

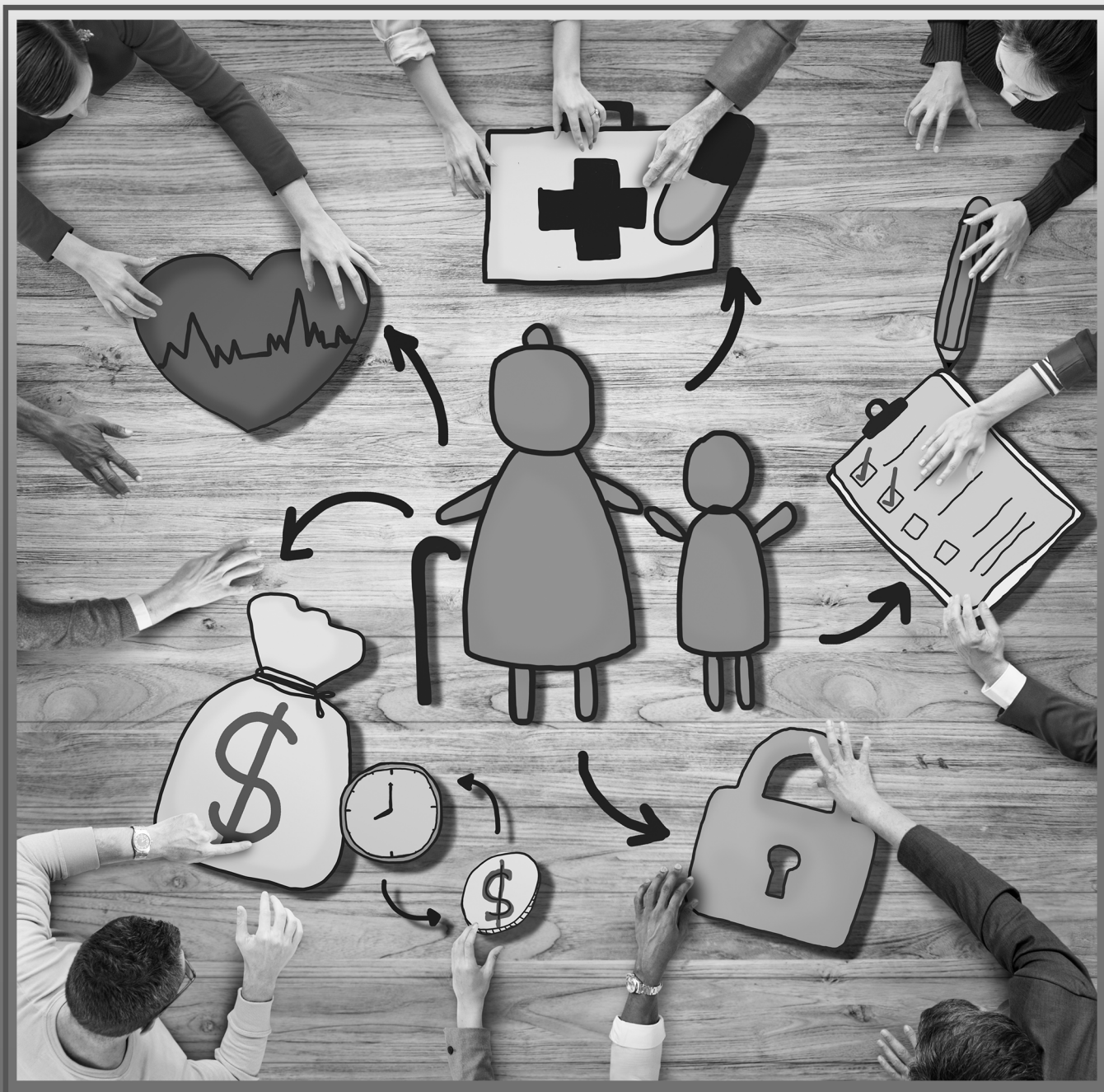


Processos de Subjetivação no Serviço Social

3

Thaislayne Nunes de Oliveira
(Organizadora)

Atena
Editora
Ano 2020



Processos de Subjetivação no Serviço Social

3

Thaislayne Nunes de Oliveira
(Organizadora)

Atena
Editora
Ano 2020

Editora Chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes Editoriais

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecário

Maurício Amormino Júnior

Projeto Gráfico e Diagramação

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremona

Karine de Lima Wisniewski

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da Capa

Shutterstock

Edição de Arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os Autores

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

A Atena Editora não se responsabiliza por eventuais mudanças ocorridas nos endereços convencionais ou eletrônicos citados nesta obra.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa

Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Profª Drª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Profª Drª Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof^a Dr^a Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Prof^a Dr^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof^a Dr^a Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^a Dr^a Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Prof^a Dr^a Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Prof^a Dr^a Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^a Dr^a Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof^a Dr^a Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Prof^a Dr^a Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Prof^a Dr^a Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Prof^a Dr^a Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof^a Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^a Dr^a Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Prof^a Dr^a Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

Prof^a Dr^a Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Prof^a Dr^a Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Prof^a Dr^a Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof^a Dr^a Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará

Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Conselho Técnico Científico

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Me. Adalto Moreira Braz – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí
Prof. Me. Alexsandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Drª Andrezza Miguel da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco
Profª Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Profª Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Profª Drª Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Profª Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Profª Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa
Profª Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Ernane Rosa Martins – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Me. Eivaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Dr. Fabiano Lemos Pereira – Prefeitura Municipal de Macaé
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Profª Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza

Profª Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social
Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFGA
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis
Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR
Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Me. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos
Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior
Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo
Profª Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará
Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco
Profª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão
Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana
Profª Ma. Thatianny Jasmine Castro Martins de Carvalho – Universidade Federal do Piauí
Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Processos de subjetivação no serviço social

3

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Bibliotecário: Maurício Amormino Júnior
Diagramação: Natália Sandrini de Azevedo
Edição de Arte: Luiza Batista
Revisão: Os Autores
Organizadora: Thaislayne Nunes de Oliveira

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

P963 Processos de subjetivação no serviço social 3 [recurso eletrônico] /
Organizadora Thaislayne Nunes de Oliveira. – Ponta Grossa, PR:
Atena, 2020.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: Word Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5706-233-3

DOI 10.22533/at.ed.333203007

1. Assistência social. 2. Política social – Brasil. 3. Serviços
sociais. I. Oliveira, Thaislayne Nunes de.

CDD 361

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br


Ano 2020

APRESENTAÇÃO

Caro leitor, é com imenso prazer que apresento a coletânea: “Processos de Subjetivação no Serviço Social”, composta por 88 trabalhos organizados em 5 volumes. Esta coletânea exhibe textos sobre as múltiplas facetas do processo de trabalho do Assistente Social e análises de diferentes políticas públicas brasileiras.

Como é sabido, o contexto brasileiro é permeado por contradições históricas. Ouso sinalizar a atual conjuntura centrada em discussões rasas, com a propagação do senso comum como verdade absoluta. Portanto, torna-se ainda mais necessário dar visibilidade a estudos técnicos e científicos. Sendo assim, esta leitura é imprescindível durante a formação profissional e também aos assistentes sociais, pois, contribui significativamente com reflexões sobre os nós, entraves e questões contemporâneas, que perpassam o cenário brasileiro e respectivos desdobramentos na profissão e nas políticas públicas.

Os dois primeiros volumes reservam a discussão do Serviço Social, abordando a formação profissional, apontamentos sobre os Fundamentos Históricos Teóricos Metodológicos do Serviço Social, da questão social, do Projeto Ético Político, da instrumentalidade. Além das discussões acerca das dimensões profissionais e das vulnerabilidades correspondentes às experiências em diversos espaços socioocupacionais.

O terceiro volume discorre prioritariamente sobre diferentes políticas públicas, como: política de saúde, política de saúde mental, promoção de saúde dos idosos. Além do mais, este volume possibilita a visibilidade para estudos variados acerca das inúmeras situações que perpassam a vida das mulheres brasileiras.

O quarto volume expõe: adoção, adolescentes, medidas socioeducativas, drogas, violência, família, idosos. As respectivas análises são distintas, porém, demonstram aspectos que perpassam a vida brasileira, sobretudo pela abordagem do recorte de classe e étnico-racial.

Por fim, e não menos importante, o quinto volume exhibe novamente especificidades das políticas públicas, evidenciando a discussão sobre a questão do território, questão urbana, saneamento básico, seguridade social, política de assistência social. Este volume apresenta ainda discussão sobre questão étnico-racial, racismo e refugiados.

Como foi possível perceber os livros contemplam análises abrangentes, que convergem e se complementam sob a ótica do contexto histórico brasileiro e suas respectivas contradições sociais. Vale ressaltar, que os cinco volumes contribuem com a análise das políticas públicas mais empregadoras dos assistentes sociais no Brasil, motivo pelo qual se ratifica a importância desta leitura aos acadêmicos e ainda para fins de atualização profissional.

Desejo a todas e todos excelente leitura!

Thaislayne Nunes de Oliveira

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
“NEM NASCER, NEM MORRER”: A AUSÊNCIA DO REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO NA TRAJETÓRIA DE VIDA DE MULHERES E HOMENS EM SOFRIMENTO MENTAL MORADORES DE ÁREAS RURAIS DO MUNICÍPIO DE CALUMBI-PE	
Rebeca Ramany Santos Nascimento Alessandra Aniceto Ferreira de Figueirêdo Rosineide de Lourdes Meira Cordeiro	
DOI 10.22533/at.ed.3332030071	
CAPÍTULO 2	21
PLANEJAMENTO REPRODUTIVO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE BARRETO/BARRAMARES – MACAÉ/RJ: A MULHER COMO FIGURA REPRESENTATIVA NA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA	
Elaine da Costa Feitosa Pinto Gisiane de Mello Corrêa Labre	
DOI 10.22533/at.ed.3332030072	
CAPÍTULO 3	30
PREVENÇÃO DE ABORTAMENTO INSEGURO JUNTO A MULHERES EM SITUAÇÃO DE POBREZA	
Viviane Aparecida Siqueira Lopes	
DOI 10.22533/at.ed.3332030073	
CAPÍTULO 4	40
SAÚDE MENTAL E A QUESTÃO DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: NARRATIVAS DE MULHERES EM UM CAPS AD	
Ana Alice Firmino de Barros Maria Isabelly Silva Pereira de Lima Rafael Nicolau Carvalho Alecsonia Pereira Araújo Danielle Viana Lugo Pereira	
DOI 10.22533/at.ed.3332030074	
CAPÍTULO 5	51
PARA ALÉM DO DIAGNÓSTICO: O COTIDIANO DE MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS	
Eryenne Lorryne Sayanne Silva do Nascimento Rafael Nicolau Carvalho Alecsonia Pereira Araújo Danielle Viana Lugo Pereira	
DOI 10.22533/at.ed.3332030075	
CAPÍTULO 6	63
RACISMO INSTITUCIONAL NA SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE SEU IMPACTO NO CORPO DA MULHER NEGRA	
Noemi Cristina Ferreira da Silva Angélica de Jesus Conceição Vieira	
DOI 10.22533/at.ed.3332030076	
CAPÍTULO 7	73
ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL COM ACOMPANHANTES DE USUÁRIOS DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE FORTALEZA: TECENDO A PROMOÇÃO DA SAÚDE E O EMPODERAMENTO	
Neubejamia Rocha da Silva Lemos Cynthia Santos Neder Thomé	

Danielle de Menezes Vieira
Érica Silva Meneses
Lisiane Melo de Carvalho
Valesca de Sousa Brito
Vivianny Mary Jucá Bezerra

DOI 10.22533/at.ed.3332030077

CAPÍTULO 8 82

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E O SERVIÇO SOCIAL: REFLEXÕES E DESAFIOS DO TRABALHO PROFISSIONAL

Kelly Bezerra de Oliveira
Larissa Maria Souto Moura

DOI 10.22533/at.ed.3332030078

CAPÍTULO 9 89

ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA VIVENCIADA NO HOSPITAL MUNICIPAL SÃO CAMILO DE LÉLLIS

Jéssica Katariny Oliveira da Silva
Andressa Sonja Pereira de Castro

DOI 10.22533/at.ed.3332030079

CAPÍTULO 10 97

ENTRE A LOUCURA E AS MÚLTIPLAS LUTAS PELA SOBREVIVÊNCIA: FAMILIARES NA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Lucia Cristina dos Santos Rosa
Sâmia Luiza Coêlho da Silva

DOI 10.22533/at.ed.33320300710

CAPÍTULO 11 108

A MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS COMO SUPORTE PARA A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

Paula Martins da Silva Costa
Nuno Manuel Morgadinho dos Santos Coelho

DOI 10.22533/at.ed.33320300711

CAPÍTULO 12 125

ESPAÇO PROMOTOR DE SAÚDE: UMA ESTRATÉGIA PARA A QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO À LUZ DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Christiane Silva Bitencourth Vilela
Ana Lúcia da Silva Dias
Juliana Rodrigues Freitas
Adma Oliveira Lima
Valeria Cristina da Costa Rosa

DOI 10.22533/at.ed.33320300712

CAPÍTULO 13 133

REQUISIÇÕES AOS(AS) ASSISTENTES SOCIAIS EM TEMPOS DE PRIVATIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE

Suzérica Helena de Moura Mafra
Eliana Andrade da Silva

DOI 10.22533/at.ed.33320300713

SOBRE A ORGANIZADORA..... 144

ÍNDICE REMISSIVO 145

“NEM NASCER, NEM MORRER”: A AUSÊNCIA DO REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO NA TRAJETÓRIA DE VIDA DE MULHERES E HOMENS EM SOFRIMENTO MENTAL MORADORES DE ÁREAS RURAIS DO MUNICÍPIO DE CALUMBI-PE

Data de aceite: 01/07/2020

Rebeca Ramany Santos Nascimento

UNINASSAU-PE,

Recife-PE

<http://lattes.cnpq.br/4510265550723445>

Alessandra Aniceto Ferreira de Figueirêdo

Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ

Rio de Janeiro-RJ

<http://lattes.cnpq.br/0335039281653783>

Rosineide de Lourdes Meira Cordeiro

Universidade Federal de Pernambuco-UFPE

Recife-PE

<http://lattes.cnpq.br/6347300386755274>

RESUMO: Este trabalho objetiva analisar os impactos da ausência do Registro Civil de Nascimento na trajetória de vida de mulheres e homens em sofrimento mental, moradores de áreas rurais do município de Calumbi-PE. Em dezembro de 2009, foram realizadas entrevistas abertas e estruturadas com familiares de duas pessoas em sofrimento mental, moradores das áreas pesquisadas. As entrevistas foram áudio-gravadas, transcritas na íntegra e submetidas à análise. Os resultados apontaram que o motivo alegado pelas famílias entrevistadas para o fato dessas pessoas não terem sido registradas

civilmente, quando crianças, foi “descuido” ou “falta de interesse” dos pais. Ambos não tiveram acesso à educação e aos cuidados em saúde que deveriam ter sido garantidos pelo Estado, especialmente, em saúde mental de que necessitavam. A família de Francisco enfrentou várias dificuldades para enterrá-lo, pois o mesmo não tinha nenhum documento que atestasse seu nascimento. Passaram-se alguns anos e sua família continuou esperando a comprovação de que ele nasceu e morreu. Marta ainda está viva e se encontra com sua Certidão de Nascimento, obtida através de um Registro Tardio para fins de aposentadoria. No entanto essa foi tirada com muita dificuldade, com intervenções de um político do município, por meio de práticas clientelistas. Seus familiares relataram os impactos da ausência dessa documentação em sua trajetória de vida, como a perda de 10 anos de aposentadoria como trabalhadora rural, e a não inserção dessa em ações governamentais, como o Programa das Frentes Produtivas de Emergência. Consideramos que as trajetórias de vida de mulheres e homens em sofrimento mental que não possuem Registro Civil de Nascimento são marcadas por privações de direitos em diversas situações: no acesso a serviços, programas sociais e políticas públicas, que se estendem

da (i)legitimação do Estado com relação a suas vidas, até o não-reconhecimento de suas mortes.

