outro/a profissional acompanha diretamente o usuário até o destino encaminhado, o que, nesses casos, pode sinalizar uma corresponsabilização dos profissionais frente às demandas do usuário.

Segundo Franco (2006), existe uma cultura de encaminhamento que se expressa pela normativa da referência e contrarreferência, largamente utilizadas tanto por trabalhadores do Sistema Único de Saúde quanto do Sistema Único de Assistência Social. Na Política de Assistência Social, referência é o termo utilizado para o encaminhamento do usuário do serviço do menor nível de complexidade para o serviço de maior complexidade, como, por exemplo, do CRAS para o CREAS ou para outro serviço da rede socioassistencial ou para



outra política social (BATISTA; COUTO, 2015). Já a contrarreferência seria o inverso, ou seja, “a contrarreferência é exercida sempre que a equipe do CRAS recebe encaminhamento do nível de maior complexidade (proteção social especial) e garante a proteção básica, inserindo o usuário em serviço, benefício, programa e/ou projeto de proteção básica” (BRASIL, 2009, p. 10). Dessa forma, a referência e a contrarreferência, no âmbito do SUAS, devem contribuir para assegurar o atendimento das necessidades dos usuários, através da redistribuição de responsabilidades e do diálogo constante entre os serviços (BATISTA; COUTO, 2015). No âmbito do SUS, também se utiliza o sistema de referência e contrarreferência como estratégia de comunicação entre os serviços, definindo fluxos de atendimento, de forma a promover a integralidade do cuidado em saúde.

Assim, as relações de referência e contrarreferência, tanto no SUAS quanto no SUS, visam ao estabelecimento de fluxo de atendimento e comunicação entre os serviços, podendo ser um instrumento potencializador da articulação intersetorial. Entretanto, na prática, muitas vezes a referência e a contrarreferência são utilizadas, através do encaminhamento, como uma forma de “empurrar o problema para frente”, ou seja, como uma transferência de responsabilidade entre os profissionais e serviços que, no lugar de viabilizar o atendimento da demanda do usuário, dificultam seu acesso e impedem o usuário de ter sua demanda respondida.

Nessa direção, os resultados da pesquisa revelaram que existe fragilidades no diálogo entre as instituições e os/as profissionais que realizam a referência e a contrarreferência, e vice-versa. Portanto, a “cultura do encaminhamento”, largamente utilizada na realidade investigada, aparece como um fator que dificulta a materialização da intersetorialidade de forma efetiva, na medida em que ela não pode ser reduzida ao mero repasse de demandas e ao diálogo pontual entre profissionais e instituições.

Os achados da pesquisa evidenciam ainda a questão do registro e sistematização dos encaminhamentos realizados como um desafio, pois, mesmo com a existência de um instrumental de referência e contrarreferência, o formulário é pouco utilizado ou, na maioria dos casos, é disponibilizado apenas uma via para o usuário, não ficando uma segunda via para o/a profissional que fez o encaminhamento, para que faça o acompanhamento. Nesse sentido, muitas entrevistadas afirmaram não ter controle dos encaminhamentos realizados, mas, ao mesmo tempo, não apresentam propostas ou soluções para modificar isso.



Mesmo os/as assistentes sociais que afirmam ter um livro de registro, a maioria das informações registradas não é sistematizada e/ou analisada, pois, ao serem questionadas acerca de quantos encaminhamentos realizaram no último ano, nenhum/a entrevistado/a soube responder. Alguns/mas assistentes sociais afirmaram que produzem relatórios dos encaminhamentos às instituições, mas apenas de casos mais complexos que, no geral, envolvem situações de violação de direitos e necessitam acionar algum órgão do judiciário, como Ministério Público, Defensoria ou Tribunal de Justiça, que exigem a elaboração de um relatório.

Nessa direção, Matos (2013) defende que mais do que realizar o registro das ações, é necessário que os/as assistentes sociais façam a sistematização da prática, que envolve um esforço crítico e de avaliação do exercício profissional. Isso, por si só, não leva à investigação científica, mas pode ser instrumento de reflexão sobre o cotidiano de trabalho. Costa (2010) reitera que sem a sistematização de informações, muitas vezes, as articulações intersetoriais ficam restritas a ações pontuais, emergenciais e de responsabilidade apenas de um profissional, que não superam o conjunto de ações fragmentadas. Portanto, a autora reforça a importância da sistematização e publicização dessas articulações, como estratégia para implementar efetivamente a intersectorialidade como uma diretriz do processo de trabalho das equipes e da gestão das políticas sociais.

Segundo pesquisa realizada por Mioto e Schutz (2011), a dificuldade para acionar a rede de serviços leva o/a assistente social a acionar o campo de relações pessoais para realizar os atendimentos, pois, em várias situações, depende do estabelecimento de vínculo com profissionais de outras instituições para realizar a articulação intersetorial, o que também foi observado na realidade estudada.

Verificou-se que diversas vezes os/as assistentes sociais buscam estratégias, como o contato informal com um colega de outra instituição, através de ligações, de mensagens via *whatsapp*, ou mesmo apelam para o relacionamento pessoal com o profissional para tentar viabilizar a demanda do usuário e atender às suas necessidades com mais rapidez. Nesse sentido, Mioto e Schutz (2011) afirmam que as assistentes sociais se utilizam do campo da “cultura do favor” para buscar o atendimento da população:

Os assistentes sociais se referenciam por determinados profissionais das instituições, que se mostram mais comprometidos, e, desta forma, “personalizam” o encaminhamento. Assim, o assistente social cria referências pessoais com outros assistentes sociais, para saber se o usuário está sendo

atendido ou se seu encaminhamento terá continuidade (MIOTO; SCHUTZ, 2011, p. 18).

É necessário sublinhar que apesar do contato informal ser uma estratégia utilizada pelos profissionais para viabilizar o atendimento das demandas do usuário, contudo, essa não é uma solução permanente e não pode ser adotada por todos os profissionais, correndo o risco de a ação ser transmutada de sua perspectiva de direito para o assistencialismo, que está presente historicamente nas políticas sociais e, na atualidade, vai contra os princípios do SUS e do SUAS, e isso vem sendo legitimado pelos/as profissionais.

Apesar de se utilizar da “cultura do favor” e do personalismo, um aspecto interessante diz respeito ao uso da tecnologia para agilizar e/ou solucionar as demandas, como é o caso dos grupos de *whatsapp* citados em diversos depoimentos. Dessa forma, a tecnologia é uma ferramenta importante de trabalho, que pode potencializar a ação profissional e que, por isso, deveria ser formalizada pelos gestores, transmutando da esfera do personalismo para a esfera institucional.

Em relação às ações de caráter intersetorial realizadas no âmbito do SUS, também foi destacado pelas assistentes sociais que atuam na RAPS de Teresina e por representantes da gestão de saúde mental a questão do matriciamento. O apoio matricial envolve o apoio, a orientação e o suporte técnico dos profissionais que atuam nos serviços especializados de saúde mental, como CAPS e NASF, às equipes de Atenção Básica, visando criar uma cultura de corresponsabilização frente às demandas de saúde mental presentes em um mesmo território.

Assim, o apoio matricial difere da lógica do encaminhamento ou da referência e contrarreferência, pois significa responsabilidade compartilhada dos casos, de forma a aumentar a capacidade resolutiva dos problemas de saúde pelas equipes, através do estímulo à interdisciplinaridade e intersetorialidade (BRASIL, 2004).

Considerando a importância da integração da atenção no cuidado em saúde mental, a partir do ano de 2017 as ações de matriciamento passaram a fazer parte da lista de indicadores de saúde no Brasil, conforme consta na Resolução nº 08, de 24 de novembro de 2016, que dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde. Isso significa que o matriciamento deve fazer parte do planejamento, da avaliação e do monitoramento da Política de Saúde

Mental em nível federal, estadual e municipal, além de ser uma exigência para o repasse de recursos do governo federal.

Nessa direção, desde 2016 e, sobretudo, em 2017, quando passa a haver uma exigência maior em torno do matriciamento pelo Ministério da Saúde, verificou-se um avanço nessas ações em Teresina, que já conta com a adesão de muitos profissionais que veem a sua relevância no cuidado em saúde mental. Entretanto, um dos desafios enfrentados diz respeito à sensibilização dos profissionais quanto à importância do matriciamento, na medida em que ele requer uma mudança no processo de trabalho das equipes, que passam a realizar ações fora da instituição e que precisam estudar para fazer as atividades de apoio a atenção básica. Além disso, outra dificuldade enfrentada diz respeito às condições materiais de trabalho, como a questão do transporte que não é disponibilizado nos CAPS diariamente, inviabilizando a ida até os locais de realização das ações, que geralmente ocorrem nas UBS.

Um aspecto importante diz respeito ao caráter interdisciplinar do matriciamento, na medida em que ele não é monopólio nem ferramenta exclusiva de nenhuma especialidade, ou seja, todo profissional de qualquer formação de nível superior que atue na saúde mental pode ser um matriciador. Para Chiaverini et al. (2011, p. 16), “isso torna o matriciamento um processo de trabalho interdisciplinar por natureza, com práticas que envolvem intercâmbio e construção do conhecimento”.

Assim, o matriciamento é uma atividade essencialmente interdisciplinar, de responsabilidade da equipe multiprofissional dos CAPS. Entretanto, os resultados da pesquisa revelaram que essa ação em Teresina, no geral, não é vista como uma obrigação do médico, contando com a sua participação esporádica, apenas quando solicitada por outros profissionais, o que revela resquícios do modelo biomédico no processo de trabalho de um serviço que é substitutivo ao manicomial. Entende-se a interdisciplinaridade como uma exigência para a materialização da intersetorialidade. Contudo, em alguns cenários, essa atuação interdisciplinar ainda precisa avançar, especialmente no que se refere à superação da centralização no médico.