PALAVRAS-CHAVE: Registro Civil de Nascimento. Saúde Mental. Áreas Rurais.

“NEITHER TO BORN, NOR TO DIE”: THE ABSENCE OF CIVIL BIRTH REGISTRATION IN THE LIFE COURSE OF WOMEN AND MEN IN MENTAL SUFFERING RESIDENTS IN RURAL AREAS OF THE TOWN OF CALUMBI-PE

ABSTRACT: This work aims to analyze the impacts of the absence of the Civil Birth Registration on the life course of women and men in mental distress living in rural areas of the town of Calumbi-PE. In December 2009, open structured interviews were conducted with relatives of two people in mental distress, living in the surveyed areas. The interviews were audio-recorded, completely transcribed and submitted into analysis. The results showed that the reason alleged by the interviewed families for the fact that these people were not civilly registered when they were children, was “carelessness” or “lack of interest” by the parents. Both did not have access to the education and health care that should have been guaranteed by the State, especially in mental health that they needed. Francisco’s family faced several difficulties in burying him, as he did not have any documents to certify his birth. A few years passed and his family kept waiting for proof that he was born and died. Marta is still alive and had her Birth Certificate, obtained through a Late Registration for retirement purposes. However, this was taken with great difficulty, with interventions by a municipal politician, through clientelistic practices. His family members reported the impacts of the absence of this documentation on his life trajectory, such as the loss of 10 years of retirement as a rural worker, and the non-insertion of her in government actions, such as the “Emergency Productive Fronts” Program. We consider that the life trajectories of women and men in mental suffering who do not have a Civil Birth Certificate are marked by deprivation of rights in several situations: access to services, social programs and public policies, which extend from (de)legitimizing the State concerning to their lives, until their deaths not being recognized.

KEYWORDS: Civil Birth Registration. Mental Health. Rural Areas.

1 | INTRODUÇÃO

Desde o nascer até a morte, a vida do ser humano é marcada por acontecimentos, e esses, em sua maioria, são comprovados por meio de documentos. Na sociedade moderna, ter documentos tornou-se indispensável, são eles quem provam quem somos. Desse modo, precisamos de provas materiais para atestarem a veracidade de nossa autoidentificação, “já que, por nós próprios, esse reconhecimento é inviável. Nossa palavra não é suficiente”, como bem destacou Peirano (2009, p. 63).

DaMatta (2002) analisa que a emissão de documentos no Brasil está intrinsecamente relacionada com o conceito de cidadania. Contudo, é importante destacar que o país tem

suas bases formadas por uma sociedade escravocrata e hierárquica, cuja República foi proclamada através de um golpe militar. Ao passo em que foi o primeiro país do mundo a adotar o sistema de identificação através da impressão digital, com o objetivo de controlar as “classes perigosas”. Tal acontecimento se deu em 1903, o que nos leva a perceber que, desde o início do século XX, existia a preocupação com o controle da população.

Os documentos preocupam as pessoas, pois são muito importantes na sociedade moderna, são eles que indicam quem é ou não cidadão. No Brasil, os cidadãos precisam ter todos os documentos básicos e, quem não os tem, acaba sendo “punido” de alguma forma. Muitos são os relatos de pessoas que, pela falta dos documentos, deixaram de exercer e/ou obter seus direitos. Mesmo que não haja nenhuma lei que obrigue as pessoas a portarem-nos, acredita-se que tê-los sempre consigo é obrigação. Neste sentido, vive-se uma “cidadania regulada” em que “legitimam o portador [de documentos] como um ser social exclusivo e singular”; portanto, “os documentos não podem ser trocados, emprestados, dados ou vendidos” (DaMATTA, 2002, p.55-57).

Segundo o autor supracitado,

Tudo isso faz com que os documentos sejam muito valiosos. Como se eles fossem, de fato, a expressão cívica e profissional das pessoas que tendem perdê-los, porque isso significa perder a sua máscara cívica e, ao mesmo tempo, terem que percorrer uma verdadeira *via cruxis* burocrática. Uma espécie de *penalidade cívica* que, no Brasil, revela poder pouco discutido, mas revelador do controle e do arbítrio do Estado junto a todos e a cada um dos seus cidadãos (DaMATTA, 2002, p.57).

Peirano (1986) afirma que, no Brasil, os documentos assumem “símbolos de identidade cívica” e são fornecidos pelos órgãos públicos para aqueles que preenchem determinadas características sociais. Segundo a autora, ter direito aos documentos possibilita observar dois aspectos complementares: favorece vários privilégios e direitos, principalmente o de “ir e vir” com relativa “liberdade”, porém permite que o Estado tenha o controle sobre seus membros.

Para esta autora, os documentos burocratizam o viver em sociedade e estimulam a hierarquização das pessoas, além de gerarem identidades cívicas ao “provar” de quem se está falando. Por isso, as denominações de “filho de fulano”, “da família de beltrano”, “filho do município”, identificam e hierarquizam as pessoas através de símbolos documentais. A autora defende a desburocratização dos documentos, através da diminuição do quantitativo dos mesmos e que esses sejam produzidos de forma simplificada.

Cordeiro (2008) toma como referencial teórico Michael Foucault, quando discorre sobre governamentalidade e biopoder. Segundo esta autora, os documentos funcionam como estratégia de governo, poder e controle; portanto, fazem parte da arte de governo cultivada através de táticas governamentais, jurídicas e institucionais para o controle das populações.

Entende-se a arte de governo como um dispositivo biopolítico que, de acordo com Foucault (1999), lida com a população, e esta, com todas as facetas da vida em sociedade.

O biopoder é aplicado aos corpos múltiplos, aos fenômenos de massa. Ao discorrer sobre biopolítica, Foucault (1999) afirma:

[...] temos uma tecnologia que, por sua vez, é centrada não no corpo, mas na vida; uma tecnologia que agrupa os efeitos de massa próprios de uma população, que procura controlar a série de eventos fortuitos que podem ocorrer numa massa viva [...] (p. 297).

Enquanto tecnologia biopolítica, os documentos são indispensáveis no mundo. Servem como atestado da veracidade, da autoidentificação das pessoas, pois a palavra não é suficiente. Para Cordeiro (2008), os documentos são tecnologias de individualização que dão visibilidade a uma pessoa, permitindo sua identificação, caracterização e diferenciação ante os demais. Os mesmos operam como regimes e instrumentos de “objetivação e sujeição” para o Estado em seus sistemas de governo. Os documentos possibilitam que o governo conheça a população em profundidade, são eles que permitem a inclusão ou exclusão do cidadão nos espaços públicos e privados. É por meio dos documentos também que as pessoas são ou não inseridas nas políticas públicas e sociais de um governo. Portanto, os documentos são para a mesma “práticas divisórias” que permitem dizer quem pode ou não ter acesso a determinados serviços.

Nesse interim, o Registro Civil de Nascimento significa a primeira prova documental da existência legal de uma pessoa, de sua identificação e da sua relação com o Estado. É por intermédio dele que se prova a existência de alguém; é por meio dele que as pessoas são habilitadas a tirar os demais documentos. O Registro Civil de Nascimento, portanto, é um documento básico para se obter acesso a políticas públicas e programas sociais (MAKRAKIS, 2000).

Pessoa (2006) define o registro civil de nascimento como:

[...] a inscrição da declaração de nascimento com vida de uma pessoa natural, em livros ou bancos de dados públicos, sob a responsabilidade de delegados do Poder Público ou direta do próprio Estado, observando-se as formalidades legais, conferindo ao assentamento segurança, autenticidade, publicidade, eficácia, validade contra terceiros, existência legal e perpetuidade (p.31).

Informações como data, local de nascimento e filiação são armazenadas e enviadas aos Governos, desde que o Registro Civil de Nascimento foi implantado, em detrimento do Registro Paroquial. O Estado tem, no Registro Civil, sua fonte principal de estatística. Segundo DaMatta (2002),

Há, no Brasil, documentos centrais e periféricos, do mesmo modo que existem gradações variadas de cidadania. O documento mais importante é a ‘Certidão de Nascimento’, porque ela é geradora de outros documentos, sendo o ponto de partida da vida cívica de qualquer brasileiro. [...] Confirma isso o fato de esse documento ser ‘tirado’ pelos pais ou responsáveis da criança, nos seus primeiros dias de vida, ligando oficialmente o nome da criança perante o Estado, um elemento importante na construção da pessoa no Brasil (DaMATTA, 2002, p.58).

Brasileiro (2008) ressalta a importância do Registro Civil de Nascimento para as relações sociais dos sujeitos que vão se estabelecendo a partir de seu nascimento, e que

se dará de forma diferenciada, caso esses sejam ou não registrados. Em consequência das interdições e dos constrangimentos que surgem para crianças e adultos que não o possuem, esses sujeitos passam a ser privados do acesso a serviços públicos, aos direitos sociais, e ainda de não serem aceitos nos espaços públicos onde transitam, além de não se sentirem parte de um coletivo. Com isso, é possível dizer que o Registro Civil de Nascimento é uma exigência prévia à participação da vida em sociedade. Numa sociedade burocratizada pelo controle e pelas noções de pessoa portadora de uma identidade civil, esse Registro passa a representar a porta de entrada dessa no mundo social.

A autora supracitada também analisa que o Registro Civil de Nascimento se circunscreve como um mecanismo que se reveste de funções de controle, favorecendo ações de planejamento e estatísticas, como também possibilitando maior vigilância das pessoas. Assim sendo, ter um Registro pode ser compreendido como um mecanismo de regulação e poder que atua diretamente no desenrolar da vida dos sujeitos, possibilitando ao Estado ter conhecimento sobre a população.

Os autores citados refletem que, no Brasil, o Registro Civil de Nascimento e, conseqüentemente, a Certidão de Nascimento é considerada o principal meio de usufruir dos direitos de cidadania garantidos constitucionalmente. Ao mesmo tempo, ela pode ser considerada uma estratégia de poder sobre a vida, que permite que a população seja regulada. O Registro Civil de Nascimento pode ser considerado uma tática de governo, que permite definir quem é ou não habilitado a tirar os demais documentos, ou a dizer quem pode ou não ter acesso a políticas públicas.

Todavia, será que o(a)s brasileiro(a)s constroem a mesma relação com esse documento? Para os habitantes de áreas rurais, por exemplo, lidar com os aparatos documentais ainda é uma prática difícil de ser efetuada, pois as pessoas costumam dizer que, ao longo de suas vidas, não sentiram necessidade de obter documentos, sobretudo a Certidão de Nascimento. Principalmente se forem as pessoas mais velhas, as quais estão acostumadas a lidar com a existência do batistério como principal documento. Muito se deve ao fato de residirem em uma localidade rural, que apresenta resquícios das sociedades tradicionais, em que as relações se baseiam no interconhecimento. As pessoas se conhecem pelo nome, por traços familiares ou comunitários, o que dispensa documentos escritos e formais produzidos em uma lógica burocrática (WANDERLEY, 1999).

Segundo Maria de Nazareth Wanderley (1999),

[...] O camponês convive com outras categorias sociais onde se desenvolve uma forma de sociabilidade específica, que ultrapassa os laços familiares e de parentesco. [...] "*Sociedade de interconhecimento*, isto é, uma coletividade na qual cada um conhecia todos os demais e conhecia todos os aspectos da personalidade dos outros. Diversidade e homogeneidade asseguravam, graças à relação de interconhecimento, a vida social extraordinariamente intensa, descrita nos romances e em toda a literatura sobre a vida do campo nos séculos XVIII e XIX (p. 30).

Para a autora, o modo de vida camponês estabelece uma “autonomia relativa da vida social” (p. 30), na qual não se precisa provar quem é por meio de documentos. A dinâmica cotidiana dos espaços rurais, estabelecida paulatinamente ao longo das gerações cria, por si só, as referências básicas para se conhecer alguém. Nessas sociedades, os documentos entram como coadjuvantes, passam a existir e ser inseridos no cotidiano dessas pessoas porque as políticas, os benefícios e os programas sociais implementados, como salário-maternidade, Benefício de Prestação Continuada (BPC), Bolsa Família, entre outras, pressionam as pessoas a ter documentos para obtê-los. O discurso governamental afirma que a pessoa só é cidadã se tiver documentos.

Nessa perspectiva, ser cidadão, para muitos, nas áreas rurais, é não ter nome, não ser conhecido, não habitar naquele local. Diante disso, Peirano (1986, p. 60) afirma que a palavra cidadão é tomada a partir de uma leitura urbana, algo que é designado para quem mora na cidade e convive com outros modos de vida e relações sociais. Porém, a autora continua afirmando que, desde os anos 80 do século passado, “observa-se uma tentativa de se habilitar a população na direção de uma sociedade civil, na crença de que somente uma sociedade civil pode alterar a correlação de forças localizada nos escalões intermediários – mais burocratizados – do governo”.

Somada a essa questão, ainda, podemos problematizar que existem grupos em situação de vulnerabilidade na população rural e/ou campesina, que enfrentam obstáculos ainda maiores por não terem documentação, o caso das pessoas em sofrimento mental/psíquico. Secularmente, essas pessoas foram excluídas, isoladas, postas à margem, de modo que tiveram seus direitos não atendidos, por serem consideradas racionalmente incapacitadas, inclusive de portarem documentos.

Para Calderoni (s/n), historicamente, a loucura foi tomada como um erro do pensamento, sendo a pessoa que a apresentasse desconsiderada, uma vez que se procurou reduzir o psiquismo à razão, logo aquela que não se caracterizasse como racional seria errada ou doente. O que caracterizaria o ser humano seria justamente a capacidade de ser racional, o seu contrário, o aproximaria de outros seres vivos: os animais irracionais, com seus instintos, apetites, impulsos, inclinações, etc. Destarte, como tomar enquanto humano, um ser que não pensa? Ou um ser humano com características animais?

Weyler (2006) faz ressalva que os paradigmas, as práticas e as funções da psiquiatria moderna legitimaram a invalidação social dos “loucos” e que essa invalidação se materializou na impossibilidade de circulação desses em lugares que não lhes eram tradicionalmente instituídos. Ao mesmo tempo, a medicina, em associação ao urbanismo e à engenharia, começou a tomar o espaço urbano, assumindo, progressivamente, o caráter de higienizadora do corpo social. Coube aos médicos identificar e expulsar das ruas e do convívio da cidade as pessoas tidas como “nocivas” e “degeneradas”, que poderiam contaminar todo o corpo social com sua desordem.

Estar fora do corpo social foi uma vivência que as pessoas em sofrimento psíquico

sofreram durante séculos, seja através do isolamento em hospitais psiquiátricos, ou através do aprisionamento em cadeias, ou em pequenos quartos fechados, dentro de seus lares, como bem contextualizou Foucault (1987), na obra “História da Loucura na Idade Clássica”. Essa marginalização se justificava pela afirmação de que essas pessoas não podiam responder por si, em função de seus comportamentos “aberrantes”, ou por sua incapacidade de julgamento, já que os mesmos não tinham razão.

Atualmente, apesar das mudanças empreendidas nos últimos anos, em especial com o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, ainda, observamos um processo de estigmatização das pessoas com sofrimento mental, em que essas são aproximadas das categorias louco/doido/maluco, ou de características que, temporariamente, possam caracterizá-los como tal. Essas classificações trazem o estigma da violência, da instabilidade, do animal, que deve ser contido, excluído, separado de outras pessoas ditas “normais”, o que fomenta a exclusão social desses sujeitos (FIGUEIRÊDO; CORDEIRO, 2019).

Mediante a significância dessa discussão, neste trabalho abordaremos os impactos da ausência do Registro Civil de Nascimento na trajetória de vida de mulheres e homens em sofrimento mental, moradores de áreas rurais do município de Calumbi-PE. A importância de voltarmos a atenção para pessoas em sofrimento psíquico, especificamente, se dá por essas serem secularmente excluídas do *modus operandi* da sociedade, seja através do isolamento, seja por meio da impossibilidade desses sujeitos terem acessos a documentos que legitimem seu lugar enquanto cidadãos e assegurem seus direitos.

2 | MÉTODO

Este trabalho tomou por base uma abordagem de pesquisa qualitativa. Segundo Denzin e Lincoln (2006, p.23), “a palavra qualitativa implica ênfase sobre as qualidades das entidades e sobre os processos e os significados que não são examinados ou medidos experimentalmente em termos de quantidade, volume, intensidade ou frequência”. Dessa forma, a pesquisa qualitativa ressalta a relação entre o pesquisador e o que é pesquisado, realizando uma aproximação inevitável entre ambos.

Em dezembro de 2009, foram realizadas entrevistas abertas e estruturadas com familiares de duas pessoas em sofrimento mental, moradores de áreas rurais do município de Calumbi, Pernambuco. As entrevistas objetivavam identificar os motivos alegados pelos familiares para o fato de essas pessoas não terem o Registro de Nascimento desde crianças, assim como analisar as dificuldades enfrentadas para se obter o Registro Tardio de Nascimento, e as implicações que a falta de tal documento geraram na trajetória de vida dessas pessoas.

A indicação dos sujeitos para participação deste estudo se deu através de conversas feitas com o Sindicato de Trabalhadores Rurais de Calumbi, com os Agentes

Comunitários de Saúde do referido município, além de diálogos com a população da região. Estas entrevistas foram realizadas no âmbito do projeto de pesquisa “Gênero, pobreza e documentação civil em Contextos Rurais¹” e do subprojeto “Gênero, pobreza e documentação civil em Pernambuco²”. Estes projetos tiveram apoio do Movimento de Mulheres Trabalhadoras Rurais do Sertão Central- PE (MMTR) e do Sindicato de Trabalhadores Rurais de Calumbi (STR).

Calumbi fica localizado na microrregião do Sertão do Pajeú. Administrativamente, o município é formado pelo distrito sede e pelos povoados de Tamborilzinho e Roças Velhas. Limita-se ao norte com as cidades de Triunfo e Santa Cruz da Baixa Verde, ao Sul com Betânia, a Leste com Flores e a oeste com Serra Talhada. Localiza-se 360 Km de distância da capital, Recife. De acordo com o Censo da Contagem da População de 2007, existiam 7.577 habitantes, desse total, 2.078 encontravam-se na área urbana e 5.499 na área rural. Esse local foi escolhido para o desenvolvimento da pesquisa por apresentar o pior Índice de Desenvolvimento Humano (0,580), dentre os municípios de atuação do Movimento de Mulheres Trabalhadoras Rurais do Sertão Central.

As entrevistas foram áudio-gravadas, transcritas na íntegra e submetidas à análise. Considerou-se os aspectos éticos, orientados pela resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos, bem como se primou pelo consentimento informado e o anonimato dos participantes.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Analisamos a trajetória de vida de uma mulher e um homem em sofrimento mental e os impactos da ausência do Registro Civil de Nascimento nesses, tomando por base entrevistas realizadas com seus familiares, mas também conversas com pessoas que compunham o Sindicato de Trabalhadores Rurais de Calumbi-PE, Agentes Comunitários de Saúde do território onde esses residiam e a população local. O primeiro caso que trabalharemos é o de Francisco, um homem que apresentava sofrimento mental e faleceu aos 60 anos de idade sem ter o Registro Civil de Nascimento. A segunda história é a de Marta, uma mulher de, aproximadamente, 70 anos de idade, considerada pela população local como “meio doida”.

3.1 Francisco: a vida marcada pela ausência do Registro Civil de Nascimento

Chegamos à família de Francisco através de Raquel, Agente Comunitária de Saúde (ACS) de Roças Velhas - Distrito de Calumbi-PE, responsável pelo território em que a família do mesmo residia. A entrevista foi feita com Madalena, irmã de Francisco. Nosso

1. No âmbito desse projeto foi desenvolvido o subprojeto “Gênero, pobreza e documentação civil em Calumbi”, executado por Lucicleide dos Santos Silva.

2. No âmbito desse projeto foi desenvolvido o subprojeto “Programas e serviços de registro civil de nascimento implementados pelo governo de Pernambuco”, executado por Rebeca Ramany Santos Nascimento.

objetivo era saber o motivo pelo qual Francisco nunca fez o Registro de Nascimento e quais as dificuldades enfrentadas em sua trajetória de vida.

Segundo Madalena, seu irmão Francisco não foi registrado civilmente por “descuido dos pais”, como ilustra o diálogo abaixo:

P: [...] como foi a sua trajetória? Por que ele não tirou os documentos?

R: [...] ele não tirou porque, é como dizem, é... acham o pai e a mãe, né? Essas pessoa que é descuidado, né? Aí não tirou o documento dele.

Esse “descuido dos pais”, relatado pela irmã de Francisco, pode estar associado a uma “não urgência” das famílias à época em tirar tais documentos, especialmente as pessoas mais velhas, como bem analisou Maria de Nazareth Wanderley (1999) sobre as práticas de pessoas que residem em localidade rural, as quais apresentam resquícios das sociedades tradicionais, em que as relações se baseiam no interconhecimento. Uma vez que o modo de vida dessas pessoas se estabelecia através de uma autonomia relativa da vida social, na qual não se precisava provar quem era por meio de documentos. Os documentos passaram a existir e ser inseridos no cotidiano dessas porque as políticas, os benefícios e os programas sociais implementados no Brasil no final do século XX, pressionaram-nas a ter tais documentos.

Já ACS Raquel atribuiu a ausência do Registro Civil de Francisco à dificuldade de comunicação que ele tinha com a comunidade onde residia, justamente porque ele “morava em uma caverna” e tinha “pouco contato com as pessoas fora dela”. É importante ressaltar que, do grupo de quatro irmãos, Francisco era o único que não possuía Certidão de Nascimento, também nunca frequentou a escola. Tal fala é corroborada pela irmã de Francisco, a qual afirma que “uma pessoa assim, ‘doente’, nunca foi numa escola, não”. Além disso, ela destacou que “ele era uma pessoa doente, ele só vivia mais voando assim, pelos sítios voando”.

As expressões utilizadas pela Agente de Saúde e a irmã de Francisco, como “morava em uma caverna”, ou ainda “só vivia voando”, nos faz considerar que o afastamento das pessoas em sofrimento mental do restante da comunidade ainda se faz presente e se sustenta pelos discursos de instabilidade, do erro e dos comportamentos animais que estão associados a essas pessoas, impossibilitando o acesso dessas a direitos, como bem destacaram Figueirêdo e Cordeiro (2019). Isso pode ser refletido também mediante a impossibilidade de o mesmo obter seu Registro de Nascimento (diferente dos irmãos que o obtiveram), bem como a inviabilidade de frequentar a escola pela ausência deste documento.

Além disso, Francisco não teve acesso a serviços básicos de saúde, de acordo com sua irmã, “ele precisava de assistência, mas nunca foi a um hospital”. Raquel também destacou este problema, mostrando um caderno que tinha dados cadastrais de todas as famílias daquela localidade. Todavia, os dados de Francisco eram poucos e incertos,

pois ninguém sabia sua data de nascimento. Segundo a ACS: “[...] como ele não tinha registro para a gente saber a data de nascimento [...] aí ele fala uma data assim, mais ou menos aproximada, e eu coloquei no cadastro [...]”. Raquel relatou que encontrava várias dificuldades para realizar um acompanhamento sistemático com Francisco, pois, além de ele não ter condições de ser cadastrado na Secretaria de Saúde do Município, por não possuir documentos, ele tinha muita dificuldade para se comunicar com as pessoas e nunca tinha saído da comunidade onde morava.

Diante da necessidade de atendimento médico, independentemente do estado de doença em que esteja a pessoa, ela deve ser atendida em qualquer instituição de saúde no Brasil, sendo assegurada pela Lei n° 8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. A artigo 2° desta Lei, dispõe que “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990). Todavia, esse atendimento não era realizado adequadamente, em virtude da ausência de documentos que comprovassem a existência de Francisco perante o Estado; a única assistência que estava ao seu alcance era a realizada pela ACS Raquel.

A ausência do Registro de Nascimento e a dificuldade de comunicação de Francisco colocavam-no em um ciclo de perda de direitos fundamentais, que deveriam ser assegurados pelo Estado, o qual passou a negligenciar esse sujeito por não o reconhecer enquanto cidadão. Nessa direção, DaMatta (2002) analisa que é uma exigência brasileira que as pessoas tenham documentos de identificação, sem eles, essas acabam sendo “punidas” de alguma forma. E essa punição está presente quando a pessoa é proibida de usufruir de direitos básicos, como ser atendida em um hospital, ir à escola, obter aposentadoria, ter direito a um benefício social, entre tantos outros.

Todavia, as dificuldades que Francisco vivenciou não ficaram restritas a sua vida, elas se estenderam até sua morte, como discutiremos a seguir.

3.1.1 As dificuldades enfrentadas pela família de Francisco após sua morte

De acordo com Raquel, Francisco faleceu em abril de 2007 com, mais ou menos, 60 anos; o motivo da morte: “as pessoas dizem que foi de coração”. O relato das pessoas da comunidade é que figura como atestado de morte de Francisco, visto que o mesmo não tinha acesso aos serviços de saúde. Novamente, o interconhecimento das pessoas que residem em localidade rural vai dar sentido não apenas a vida, mas a morte dessas, em função da ausência de documentos, como assinalou Maria de Nazareth Wanderley (1999).

Quando Francisco veio a óbito, para sua família conseguir fazer seu sepultamento, foi necessária uma guia de óbito, pois o mesmo nunca havia sido registrado e, pelos meios

legais, para haver o sepultamento, era necessária a Certidão de Óbito, mas o mesmo não possuía nem sequer Certidão de Nascimento. Madalena relatou que entrou em contato com o tabelião do Cartório de Calumbi-PE, para ser providenciado o Registro de Óbito do seu irmão, mas foi informada que seria necessário procurar a comarca de Flores-PE para abrir um processo. Conforme relato da irmã de Francisco: “Do cartório, aí ele disse que tinha que, que [...] falar com o juiz pra dar entrada na justiça pra conseguir tirar, só que a gente deu entrada e até hoje não conseguiu nada”. Essa fala nos revela que, além das privações de direitos durante a vida, Francisco também foi privado de ser enterrado como a legislação brasileira dispõe a seus cidadãos, assim sendo sua família não teve a Certidão que atestava seu falecimento, porque, para o Estado, ele sequer nasceu.

A Certidão de Óbito é o registro do falecimento do cidadão, feito em Cartório Civil do distrito onde ocorreu o óbito. Esse documento deve ser solicitado, imediatamente, após o falecimento desse. Para requerer a Certidão de Óbito são necessários os seguintes documentos: Atestado de Óbito; Carteira de Identidade; Certidão de Nascimento (no caso de menores de idade) ou de Casamento; Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS); Título de Eleitor; Certificado de Reservista, se for o caso; Cadastro de Pessoa Física (CPF); Cartão do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS); Número de inscrição no Programa de Integração Social (PIS) ou no Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (Pasep) (BRASIL, 2010).

Como Francisco não possuía Registro de Nascimento, não pôde ter acesso a outros documentos. Conforme apontou Makrakis (2000), o Registro Civil de Nascimento é a primeira prova documental da existência legal de uma pessoa, de sua identificação e da sua relação com o Estado. É por meio dele que se prova a existência de alguém; é por meio dele que as pessoas são habilitadas a tirar os demais documentos, sem esse documento básico não se pode obter acesso a políticas públicas e programas sociais.

Francisco não possuía nenhum dos documentos listados acima. E, por esse motivo, ele não teve direito de ter sua Certidão de Óbito expedida. Até o período em que a pesquisa de campo foi realizada, não havia sido proferida sentença no processo que a família de Francisco havia iniciado no Fórum de Flores, comarca responsável pelo município de Calumbi-PE, para que fosse feito o assento do Registro de Nascimento e do Registro de Óbito do mesmo.

Madalena relatou a dificuldade que teve para “abrir” esse processo. Ela contou que foi chamada pelo juiz e “ele falou assim, como ele já tinha falecido, por que tirar a Certidão de Nascimento? [...] Aí, eu falei que o Cartório exigiu, né? Como o cartório exigiu, eu também acreditei que o juiz tava pedindo isso, né? Aí, a gente deu entrada”. De fato, essa tinha sido uma exigência do Cartório de Calumbi-PE para emitir a Certidão de Óbito de Francisco.

A família de Francisco enfrentou várias burocracias para enterrá-lo, pois o mesmo não havia sido registrado civilmente. O sepultamento só foi possível porque sua família

e a equipe do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) se mobilizaram para conseguir uma Guia de Óbito. Passaram-se alguns anos e a família de Francisco continuou esperando a comprovação de que ele nasceu e morreu.

Cordeiro (2008) analisa que os documentos possibilitam que o governo conheça a população em profundidade, através deles é permitida a inclusão ou exclusão do cidadão nos espaços públicos e privados, sem documentos as pessoas não são inseridas nas políticas públicas e sociais de um governo, isso produz “práticas divisórias” que permitem dizer quem pode ou não ter acesso a determinados serviços. Francisco materializa essas “práticas divisórias” e excludentes, que marcam a impossibilidade de acesso a direitos e serviços básicos por alguns, em virtude da ausência de documentos, tanto em vida, quanto na morte.

3.2 Marta e a busca pelo Registro Tardio de Nascimento

Chegamos ao presente relato por meio da advogada do Sindicato de Trabalhadores Rurais de Calumbi que, durante a reunião de apresentação do projeto e levantamento de casos, lembrou-se dessa situação. A advogada nos orientou a procurar a Agente Comunitária de Saúde da comunidade em que Marta residia para podermos estabelecer contato com ela. Tentamos entrevistá-la, mas, infelizmente, apesar de algumas tentativas, não conseguimos encontrá-la em casa; por isso, a entrevista foi realizada com Luiz, seu único filho, seu irmão e sua nora. A mesma teve por objetivo conhecer os motivos que levaram Marta a requerer seu Registro de Nascimento Tardiamente, assim como conhecer os procedimentos e as dificuldades para a emissão desse registro.

Vale ressaltar que, em nenhum momento, os entrevistados mencionaram que Marta possuía algum tipo de sofrimento mental. Contudo, a população local, onde a mesma residia, se referia a ela com as expressões: “meio doida” e “não é muito boa da cabeça”. Uma vizinha ainda relatou: “cuidado para quando for entrevistar ela, pra ela não querer de todo jeito alguma coisa de vocês, como colar, brinco, pulseira. Quando ela cisma com alguma coisa, ela é capaz até de avançar na pessoa para conseguir”. Em função disso, ela foi inserida como participante deste estudo.

Podemos considerar que há um movimento constante de as pessoas em sofrimento mental serem aproximadas das categorias louco/doido/maluco, ou de características que possam caracterizá-los como tal. Essas classificações trazem o estigma da violência, da instabilidade, que reitera o processo de exclusão desses sujeitos das práticas sociais e fazem com que esses continuem a ser separados de outras pessoas ditas “normais”, conforme foi observado em uma pesquisa realizada por Figueirêdo e Cordeiro (2019) com usuários de CAPS I no sertão paraibano.

Com relação ao Registro Civil de Nascimento, o motivo descrito pela família de Marta para o fato de a mesma não ter sido registrada, foi semelhante ao relatado pela família de Francisco: falta de interesse dos pais. De acordo com Luiz: “Ela num tinha o

registro, que quando o meu avô morreu num sei, acho que não se interessou, né? O pai dela pra tirar o registro dela”. O irmão de Marta também relatou que seu pai morreu sem ter nenhum documento. Novamente, trazemos à discussão Maria de Nazareth Wanderley (1999) sobre as práticas de pessoas que residem em localidade rural, em que as relações se baseiam no interconhecimento, por isso a o “descuido” ou a “falta de interesse” com o Registro de Nascimento e demais documentos.