No geral, o matriciamento foi citado nas entrevistas como uma ação de caráter intersetorial, entretanto, o fato dele potencializar a articulação, sobretudo entre os CAPS e a atenção básica, ou seja, entre serviços que fazem parte da Política de Saúde, pode levar ao questionamento se ele é uma atividade intersetorial ou intrassetorial. Todavia, o apoio matricial gera o diálogo efetivo entre equipes de instituições diferentes, fomenta a



interdisciplinaridade e propicia o planejamento de atividades realizadas entre serviços diferentes, o que faz com que essa seja caracterizada, sim, como uma ação de caráter intersetorial.

5. CONCLUSÃO

O trabalho do/a assistente social, tanto na política de saúde mental quanto nas demais políticas sociais em que se insere no Brasil, é determinado pelas contradições próprias do capitalismo, atuando principalmente no enfrentamento de situações de violações de direitos que afetam as condições de vida da população em geral e, sobretudo, dos setores mais empobrecidos da sociedade. Isso faz com que diversas demandas de natureza intersetorial se apresentem no cotidiano de trabalho profissional, demandando que este profissional busque estratégias de articulação entre as diversas políticas, instituições, serviços e profissões. A realização de articulações intersetoriais é imprescindível para suprir as necessidades sociais que afetam direta ou indiretamente a saúde mental da população, dentro e fora do sistema de saúde.

Os resultados da pesquisa apontam que os setores que mais se articulam com a saúde mental, de forma a responder as demandas intersetoriais postas pelas pessoas com transtornos mentais e/ou seus familiares aos/as assistentes sociais, são: a assistência social, a previdência, a habitação, a educação, o sociojurídico, o trabalho e a geração de renda. Todavia, as demandas no campo da assistência social foram as mais destacadas, relacionadas a necessidades sociais básicas dos indivíduos e suas famílias e também envolvendo situações de violação de direitos, que requerem respostas dos serviços do Sistema Único de Assistência Social.

Conclui-se que atuar na perspectiva da intersetorialidade constitui um dos desafios aos quais os/as assistentes sociais não devem se furtar, na medida em que são profissionais que tem uma relação visceral com as diversas políticas sociais e têm na Seguridade Social espaço estratégico de inserção profissional. Isso implica que o Serviço Social, devido à sua formação generalista, sua concepção de totalidade e seu vasto conhecimento sobre as redes de políticas, serviços e movimentos sociais, pode, sim, contribuir no processo de construção de práticas moldadas pela intersetorialidade, como estratégia para o acesso e a garantia dos direitos.



REFERÊNCIAS

- BATISTA, Suelle A.; COUTO, Eduardo L. O Processo de Referência e Contra Referência entre as Proteções da Política de Assistência em relação às crianças e adolescentes vítimas de violência física no município de Presidente Prudente. **Seminário Integrado**. Presidente Prudente, v. 9, nº 9. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES)**. DATASUS. Ocupações (CBO) – novembro de 2019. Disponível em: <<http://cnes2.datasus.gov.br/>> Acesso em: 08 jan. 2020.
- _____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **CapacitaSUAS**, Caderno 2. Proteção de Assistência Social: Segurança de Acesso a Benefícios e Serviços de Qualidade. Brasília: MDS, 2013.
- _____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas**: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009.
- _____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social** – PNAS/2004. Brasília: MDS, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atendimento à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. **Lei Orgânica da Assistência Social**. Lei nº 8742, de 7 de dezembro de 1993, dispõe sobre a organização da assistência social e dá outras providências.
- _____. **Lei nº 8.080, 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.
- CFESS. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de assistência social**. Brasília: CFESS, 2013.
- CHIAVERINI, Dulce Helena et al. (Org.) **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Brasília, 2011.
- COSTA, Maria Dalva. **Serviço social e intersetorialidade: a contribuição dos assistentes sociais para a construção da intersetorialidade no cotidiano do SUS**. Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade Federal de Pernambuco – UFPE: Recife, 2010.
- FAZENDA, Isabel. Serviço social, direitos humanos e saúde mental. In: DUARTE, Marco José de Oliveira; PASSOS, Rachel Gouveia; GOMES, Tathiana Meyre da Silva (Orgs). **Serviço social, saúde mental e drogas**. Campinas: Papel social, 2017, p. 209-230.
- FRANCO, Túlio .B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO; MATTOS (Orgs.). **Gestão em Redes**. Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-LAPPIS, 2006.
- GENTILLI, Raquel de M. Lopes. Desigualdades Sociais, Subjetividade e Saúde Mental: desafios para o Serviço Social. **SER Social**, Brasília, v. 13, n. 28, p. 210-230, jan./jun., 2011.
- IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 26. ed. São Paulo: Cortez, 2015.
- IBGE. Diretoria de Pesquisas – DPE. **PNAD Contínua**. Junho de 2018. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br>> Acesso em: 31 jul. 2018c.
- MACHADO, Graziela S. O trabalho dos assistentes sociais nas equipes dos CAPS. In: VASCONCELOS, Eduardo (Org.). **Abordagens psicossociais**. Volume III: Perspectivas para o Serviço Social. São Paulo: Aderaldo & Rothschild/ Editora Hucitec, 2009, p. 32-120.



MATOS, Maurílio de Castro. **Serviço Social, ética saúde:** e reflexões para o exercício profissional. São Paulo: Cortez, 2013.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; SCHÜTZ, Fernanda. Intersetorialidade na política social: reflexões a partir do exercício profissional dos assistentes sociais. In: DIPROSUL: o direito à saúde e à proteção social em faixas de fronteiras: um balanço do debate acadêmico no sul da América do Sul, 08-10 ago 2011, Pelotas (RS), **Anais do DIPROSUL**, ISBN 978-85-7590-139-7, p.1-27. Disponível em: <<http://antares.ucpel.tche.br/mps/diprosul/docs/trabalhos/28.pdf>> Acesso em: 4 abr. 2016.

NOGUEIRA, Vera Maria R; MIOTO, Regina Célia T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (orgs). **Serviço Social e Saúde**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009, p. 218 - 240.

TRINDADE, Rosa L. Prêdes. Ações profissionais, procedimentos e instrumentos no trabalho dos assistentes sociais nas políticas sociais. In: SANTOS, Cláudia M. dos; BACKX, Sheila; GUERRA, Yolanda (Org.). **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social:** desafios contemporâneos. Juiz de fora: Ed. UFJF, 2012, p. 69-102.

A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO: UMA ANÁLISE ACERCA DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO NA POLÍTICA DE SAÚDE NO MARANHÃO.

Dulce Mary Dos Santos Sarmento (Universidade Ceum); Janeide Freitas Samenezes (Universidade Ceum); Keuliane Cavalcante Da Silva (Universidade Ceum); Marcella Miranda Da Silva (Universidade Ceum); **Thamara Ellen Silva Gonçalves** (Universidade Ceum)

RESUMO: Este artigo tem como objetivo discutir estudos que trazem a problemática da contrarreforma do Estado que traz como consequência a precarização dos trabalhadores e serviços ofertados ao longo das três últimas décadas, utiliza a metodologia de pesquisa bibliográfica para levantar questões a cerca dos 30 anos do Sistema Único de saúde (SUS). O artigo apresenta um contexto histórico ponderando os obstáculos e ameaças e a falta de prioridade dos governos ao Sistema Único de Saúde, passando a responsabilidade do estado em prover saúde a sociedade para o chamado terceiro setor, desta forma precariza o direitos assegurados na Constituição Federal.

PALAVRAS-CHAVE: contra reforma do estado; reforma sanitária; precarização do trabalho; SUS;

ABSTRACT: In order to discuss some studies that bring the problem of state counter-reform, health reform, the third sector that brings as a consequence the precariousness of workers and services offered over the last three decades, uses the bibliographical research methodology to raise questions. about 30 years of the Unified Health System (SUS). The article presents a historical context considering the obstacles and threats and the lack of priority of governments to the Unified Health System, passing the responsibility of the state to provide health to society for the so-called third sector, thus precarious the rights guaranteed in the Federal Constitution.

KEYWORDS: Against stat reform, health reform; precariousness of work; SUS.



1. INTRODUÇÃO

A precarização do trabalho tem sido utilizado para mencionar as perdas dos direitos trabalhistas, trazendo a tona as ideias neoliberais na defesa do Estado mínimo. Com o processo de metamorfose do mercado impondo assim novas condições de trabalho e qualificação dos trabalhadores propondo, dessa maneira, a ruptura com o modelo de desenvolvimento fordista emergindo assim um novo padrão produtivo, o toyotismo.

Como nos demais setores de produção, nas relações de trabalho na política de saúde pública no Brasil tem crescido a ocorrência de trabalhadores que vivem em situação de informalidade e sem a garantia de direitos trabalhistas.

A terceirização da força de trabalho por meio de contratos temporários e sem garantias precariza e fragiliza a condição do trabalhador, que em muitos momentos realiza atividades instáveis e insalubres. O Ministério da Saúde brasileiro reconhece à existência dessas múltiplas formas de trabalho precário, sendo assim a secretaria de gestão do trabalho e educação de saúde vem elaborando o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no Programa Único de Saúde.

Para os sindicatos dos trabalhadores que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS) o trabalho precário não é apenas caracterizado apenas pela ausência de direitos trabalhistas e sociais, mas também pela realização de seletivos e não realização de concursos, ausência de condições de trabalho, entre várias outras.