Além disso, outras reflexões podem ser feitas: a dificuldade de acesso aos Cartórios, geralmente localizados nos centros urbanos, distantes de áreas rurais; a falta de transporte público que possibilitasse o deslocamento a esses centros; o fato de o Registro Civil de Nascimento ser uma ação paga à época, pois não existiam políticas públicas e sociais que favorecessem a emissão da Certidão de Nascimento de forma gratuita, podem ter contribuído para esse processo. É importante destacar que, somente no ano de 1997, ainda no governo Fernando Henrique Cardoso, o Registro Civil de Nascimento tornou-se gratuito, quando entrou em vigor a Lei nº 9.534, que garantiu a gratuidade da Certidão de Nascimento para todos os brasileiros e brasileiras, como bem descreveram Barbosa e Cordeiro (2009).

As autoras também apontaram que, no ano de 2004, durante o governo Lula, foi criado o Plano Nacional de Registro Civil da Secretaria Especial de Direitos Humanos e, no ano de 2007, foi instituído o Decreto nº 6.289, que lançou o Compromisso Nacional pela Erradicação do sub-registro Civil de Nascimento e a Ampliação do Acesso à Documentação Básica. Um ano após, foi promulgada a lei nº 11.790 de 2008, que permitiu o Registro da Declaração de Nascimento fora do prazo legal, diretamente nas serventias extrajudiciais, na presença de duas testemunhas. Logo, analisamos que o acesso ao Registro Civil de Nascimento se tornou possível para uma parcela da população somente nos últimos anos.

O acesso a esse Registro só foi possível para Marta em 2004, mas seu filho relatou que este processo não foi imediato, sendo necessária a intervenção de uma advogada. Para ter direito à Certidão de Nascimento, Marta precisou dispor de algumas provas, essas serviram como documentos-base que comprovavam sua existência, sendo o principal deles o batistério, também foram solicitadas testemunhas que a conhecessem.

Luiz relatou que sua mãe havia sido batizada, quando criança, na comunidade de Passarinho, no município de Serra Talhada-PE, segundo ele, “[...] aí, pra tirar o registro dela foi meio difícil, eu tive que ir em Serra Talhada pegar o batistério dela; aí, pelo batistério, foi que o registro veio”.

Nem sempre o Registro de Nascimento foi responsabilidade do Estado. Segundo Pessoa (2006); Barbosa e Cordeiro (2009), no Brasil, durante o período colonial até o final do império, era obrigatório para os católicos o uso dos Registros de Batismo, Casamento e Óbito emitidos pela Igreja. Esses eram os únicos documentos de identificação que a população possuía, tendo validade jurídica. Substituir os Assentos Paroquiais por Registro Civil foi um processo demorado e difícil. Só em 18 de janeiro de 1852, a partir do primeiro

Regulamento de nº 798, foi determinada a substituição do registro eclesiástico pelo Registro Civil de Nascimento, porém, a obrigatoriedade desse documento era facultativa aos nascidos anteriormente, pois, nestes casos, o batistério continuava valendo como documento comprobatório.

Desse modo, tradicionalmente, algumas famílias mantiveram essa prática, adotando o Registro de Batismo como comprovação da existência da vida, como ocorreu no caso de Marta. Com o batistério em mãos, foi possível para Marta dar entrada no processo para assentamento do Registro Tardio de Nascimento no Fórum de Flores-PE. Contudo, Luiz destacou que foi o então prefeito de Calumbi-PE, conhecido por “Dr. Ciço”, que encaminhou o assentamento do Registro de sua mãe com auxílio de uma advogada: “Quem deu o registro dela foi doutor Ciço, que levou ela pra ajeitar, que deu tudo, foi quem tirou o registro dela”. Segundo ele, apenas com a intervenção da advogada que o documento foi conseguido: “Botou advogada por conta dele, (...) foi Dr. Ciço que mandou essa advogada lá”.

Outra relação que ainda vigora neste país é o “clientelismo” descrito acima por Luiz. José Murilo de Carvalho (2009) analisa que essa situação indica um tipo de relação entre atores políticos, que envolve concessão de benefícios públicos, na forma de empregos, benefícios fiscais, isenções, em troca de apoio, sobretudo na forma de voto. De fato, o clientelismo político ainda se faz presente em contextos rurais e urbanos.

A família de Marta reiterou com veemência que foi o prefeito “Ciço” quem concedeu o Registro de Nascimento dessa, ato que nenhum outro havia realizado. O próprio desconhecimento das medidas de Estado, tomadas desde 1997 no Brasil, para garantir o acesso da população brasileira a esse documento de forma gratuita, não era do conhecimento deles. A falta de informação sobre essas medidas, dificultou o acesso de Marta a um direito básico e aproximou-a e a sua família de práticas clientelistas. Provavelmente, é nesse político (ou em quem ele indica) que sua família vota nas eleições, demonstrando devoção pelo “favor” prestado. Podemos inferir tal prática por meio da fala do irmão de Marta, “Esse registro dela, ela tem que agradecer muito, quem deu a ela foi Dr. Ciço. Nós não tínhamos condições de lutar; se não fosse ele, esse registro dela nunca tinha vindo não”.

Essa relação de “troca de favores” sustenta várias ações políticas neste país e impede que as pessoas possam ter acesso aos seus direitos, sem que os associe a uma dívida com o próprio Estado, ao passo em que esse cerceia tais sujeitos, quando eles não apresentam documentos, restringindo suas vidas, como bem ressaltou Peirano (1986; 2009).

A seguir, discutiremos essas restrições enfrentadas por Marta em decorrência da ausência do Registro Civil de Nascimento e de outros documentos, que predisunham deste para serem tirados.

3.2.1 As dificuldades enfrentadas por Marta pela ausência de documentos

Os impactos da ausência do Registro Civil de Nascimento na trajetória de vida de Marta foram inúmeros, entre eles, não ter acesso a serviços e políticas públicas. Segundo Luiz, “Antes desse registro, ela não ia ao médico, em lugar que o povo pedia o registro, alguma coisa assim”. Se estivesse doente, Marta não conseguia ser atendida nos serviços de saúde, fato semelhante ao que ocorrera com Francisco, segundo relatos de seus familiares. Inclusive, em ambos os casos, eles não tiveram acesso aos cuidados em saúde mental de que necessitavam, que pode ter fundamentado o afastamento desses sujeitos das relações com a comunidade onde viviam. No caso de Marta, especificamente, analisamos que tal fato pode ter contribuído para a marcação estigmatizada de “meio doida”, que as pessoas, as quais residiam na zona rural de Calumbi-PE, denominavam-na.

Além disso, Marta deixou de receber sua aposentadoria como agricultora por vários anos, mesmo tendo direito. De acordo com sua nora, “[...] quando ela se aposentou já tinha passado da idade de se aposentar, aí, ela passou mais tempo pra poder se aposentar, porque ela foi aposentada por idosa”. Luiz também relatou as dificuldades enfrentadas por sua mãe na busca pela aposentadoria:

Aí, nós chegamos lá no INSS, aí, o chefe lá falou pra nós assim: ‘é o seguinte, sua mãe não pode se aposentar por causa que ela não tem documento, os documentos dela não são como agricultora’. Aí tá certo. Ela não tem prova como trabalha de agricultora, né? Tem que ter prova em papel, né? Prova assim, em termo de pessoa, tinha muita, mas só servia se fosse prova em papel.

Marta, trabalhadora rural, não tinha como comprovar para a sociedade, legalmente, que construiu toda sua vida na agricultura, ela precisava de provas materiais que atestassem a veracidade de sua autoidentificação, visto que são os documentos que provam quem somos, nossa palavra não é suficiente, como ressaltou Peirano (2009).

Assim sendo, para ter direito a aposentadoria, ela necessitava de uma série de papéis, que exigiam de antemão a sua Certidão de Nascimento. Como ela não tinha Registro Civil, não podia requerer o benefício como trabalhadora rural, que lhe era direito no tempo devido. Segundo Cordeiro (2004),

A comprovação da atividade rural é feita por meio de diversos documentos: de propriedade da terra (escritura, Imposto Territorial Rural), do uso da terra (contrato de parceria, arrendamento ou comodato), notas de venda da produção rural (bloco de notas do produtor rural) ou declaração expedida pelo sindicato de trabalhadores rurais, acompanhada de outros documentos nos quais conste a atividade a ser comprovada. A declaração do sindicato tem de ser homologada pelo INSS (Cordeiro, 2004, p.114).

A autora citada ainda reitera que, no sertão de Pernambuco, são muitos os fatores que pressionam as mulheres para que elas providenciem sua documentação pessoal e a dos(as) filhos(as), entre eles, os mais comuns são: atendimento em postos de saúde e hospitais, bem como acesso à previdência. Marta nunca frequentou uma escola, nunca foi atendida em um hospital, não tinha acesso a postos de saúde e perdeu vários anos de

aposentadoria, mas foi essa última necessidade que a levou a requerer seu Registro de Nascimento.

Cordeiro (2004) ainda destaca que,

[...] ao lutar pelo acesso a direitos e políticas sociais, as mulheres se deparam com uma série de aparatos da modernidade que regulamentam as relações, as condutas e o trabalho. No que se refere a previdência, por exemplo, elas percorrem diferentes instituições sociais em busca de indícios documentais que possam demonstrar, para o Estado e para a sociedade, que, durante longos anos, a vida de todo dia foi dedicada a difícil tarefa de semear a terra no semiárido pernambucano. Nesse momento, elas têm de lidar com uma determinada racionalidade, pouco presente no cotidiano de mulheres dos setores mais empobrecidos da área rural nordestina, que prioriza provas, documentos e legislação (CORDEIRO, 2004, p.454).

Marta não conseguiu se aposentar como agricultora, porque não tinha nenhum documento que comprovasse esse trabalho; ela só pôde se aposentar por idade, em 2004, conforme relatou Luiz: “o idoso, chegando aos 65 anos, ele aposenta direto, num carece nenhum papel; só chegar lá e ele tira, aí, por acaso, mãe, ela não é aposentada por agricultora, ela tira a pensão dos idosos”. A realização do Registro Tardio de Nascimento possibilitou a Marta o acesso à aposentadoria por idade, quando essa já estava com 70 anos, alguns anos ficaram para trás, sem que esse direito fosse garantido.

Outra situação relatada por Luiz diz respeito a dificuldades enfrentadas pela mãe para ter acesso a políticas sociais. Uma delas foi uma grande seca, que ocorreu no sertão Pernambucano em 1998, Marta não pôde se cadastrar no Programa Frentes de Emergência³, porque não possuía nenhum documento, logo quem teve o cadastro realizado foi seu filho. Conforme relatou Luiz: “Aí, no caso, quem era pra entrar era mãe, mas mãe não tinha nenhum documento, nem o registro nem nada, aí não podia alistar o pessoal sem ter”. O cadastro de Luiz possibilitou que Marta e sua família tivesse acesso ao Programa que assistia às pessoas atingidas pela seca, as quais perderam suas plantações.

Em uma outra Frente de Emergência, Luiz relatou que quem realizou o cadastro foi um primo de Marta e, em função disso, ela dividia o benefício com ele: “Teve uma vez que veio uma vaga pra ela se alistar, aí, sem documento, aí, quem se alistou foi um primo dela na vaga dela, quem entrou foi ele, aí, todo mês, ele dividia com ela, né? ”.

Analisando a implantação dos Programas das Frentes Produtivas de Emergência, Souto (2017) destacou que todos eles tiveram uma característica em comum: o tratamento desigual entre homens e mulheres. De modo que, em sua maioria, essas só tinham acesso ao cadastro nos Programas quando “perdiam” seus maridos. O autor cita Duarte (2002) para falar sobre as “viúvas da seca”, mulheres que permaneciam como provedoras do

3. Os Programas das Frentes Produtivas de Emergência foram desenvolvidos no Brasil entre as décadas de 50 e 90 do século XX, também conhecidos como Frentes de Trabalho. Tal período demonstrou um Nordeste marcado pelas frequentes secas e grandes estiagens em que ações de construção/recuperação de açudes e de cacimbas; preparo de hectares para plantio; construção de casas populares; dentre outras ações, foram subsidiadas pelo Estado. No ano de 1998, foi implantado pela Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE) o último Programa de Frentes de Emergência no semiárido nordestino (SOUTO, 2017).

lar, enquanto seus companheiros migravam para outras cidades ou estados em busca de trabalho. Desse modo, é possível compreender o porquê de, além da ausência de documentação, o cadastramento dos dados para obter os benefícios desse Programa foi realizado por figuras masculinas, que estavam próximas a Marta.

Logo, essas mulheres não tinham acesso a políticas públicas e serviços também por uma marcação de gênero, inviabilizada pela não retirada de documentos. Conforme destacou Cordeiro (2010):

As relações de gênero na área rural são adversas para as mulheres rurais que vivem uma situação de extrema desigualdade social. Essa condição torna-se mais grave de acordo com os condicionantes de raça, etnia, geração e localização geográfica e agrava-se com a ausência de documentação. Por conta do alistamento militar obrigatório e das migrações, os homens têm mais documentos civis do que as mulheres. A falta de documentos deixa as mulheres mais vulneráveis à violação de seus direitos e à violência. Isso tende a inibir a autonomia das mulheres, a mudança das relações de gênero e os processos de empoderamento (CORDEIRO, 2010, p. 02).

Além disso, durante a pesquisa também se pôde constatar que outras mulheres não se consideravam empoderadas suficientemente para requerer o registro do seu nascimento sozinhas, como aconteceu com Marta. De dez mulheres com quem dialogamos, apenas uma tirou o seu Registro sem a ajuda de seu companheiro ou filho, enquanto que os homens, além de fazerem o seu Registro sem ajuda de outrem, também representavam as suas esposas no momento do assento do Registro de Nascimento Tardio.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, analisamos a trajetória de uma mulher (Marta) e um homem (Francisco) em sofrimento mental e os impactos da ausência do Registro Civil de Nascimento na vida desses. Os resultados apontaram que o motivo alegado por suas famílias para o fato de não terem sido registrados civilmente, quando crianças, foi “descuido” ou “falta de interesse” dos pais. Todavia, vale ressaltar que, em comunidades rurais, cujas relações estão baseadas no interconhecimento, é um enorme desafio para a população lidar com o aparato documental, de tal modo que a maioria dessas pessoas só os adquire em face de uma necessidade urgente. Além disso, as dificuldades de acesso aos Cartórios, geralmente localizados nos centros urbanos, distantes de áreas rurais; a falta de transporte público que possibilitasse o deslocamento a esses centros; o fato de o Registro Civil ser uma ação paga à época do nascimento de ambos, pois não existiam políticas públicas e sociais que favorecessem a emissão da Certidão de Nascimento de forma gratuita, podem ter contribuído para esse processo.

Em ambos os casos, eles não tiveram acesso à educação e aos cuidados em saúde que deveriam ter sido garantidos pelo Estado, especialmente, em saúde mental de que necessitavam. Tal fato pode ter fundamentado o afastamento desses sujeitos das relações com a comunidade onde viviam. No caso de Marta, isso pode ter contribuído para a

marcação estigmatizada de “meio doida”, que as pessoas, as quais residiam na zona rural de Calumbi-PE, denominavam-na. Já as expressões utilizadas pela Agente de Saúde e a irmã de Francisco, como “morava em uma caverna”, ou ainda “só vivia voando”, nos fez considerar o afastamento desse do restante da comunidade, sendo justificado por essas como uma dificuldade de comunicação dele com as pessoas.

A ausência do Registro Civil de Nascimento, que comprova a existência da pessoa perante o Estado, também marca a morte dos sujeitos. Relatamos as dificuldades enfrentadas pela família de Francisco para enterrá-lo, pois o mesmo não tinha nenhum documento que atestasse seu nascimento. O sepultamento só foi possível porque sua família e a equipe do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) se mobilizaram para conseguir uma Guia de Óbito. Passaram-se alguns anos e a família de Francisco continuou esperando a comprovação de que ele nasceu e morreu.

Marta ainda está viva e se encontra com sua Certidão de Nascimento, obtida através de um Registro Tardio para fins de aposentadoria. No entanto, essa foi tirada com muita dificuldade, inclusive, com intervenções de um político do município, por meio de práticas clientelistas. Nas entrevistas com sua família, seus membros relataram os impactos da ausência dessa documentação em sua trajetória de vida, como a perda de 10 anos de aposentadoria como trabalhadora rural, e a não inserção dessa em ações governamentais, como o Programa das Frentes Produtivas de Emergência, que assistia às pessoas atingidas pela seca, as quais perderam suas plantações. Marta teve de recorrer a figuras masculinas de sua família, para adquirir tal benefício, o que materializa a marcação das diferenças de gênero em comunidades rurais, nas quais as mulheres têm o acesso a políticas públicas e serviços inviabilizadas pela não retirada de documentos.

Consideramos que a ausência do Registro Civil de Nascimento é um problema que atinge alguns segmentos da população que, geralmente, não são visibilizados, como a população rural e as pessoas em sofrimento psíquico. As trajetórias de vida de mulheres e homens em sofrimento mental que não possuem Registro Civil de Nascimento são marcadas por privações de direitos em diversas situações: no acesso a serviços, programas sociais e políticas públicas, que se estendem da (i)legitimação do Estado com relação a suas vidas, até o não-reconhecimento de suas mortes. Podemos perceber que, do nascer ao morrer, o Estado exige documentos, que, por sua vez, permitem a ele governar a população, seja por meio de estatísticas, de controle, ou de práticas divisórias, que separam os que têm ou não direitos, a partir do critério de ser ou não portador de documentos.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, R.; CORDEIRO, R. L. M. **Relatório final de atividades de estudante de iniciação científica 2008-2009 – PIBIC/UFPE/CNPq**. Recife, 2009.
- BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 14/11/2011.
- _____. **Certidão de Óbito**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/cidadania/documentacao/certidao-de-obito>. Acesso em: 22/01/2020.
- BRASILEIRO, T. V. **“Filho de”**: um estudo sobre o sub-registro de nascimento na cidade do Rio de Janeiro. 2008. 221p. Tese (Doutorado em Educação), Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro-RJ, 2008.
- CALDERONI, M. L. Psicopatologia na íntegra. **Psique: ciência & vida** (edição especial), v. 1, n.1, p. 6-23, s/d.
- CARVALHO, J. M. D. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. 12. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.
- CORDEIRO, R. L. M. **Além das secas e das chuvas: os usos da nomeação mulher trabalhadora rural no Sertão de Pernambuco**. 2004. 199p. Tese (Doutorado em Psicologia Social), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo-SP, 2004.
- _____. **Projeto de Pesquisa Gênero, Pobreza e Documentação Civil em Contextos Rurais**. Recife, 2008.
- DaMATTÁ, R. A mão visível do Estado: notas sobre o significado cultural dos documentos. **Anuário Antropológico**, n. 99. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2002. p. 37-64.
- DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Trad. Sandra Regina Netz. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- FIGUEIRÊDO, A. A. F. de; CORDEIRO, R. de L. M. O processo de estigmatização da loucura e a discussão sobre os Direitos Humanos de pessoas em sofrimento mental. In: **A Produção do Conhecimento nas Ciências Humanas 2**. 1 ed. Ponta Grossa-PR: Atena Editora, 2019. p. 148-164.
- FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. SP, Perspectiva, 1987.
- _____. **Em defesa da sociedade**. Martins Fontes. São Paulo, 1999, p. 285-315.
- MAKRAKIS, S. **O Registro civil no Brasil**. 2000. 118p. Dissertação (Mestrado em Administração), Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Fundação Getúlio Vargas - FGV, Rio de Janeiro, 2000.
- PEIRANO, M.G.S. “Sem Lenço, Sem Documentos”: reflexões sobre cidadania no Brasil. In: Estado, cidadania e movimentos sociais. **Revista Semestral do Departamento de Sociologia da UnB**, v. 1, p. 49-63, 1986.
- _____. O paradoxo dos documentos de identidade: relato de uma experiência nos Estados Unidos. **Horiz. Antropol.**, v. 15, n. 32, p. 53-80, 2009.
- PESSOA, J. L. L. **Registro civil de nascimento: direito fundamental e pressuposto para o exercício da cidadania. Brasil, 1988-2006**. 2006. 157p. Dissertação (Mestrado em Direito), Faculdade de Direito de Campos, Campos dos Goytacazes-RJ, 2006.

SOUTO, W. L. de. **A mulher cubatiense frente ao Programa de Frentes Produtivas de Emergências entre as décadas de 1980 e 1990**. 2017. 49p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Geografia), Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Educação, Campina Grande-PB, 2017.

WANDERLEY, M. de N. B. **Raízes históricas do campesinato brasileiro**. In: TEDESCO, J. C. (Org). **Agricultura Familiar: realidades e perspectivas**. Passo Fundo, EDIUBE, 1999.

WEYLER, A. R. O hospício e a cidade: novas possibilidades de circulação do louco. **Imaginário-usp**, v.12, n.13, p. 381-395, 2006.

PLANEJAMENTO REPRODUTIVO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE BARRETO/BARRAMARES – MACAÉ/RJ: A MULHER COMO FIGURA REPRESENTATIVA NA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Data de aceite: 01/07/2020

Elaine da Costa Feitosa Pinto
Mestre em Serviço Social – PUC-RJ

Gisiane de Mello Corrêa Labre
Graduanda do Serviço Social UFF
Rio das Ostras -RJ

RESUMO: O presente trabalho tem como objetivo levantar apontamentos e reflexões que trazem a figura da mulher como protagonista na busca por planejamento do número de filhos e as responsabilidades a ela impostas às questões referentes à saúde sexual e reprodutiva. Realizamos uma busca em torno da trajetória das políticas de saúde voltadas para a mulher que desde a sua formação tinham uma perspectiva reducionista onde os cuidados para a mulher giravam em torno de questões que envolvem maternidade, gestação e puerpério. A trajetória profissional enquanto Assistente Social no Programa de Planejamento Reprodutivo na Unidade Básica de Saúde em Macaé nos possibilitou o envolvimento com o tema que precisa ser ampliado e analisado na sua integralidade, sendo oferecido igualmente entre homens e mulheres.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde, mulher e

planejamento reprodutivo.

REPRODUCTIVE PLANNING IN THE
BASIC HEALTH UNIT BARRETO
BARRAMARES IN MACAE- RJ: WOMEN AS A
REPRESENTATIVE FIGURE IN SEXUAL AND
REPRODUCTIVE HEALTH

ABSTRACT: The objective of this study is to draw up notes and reflections that bring the figure of the woman as protagonist in the search for planning the number of children and the responsibilities imposed on the issues related to sexual and reproductive health. We searched the path of health policies directed towards women who, from their formation, had a reductionist perspective where care for women revolved around issues involving maternity, gestation and the puerperium. The professional trajectory as Social Worker in the Program of Reproductive Planning in the Basic Health Unit in Macaé allowed us to be involved with the theme that needs to be expanded and analyzed in its entirety, being offered equally between men and women.

KEYWORDS: Health, women and reproductive planning.

APRESENTAÇÃO

A cidade de Macaé é a primeira do estado do Rio de Janeiro e a primeira do Norte Fluminense em desenvolvimento, de acordo com o site oficial da prefeitura (2015). Tal afirmação é fruto do resultado da pesquisa feita pelo sistema da Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro (Firjan), que calcula o Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal (IFDM). A pesquisa foi realizada com o aval do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da Fundação Centro de Informações e Dados do Rio de Janeiro (CIDE)

O crescimento da indústria do petróleo provocou o aumento populacional, com a chegada de pessoas de todo o país e do mundo para trabalhar em Macaé. A população triplicou – são 206.748 mil habitantes, de acordo com dados do IBGE em 2010 (IBGE, 2015) estimativa feita com base no Fundo de Participação dos Municípios (FPM). Dez por cento da população é de estrangeiros. A Bacia de Campos – onde se localiza Macaé – é responsável por 80% da produção de petróleo e 47% da produção de gás natural do país.

Com uma economia que cresceu 600% nos últimos dez anos – mais do que a da China – Macaé é uma cidade em constante evolução. Por conta do desenvolvimento da indústria do petróleo e gás, especialmente a partir da quebra do monopólio estatal, em 1997, a cidade hoje é bem diferente da vila de pescadores dos anos 70.¹

A cidade de Macaé vem passando por diversas mudanças sociais desde a descoberta de petróleo e gás na Bacia Continental de Campos e a escolha do município como base local de operações da Petrobrás na década de 70. O elevado número de empregos gerados na região em função da indústria petrolífera e o crescimento econômico decorrentes deste fato fizeram com que a cidade fosse conhecida como local de oportunidades, abrindo a porta então para um crescimento demográfico além do esperado e do preparado (COSTA, 2009).

Dentro desta realidade encontra-se no município a Unidade Básica de Saúde Barreto/ Barramares - serviço público vinculado a Secretaria Municipal de Saúde, que cuja abrangência territorial é extensa e não é limitada.

O equipamento foi inaugurado em julho de 2018, na ocasião do aniversário da cidade, e cabe acrescentar que dois espaços públicos anteriores, Núcleo de Atendimento a Mulher – Visconde e UBS Barreto migraram para o UBS citado, compondo a equipe de trabalho. Os serviços de Atenção Básica oferecem ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico e o tratamento dos problemas de saúde mais comuns e relevantes da população, a reabilitação e a manutenção da saúde. (BRASIL, 2010)

Dentro dessa proposta e dessa visão integral da saúde, funciona na Unidade o Programa de Planejamento reprodutivo, que tem sua relevância na medida em que é

1. Informações do Site oficial da Prefeitura Municipal de Macaé disponível em www.macaee.rj.gov.com.br/conteudo/leituras/titulo/macaee-petroleo-e-desenvolvimento. Acesso em 02/04/2015.

visto como recurso para a saúde de homens, mulheres e crianças, contribuindo para uma prática sexual saudável.

O Serviço Social está inserido no Programa de planejamento reprodutivo da UBS e a partir de falas² oriundas da população atendida e experiências vivenciadas ao longo da jornada profissional procuramos, por meio dessa produção, apontamentos e reflexões que trazem a figura da mulher como protagonista na busca por planejamento do número de filhos e as responsabilidades a ela impostas às questões referentes à saúde sexual e reprodutiva.

A SAÚDE REPRODUTIVA COMO UM DIREITO DO CIDADÃO

No Brasil, houve um marco nas políticas públicas, principalmente no que diz respeito ao conceito de saúde, após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), garantido pela Constituição Federal Brasileira em 1988. Emergiu a ideia de qualidade de vida para os cidadãos brasileiros, através da atenção à saúde mental, trabalho, moradia, educação e outros.

Estas conquistas foram garantidas por meio de lutas e movimentos no sentido de construir uma nova política de saúde efetivamente democrática, considerando a descentralização, universalização e unificação como elementos essenciais para a reforma do setor (BRAVO, 1996)

A saúde passa a ser direitos de todos e dever do Estado, tendo como princípios a universalidade, a equidade, a integralidade e participação social. A universalidade refere-se ao acesso de todos, sem preconceito e privilégio. A equidade diz respeito à igualdade de acesso aos serviços de saúde. A integralidade seria a integração e participação social, trazendo a noção de democratização para o serviço efetivo do controle social na gestão do sistema (BRASIL, 2000).

O programa de ações resultante da IV Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994, estabeleceu, entre outras metas importantes, que todos os países deveriam se esforçar para ampliar até 2015 a saúde reprodutiva, estando essa ao alcance de todas as pessoas, de idades apropriadas, por meio de um sistema de Atenção Básica de Saúde.

No Brasil a trajetória do planejamento familiar foi marcada por uma cultura religiosa, predominantemente católica, além de sofrer influências internacionais e de movimentos sociais, servindo a múltiplos interesses (VENTURA, 2009).

Com o crescimento dos aglomerados urbanos e a crise do sistema econômico mundial, por volta dos anos 1960, surgiram os programas de controle de natalidade,

2. Tais falas foram sistematizadas no livro de registro do Serviço Social, e identificadas de forma sigilosa neste trabalho, bem como, foram trabalhadas nas supervisões de estágio como reflexo das questões sociais que se define como conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista. (IAMAMOTO, 1997).

com o objetivo de controlar a pobreza. Os métodos contraceptivos passaram a entrar no mercado, desassociando sexualidade e reprodução, porém tornando a mulher dependente do sistema médico e sem a devida assistência (COELHO, 2000).

Após mobilizações por parte da sociedade e principalmente dos movimentos feministas, em 1996, foi aprovado o projeto de Lei no. 9263, de 12 de janeiro, que regulamenta o planejamento familiar onde todas as instâncias estão obrigadas a garantir a mulher, ao homem ou ao casal, em toda sua rede de serviços, assistência à concepção e a contracepção como parte das demais ações que compreendem a assistência integral à saúde. (BRASIL, 1996).

Neste sentido, entendemos que o planejamento reprodutivo³, termo este mais adequado e que não deve ser usado como sinônimo de controle de natalidade (BRASIL, 2010), deve ser tratado dentro do contexto dos direitos reprodutivos e sexuais, tendo, portanto como principal objetivo garantir às mulheres e aos homens um direito básico de cidadania: o direito de ter ou não filhos.

SAÚDE DA MULHER: PARA ALÉM DE UM OLHAR REDUCIONISTA

Nas primeiras décadas do século XX a saúde da mulher foi incorporada as Políticas Nacionais de Saúde no Brasil, nesse período, limitada às demandas relativas à gravidez e ao parto.

Os programas de materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2004).

Esses programas tinham como característica a verticalidade e a falta de articulação com outros programas e ações propostas pelo governo federal. As suas metas eram definidas sem considerar as particularidades, não levando em conta as necessidades da saúde da população local, acarretando na fragmentação da assistência e no baixo impacto nos indicadores da saúde da mulher.

Identifica-se que há uma falta de visão integral da saúde da mulher como fruto da desigualdade de gênero, que atribuía o espaço privado a mulher e o espaço público ao homem. Durante a atuação junto às mulheres buscamos desconstruir essa afirmativa que as mulheres foram “feitas” para o trabalho doméstico e para o cuidado dos filhos, não que haja problemas necessariamente nessa forma de viver; o problema está quando esse estilo de vida não se constitui em uma escolha dessa mulher, mas sim em uma obrigação.

Assim historicamente coube à mulher as atividades ligadas ao cuidado, justificadas por qualidades que constituem a “ natureza da mulher”. A maternidade faz parte desta

3. Parte - se de uma nova perspectiva de que o homem e a mulher podem planejar ter ou não ter filhos independente de constituir uma família. Na atual conjuntura, a família constitui-se por diversos arranjos, sem a rejeição legal e social que enfrentavam no passado. (PINTO, 2012)

“natureza feminina” e é entendida como o cumprimento de uma função da mulher na sociedade (MATTAR; DINIZ, 2012)

O machismo está entranhado em nossa sociedade e associado a muitas expressões da questão social, como a violência contra a mulher em suas múltiplas formas, estupro e feminicídios.

Percebemos que muitos enxergam o corpo da mulher como propriedade do homem, o que retira dessa mulher a liberdade, autonomia e sentimento de cidadania, por essa razão uma grande parcela das mulheres não veem motivo para cuidarem de seus corpos, só procuram as unidades de saúde por ocasião do pré-natal ou quando estão com alguma doença, não levando em consideração a saúde preventiva e relegando sua saúde íntima e direitos sexuais.

A reivindicação das mulheres organizadas em defesa do reconhecimento de seus direitos, enquanto sujeitos com necessidades que extrapolassem a gestação e o parto, demandando ações que lhes assegurassem melhorias nas condições de saúde em todas as fases da vida precisava ser efetivada. Ações que contemplassem as particularidades de cada grupo populacional, suas condições sociais, econômicas, culturais e afetivas também precisavam de um olhar diferenciado.

PLANEJAMENTO REPRODUTIVO: FALAS E APONTAMENTOS REFLEXIVOS

Como trabalhado anteriormente, no Brasil, as políticas públicas voltadas para a saúde da mulher, têm um dos primeiros marcos a elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, em 1984, que inclui o planejamento familiar, termo este atualmente denominado planejamento reprodutivo (BRASIL, 2010), no elenco de ações voltadas para atenção à saúde da mulher.