A falta de prioridade dada ao SUS está expressa no congelamento do financiamento público durante vinte anos, após a aprovação da Emenda Constitucional 95 no governo do presidente Michel Temer. A ausência de financiamento configura como uma grave violação dos direitos dos usuários, que tem como uma das consequências a redução de serviços por parte do Estado e o aumento da demanda de serviços para o terceiro setor. No Maranhão, essa prática vem sendo largamente praticada na gestão anterior como na atual gestão pelo governado do estado.

2. AS NOVAS ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DA FORÇA DE TRABALHO E A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO: reestruturação produtiva, flexibilização e terceirização

Na transição da década de 1960 para a década de 1970 o padrão taylorista/fordista de produção apresentou sinais de esgotamento, o contexto de crise econômica levou o capital a reestruturar seu processo de acumulação com vistas a retomar sua hegemonia (ANTUNES, 1999). O novo ciclo reprodutivo do capital é marcado pelo processo de acumulação flexível por meio da desconcentração produtiva, redes de subcontratação (terceirização das empresas), a precarização das relações de trabalho a partir da adoção de novas formas de gestão da força de trabalho.

O capital iniciou várias transformações no próprio processo produtivo através da constituição de formas de acumulação produtiva flexível, downsizing, formas de gestão organizacional, avanços tecnológicos e modelos alternativos ao binômio Taylorismo/Fordismo, no qual se destaca especialmente o 'toyotismo' ou modelo Japonês (ANTUNES, 2014, p.14).

A partir da década de 1970 o capitalismo passou a reestruturar o modo de produção, introduzindo novas tecnologias baseadas no aumento da produtividade e diminuição do desperdício, visando assim aumentar lucro para o capital (ANTUNES, 2014). Além das alterações na esfera da produção, esse período também foi marcado pela alteração na organização do Estado, que substituiu o Estado de Bem-Estar Social pelo Estado Gerencial, com forte influência do pensamento neoliberal. De acordo com Netto (2012) houve um redimensionamento da ação do Estado, tornando-se, a partir de então, mínimo para o social e máximo para o capital.

Com o avanço no pensamento neoliberal o capitalismo rompeu com a estrutura tradicional de desenvolvimento econômico baseada na regulação estatal, aliado a introdução de novas tecnologias que substituíram em grande escala a mão de obra do trabalhador. Tal processo, com vistas a redução dos custos de produção, teve como consequências a terceirização, a precarização e a flexibilização do trabalho (ANTUNES, 2016).

Inspirando-se na experiência do ramo têxtil, no qual o trabalhador operava simultaneamente várias máquinas, e na experiência dos supermercados norte-americanos, que originaram o kanban, o toyotismo, mas amplamente a empresa flexível aumentaram significativamente a produtividade do trabalho, uma vez que os trabalhadores operam várias máquinas ao mesmo tempo, com maior ritmo de velocidade e cadeia produtiva; além disso, houve a decisiva apropriação das atividades intelectuais do trabalho, interagindo com um maquinário automatizado informatizado e digitalizado, que possibilitou o retomado do ciclo de valorização do capital em detrimento dos direitos do trabalho, que passaram a sofrer um significativo processo de erosão e corrosão. Esse processo foi responsável pela acentuação das formas de precarização do trabalho (ANTUNES, 2014, p. 15).

O projeto conservador burguês avançou na esfera econômica, política e social, com objetivo de mascarar a luta de classes, com reforço de valores como individualidade, competitividade, além do discurso ideológico da falência do Estado em prover direitos sociais. Tal o cenário expressa claramente os interesses do grande capital em desmobilizar as pautas da classe trabalhadora.

Sabemos que o capitalismo, desde o início da década de 1970, vem apresentando um movimento tendencial em que a *informalidade* e a *precarização* se tornaram mecanismos recorrentes para a ampliação dos lucros das empresas, sejam elas globais – as transnacionais –, sejam elas microcômicas – as pequenas e as médias empresas (ANTUNES, 2018, p 171 – grifos do autor).

Na esfera da produção, as novas formas de organização do trabalho resultantes da reestruturação produtiva e a incorporação de tecnologias resultou em desemprego em massa, precarização e flexibilização dos postos de trabalho, enfraquecimento do movimento sindical. Novas modalidades de gestão da força de trabalho incidem sobre o trabalhador com objetivo de formar um novo comportamento produtivo, a fim de gerar o envolvimento com os objetivos das empresas e, assim, extrair o máximo de sua capacidade psicofísica (CESAR, 2010).

[...] a burguesia necessita criar as condições para instituir os novos objetos do consenso, quais sejam: a desqualificação teórica, política e histórica da existência de alternativas positivas à ordem capitalista e a negação de qualquer mecanismo de controle sobre o movimento do capital, seja enquanto regulação estatal, seja por meio de outros mecanismos democráticos de controle social, em favor da regulação do mercado (MOTA, 2011, p. 97).

As empresas reestruturadas desenvolveram novas modalidades de gestão da força de trabalho, expressas na forma de consumo, controle e reprodução material da força de trabalho. Isso significa que os trabalhadores passaram a estar submetidos a polivalência, multifunconalidade, inscritos em programas participativos e com incentivos à produtividade, além de vínculos trabalhistas fragilizados e/ou precarizadas (CESAR, 2010).

No Brasil, no âmbito do setor público, a precarização do trabalho ganha força no debate da reforma gerencial do Estado e o desenvolvimento da administração pública gerencial. Segundo Paula (2004), esses debates gerava em torno de críticas ao patrimonialismo e autoritarismo do Estado brasileiro.

A nova administração pública surgiu como um novo modelo ideal para o gerencialismo do Estado, reformado pela sua adequação ao diagnóstico da crise do Estado realizado pela aliança socialliberal e por seu alinhamento em relação às recomendações do Consenso de



Washington³⁷⁹ para os países latinos americanos (PAULA, 2004). Significa que a administração pública se define através de um âmbito legal institucional-legal que se baseia na Constituição Federal, leis e regulamentos, ou seja, a administração pública se define como o poder de gestão do Estado, no qual inclui o poder de legislar e tributar, fiscalizar e regulamentar, através de seus órgãos e outras instituições visando sempre um serviço público efetivo.

Segundo Paula (2004) Este novo modelo impactou o setor público, na qual passa por várias transformações como inclusão de ideias e ferramentas utilizadas do setor privado tornando assim um novo modelo de gestão com princípios de administração gerencial.

Nesta perspectiva, o Estado deixa de ser o executor e passa a gerenciar, seguindo a linha do novo modelo de administração gerencial pública, baseada no pensamento neoliberal e teoria da escolha pública. Esse modelo de administração gerencial visa ajustar a economia do país, através de ajustes macroeconômicos, diminuindo os gastos públicos, principalmente na área social, dessa forma ocorre o fortalecimento do mercado e privatizações, essa perspectiva ameaça seriamente os direitos sociais, pois o papel do estado é alterado passando a responsabilizar a sociedade civil, através do terceiro setor³⁸⁰.

A partir desse novo modelo de administração gerencial ocorre a precarização dos trabalhadores do setor público e privado, ganhando força no Brasil a partir da Emenda Constitucional 1998 que foi reformulada com finalidade alterar o dispositivo constitucional que refere a Administração Pública e as relações de trabalho do servidor público com o Estado. (SILVA, SOUZA e RIBEIRO, 2014).

A partir daí, como condição emergente no âmbito das relações de trabalho no setor público, a precarização do trabalho é referida como o vínculo empregatício que se dá em condições incertas e imprevisíveis, nas quais seus riscos são assumidos principalmente pelo trabalhador e não pelo Estado, a quem compete, inclusive, regular e zelar pelas relações de trabalho, na perspectiva da proteção social (SILVA, SOUZA e RIBEIRO, 2014, p. 570).

Com base nesse entendimento, há um discurso ideológico de que a terceirização traria benefícios ao trabalhador, mais oportunidades de emprego, além de maior especialização e qualificação do profissional. Tal discurso se apresenta como fantasioso, pois a realidade do

³⁷⁹ Em novembro de 1989, reuniram-se na capital dos Estados Unidos funcionários do governo norte-americano e dos organismos financeiros internacionais ali sediados- FMI, Banco Mundial e BID- especializados em assuntos latino-americanos. Objetivo do encontro era proceder a uma avaliação das reformas econômicas empreendidas nos países da região.

³⁸⁰ Conjunto significativo de organizações e instituições sem fins lucrativos, dentre elas organizações “não-governamentais (ONGs), organizações sem fins lucrativos (OSFL), instituições filantrópicas, ‘empresas-cidadãs’, entre outras” (MONTAÑO, 2010, p. 14).



mundo do trabalho é marcada pela violação dos direitos conquistados historicamente, que são atacados constantemente por reformas que visam apenas a retirada de direitos da classe trabalhadora.

Nessa dinâmica, de terceirização e jornadas de trabalho exaustivas, o trabalhador é cada vez mais polivalente, exerce diversas funções além da sua de origem, influenciado por recompensas de salariais, econômicas e materiais que mascaram o principal as relações de exploração da mão de obra do trabalhador e reproduzem a alienação.

O mercado desenvolve estratégias capazes de ampliar a exploração e manter taxa de exploração da mais-valia. Dessa forma, a classe trabalhadora fica mais vulnerável a fragmentação e a desorganização, pois os sindicatos perdem sua força de mobilização e resistência.

3. O RECONHECIMENTO DO DIREITO A SAÚDE E O CONTEXTO A REFORMA DO ESTADO:

No Brasil, o reconhecimento a direito à saúde como universal ocorreu com a Promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/1988) e com a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS). No período anterior a 1988, só tinha acesso aos serviços de saúde ofertados pelo Estado quem era trabalhador formal e seus dependentes, pois a política de saúde estava diretamente vinculada à previdência social. O restante da população tinha que acessar serviços ofertados por instituições filantrópicas e as campanhas de controle de epidemias realizadas pelo Estado.

Entre os anos de 1964 e 1985, o Brasil viveu um período conhecido como Ditadura Militar, que tinha características a repressão violenta e a censura. No que se refere à política de saúde, tal período foi marcado pela preponderância da lógica privada, em que a Previdência Social se tornou uma grande consumidora de serviços privados de saúde (ESCOREL, 2012).

A proposta privatista da política de saúde enfrentou uma forte resistência de trabalhadores e sindicatos de trabalhadores. Na década de 1970, marcada pelo florescimento dos movimentos sociais em defesa de direitos e da redemocratização do país, se estruturou o Movimento de Reforma Sanitária na luta contra ditadura e em defesa da saúde pública e universal.

O Movimento de Reforma Sanitária era formado por trabalhadores da saúde, estudantes e sociedade civil. Defendia um conceito ampliado de saúde, compreendendo que o social era determinante para as condições de saúde (SCOREL, 2012).

Reforma Sanitária, nas palavras de Sérgio Arouca (1988), é um 'projeto civilizatório contendo em si os valores que queremos para toda a sociedade brasileira. Compreende um processo de transformação da situação sanitária em pelo menos quatro dimensões: específica, que corresponde ao fenômeno saúde/doença; institucional; ideológica; e das relações sociais que orientam a produção e distribuição de riquezas. Jairnilson Paim dedicou-se a estudar a Reforma Sanitária brasileira (2008), examinando-a como um ciclo composto por 'ideia-proposta-movimento-processo'. No seu entender a Reforma Sanitária é 'uma *reforma social* centrada nos seguintes elementos constituintes';

a) *Democratização da saúde*, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso o atendimento universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão;

b) *Democratização do Estado* e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social, bem como fomentando a ética e a transparência nos governos;

c) *Democratização da sociedade* alcançando os espaços de organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza e do saber na adoção de uma totalidade de mudanças', em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral' (PAIM, 2008, p.173-174 *apud* SCOREL, 2012, p. 342).

Na década de 1970 também foi marcada pela criação do Centro Brasileiro de Estudos (CEBES) e da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). Essas instituições contribuíram para o avanço no sistema de saúde que se relacionava em mudanças radicais que vão desenvolver os cursos de medicina preventiva a partir da década de 1950, que visava uma construção de um sistema de saúde eficiente e democrático (PAIVA, 2014).

Na década de 1980 houve uma crise dos sistemas de serviços de saúde, trazendo grandes discussões sobre a situação sanitária do país. A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, com a participação de cinco mil pessoas representantes de todos os segmentos da sociedade civil, teve como resultado, por meio de emenda popular, a garantia de Emenda Constitucional no artigo 196º afirma que: "que a saúde é direito de todos e dever do Estado", enfatizando o atendimento universal (BRASIL, 1988).

Em 1987 foram criados os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUSDS) cuja as diretrizes eram: a universalização e a equidade no acesso aos serviços de saúde, integralidade dos cuidados assistenciais, descentralização das ações de saúde, implementação de distritos sanitários (SCOREL, 2012).

Com a promulgação da CF/1988, a política de saúde passou a compor o tripé da Seguridade Social, juntamente com as políticas de Previdência e Assistência Social, sendo universal e de responsabilidade do Estado.

Art. 196- A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção.

Art.197- São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade (BRASIL, 1988).

A CF/1988 reconheceu legalmente o direito a saúde de forma universal, integral, equânime, hierarquizada, regionalizada, participativa e descentralizada, porém ainda era necessário sancionar uma lei para regulamentar a política de saúde brasileira. A regulamentação do SUS ocorreu no contexto da adoção do ideário neoliberal pelo governo de Fernando Collor de Mello (1990-1992).

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

- I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e Tecnológico e a inovação;
- VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e Utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1988).

Em 19 de setembro de 1990, foi aprovada a Lei 8.080 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde. A aprovação da lei aconteceu com o veto de 24 artigos, em especial, os artigos que tratavam do financiamento e da participação popular, pelo presidente Collor. A década de 1990, com a incorporação do neoliberalismo, é marcada pela priorização das



políticas econômicas sujeitando as políticas de seguridade social a um processo de perdas de direitos reconhecidos constitucionalmente.

Entende-se o direito à saúde como primordial para o desenvolvimento humano, social e econômico, compreendendo que o bem estar da sociedade é o elemento principal para o crescimento da economia. Ao seguir as orientações dos organismos financeiros internacionais e transferir a oferta de serviços de saúde para a iniciativa privada, o governo brasileiro provocou uma crise na gestão da política de saúde que se estende até a atualidade.

Conforme a Confederação Nacional Dos Trabalhadores da Saúde – CNTS (2019):

Hoje, o sistema é refém do setor privado, que possuem a maioria dos leitos em muitos tiveram o aporte financeiro do governo na construção, aquisição de equipamentos e insumos iniciais para o atendimento aos usuários. A privatização da saúde contraria o princípio constitucional que atribui ao Estado a responsabilidade de prestar serviços de qualidade e a universalidade do acesso.

A privatização da oferta de serviços de saúde no Brasil afeta diretamente as condições de trabalho dos profissionais de saúde, pois ficam suscetíveis a precarização dos contratos de trabalho, bem como dos serviços, tanto na estrutura física das unidades de saúde, como também na qualidade da assistência prestada. Há ainda, uma desigualdade a distribuição de profissionais, com a concentração nas áreas urbanas e de maior poder aquisitivo e com menos profissionais no interior do país.

O SUS enfrenta um cenário de muitos desafios na atualidade, tais desafios são expressos na falta de infraestruturas, longas filas, congelamento do financiamento, desvio de recursos, pouca participação dos estados e municípios no cofinanciamento, precarização das relações de trabalho, limitações de acesso.

Os ataques direcionados ao SUS violam os direitos da população e negam os princípios e diretrizes que orientam a constituição da política. Trata-se de um ataque do capital privado na tentativa de desconstruir o sistema público de saúde do país, que entre suas principais características está o caráter público, gratuito e universal.

4. A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO MARANHÃO

No atual cenário político do estado do Maranhão os trabalhadores da política de saúde vem sofrendo com a terceirização do SUS, que precariza a relação de trabalho através dos



serviços prestados por organizações do terceiro setor, como Organizações Sociais (OS) e Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP).

O novo modelo expressa um processo deteriorização da política de saúde a sua estrutura e funcional. Nesse cenário de fragilidade, destaca-se o trabalho precário, alto índice de trabalho temporário, baixos salários, jornadas excessivas que tende a repercutir no setor da assistência ao usuário da saúde.

O estado do Maranhão os serviços de saúde são executados por organizações terceirizadas como o Instituto Acqua Saúde, que é a maior prestadora de serviços em hospitais e maternidades do Maranhão, Instituto Vida e Saúde (INVISA), Instituto de Apoio Desenvolvimento a Vida Humana (IADVH). A consequência da relação entre Estado e Organizações da Sociedade Civil (OSCs) é a precarização cada vez maior do setor público de saúde impactando diretamente o fazer profissional como também o acesso aos serviços que são ofertados.

Enquanto ainda era candidato ao governo do estado, o atual governador Flávio Dino (Partido Comunista do Brasil - PC do B) apresnetava um discurso progressista e foi eleito com a esperança de mudanças, ruptura do oligarquismo (prática de governo da gestão anterior). Apersar da eleição de um candidato da oposição ter dado um alento a população maranhense, o governo do PC do B incorporou a bandeira neoliberal com práticas centralizadas. Na política de saúde, a gestão estadual é marcada pelo processo de terceirização e até mesmo pela quarteirização dos serviços de setor saúde, o que afasta do governo estadual da responsabilidade pela oferta de serviços públicos, transferindo-os para organizações sociais.

A política de saúde do Maranhão vem sendo caracterizada por uma administração marcada por escândalos alvo de várias operações da Polícia Federal dentre elas: Sermão as Peixes, Operação Remora e Pegadores, que demonstram o mau uso dos recursos públicos e sua subutilização. O reflexo disso á a baixa qualidade dos serviços aos usuáiosdo SUS e manifestado de maneira devastadora na vida de milhares de trabalhadores da saúde que têm seus direitos trabalhistas negados, restando, muitas vezes como alternativa ajuizar ação trabalhista que levam anos para ser solucionado.

O atual governo também é marcado pelos grandes processos seletivos organizados por empresa terceirizada que atuam no Maranhão, que mascara a desresponsabilidade do Estado com práticas de violação direta ao SUS, por meios de contratações de serviços junto as iniciativas privadas.



Desta forma, precariza o setor público e enaltece o setor privado na medida em que ocorre a elevação do capital diminui os benefícios públicos, a diminuição dos concursos públicos é uma das principais características do governo neoliberal que se instala na atual conjuntura política, pois é ponderado a redução de gastos para a assistência em saúde causando um grande desmonte na prestação de serviços ofertados através de políticas públicas.

Segundo o debate na mídia sobre concursos públicos no Sistema de Saúde no Maranhão, o governo do estado substituiu concursos públicos na saúde por seletivos, o que a Secretaria do Estado da Saúde (SES), 2017 afirma:

A SES informou por meio de nota que os aprovados teriam todas as garantias inerentes. Apesar disso a pasta admitiu que por não mais manter a prestação de serviços [mão de obra] diretamente ligada ao estado e sim pelas organizações sociais, não fazia mais sentido a existência de concurso público para a ocupação de vagas no quadro efetivo da Secretaria de Saúde. (Rocha, jornal O ESTADO, 2018).