A Unidade Básica de Saúde Barreto/Barramares, desenvolve ações de promoção e prevenção a saúde contando com serviços médicos, de enfermagem, psicológico, nutricional, odontológico e serviço social. O programa de planejamento reprodutivo, está inserido dentro das ações da Unidade, vinculado então ao Programa de Atenção a Saúde da Mulher (PAISM) e a Secretaria Municipal de Saúde .

O Serviço Social do UBS Barreto/Barramares faz parte da equipe multiprofissional que compreende também a psicologia, enfermagem e clínica médica – obstetrícia. As abordagens são realizadas individualmente onde num primeiro momento as orientações e o aconselhamento possibilitam a pessoa, interessada a participar do programa, condições para que avalie suas próprias vulnerabilidades, tome decisões sobre ter ou não ter filhos e sobre os recursos a serem utilizados para concretização de suas escolhas, considerando o que seja mais adequado à sua realidade e a prática do sexo seguro.

Vale acrescentar que a experiência profissional com o planejamento reprodutivo

no município já ocorre a aproximadamente 10 anos, sendo esta vivenciada em outras unidades de saúde. Durante este período algumas observações e apontamentos nos levaram a desenvolver este trabalho, buscando a reflexão e a construção de caminhos que visem a melhoria do programa, principalmente traçando ações que venham a ser incluídas na realidade e na vivência da população que dela faz uso.

Para melhor evidenciar nossa observação, fizemos um levantamento dos atendimentos entre os meses de janeiro e maio de 2019 no Serviço Social do UBS e constatamos que 80% destes foram mulheres e 20%, homens.

De acordo com Coelho (2000), por um longo período a mulher foi vista apenas da perspectiva reprodutiva e materna. Tal afirmação vem ao encontro das nossas percepções na medida em que se torna clara a presença marcante de mulheres na busca por planejamento reprodutivo.

Os motivos que levam a ausência da figura masculina em serviços de saúde e principalmente nos de saúde reprodutiva perpassa pelo campo do machismo que culturalmente determina que homem não precise de cuidados de saúde e muito menos de planejar sua reprodução.

“quem engravida é ela, então ela que opere, tome remédio...se vire. Não posso ter mais filhos. Se a senhora não ligar ela, eu vou largar ela com os cinco filhos e vou embora” (J, 35 anos)

Esta fala nos leva ao entendimento de que os serviços de saúde precisam desenvolver ações que contemplem a saúde sexual e reprodutiva do homem. A maioria das unidades básicas, inclusive o UBS Barreto/Barramares funciona em horários onde a maior parte dos homens está em exercício profissional. Alguns esclarecem nos atendimentos que serão descontados financeiramente por se ausentarem de suas atividades formais, mesmo apresentando declaração de comparecimento.

A pouca disponibilidade de métodos contraceptivos masculinos também é uma situação evidenciada na saúde reprodutiva e que não contribui para uma mudança da situação evidenciada. A vasectomia e o preservativo masculino são os mais utilizados e disponibilizados pelo Ministério da Saúde. (BRASIL, 2010)

A falta de informação e acesso aos serviços e funcionalidade do método é outro aspecto que precisa ser considerados.

“eu tenho muita dor de cabeça e enjoo com o “remédio”. Como não tem outro jeito, eu vou engravidando” (L, 27anos)

“nunca esqueci de tomar o remédio até porque tenho um filho especial. Vou ao Rio de Janeiro todo mês pro tratamento dele, mas depois que usei remédio pra infecção urinária, engravidei” (P, 32 anos)

Nesta última fala, constatamos que a falta de informação quanto ao uso correto do método foi o que pode ter ocasionado a gestação não planejada. Na ocasião a usuária esclareceu que fazia uso de pílula por indicação médica e em nenhum momento foi

esclarecida quanto ao uso de medicações paralelas podem diminuir a eficácia do método.

Tal referência nos reporta a trajetória da construção do planejamento reprodutivo no Brasil, que impunha a mulher o uso de método contraceptivo sem dar a esta a escolha por método mais eficaz a sua realidade e principalmente sem informações adequadas.

A ausência de método contraceptivo hormonal nas farmácias municipais também é uma percepção evidenciada nas abordagens. Métodos hormonais precisam ser usados com regularidade, sem interrupção podendo ocasionar gestações não planejadas.

Para a plena concretização das ações de planejamento reprodutivo, se faz necessário garantir infraestrutura ao funcionamento das Unidades que oferecem o programa, dotando-a de recurso material, apoiando processo de educação permanente e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas e estruturar a rede de referência fora do âmbito da Unidade.

Quanto aos métodos contraceptivos escolhidos pelos usuários que buscam o planejamento reprodutivo, são os métodos de esterilização os mais procurados. Entre Janeiro e Maio deste ano, 33% dos usuários optaram pela laqueadura nos pós-parto e 31% a laqueadura tubária por iteratividade, ou seja, no momento do parto por sucessivas cesarianas que é garantido pela lei do planejamento. O Dispositivo Intra Uterino⁴, DIU obteve 20% de interesse por parte da população e a vasectomia, 18%.

Os métodos cirúrgicos são os mais procurados pois, de acordo com as falas dos usuários, são procedimentos que não exigem rotina continuada e após a cirurgia, se vêm livres do processo reprodutivo.

“Prefiro a laqueadura porque assim fico livre disso o resto da vida” (C, 41 anos)

No Brasil a esterilização feminina mantém-se como método contraceptivo mais frequentemente utilizado com 29% (BRASIL, 2010). Tal que fato não está distante da experiência vivenciada na UBS e mesmo deixando claro os riscos e dificuldades para reversão, é este o método mais escolhidos pelas mulheres.

O DIU é um método que tem tal tido boa aceitação por parte das mulheres e nos atendimentos procuramos trabalhar as desmistificações do método que é carregado de mitos e fatos sem fundamento.

“Eu não boto esse negócio. Dá câncer” (F, 28 anos)

A dificuldade de acesso ao método direto no UBS é um fator que diminui a interesse das mulheres ao uso do mesmo. No final das avaliações da equipe, a mulher é encaminhada para inserção do DIU em outra unidade de saúde que se localiza distante da UBS. Diante desta dificuldade, o Serviço Social busca o agendamento com a equipe da outra Unidade no sentido de facilitar o atendimento.

Quanto ao método da vasectomia, um dos poucos disponíveis para os homens, tem havido uma boa aceitação e procura. Durante as abordagens buscamos identificar

4. Pequeno objeto de plástico, revestido de cobre, que é inserido no útero e impede a sobrevivência dos espermatozoides.

os motivos que o levaram a optar pela esterilização, percebendo por meio das falas que foram “obrigados” pelas companheiras a procurar o programa. Evidenciamos também que os homens buscam o serviço após conhecerem outros homens que realizaram o procedimento e não tiveram problemas.

“uns amigos lá da Igreja fizeram isso aí e disseram que não doeu e está tudo bem” (W, 42 anos)

“um colega do trabalho fez e me incentivou a fazer” (P, 39 anos)

O medo em torno das questões que envolvem a sexualidade masculina, tais como a virilidade e impotência são relatados nos atendimentos e expressam a ausência da compreensão da temática que envolve sexualidade, que segundo Foucault (1999), é fruto da restrição aliada ao surgimento da burguesia e das modificações das configurações políticas sob a óptica do capital, servindo como instrumento de poder e dominação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As percepções em torno da responsabilidade da mulher de planejar a reprodução, escolhendo assim quantos filhos ter ou não ter se apresentou de forma clara no estudo apresentado. Tal questão recai sobre a figura feminina sem que esta encontre apoio nos serviços de saúde que por sua vez, não consideram sua condição subalterna numa sociedade patriarcal.

As propostas públicas que envolvem o direito reprodutivo, em sua maioria, têm sido focadas na mulher com poucas iniciativas para o público masculino. Reflexo dessa afirmativa se evidencia da própria gestão/organização desta política que está vinculada hierarquicamente ao Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher, delegando já em sua nomenclatura, que a saúde reprodutiva é atribuição do ser feminino.

Buscar um diálogo constante com mulheres e homens, bem como programar ações concretas nos serviços de saúde, democratizando os avanços conquistados no campo da formulação do direito reprodutivo e sexual, ter uma visão do atendimento em sua integralidade é o desafio lançado aos trabalhadores da saúde.

Os serviços de saúde também precisam de mais práticas educativas em planejamento reprodutivo que ofereçam, ao casal ou em grupo, acesso as informações quanto meios, métodos e técnicas disponíveis para que a escolha livre e informada seja uma decisão tomada de forma consciente pelo homem e a mulher.

A atuação do Serviço Social na UBS frente ao Programa de Planejamento Reprodutivo, e outros, parte do princípio do rompimento com conceitos conservadores e busca um trabalho que resulte num processo educativo, num bem e não num produto a ser consumido. Durante nossas ações profissionais a procura pelo diálogo e interlocução com a população atendida, centrada no sujeito, se perpassa durante toda abordagem.

A elaboração deste trabalho nos deu a convicção da complexidade do tema que nos dedicamos a estudar, pelas múltiplas facetas históricas e culturalmente construídas e entendemos que este é o primeiro passo para o desenvolvimento de novos apontamentos e estudos que possibilitem a aproximação da realidade vivenciada por mulheres que buscam políticas públicas que orientem a melhoria da qualidade de suas vidas, principalmente no campo do direito sexual e reprodutivo.

REFERÊNCIAS

- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas *Política Nacional de atenção a Saúde da Mulher: princípios e diretrizes* – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Saúde sexual e saúde reprodutiva*. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. *Assistência em Planejamento Familiar: Manual técnico/Secretaria de políticas de saúde, Área técnica de saúde da mulher*, Ministério da Saúde. Brasília: 2002.
- BRASIL, *Lei do Planejamento Familiar*, no. 9263 de 12/01/1996. Ministério de Saúde, Brasília: 1996.
- BRASIL, *Legislação Federal e Estadual do SUS*. Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. In: Rio Grande do SUL. Secretaria de Saúde. *Legislação Federal e Estadual do SUS*. Porto Alegre: 2000. p. 22-41.
- BRAVO, M. I. S. *Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*. Cortez: Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.
- COELHO, E .A. C .et al. *O planejamento familiar no Brasil contexto das políticas de saúde: determinantes históricos*. Revista da Escola de Enfermagem USP, v. 34, n. 1: 2000.
- COSTA, R. C. R. *Sangue Negro: Juventude e violência na capital brasileira do petróleo*. In: Direitos Humanos e questão social na América Latina, Rio de Janeiro: Gramma: 2009.
- MATTAR, L.D; DINIZ, C.S.G. *Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres*. Interface v. 16, n.40, 2012.
- PREFEITURA municipal de Macaé. *Site oficial da Prefeitura Municipal de Macaé*. Disponível em: www.macaerj.gov.br/conteudo/leitura/titulo/macaer-petroleo-e-desenvolvimento. Acesso em 02/04/2015.
- VENTURA, M. *Direitos reprodutivos no Brasil*. 3ª. Edição. Brasília: UNFPA, 2009. Disponível em : http://www.unfpa.org.br/arquivos/direitos_reprodutivos3.pdf. Acesso em 01 de junho de 2019.
- PINTO, Elaine da Costa Feitosa; Oliveira, Antonio Carlos. *Famílias com histórico de violência intrafamiliar praticada contra crianças e adolescentes: um estudo no CREAS de Mesquita*. Rio de Janeiro: 2012. 113 p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.
- SILVA, Edileusa. *O planejamento familiar na perspectiva feminina*. Franca:2007. Dissertação de Mestrado – Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho.

PREVENÇÃO DE ABORTAMENTO INSEGURO JUNTO A MULHERES EM SITUAÇÃO DE POBREZA

Data de aceite: 01/07/2020

Viviane Aparecida Siqueira Lopes

Universidade Federal Fluminense.

Campos dos Goytacazes/RJ.

<http://lattes.cnpq.br/2701671463600111>

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.

PREVENTION OF UNSAFE ABORTION FOR WOMEN IN POVERTY

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 à 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 ¼ do salário mínimo domiciliar per capita; e como pobres, o grupo com renda de até ½ 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 Campos¹, desenvolvido no período de março a dezembro de 2019, em quatro Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) 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! **(M6)**.

“A criação é difícil.” **(M7)**

Os relatos de usuárias, apresentados nas duas rodas de conversa cujo tema foi

1. Este projeto foi aprovado em plenária do Departamento de Serviço Social de Campos, da Universidade Federal Fluminense, realizada em 14 de março de 2019.

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.

3 | 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'.

4 | 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.

SAÚDE MENTAL E A QUESTÃO DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: NARRATIVAS DE MULHERES EM UM CAPS AD

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 03/04/2020

Ana Alice Firmino de Barros

Assistente Social. Pesquisadora do Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social (SEPSASS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). João Pessoa-PB.

Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5163531520741522>

Maria Isabelly Silva Pereira de Lima

Assistente Social. Pesquisadora do Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social (SEPSASS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). João Pessoa-PB.

Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1097596163584707>

Rafael Nicolau Carvalho

Doutor em Sociologia pela UFPB. Professor do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa-PB.

Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3494692575372499>

Alecsonia Pereira Araújo

Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Sociologia da UFPB. Professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa-PB.

Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2800014740607340>

Danielle Viana Lugo Pereira

Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa-PB.

Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5035911096415122>

RESUMO: Este capítulo tem por objetivo contribuir com a discussão em torno da relação entre gênero, drogas e saúde mental. Discute-se um estudo realizado no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPS ad), no município de João Pessoa-PB, no ano de 2019. A pesquisa teve uma abordagem essencialmente qualitativa, pois teve a proposta de contar as histórias das entrevistadas e possibilitar novas interpretações das vivências. Para tanto, utilizou-se como metodologia a história oral. As narrativas foram construídas a partir da entrevista em profundidade com três participantes. A transcrição da entrevista foi apresentada para cada entrevistada, de modo que ela pudesse participar da construção de suas narrativas e interpretassem suas próprias histórias. Identificou-se como fatores fundamentais, durante o percurso da experiência com as drogas, questões relacionadas ao gênero, à família, a fatores socioeconômicos e

culturais. As análises dos dados indicaram que as mulheres fazem uso abusivo de substâncias psicoativas e sentem mais dificuldades ao buscar e continuar o tratamento, pela dificuldade de se reconhecerem como dependentes para a família e para a sociedade patriarcal. Além disso, elas têm dificuldades em se inserirem em um serviço majoritariamente masculino, que oferece ações mínimas voltadas para as demandas específicas dessas mulheres.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental. Gênero. Drogas.

MENTAL HEALTH AND ISSUES RELATED TO PSYCHOACTIVE SUBSTANCES: WOMEN'S NARRATIVES IN A CAPS AD

ABSTRACT: The study aimed to contribute to the discussion of relationship between gender, drugs and mental health. The research study was carried out in 2019 at Psychosocial Care Center for Alcohol and other drugs (CAPS ad) in João Pessoa city, Brazil. This was is qualitative research based on oral history methodology which proposed to tell interviewees' histories and enable new interpretations of their experiences. The narratives were constructed from an in-depth interview with three participants. The transcription protocols were presented for the interviewees, in order to allow them to participate in the construction of their narratives and interpret their own histories. The data analysis suggested that during their experiences with drugs, it was important the issues related to gender, family, socioeconomic and cultural factors. It was identified that women misuse psychoactive substances, and experience more difficulties to seek and continuing treatment, because they do not stand themselves as drug users for their family and for the patriarchal society. In addition, they have difficulties to be part of a mostly male service, which still offers minimal actions geared to the specific demands of these women.

KEYWORDS: Mental Health. Gender. Drugs.

1 | INTRODUÇÃO

O presente estudo é parte de uma pesquisa que teve por objetivo compreender, a partir das narrativas das mulheres, como se dá a relação entre gênero, saúde mental e drogas. Este trabalho é um recorte dos resultados da pesquisa desenvolvida no Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPS ad) David Capistrano da Costa Filho, localizado no município de João Pessoa/PB. Assim, este artigo analisa as narrativas das mulheres em acompanhamento no referido serviço.