Diante desta afirmativa, significa que os serviços não mais prestados pelo Estado passa a ser de responsabilidade de organizações sociais e de iniciativas privadas como no Maranhão a própria Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares (EMSERH), é uma empresa vinculada a SES desde de 19 de dezembro de 2012, autorizada pela lei estadual de n.9.732, 11 de dezembro de 1998- leis das instituições filantrópicas, voltada para os interesses privados, estimulando o processo de terceirização e elimina as possibilidades de concursos públicos. Nota-se, empresa criada na gestão de Roseana Sarney, sendo alvo de muitas críticas pelo governo atual que continua usando as velhas práticas.

No entanto, mesmo com as diversas mudanças de empresas responsáveis pelo serviço prestado a saúde do Maranhão, observa-se uma crescente fragilização nos serviços públicos ofertada a sociedade que provoca insegurança aos trabalhadores diante de tal precarização da sua mão de obra, impactando no seu fazer profissional, quanto ao o serviço demandado que temos como principais exemplos; condições de trabalho precário, horas de trabalho excessiva, a falta de infraestrutura, dentre outros, uma realidade presente no sistema de saúde.

Diante da problemática, o desmonte ocorrido na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) que ocorreu no mandato do ex presidente Michel Temer (PMDB) 2016, empossado após o impeachment da titular Dilma Rousseff, considerado como um golpe, ocorreu a redução dos gastos públicos que teve como consequência o congelamento por vinte anos de



despesas prevista na Emenda Constitucional 95(EC-95/2016), desmonte que atinge principalmente a educação e a saúde, e com a crise econômica muitos deixaram de ter planos de saúde e passaram a depender do SUS.

A segunda, por sua vez, é afetada pelos cortes para saneamento básico, redução de verbas do Governo Federal destinadas ao Estado e aos Municípios em todo o país, no Estado do Maranhão esse cenário tornou-se mais severo devido ao forte oposição do Governo Flávio Dino ao Governo do Ex Presidente (Michel Temer) levando as unidades de saúde a super lotações e poucas contratações de profissionais na área da saúde para responder a demanda de cada Município, o que leva o colapso no Sistema Único da Saúde do Estado, tendo também o enfraquecimento de cada categoria profissional, inclusive o Assistente Social que vem sendo desvalorizado diante da terceirização, passando a se reinventar para garantir o seu fazer profissional.

Contudo, é importante lembrar que o processo de precarização é uma grande realidade no país e que tem como agravante o crescimento da terceirização (Lei n.13.429/2017) que se torna contraditório aos direitos consolidados na Constituição Federal de 1988.

São diretrizes, que na realidade, vem sendo alvo de desmonte, pois a população é quem mais sofre diante do descaso na oferta dos serviços de saúde, marcado pela falta de médicos na redes hospitalares, estrutura precária, longas filas para marcação de consultas, escassez de medicamentos para os procedimentos mais básicos, inclusive para os pacientes diabéticos e hipertensos que fazem tratamentos de uso contínuo de medicamentos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar os 30 anos de SUS em sua trajetória histórica de lutas, conquistas e muitos desafios e retrocesso principalmente nos seus preceitos assegurados na Constituição de 1988 que com a relação público-privado nas prestações de serviços e financiamentos que gera desigualdades regionais e setoriais.

Conforme uma pesquisa pela organização Mundial da saúde (OMS) agência da Organização das Nações Unidas (ONU) 2018, aponta que o ideal é um médico para cada mil habitante, sendo superado então no Brasil com uma estimativa de 2,11 médicos para cada mil habitantes, mas devido a má distribuição que se concentra na região sul e suldeste, torna

os serviços de atendimento precários as regiões mais afastadas dos centros urbanos, o que entende-se como a crescente demanda nas instituições centrais, um exemplo no Estado do Maranhão, Hospital Djalma Marques (Socorrão I) e Clementino Moura (Socorrão II), hospitais de alta complexidade.

Compreende-se também que o novo modelo capitalista é o principal influenciador da precarização das políticas de saúde, sendo o setor privado privilegiado em seu financiamento enquanto os Sistema Público de Saúde tenta sobreviver fazendo saúde com a sub financiamento que apresenta a perversa dinâmica de desconstrução do SUS no presente governo de pensamentos e atos Neoliberais chegando ao extremismo de suas ações. No entanto é necessário a reagir contra políticas conservadoras e lutar para emancipar e manter o que já foi conquistado e dizer não ao retrocesso.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, Ricardo. **O privilégio da servidão**. São Paulo: Boitempo, 2018.
- _____. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2014.
- BRASIL. **Constituição Federal de 1988**.
- CESAR, M. D. J. Serviço Social e reestruturação industrial: requisições, competências e condições de trabalho profissional. In: MOTA, A. E. **A nova fábrica de consenso**. São Paulo: Cortez, 2010.
- CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRABALHADORES DE SAÚDE, **16º CNS convoca sociedade para resistência à onda de retrocessos na saúde**, DF, 2019.
- MADEIROS. Carlos; CYMBALUK. Fernando. **Desigualdade na distribuição de médicos no país**; uol; disponível em: <https://www.uol/noticias/especiais/sem-medicos.htm#medicos-querem-carreira-federal>; 01/novembro de 2017 .São Paulo.
- MOTA, A. E. **Cultura da crise da seguridade social**: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos de 80 e 90. São Paulo: Cortez, 2011.
- NETTO, J. P. **Crise do Socialismo e Ofensiva Neoliberal**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2012.
- PAES de Paula. **Administração Pública brasileira**: entre o gerencialismo e a gestão social. São Paulo: FGV, 2004
- AIVA; TEIXEIRA. **Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde**: notas sobre contextos e autores; Rio Janeiro.2014
- RIBEIRO, SOUZA; SILVA. **A Precarização Do Trabalho No Sus Na Perspectiva Da Enfermagem Hospitalar**; disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wpcontent/uploads/sites/28/2016/10/33034-140416-1-PB.pdf> [acesso em 02 de janeiro de 2020];
- ROCHA.Ronaldo; **FLÁVIO DINO FEZ SELETIVO EM LUGAR DE CONCURSOS NA SAÚDE**. jornal O Estado; disponível em:<https://imirante.com/oestadoma/noticias/2018/10/04/flavio-dino-mentiu-em-debate-sobre-concurso-na-saude/> [acesso em 12 de janeiro de 2020];
- CARVALHO, Talita de. **Saúde Pública**: um panorama do Brasil. Politize; Publ. 26 de abril 2018; internet: <https://www.politize.com.br/panorama-da-saude/>; acesso dia 13/01/2020 às 18h 11min.
- ALE Fernanda; LEITE Luzia. **Contrarreforma do Estado e gerencialismo**: novo fetiche, velha proposta. São Paulo, 2018.
- Viacava; Oliveir; Carvalho; Laguardia; Bellido, **SUS**: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde; nos últimos 30 anos; RJ 2018; <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1751.pdf> [internet]; acesso: 08/01//2020 às 17h 30min.
- SCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. IN: GIOVANELLA, Lúgia (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

A PRÁTICA PROFISSIONAL DE CUIDADORES EM SERVIÇOS DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE NO BRASIL

Thamires Da Silva Alves (ENSP FIOCRUZ)

RESUMO: As instituições que abrigam crianças e adolescentes afastados do convívio familiar passaram a ter seu funcionamento regulamentado pela legislação a partir da década de 1990, no Brasil. Legislações e orientações sobre o funcionamento dessas instituições foram criadas para a concretização da atenção e garantia de direitos à infância e da juventude. O objetivo deste trabalho é analisar as práticas desenvolvidas pelos Cuidadores em serviços de acolhimento de institucional de crianças e adolescentes, através da análise de políticas públicas, orientações governamentais e de estudos existentes em bases de dados nacionais.

Palavras-chave: crianças; adolescentes; cuidadores; abrigo institucional.

ABSTRACT: Institutions that shelter children and adolescents who are separated from their family life have been regulated by legislation since the 1990s in Brazil. Legislation and guidelines on the functioning of these institutions were created in order to achieve the attention and guarantee of rights for children and youth. The objective of this study is to analyze the practices developed by caregivers in childcare services for children and adolescents, through the analysis of public policies, government guidelines and studies in national databases.

Keywords: children; adolescents; Child caretakers; institutional shelter.



1. INTRODUÇÃO

No Brasil, estudos apontam a grande relevância do cuidado de crianças para um desenvolvimento de forma saudável e segura. Indicam também, a importância do vínculo com seus cuidadores, seja a mãe ou outro indivíduo que tenha presença constante. Esse tema se torna bastante delicado quando se trata de crianças e adolescentes em abrigo institucional, pois, geralmente suas relações iniciais são permeadas por problemas familiares e sociais, onde a falta de acesso a políticas públicas culmina no rompimento de vínculos familiares. (BARR, 2017, p. 172)

Nos anos 1980, o processo de reivindicação por direito de crianças e adolescentes, reclamado por movimentos sociais, Organizações Não Governamentais (ONGs), e demais setores da Sociedade Civil foi de grande importância para a inscrição de propostas em prol da infância e da adolescência na Constituição Federal de 1988. Materializado no artigo 227, os direitos da criança e do adolescente são assegurados com absoluta prioridade, sendo de responsabilidade da família, da sociedade e do Estado a proteção contra qualquer forma de abuso.

A oposição à institucionalização de crianças ganha força internacionalmente em meado dos anos 90, influenciado pela Convenção das Nações Unidas pelos Direitos da Criança e no movimento em diversos países pela desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos. Essa trajetória influenciou também na criação do Estatuto da Criança e do Adolescente, que traz consigo ordenamentos legais, políticos e administrativos, que buscam solucionar a problemática da infância e juventude brasileira.

A legislação exige novas ações frente à prevenção do abandono. O acolhimento institucional traz à prerrogativa de cuidados prestados a infância e a juventude de caráter excepcional e temporário, refutando as práticas de institucionalização aplicadas no passado, caracterizadas pela reclusão, o confinamento e a segregação social.

As instituições e profissionais que oferecem e trabalham em abrigos desenvolvem o papel de educadores, o que requer não apenas especialização na área, mas também uma política de recursos humanos que pressuponha uma seleção responsável e adequada, incentivo, valorização e integração dos profissionais além de remuneração adequada. As peculiaridades e dificuldades do trabalho a ser desenvolvidos também devem ser consideradas.



Analisando o papel estratégico desempenhado pelas entidades de abrigo em relação a implementação da política de proteção à crianças e adolescentes, e tendo em vista a importância das prerrogativas estabelecidas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e sua aplicação, é importante se debruçar sobre a atuação dos profissionais que atuam nessas instituições. Grande parte da aplicação do que está estabelecido na legislação é de responsabilidade desse corpo profissional.

Uma pesquisa sobre o direito à convivência familiar e comunitária sobre abrigos para crianças e adolescentes (2004) apontou que as despesas com recursos humanos representam mais de 50% do total de despesas dos abrigos. A pesquisa mostrou também os profissionais voltados para atendimento direto aos usuários, que inclui os Cuidadores, tem a maior proporção de trabalhadores em relação ao total de profissionais.³⁸¹

A escolha do tema veio a partir da atuação como cuidadora no Abrigo Municipal da cidade de Queimados-RJ. Durante os mais de dois anos de trabalho, pesquisas iniciais e escuta aos usuários identificamos que o abrigo, ao invés de cumprir sua função social enquanto equipamento de proteção, em alguns momentos se torna um espaço de perpetuação da violência, e os cuidadores são caracterizados como um dos autores dessas violações.

Pesquisas indicam também que a escolaridade, a qualificação e as formas de contratação desses profissionais são bastante precarizadas, além de não haver definições explícitas na macro política que defina esse tipo de atendimento de maneira mais esclarecedora.

O presente trabalho buscou analisar as práticas de Cuidadores a partir de regulamentações e normas legais, políticas ligadas à proteção da infância e da adolescência, bem como estudos sobre Serviços de Acolhimento Institucional que discutissem a atuação dos cuidadores. Para tal, foi realizado estudo bibliográfico acerca da trajetória do tratamento dado a infância e juventude no Brasil, com destaque a crianças e adolescentes acolhidos em equipamentos do tipo abrigo até maio de 2019.

2. DESNVOLVIMENTO

³⁸¹ Segundo a pesquisa esse grupo compõe 25,5% dos profissionais que atuam no acolhimento institucional.



2.1 A criança, a juventude e seus direitos

Segundo com Reis (2010) as “Sociedades protetoras das crianças” surgiram após as “Sociedades Protetoras dos animais”, e cita o caso Mary Ellen, em Nova Iorque, no ano de 1894, cuja proteção vital foi realizada com a utilização da legislação de proteção de animais, pela ausência de leis em favor das crianças.

O primeiro instrumento específico sobre o direito da criança surge em 1959. A Declaração Universal dos Direitos da Criança da ONU se tornou um guia para a atuação em favor da infância. O documento é constituído por dez princípios básicos, ainda sem cunho obrigatório entre os países signatários. A declaração traz como prerrogativa o direito da criança à proteção especial, a oportunidades e facilidades necessárias ao seu desenvolvimento de forma saudável e harmoniosa, a adequada nutrição, moradia, recreação e serviços médicos, além de receber educação, ser protegida de toda forma de violação, discriminação ou distinção.

Apenas no ano de 1989, que um documento internacional em defesa dos direitos da criança passa a estabelecer deveres entre os países signatários. Oriundo da Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança proclamada pela ONU o documento é composto por 54 artigos, e foi ratificado pelo governo brasileiro através do Decreto 99.710/90.

Segundo Rizzini (2011), na passagem do império para república, os juristas passaram a perceber e sinalizar a necessidade de criação de uma legislação especial voltada para os menores de idade. As transformações da sociedade, a mudança do regime político, e a força do movimento internacional em prol da reforma do sistema penal, atrelado promulgação do novo Código Penal de 1890 forma alguns dos fatores que influenciaram para a mudança de paradigmas do jurídico brasileiro.

A proposta de tratamento diferenciado a crianças e adolescentes foi aos poucos sendo incorporada às leis, acionando a intervenção do Estado. Porém, apesar da menor idade constituir desde as origens do direito um atenuante à pena, crianças e jovens eram severamente punidos, sem grande distinção aos adultos infratores.

As legislações que tratam sobre a infância nas primeiras décadas do Brasil império se caracterizam pelo recolhimento de criança órfãs e expostas ou recolhimentos em Casas de correções. Praticavam – se medidas de caráter clausural e assistencialistas, lideradas principalmente pela iniciativa privada de cunho religioso.



Outra característica presente nas legislações do tempo, sobretudo a partir da segunda metade do século XIX, trata da preocupação com a formação educacional das crianças.

A partir dos anos 1850 legislações sobre os filhos de escravos começam a surgir, porém, em 1871 surge a legislação (Lei n.2.040), que determinava a condição de liberdade dos filhos de escravas que nascessem desde a data de vigorada, e também estipulava obrigações para os senhores de escravos quanto a criação dos menores de 12 anos, proibindo a separação de pai e mãe e provendo formas de acolhimento as crianças abandonadas.

Apesar do desrespeito diante do ordenamento, a chamada lei do ventre livre indica uma determinada mudança de percepção da sociedade brasileira em relação à infância. Para Rizzini: crianças, cujos destinos eram traçados no âmbito restrito das famílias de seus donos torna-se-iam objeto e preocupação por parte do governo (pg 104, 2011).A partir do século XIX, após o advento da abolição da escravatura e da proclamação da república, a criança começa a ser caracterizada como um problema.

É durante o século XX que um grande número de leis são criadas com o intuito de regular a situação da infância. O “problema da criança” se toma uma dimensão política, e a necessidade de intervenção na educação e correção de menores se torna urgente, para que a preservação da organização moral da sociedade. O período foi marcado pela popularização do termo menor³⁸²

No ano de 1926 é criado o Código de Menores, e no ano de 1927 é instituído Decreto n.17.943-A que consolidava a legislação de assistência e proteção aos menores. O código de 1927 era composto de 231 artigos extremamente minuciosos, caracterizando a judicialização e o protecionismo da infância.

Uma importante contribuição da legislação de 1927 é a regulamentação do trabalho infantil e juvenil, impedindo a contratação de menores com idade inferior a 12 anos, e as restrições quantos aos locais e jornadas de trabalho³⁸³.

O conceito consolidado durante o século XX na formulação de políticas e direitos na área da infância foi o de situação irregular, e a situação de irregularidade era compreendida pela privação dos meios de subsistência, de saúde e de educação, por omissão dos pais e responsáveis, por situações de risco e maus tratos, por desvios morais por desadaptação

³⁸² Termo utilizado nos debates jurídicos da época para designar a criança abandonada, desvalida, viciosa, delinquente. A denominação foi popularizada, e incorporada a linguagem para além dos círculos judiciais.

³⁸³ O artigo 180 do documento determinava que a jornada de trabalho permitida aos menores de 18 anos tem limite fixado em 6 horas diárias.



familiar ou comunitária, de autoria de infração penal e falta de assistência legal. O código de menores de 1927 seguia tal concepção, onde a pobreza, maus tratos, falta de amparo legal ou desvios de conduta eram considerados um defeito pessoal.

Para os pobres a abordagem inclui uma ação assistencial, a aqueles considerados delinquentes ações de repressão. A legislação previa os juízes decidissem os destinos de crianças e adolescentes, e cabiam a eles impor a ordem social.

De acordo com Faleiros: Essa prática política para a criança e o adolescente em situação irregular foi operacionalizada tanto pelo Serviço de Assistência aos Menores (SAM), estabelecido formalmente em 1941, como pela Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (Funabem), criada em 1964; pela Legião Brasileira de Assistência (LBA), criada em 1946; e pelos serviços de proteção à maternidade e infância da área da saúde, articulados pelo Departamento Nacional da Criança (DNCr), por muitos anos.

Através da movimentação social em prol dos direitos da infância e adolescência, e com o advento da Constituição de 1988, os conceitos de atendimento a essa população passa por uma mudança. A criação da Lei (Lei 8.069 de 13 de julho de 1990) que dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e materializa a sua proteção integral é fruto dessa movimentação social e política.

2.2 O cuidado

De acordo com Boff (2000), o que se opõe ao descuido é o cuidado. Cuidar é mais que um ato, é uma atitude. E dessa forma, sua abrangência vai além do momento de atenção, de zelo e de desvelo, representando também uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de desenvolvimento afetivo com o outro. O cuidado é uma dimensão seminal e ontológica do ser humano, sendo encontrada ante a qualquer ação humana:

Sem o cuidado, ele deixa de ser humano. Se não receber o cuidado desde o nascimento até a morte, o ser humano desestrutura-se, define, perde sentido e morre. Se ao longo da vida. Se ao longo da vida não fizer com o cuidado tudo que empreender, acabará por prejudicar a si mesmo e por destruir o que estiver a sua volta (p. 34).