Entende-se que as drogas são utilizadas por mulheres e homens desde o começo da humanidade, seja como substâncias extraídas da natureza, seja preparadas em laboratório, que possuem componentes psicoativos, os quais servem para as mais diversas necessidades humanas, como: aliviar a dor, tratar doenças, amenizar os sofrimentos do corpo e da alma, promover disposição física e mental, melhorar o humor, o sono, o

apetite, controlar a ansiedade, alterar os sentidos, a percepção e promover estímulos na criatividade e sensibilidade; e até para completar rituais religiosos e culturais; portanto, todos, de alguma forma, ou em algum momento, são usuários de algum tipo de droga (BRITES, 2016).

Conforme mostra esse autor, no cotidiano habitualmente utiliza-se a palavra droga, porém o mais adequado para designar as substâncias que agem diretamente no sistema nervoso central, deprimindo, estimulando, alterando ou perturbando suas funções, seria psicotrópico e psicoativo, propriedades que podem causar abuso e dependência. A forma errônea do termo “droga” vem colaborando com “visões mistificadoras sobre o uso e os/as usuários/as de psicoativos, bem como com a reprodução acrítica de juízos de valor estigmatizantes” (BRITES, 2016, p.8).

Com isso, são diversas as motivações socialmente determinadas que conduzem as pessoas ao uso de psicoativos, uma vez que são respostas às incontáveis necessidades sociais, cujo uso modifica a forma como os indivíduos relacionam-se com os diferentes psicoativos, sejam eles naturais sejam sintéticos, alterando significados e padrões de consumo (BRITES, 2016).

Nesse estudo, a atenção foi voltada para as mulheres que desenvolveram transtorno mental a partir do uso abusivo de substâncias psicoativas, e, apesar dos esforços em nível mundial para o enfrentamento e o cuidado com os problemas causados pelo uso abusivo dessas substâncias, pode-se perceber que esses cuidados não possuem um direcionamento mais estratégico às necessidades singulares do gênero feminino.

Sabe-se que o gênero se refere “às relações sociais desiguais de poder entre homens e mulheres, que são o resultado de uma construção social do papel do homem e da mulher a partir das diferenças sexuais” (SANTANA; BENEVENTO, 2013, p.01). Assim, ser homem e mulher é determinado socialmente, na forma como o indivíduo se reconhece e se expressa socialmente, de acordo com a época, cultura e região (REZENDE, 2016). A construção dos gêneros se dá através da dinâmica das relações sociais. Os seres humanos só se constroem como tal em relação com os outros.

Segundo Rezende (2016), para que se entenda com mais facilidade o que é ser homem e mulher, foram criadas essas crenças e atitudes socialmente aceitas e já pré-determinadas, que se naturalizaram no meio, condicionando a associar homens e mulheres apenas por meio das diferenças biológicas. Assim, percebe-se que a sociedade se utiliza da existência das diferenças biológicas para promover uma distribuição desigual das responsabilidades e dos papéis sociais, que se distanciam muitas vezes das vontades das pessoas, adotando critérios racistas, classistas e sexistas.

Conforme Santos (2016), é possível detectar que dentro das estruturas patriarcais, as mulheres com transtornos decorrentes do uso abusivo de drogas são geralmente classificadas como figuras que rejeitam o papel social que lhes é instituído, sendo rotuladas como marginais e desviantes da ordem estabelecida. “Em uma sociedade marcada pela

dominação, a invisibilidade e a negação desse problema seriam um subterfúgio para evitar maiores rechaços e julgamentos.” (SANTOS, 2016, p.19).

Naomi et al (2016) enfatizam que na forma do consumo das drogas, já ficam evidentes as diferenças de gênero, a exemplo do consumo do álcool, do qual as mulheres, em geral, fazem o uso sem muita exposição e sozinhas. Assim, um fator que enfraquece o tratamento é a solidão à qual estão submetidas as mulheres com algum tipo de dependência. Em geral, os homens que chegam ao tratamento estão com o apoio de mãe, pai, mulheres e filhos, enquanto as mulheres estão sozinhas (GOMES, 2010).

Santos (2016) alerta que o não reconhecimento social produz uma caracterização das pessoas como destituídas de direitos, anulando a condição de cidadão. Essa situação evidencia-se quando se trata das mulheres pauperizadas, que já sofrem com a desigualdade social de raízes históricas estruturais no âmbito político e econômico, associando-se a isso os rebatimentos das desigualdades de gênero. Apesar de muitas lutas, a mulher ainda encontra-se nos grupos mais vulneráveis, ficando isso comprovado frente ao acesso limitado aos direitos, em uma sociedade conservadora, de alicerce patriarcal, sobretudo as mulheres que estão em situação de pobreza.

A discriminação vigora em torno dos usuários de substâncias psicoativas que enfrentam as mais diversas formas de preconceitos e estigmas, tendo sua imagem constantemente atacada pela sociedade, o que se amplia quando são mulheres as usuárias de drogas, pois fica perceptível que sofrem ataques de cunho moral, machista e sexista.

Assim, a mulher usuária de drogas figura com uma pessoa desqualificada e em decadência, tendo a mídia e a sociedade imprimido a elas uma conduta de pessoas insanas, impulsivas, imprevisíveis e perigosas, passando a serem culpadas por um duplo desvio, “seja pelo fato de consumir substâncias encaradas como causadoras de instabilidade pessoal e social, seja pelo descumprimento de papéis sociais referendados à mulher na dinâmica social” (MEDEIROS *et al*, 2017, p. 446).

No campo da saúde mental, observam-se as dificuldades em buscar cuidados e em manter-se nos serviços de atenção à saúde. A partir das observações feitas durante a pesquisa, foi possível identificar que aquelas mulheres que adentram nos CAPS, bem como outros serviços de saúde mental, frequentemente deparam-se com o preconceito entre os usuários homens e mesmo de outras mulheres, assim como dos profissionais, o que significa mais barreiras a serem transpostas para manter-se no tratamento. (DIÁRIO DE CAMPO, 2018).

Nessa perspectiva, entende-se que todos esses aspectos implicam diretamente na relação do uso de substâncias psicoativas e também no aumento dos transtornos mentais entre mulheres, daí a necessidade e o interesse em compreender as relações de gênero, saúde mental e drogas.

2 | METODOLOGIA

O estudo assume a perspectiva de “contar”, por meio das narrativas, a história de três usuárias sobre suas trajetórias no âmbito da vida privada, em especial acerca de seu primeiro contato com as substâncias psicoativas, com os fatores que desencadearam o consumo, o CAPS como lugar de busca pelo cuidado, sua condição de mulher dentro desse espaço e sua percepção sobre a problemática do uso abusivo.

Portanto, a pesquisa caracteriza-se como um estudo de cunho qualitativo, haja vista que esta é,

[...] composta pelos aspectos sensíveis de uma coisa ou de um fenômeno naquilo que a percepção pode captar, constitui assim o que é fundamental em qualquer estudo ou pesquisa, pois é o ponto de partida para qualquer um deles (QUEIROZ, 2008, p. 19).

Para tanto, a pesquisa procedeu a partir das narrativas de três mulheres que são acompanhadas pelo CAPS ad David Capistrano da Costa Filho, em João Pessoa/PB.

A narrativa é considerada por diversos autores como a forma mais adequada de acesso à experiência vivida, sendo por meio desta que os indivíduos lembram o que aconteceu e colocam a sua experiência em sequência, desencadeando os acontecimentos.

[...] a narrativa ocupa espaço privilegiado de encontro entre a vida íntima da pessoa e sua inscrição em uma história social e cultural, e se constitui como via de acesso aos significados através dos quais as pessoas constroem sua visão de mundo e as estratégias desenvolvidas diante dos problemas do viver (MÂNGIA; YASUTAKI, 2008 *apud* MOREIRA, BOSI, SOARES, 2016, p. 228).

A narrativa privilegia aquilo que é experienciado por aqueles que contam suas histórias, isto é, “[...] ao que é ‘real’, ‘verdade’, para estes, sendo, pois são representações/ interpretações particulares do mundo. Portanto, não devem ser julgadas como verdadeiras ou falsas”. (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2008 *apud* MOREIRA, BOSI, SOARES, 2016, p. 231).

Assim, utilizou-se como procedimento metodológico a história oral, que, para Queiroz (2008, p. 35) é uma técnica usada com muito sucesso pelos cientistas sociais. Esta evidencia “[...] a vivacidade dos sons, a opulência dos detalhes, a quase totalidade dos ângulos que apresenta todo fato social”.

A história oral pode captar a experiência efetiva dos narradores, mas também recolhe destas tradições e mitos, narrativas de ficção, crenças existentes no grupo, assim como relatos que contadores de histórias, poetas, cantadores inventam num momento dado. Na verdade, tudo quanto se narra oralmente é história, seja a história de alguém, seja a história de um grupo, seja história real, seja ela mítica. (QUEIROZ, 2008, p. 42).

Não há dúvidas de que a História oral pressupõe uma relação intrínseca com o método biográfico, pois a entrevista tem como eixo a biografia do entrevistado, sua vivência e sua experiência.

Destarte, foram realizadas as entrevistas em profundidade com as participantes por mais de uma vez, de modo a facilitar a reflexão e o aprofundamento de algumas questões.

O material foi gravado em aparelho de mídia digital e procedeu-se com a transcrição na íntegra. Os relatos foram sistematizados e apresentados para as participantes, que puderam ler e ouvir os próprios depoimentos e indicar elementos que foram tomados como material de análise para a construção da narrativa.

Acolhendo os pressupostos éticos quanto a manter o anonimato das três mulheres entrevistadas, elas foram identificadas pelo nome de três personalidades brasileiras, nos campos da saúde mental, da política, e das artes, respectivamente: Nise da Silveira¹, Marielle Franco² e Tarsila do Amaral³.

Ao interpretar e analisar as narrativas, consideraram-se os aspectos históricos, sociais e culturais, as condições de reconhecimento às quais estão ou estiveram subordinadas durante suas vidas, como parte do processo de construção de suas identidades.

Contudo, vale destacar que em virtude do espaço limitado deste artigo, optou-se pela apresentação de sínteses das narrativas.

3 | DISCUSSÃO

Nesta seção, apresentam-se as sínteses das narrativas das mulheres e a análise, trazendo aspectos que buscam revelar o desenvolvimento da dependência, a busca pelo tratamento, o acesso aos serviços de saúde mental e a questão de gênero.

As sínteses contam a história do primeiro contato com as substâncias psicoativas, os fatores que desencadearam o consumo, o CAPS como lugar de tratamento, a sua condição de mulher dentro desse espaço e sua percepção sobre a problemática do uso abusivo.

3.1 Nise

Aos 51 anos, Nise é de religião evangélica, paraibana da cidade de Conceição, mora em João Pessoa, solteira, teve 04 filhos que já são adultos. Desempregada, é beneficiária do Programa Bolsa Família, tendo começado a fazer uso de drogas aos 15 anos, com a maconha, usando atualmente o tabaco. O acesso às drogas aconteceu por meio de uma amiga, e a motivação para o consumo deu-se por conta da “juventude”, pois gostava de festas, sair para dançar, divertir-se e “curtir a vida”.

Após 35 anos de uso, Nise percebeu que isso estava lhe causando prejuízos, pois todos os seus filhos fazem uso de drogas, um dos filhos tendo sido preso converteu-se a uma igreja evangélica e passou a incentivar para que ela deixasse de usar drogas. Ela fez uma promessa que se o filho fosse posto em liberdade condicional, ela deixaria de usar,

1. Nise Magalhães da Silveira nasceu em 1905 e ajudou a escrever e revolucionar a história da psiquiatria no Brasil e no mundo, conhecida por humanizar o tratamento psiquiátrico (DULCE, 2018).

2. Marielle Francisco da Silva foi vereadora do PSOL, socióloga, feminista e defensora dos direitos humanos. Assassinada em março de 2018, junto com o Anderson Gomes, seu motorista, no carro onde estavam.

3. Tarsila do Amaral foi uma das artistas plásticas mais importantes da primeira fase do Modernismo, conhecida por seus quadros. Abaporu foi sua grande obra (FRAZÃO, 2008).

assim acontecendo.

Paralelamente a isso, aconteceu o nascimento do primeiro bisneto, o que a fez pensar que seria um péssimo exemplo, “uma vez que o bisneto pensaria que já tinha uma mãe e uma avó drogadas e também teria uma bisavó”. Em tratamento há 03 (três) anos, Nise enfrenta o desafio de conviver no meio de toda família que ainda faz uso: filho, filha, netos, netas e nora. Ela afirma que nunca teve nenhum direito negado ou sofreu preconceito, por ser usuária de substâncias psicoativas, porque sempre fazia uso em casa e não na rua e nunca frequentou os lugares de tráfico, pois pagava para que alguém comprasse para ela. Não é tratada com discriminação por vizinhos e amigos que sabem que ela faz tratamento em um CAPS de álcool e drogas. Para ela, a mulher que faz uso abusivo de drogas não tem moral, não tem respeito por ela mesma e que é capaz de fazer tudo para conseguir a droga, inclusive se prostituir e cometer roubos.

Na narrativa, ficou perceptível que Nise iniciou o uso de substâncias psicoativas ainda na adolescência, através de uma amiga e como forma de uso social. É na fase da adolescência que surge o desejo de conhecer e experimentar coisas novas e diferentes como forma de construção da própria identidade. O uso de substâncias psicoativas consideradas ilícitas estendeu-se até a vida adulta de Nise, em que também seus filhos e netos adentraram nesse universo de uso abusivo. Ela foi influenciada pelos conceitos morais da religião, passados pelo filho que estava preso, para buscar a saída das drogas.

Conforme Zerbetto *et al* (2017), a religiosidade e a espiritualidade são componentes da vida do ser humano e trazem influências sociais, culturais e psicológicas, que aparecem através de valores, crenças, comportamentos, emoções e através das regras e condutas que são impostas, ajudam a evitar comportamentos nocivos, bem como auxiliam no enfrentamento e na superação das adversidades da vida, no entanto, a religião não pode ser imposta como forma de tratamento.

Nise, em sua narrativa, referiu-se à mulher que faz uso abusivo de drogas, como imoral e sem respeito por si própria, tendo que recorrer à prostituição e ao roubo para manter o vício, o que demonstra um pensamento preconceituoso pelas próprias companheiras, discurso assimilado devido a uma sociedade marcada pela dominação masculina e por um estigma socialmente imposto.

Silva (2015) alerta que existe uma lacuna nos CAPS, quando se trata do tratamento de álcool e outras drogas, pois não se considera o debate de gênero e nem o combate ao estigma e preconceito, direcionando as estratégias de tratamento para uma perspectiva mista, com procedimentos iguais para homens e mulheres.

3.2 Marielle

Marielle tem 36 anos, nascida na cidade de Bananeiras, interior da Paraíba, reside em João Pessoa, solteira, teve 01 filho que foi assassinado aos 19 anos. Sabe assinar apenas o nome e não sabe ler, considera que não teve oportunidades para o estudo ao

longo da vida. Atualmente encontra-se desempregada, recebendo auxílio-doença e auxílio aluguel. Marielle é de religião evangélica e já se sentiu discriminada pelo pastor que não a deixou cantar na igreja, por ela ser usuária de drogas. Em sua infância e adolescência, teve uma relação conturbada com os pais, tendo uma mãe ausente e um pai casado com outra mulher e que não lhe dava a devida atenção, tendo seu primeiro contato com as drogas aos 13 anos de idade, por conta própria, com o objetivo de atingir ou chamar a atenção do pai. Iniciou usando cola, seguida por maconha, medicamentos, cocaína, crack, tabaco, álcool e Skank. Com um histórico de múltiplas drogas e diversas passagens pela rede de saúde, foi encaminhada para o CAPS ad III, onde está em tratamento há 4 (quatro) anos. Após o assassinato do seu filho, Marielle entrou em depressão e apresenta crises e surtos psicóticos.