O desenvolvimento do cuidado é essencial para o desenvolvimento do ser. O cuidado é também um ideal ético.



As significações básicas do cuidado incluem a atitude de solicitude e desvelo para com o outro e a preocupação e inquietação causada ao cuidador pela ligação afetiva ao outro. O cuidado é caracterizado pela forma como os seres humanos se constroem e se realizam no mundo com os outros.

Ainda de acordo com Boff (2012) é estrutural do ser humano a necessidade de ser cuidado e o impulso de cuidar. O ser cuidado e o ser cuidador fazem parte da constituição seminal da humanidade. Para se ter compreensão do cuidado é preciso supor a vulnerabilidade humana, que, lançado ao mundo encontrasse exposto a todo momento ao risco, imputando que o cuidado amoroso como uma exigência permanente as condições sociais e a existência do homem.

De acordo com Valente (2013) o “ser cuidado” é inerente ao ser humano, e imprescindível a seu desenvolvimento.

De acordo com Barr (2018) Na relação profissional, o cuidado vem em primeiro lugar, ele pré-existe necessariamente à relação, pois ele coloca em presença uma criança e um adulto que não têm nenhuma história em comum. A história dos dois vai se construir a partir das interações entre ambos, no seio da instituição na qual se encontram, sendo também profundamente marcada pelas relações que se estabelecem entre o profissional e os pais e outros familiares do bebê. É através do cuidado, portanto, que a relação se constrói. Podemos dizer que se trata de uma relação fundada sobre a interação entre a criança e o profissional.

2.3. As instituições de acolhimento

Segundo as Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes (BRASIL, 2009) o abrigo institucional é definido como um serviço que oferta acolhimento provisório para crianças e adolescentes afastados do convívio familiar por meio de medida protetiva em função de abandono e violação de direitos ou cujos responsáveis se encontrem impossibilitados de cumprir sua função de cuidado e proteção.

De acordo com Rizzini e Rizzini (2004), em geral, as instituições públicas que acolhem crianças e adolescentes estão gerenciadas pelas esferas municipais ou estaduais. Já as instituições privadas são iniciativas ligadas a igrejas e instituições não-governamentais.

No que se refere a aspectos físicos, as orientações dispõem que os abrigos devem estar localizados em áreas residenciais, sem distanciar-se excessivamente do ponto de vista

geográfico e socioeconômico da realidade de origem das crianças e adolescentes acolhidos. A instituição deve manter um aspecto semelhante a uma residência, e seguir o padrão arquitetônico das demais residências da área. Placas indicativas e nomenclaturas que remetam aos aspectos que estigmatizem a população atendida não são indicados.

De acordo com a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais³⁸⁴ o acolhimento institucional para crianças e adolescentes pode ser desenvolvidos em duas modalidades: o atendimento em unidade residencial onde uma pessoa ou casal trabalha como cuidador, prestando cuidados a um grupo máximo de 10 crianças e adolescentes ou o atendimento em unidade institucional semelhante a uma residência, destinada ao atendimento de um grupo máximo de até 20 crianças e adolescentes.

A Tipificação apresenta ainda os objetivos gerais desse serviço, que são o acolhimento integral, a contribuição para a prevenção de situações de negligência e violência e ruptura de vínculos, o reestabelecimento de vínculos familiares, a convivência comunitária dentre outros. Os objetivos específicos são a preservação dos vínculos familiares, salvo determinação judicial contrária e desenvolver com os usuários adolescentes condições para a independência e o autocuidado.

O Levantamento nacional de Crianças e adolescentes em Serviços de acolhimento, realizado pela Claves Fiocruz no ano de 2010. Os dados obtidos com essa pesquisa se diferenciam um pouco dos anteriores, identificando que o grupo atendido é composto por 52,3% de meninos e 47,7% de meninas, onde 24,7% tem idades entre 0 e 5 anos, 35,7%, e 6 a 11 anos de idade, 28,9% de 12 a 15 anos de idade e 10,1% tem de 16 a 17 anos de idade. Com relação a cor/etnia a pesquisa mostra que 41,1% são brancos, 38,7% são pardos, 18,9% são pretos, 0,4% são indígenas e 0,3% são amarelas. O estudo aponta também que 74% das crianças e adolescentes possuíam vínculo familiar, e 19,2% já estiveram ou possuíam trajetória de situação de rua.

Com relação aos motivos do acolhimento, de acordo com os dados coletados estavam a negligência familiar (37,6%), a dependência química/alcóolica de pais e responsáveis (20,1%), o abandono familiar (19%), a violência doméstica (10,8%), a situação de rua (10,1%) e a carência de recursos materiais e econômicos dos pais ou responsável (9,7%). Ressalta-se que nesse aspecto, era possível capturar um motivo ou mais relacionado ao acolhimento.

³⁸⁴ Criado através da Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009 pela CNAS a tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais surge para organização dos serviços oferecidos pelo SUAS em níveis de complexidade.



Ainda de acordo com a pesquisa, 46,4% das crianças e adolescentes estavam em processo de reintegração familiar; 11,1% estavam com a destituição do poder familiar em processo de tramitação; 9,4% tinham a suspensão do poder familiar ;7,1% estavam legalmente encaminhados para a adoção; 2,7% estavam em processo de efetivação de guarda ou tutela e 2% em processo de efetiva adoção.

3. RESULTADOS

A lei nº 7.644 de 18 de dezembro de 1887 foi à primeira legislação que tratava sobre o trabalho do cuidado a ser desenvolvido em instituições de abrigamento no Brasil, e dispõe sobre a regulamentação da atividade de mãe social. De acordo com Moré & Sperancetta (2010), em seu artigo 4º,

Encontra-se a concepção de que cabe aos pais sociais o estabelecimento de condições familiares adequadas, a orientação e a assistência das crianças e adolescentes sob seus cuidados. Além disso, devem administrar o lar, realizando e organizando as tarefas pertinentes.

O documento apresenta também uma série de direitos trabalhistas, incluindo anotação em carteira de trabalho e previdência social, remuneração, repouso semanal remunerado de 24 horas consecutivas, apoio técnico, administrativo e financeiro no desempenho de suas funções, dentre outros. De acordo com a legislação os candidatos ao exercício da atividade deveriam passar por processo de seleção e treinamento por um período de até 60 dias para que ao final do período sua habilitação para função fosse cedida. Outros critérios para admissão eram a idade mínima de 25 anos, sanidade mental e física, possuírem ensino fundamental completo, aprovação em teste psicológico específico e a boa conduta social.

Segundo a NOB-RH/SUAS, Cuidadores fazem parte da equipe de atendimento direto dos serviços de acolhimento. A norma define também a quantidade de 1 profissional para até 10 usuários, por turno. A quantidade de cuidador por usuário deverá ser aumentada quando houver usuários que demandem atenção específica (com deficiência, com necessidades específicas de saúde, pessoas soropositivas, idade inferior a um ano, dentre outros). Para tanto, deverá ser adotada a seguinte relação:

a) 1 Cuidador para cada 8 usuários, quando houver 1 usuário com demandas específicas;



b) 1 Cuidador para cada 6 usuários, quando houver 2 ou mais usuários com demandas específicas.

A norma estabelece como grau mínimo de escolaridade nível médio e uma qualificação específica, qualificação esta que não é explicitada no documento. O mesmo ocorre com o documento de Orientação técnica para os serviços de acolhimento institucional, onde o perfil profissional do cuidador é o ensino médio como formação mínima e capacitação específica, recomendando também experiência em atendimento a crianças e adolescentes.

Segundo Mello e Silva (2004), a equipe de atendimento direto é aquela responsável pelo cuidado direto e cotidiano das crianças e adolescentes abrigados. Neste grupo estão incluídos os Cuidadores, que são responsáveis pelos abrigados sem a reprodução de relação familiar.

De acordo com o Levantamento Nacional de Crianças e Adolescentes (pg. 129,2010):

Aos cuidadores/educadores cabe, segundo os coordenadores, acompanhar a dinâmica cotidiana dos serviços, sendo responsáveis, principalmente, pelo cuidado com as crianças e adolescentes, tais como: alimentação, higiene, acompanhamento das atividades escolares e pedagógicas, entre outros. Além disso, são citados cuidados relativos ao funcionamento cotidiano de uma residência, como arrumação, limpeza e compra de mantimentos. Geralmente esses profissionais se revezam em plantões, garantindo o cuidado em tempo integral dos acolhidos. Tais profissionais também têm como atribuição manter registro atualizado sobre as informações diárias de cada criança.

Outra regulamentação que descreve as atividades do Cuidador é a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) de 2002, documento este que normatiza, reconhece, nomeia e codifica os títulos e conteúdo das ocupações do mercado de trabalho brasileiro. (MORÉ e SPERANCETTA, 2010)

O campo profissional de Cuidadores abarca profissionais que atuam também de Mãe Social³⁸⁵, assim como Cuidadores de crianças, jovens, adultos e idosos. O Resultado nacional do Censo SUAS 2017 não apresenta muitos dados sobre o perfil do cuidador. Em relação a escolaridades dos trabalhadores, o documento aponta que nos Serviços de Acolhimento de criança e adolescentes aproximadamente 52,2% dos trabalhadores e trabalhadoras possuem nível médio, seguidos por 39,7% que possuem nível superior e 7,9% que possuem nível

³⁸⁵ De acordo com Lima(2009) a mãe social é a profissional que reside com um grupo de crianças e que deve orientá-las, além de administrar a casa. É o profissional responsável pelo cuidado em equipamentos de acolhimento do tipo Casa-lar. As Orientações Técnicas para os serviços de acolhimento institucional' (Brasil, 2009a) recomendam que sejam substituídos os termos "mãe e pai social", por "cuidador/educador residente".



fundamental. O relatório aponta também que a ocupação é a que possui maior número de funcionários em instituições do tipo acolhimento (22,9%).

O Levantamento Nacional de Crianças e Adolescentes em Serviço de Acolhimento aponta que a carga horária dos cuidadores é de 41,5 horas semanais, o tempo médio de trabalho é de 3,6 anos. Quanto ao número de educador por criança/adolescente observasse uma média no país de um profissional para 8,2 crianças. A tabela do estudo mostra uma situação preocupante, 12,2% dos serviços de acolhimento institucional os cuidadores são responsáveis por mais de 30 crianças/adolescentes.

A experiência do trabalho voluntário foi relatada diversas vezes, principalmente em instituições de cunho religioso e caritativo. Em relação a trabalhadores selecionados através de concurso públicos foram encontrados em apenas duas instituições do país. Essa forma de contratação considerada pelo estudo a mais adequada para o ingresso de profissionais nos Serviços de Acolhimento institucional, principalmente para funções com alta rotatividade, podendo também favorecer a entrada de profissionais com o perfil desejável para o exercício das atribuições, formas favoráveis de remuneração, e que a importância da clareza nos editais em relação ao perfil do cargo e suas atribuições, uma vez que existem orientações e normativas passíveis de direcionar as especificações do tipo de trabalho nessas instituições.

Em relação a escolaridade o estudo apontou que 62,7% tem nível médio completo/incompleto; 20% possui nível superior completo/incompleto e 17% possui nível fundamental completo/incompleto. O estudo não aponta dados sobre qualificação específica que é estabelecida para a função na NOB-RH/SUAS e nas Orientações técnicas para os serviços de acolhimento institucional.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo visa trazer considerações sobre o trabalho do Cuidador, atuante em instituições do tipo abrigo, identificando como a profissão é representada pela legislação e literatura. Verificamos a existência das atribuições profissionais que pressupõem o perfil que tal profissional deve possuir.

As pesquisas encontradas sugerem divergências entre a prática profissional dos cuidadores as normas e orientações reguladoras da profissão. Questões como a escolaridade, capacitação e conduta de profissionais são consideradas inadequadas em

relação às especificações das legislações do trabalho, e desfavoráveis para a atuação com o público em peculiar fase de desenvolvimento.

O cuidado qualificado à crianças e adolescentes com rompimento de vínculos familiares pressupõe a atuação de profissionais que entendam o papel do serviço de acolhimento do tipo abrigo enquanto espaço de garantia de direitos sociais de crianças e adolescentes. Faz-se necessário que os profissionais que atendem a população respeitem suas histórias e vivências, e estejam capacitados a combater situações de violência e construir uma sociabilidade sadia e compatível com a condição de pessoa em desenvolvimento.

Para além do entendimento do fazer profissional, deve se ter também o conhecimento da legislação que regula os direitos de crianças e adolescentes, os ordenamentos sobre o funcionamento e instituições de abrigamento, e outros instrumentos que possa intervir contra o aprofundamento das distâncias sociais. Isso pressupõe também que o grupo atendido tenha acesso à educação de qualidade, a oportunidades de cultura, a políticas públicas de saúde, de assistência social, de transporte, moradia, trabalho e renda.

Os profissionais necessitam também de cuidados, escuta, acompanhamento, treinamento contínuo e supervisão, além do reconhecimento de sua atuação profissional, e não parental. O trabalho de cuidar em instituições do tipo abrigamento institucional pressupõe mediar as interações dos acolhidos com a sociedade, com a família e com a instituição. A vinculação desses profissionais com a população atendida deve levar em consideração a consciência da sua atuação profissional, que incluiu também as formas de cuidado amoroso.

A formação dos cuidadores, a qualificação para se atuar nos serviços, a educação continuada e a regulamentação desse trabalho deve se tornar pauta das legislações e organizações que atuam na defesa dos direitos da infância e da juventude.

Salientamos também a importância da equipe técnica formada por multiprofissionais como psicólogos, assistente sociais, pedagogos entre outros, que possam atuar como supervisores e que atendam as demandas da assistência à infância e juventude acolhida. A integração entre a coordenação, equipe técnica e a equipe de atendimento direto é imprescindível para a atenção e cuidado a crianças e adolescentes institucionalizados.

De acordo análise apresentada, indicamos a necessidade de maiores investigações sobre os papéis, atividades e relações que identifiquem a qualidade do ambiente e dos cuidados dedicados a criança e ao adolescente nas instituições de acolhimento institucional.



Consideramos a importância de estudos que visem entender melhor tal realidade, para que a intervenção e criação de programas de aperfeiçoamento profissional que subsidiem o trabalho cuidadores e demais profissionais que exercem o cuidado.

REFERÊNCIAS

- ARIÈS, P. História social da criança e da família (2a. ed.). São Paulo: Grupo Gen - LTC, 2014.
- ASSIS, S. G.; FARIAS, L. O. P.; Levantamento nacional das crianças e adolescentes em serviços de acolhimento. São Paulo: Hucitec, 2013.
- BARR, M. Cuidadores da primeira infância: por uma formação de qualidade. Brasília: Senado Federal, 2017.
- BOFF, L. Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra. 5a. ed ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2000.
- BOFF, L. O cuidado necessário. Petrópolis: Editora Vozes , 2012.
- BRASIL. ORIENTAÇÕES TÉCNICAS: SERVIÇOS DE ACOLHIMENTO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES. Brasília: CONANDA/CNAS, 2009.
- Brasil. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Conselho Nacional de Assistência Social. Orientações Técnicas: serviços de acolhimento para criança e adolescentes. Brasília: CONANDA/CNAS, 2009.
- . Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado, 1988. Disponível em ; acesso em maio de 2011.
- . Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em ; acesso em abril de 2011. — . Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Lei Orgânica da Assistência Social. Legislação suplementar/Ministério da Assistência Social. 3.a ed. Brasília, 2003.
- . Lei nº 12010, de 3 de agosto de 2009. Dispõe sobre adoção. Altera as Leis nº 8.069, de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente, 8.560, de 29 de dezembro de 1992; revoga dispositivos da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 – Código Civil, e da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1.o de maio de 1943; e dá outras providências. Brasília, 2009(b). Disponível em ; acesso em abril de 2011.
- . Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. (2004). Política nacional de assistência social. Disponível em https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf. Acessado em: 23/02/2019.
- . Ministério do Trabalho e Emprego. (2002). Classificação Brasileira de Ocupações. Disponível em; acessado em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/pesquisas/BuscaPorTitulo.jsj>. Acessado em 07/03/2019.
- . Norma operacional básica de recursos humanos do SUAS (NOB-RH/SUAS). Resolução nº 269 de 26 de dezembro de 2006. Disponível em: file:///C:/Users/leona_000/Downloads/Norma%20Operacional%20Basica%20de%20Recursos%20Humanos%20do%20SUAS%20NOB-RH%20SUAS%20(1).PDF. Acessado em 23/01/2019.
- . Plano nacional de promoção, proteção e defesa dos direitos de crianças e adolescentes à convivência familiar e comunitária. Brasília; CONANDA, 2006. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Plano_Defesa_CriançasAdolescentes%20.pdf. Acessado em: 25/02/2019.
- . Tipificação Nacional dos serviços sociassistenciais. Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf. Acessado em: 23/01/2019.
- DEL PRIORE, M. (ED.). História das crianças no Brasil. São Paulo, SP: Editora Contexto, 1999.



FALEIROS, V. P. Políticas para a infância e adolescência e desenvolvimento. IPEIA, 2005. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/4569/1/bps_n.11_ENSAIO1_Vicente11.pdf. Acessado em: 13/02/2019.

FUZIWARA, A. S. Social struggles and children and adolescents' Human Rights: a necessary articulation. *Serviço Social & Sociedade*, n. 115, p. 527–543, set. 2013.

MORÉ, C. L. O. O. & SPERANCETTA, A. Práticas de pais sociais em instituições de acolhimento de crianças e adolescentes. Florianópolis (SC): *Psicologia & Sociedade*, 2010.

ONU. Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/direitoshumanos/declaracao/>. Acessado em: 12/01/2019.

PILOTTI, F. J.; RIZZINI, I. A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. São Paulo (SP): Cortez, 2009.

REIS, A. M. Direitos da Criança: era uma vez. Coimbra: Almeidina 2010.

RIZZINI, I. et al. (EDS.). Acolhendo crianças e adolescentes: experiências de promoção de direito à convivência familiar e comunitária no Brasil. São Paulo, SP : Brasília, DF : Rio de Janeiro, RJ: Cortez Editora ; UNICEF ; CIESPI : PUC-Rio, 2006.

RIZZINI, I. O século perdido: raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil. Rio de Janeiro, RJ, Brasil: Cortez Editora, 2008.

RIZZINI, I.; RIZZINI, I. A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafios do presente. Rio de Janeiro: PUC Rio, 2004.

SILVA. E. R. A. O direito à convivência familiar e comunitária: os abrigos para crianças e adolescentes no Brasil. Brasília : IPEA/CONANDA, 2004.

VALENTE, J. Família acolhedora: as relações de cuidado e de proteção no serviço de acolhimento. São Paulo: Paulus, 2013



IX CONASSS
CONGRESSO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE
XII SIMPSSS
SIMPOSIUM DE SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE

22 a 24 de setembro de 2020
Edição Virtual

Realização:



Apoio:



Apoio Institucional:



Organização:



ISBN: 978-65-86378-02-3