Em seu tratamento, Marielle enfrenta o desafio de não ter o apoio da família e percebe que amigos, vizinhos e em especial os parentes a tratam diferente quando sabem que ela faz tratamento em um CAPS para álcool e drogas, porém ela considera ter encontrado amigas verdadeiras que conheceu no CAPS.

Marielle acredita que as mulheres usuárias “não têm Jesus no coração”, pois as drogas, em especial o crack, vieram para “matar, roubar e destruir”. Ela entende que a instituição (CAPS ad) deveria oferecer atividades mais direcionadas especificamente para mulheres e suas questões.

Frente à narrativa de Marielle, destaca-se que as relações familiares e afetivas conflituosas atuaram como elemento motivador para o começo do uso de drogas. Marielle deparou-se com tais situações na adolescência quando teve sua primeira aproximação com as drogas. Para Santos, Costa e Amaral (2013), os adolescentes estão mais expostos a usar drogas, o que acarreta consequências irreparáveis no que diz respeito à saúde, convivência em família e comunitária, podendo ocorrer alterações psicológicas e gerar danos que refletem na transformação da fase adulta e na vida social.

Marielle refere-se à família como motivadora para o início do envolvimento com as drogas, demonstrando profunda mágoa. Porém, afirma contar com o apoio das amigas que conheceu e conquistou no CAPS ad, o que possibilita o desenvolvimento dos laços de afeto, companheirismo, amizade e confiança. Os vínculos de amizade criados dentro da instituição são de suma importância para a permanência dos usuários, sobretudo para as mulheres, que não recebem acolhimento diferenciado, nem são inseridas em atividades específicas, demonstrando que as particularidades de gênero não são consideradas (DIÁRIO DE CAMPO, 2018).

Marielle teve profundas crises de depressão, que permearam a sua vida, sobretudo após a morte violenta de seu filho, sendo o papel de ser mãe uma cobrança da sociedade imposta às mulheres como uma função feminina; ter perdido o filho repercutiu negativamente em sua saúde, provocando alterações de cunho emocional, interferindo nas relações sociais. Para ela, o CAPS ad deveria ter oficinas mais direcionadas ao

universo feminino, como: artesanato, tricô, crochê, fuxico, bordado e costura. Aqui se nota a visão perpassada pelo discurso internalizado da mulher como prendada e preparada para atividades delicadas e do lar, um entendimento cultural de que todas as mulheres gostam de tais atividades.

Apoiada na fé e na religião para a saída das drogas, ela traduz em sua fala julgamentos de cunho moral, associando que as mulheres as quais não aceitaram o evangelho entram no mundo obscuro das drogas, reflexão que encontra apoio nos discursos condenatórios que a religião impõe aos usuários de drogas, sobretudo as ilícitas. Para Souza (2013), as drogas são satanizadas pela sociedade, como algo que destrói as relações e a ordem social, e quando são as mulheres envolvidas, o problema se amplia, o que as conduz a procurarem na religião e nos dogmas a libertação das drogas pela fé.

3.3 Tarsila

Tarsila tem 36 anos, nascida na cidade de Santa Rita-PB, mas por conta do seu tratamento, mudou-se para João Pessoa, capital do estado. Tem um relacionamento estável com um companheiro e possui 04 filhos de outro relacionamento. Não é alfabetizada, sabendo apenas escrever o nome. Desempregada e sem experiências formais de trabalho, é beneficiária do Programa Bolsa Família e não professa nenhuma religião. Iniciou o uso de substâncias psicoativas na infância com apenas 5 anos de idade, tendo acesso por pequenos furtos da maconha que o pai vendia, sendo os pais também usuários. Aos 9 anos de idade, sofreu abuso sexual cometido por seu pai, fazendo com que ela saísse de casa e tivesse um contato mais intenso com as drogas. Tarsila cometeu um homicídio durante seu histórico de uso abusivo; a vítima foi um companheiro que, segundo ela, tentou agredi-la. Após o homicídio, apresentou-se na delegacia e aguarda a conclusão do processo. Após o ocorrido, procurou de forma espontânea o CAPS ad, onde está em tratamento há 04 anos, tendo optado pela abstinência. Alega ter sofrido preconceitos por ser usuária de substância psicoativa. Para Tarsila, os homens são mais numerosos e assíduos por problemas relacionados ao álcool, já mulheres não têm incentivos para realizar o tratamento e preferem ficar em casa.

Na narrativa de Tarsila, verifica-se que o uso de substâncias se deu ainda na infância, por alguns fatores, como a proximidade com o “comércio” da maconha e por ter pais usuários de drogas. Para Ramaldes, Avellar e Tristão (2017, p.7), “a combinação de certos fatores pode influenciar o uso de drogas por uma criança, tais como a família, os amigos e o ambiente comunitário”. Tarsila, através de furtos da própria maconha do pai, começa seu trajeto de consumidora de drogas, possivelmente, estimulada pelo consumo abusivo dos pais e depois pelo abuso sexual que sofreu. Para Lira et al (2017, p.2), “a exposição ao abuso sexual na infância está associada a prejuízos em longo prazo”, e um dos prejuízos relatados por Tarsila foi o uso abusivo de drogas e a saída de casa.

Sobre os usuários frequentes ao serviço, Tarsila observa a predominância masculina

e o tipo de substância mais consumida por eles, o álcool. Ela acredita que as mulheres não são incentivadas a estar no serviço, e por isso continuam o consumo, principalmente de forma isolada. Assim, Tarsila aponta de forma indireta para a problemática em torno da questão de gênero, quando as mulheres não são incentivadas, e na verdade assumem o papel de incentivadoras dos maridos, companheiros e amigos. Como reforça um participante do estudo de Gomes (2010, p.14), “homens podem beber e mulheres não; para os homens já é feio beber, imagina para as mulheres, as mulheres que bebem são fáceis”. A fala revela claramente os aspectos patriarcais fincados pela sociedade, a qual estabelece papel reservado à mulher, dentro de uma família considerada tradicional.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio das sínteses, percebeu-se que o uso de substâncias psicoativas pelas entrevistadas se iniciou ainda na adolescência, provocando danos emocionais, sociais e econômicos, agravando a situação de saúde dessas mulheres. A violência é um fator presente na história de vida das entrevistadas, determinando, muitas vezes, o uso abusivo de substâncias psicoativas.

A religiosidade foi outro aspecto preponderante que se apresentou como elemento destacado na realidade vivida pelas usuárias, servindo como motivação para fortalecer o tratamento e a busca da cura da dependência, mas também como um espaço de violência e preconceitos. A fragilidade dos laços familiares apareceu na pesquisa como uma condição objetiva para a aproximação do uso de substâncias psicoativas, acentuado pelo processo de pauperização, violência e injustiça social presentes na história de vida das mulheres entrevistadas.

No que se refere aos serviços ofertados pelo CAPS ad, constata-se a inexistência de atividades que contemplem o público feminino, realidade que não difere de outros serviços de saúde mental.

O preconceito de gênero mostrou-se presente entre as próprias usuárias, pois a visão estigmatizada imposta pela sociedade está internalizada nas narrativas das mulheres. A questão de gênero é imprescindível ao analisar a saúde mental, sabendo que essa questão está presente nos espaços de saúde, como no CAPS, sendo um dos fatores intrínsecos ao comparecimento em menor número do público feminino nos serviços de saúde mental e a visão estigmatizada sobre a mulher que faz uso de substâncias psicoativas.

REFERÊNCIAS

Brites, Cristina (org). Série assistente social no combate ao preconceito. Caderno 2. **O Estigma do uso de drogas**. Brasília (DF), 2016. Disponível em: <www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-Caderno02-OEstigmaDrogas-Site.pdf>

DULCE, Emilly. Nise da Silveira: **A mulher que revolucionou o tratamento mental por meio da arte**. 2018. Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/2018/02/15/nise-da-silveira-a-mulher-que-revolucionou-o-tratamento-da-loucura-por-meio-da-arte/>>

FRAZÃO, Dilva. **Biografia de Tarsilla do Amaral**. 2008. Disponível em: <https://www.ebiografia.com/tarsila_amaral/>

GOMES, Katia Varela. **A dependência química em mulheres: figurações de um sintoma partilhado**. São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-10112010-082915/pt-br.php>>

LIRA, Margaret Olinda de Souza Carvalho. et al. Abuso sexual na infância e suas repercussões na vida adulta. **Texto & contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 3, e0080016, 2017.

MEDEIROS, Pollyanna. Et al. **Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Secretaria Nacional Antidrogas (SENAS). Brasília, 2017.

MOREIRA, D. de J.; BOSI, M. L. M.; SOARES, C. A. Uso de narrativas na compreensão dos itinerários terapêuticos de usuários em sofrimento psíquico. In: **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS/UERJ – ABRASCO, 2016.

NAOMI, Aline et al. **Dependência química deve ser analisada com recorte de gênero**. 2016. Disponível em: <<http://www.usp.br/aun/antigo/exibir?id=7873&ed=1392&f=>> acesso em: 30 nov,2018.

QUEIROZ, M. I. P. de. O pesquisador, o problema de pesquisa, a escolha de técnicas: algumas reflexões. In: LUCENA, C. T.; CAMPOS, M. C. S. de S.; DEMARTINI, Z. B. F. (org.). **Pesquisa em Ciências Sociais: olhares de Maria Isaura Pereira de Queiroz**. São Paulo: CERU. 2008. p.15-34.

RAMALDES, Helena Quintas; AVELLAR, Luziane Zacché; TRISTAO, Kelly Guimarães. **Características de Crianças Usuárias de Substâncias Psicoativas Descritas pela Própria Criança**. *Psic.: Teor. e Pesq.* Brasília, v. 32, n. 4, e324220, 2017.

REZENDE, Grazi. **Entre o Rosa e o Azul: Uma Sociedade Regida por Papéis de Gênero**, 2016. Disponível em: <<http://mundodapsi.com/uma-sociedade-regida-por-papeis-de-genero/>>

SANTANA, Vagner Caminhas; BENEVENTO, Claudia Toffano. **O conceito de gênero e suas representações sociais**. 2013. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd176/o-conceito-de-genero-e-suas-representacoes-sociais>>

SANTOS, Marailza de Brito; COSTA; AMARAL Lúcia Neves do. Uso de drogas na adolescência. **Cadernos de Graduação - Ciências Humanas e Sociais**. Aracaju. Out. 2013.

SANTOS, Rejane Ferreira dos. **Políticas de atenção às mulheres com transtornos por uso de álcool e outras drogas assistidas num centro de atenção psicossocial em Salvador, Bahia**. 2016. Disponível em: <<http://ri.ucsal.br:8080/jspui/bitstream/123456730/207/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20-%20REJANE%20PDF.pdf>>

SOUZA, Márcia Rebeca Rocha de. **Repercussões do envolvimento com drogas para a saúde de mulheres atendidas em um Caps ad de Salvador-BA**. 2013. Bahia. 2013. Disponível em: <http://www.repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/13591/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Enf_Souza%2C%20M%C3%A1rcia%20Rebeca%20%20Rocha%20de.pdf>

ZERBETTO, Sonia Regina et al. **Religiosidade e espiritualidade: mecanismos de influência positiva sobre a vida e tratamento do alcoolista**. *Revista da Escola. Anna Nery [online]*. 2017, vol.21.

PARA ALÉM DO DIAGNÓSTICO: O COTIDIANO DE MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 03/04/2020

Eryenne Lorraine Sayanne Silva do Nascimento

Assistente Social. Mestranda no Programa de Pós-graduação e Serviço Social (PPGSS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). João Pessoa-PB.

Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1503796894912268>

Rafael Nicolau Carvalho

Doutor em Sociologia pela UFPB. Professor do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa-PB.

Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3494692575372499>

Alecsonia Pereira Araújo

Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Sociologia da UFPB. Professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa-PB.

Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2800014740607340>

Danielle Viana Lugo Pereira

Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa-PB.

Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5035911096415122>

RESUMO: O presente trabalho teve por objetivo analisar as relações sociais e de saúde de mulheres vivendo com HIV/AIDS, em tratamento em um Serviço de Assistência Especializada Materno Infantil no Hospital Universitário, localizado em João Pessoa/PB. Trata-se de um estudo exploratório de abordagem qualitativa. Foram realizadas 20 entrevistas com mulheres que estavam em tratamento no serviço no período da coleta. Os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo categorial temática. Os resultados apontam para um perfil jovem e em situação de pobreza, que amplia a vulnerabilidade ao HIV/AIDS. Nos aspectos relativos às relações sociais e de saúde, destaca-se o impacto social e emocional do diagnóstico, bem como das situações de enfrentamento do estigma e preconceito que essas mulheres passam a vivenciar. Por fim, conclui-se que esses desafios têm repercussões em suas relações sociais no âmbito do trabalho, da família e da vida em comunidade, dificultando a adesão ao tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: Política da Saúde. HIV/AIDS. Relações Sociais. Estigmas.

ABSTRACT: This article aims to analyze the social and health relationships of women living with HIV / AIDS, being treated at a specialized maternal child care service at a university hospital located in João Pessoa, Brazil. The exploratory study analyzed had a qualitative approach. Twenty interviews were conducted with women who were being treated at service during the collection period. The data were analyzed using thematic categorical content analysis technique. The results indicated that the participants are young and in a situation of poverty, which increases the vulnerability to HIV / AIDS. The analyses of aspects related to social and health relationships, it was emphasized the social and emotional impacts of diagnosis, as well as the situations of coping with stigma and prejudice that these women experienced. Finally, it is concluded that these challenges have repercussions on their social relationships associated with work, family and community daily life, making adherence to treatment more difficult.

KEYWORDS: Health Policy. HIV/AIDS. Social Relationships. Stigma.

1 | INTRODUÇÃO

A pesquisa foi desenvolvida a partir das percepções empíricas no campo de Estágio Supervisionado em Serviço Social, mais precisamente no Serviço de Assistência Especializado Materno Infantil (SAE/MI), localizado no Hospital Universitário em João Pessoa/PB. O período de estágio no serviço permitiu a aproximação com a realidade concreta das pessoas que vivem com HIV/AIDS. Essa experiência possibilitou uma aproximação com as narrativas dessas mulheres sobre o contexto social em que viviam, bem como dos desafios enfrentados a partir do diagnóstico e na condução do tratamento.

Para abordar essa realidade, utilizou-se como arcabouço teórico o materialismo histórico dialético em Marx, com vistas a compreender as múltiplas determinações nas quais se inserem os sujeitos do estudo. Desse modo, busca-se apreender quais as condicionalidades que interferem nas relações sociais das pessoas vivendo com HIV/AIDS, ou seja, aspectos que determinam sua estrutura social.

Nesse contexto, considera-se a historicidade da epidemia de HIV no Brasil e os desdobramentos das características de sua expansão, que têm impactado a vida das pessoas com HIV. Toma-se esse impacto como uma expressão da “questão social” e as ações desenvolvidas no âmbito da política de saúde e proteção social como forma de enfrentamento ao HIV/AIDS.

A pesquisa vislumbrou analisar as relações sociais e de saúde de mulheres vivendo com HIV/AIDS em tratamento no referido serviço. As prerrogativas investigadas estão dispostas de forma que o estudo contribua para desvelar a estrutura social dos sujeitos pesquisados. Ressalta-se, também, que a percepção da problemática dá-se pela

identificação das ações discriminatórias no cotidiano desse segmento social, principalmente as mulheres em tratamento no serviço. Os relatos de preconceito acarretado pelo estigma social motivaram a delimitação do presente estudo. Dessa forma, a realidade pesquisada parte das relações sociais desses sujeitos até as relações de saúde, visualizando as violações de direitos e suas repercussões.

A princípio, para proporcionar a melhor compreensão acerca da pesquisa, vale ressaltar os direitos dispostos na Constituição Federal de 1988, a qual implica as relações de saúde estabelecidas pela política de saúde brasileira. Assim, no artigo 196 da Constituição, tem-se:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Dessa forma, qualquer cidadão brasileiro, mediante o Sistema Único de Saúde (SUS), tem direito ao tratamento, sem quaisquer discriminações por condições particulares nas instituições públicas de saúde, de acordo com a Lei nº 8.080 de 1990, que afirma em seu capítulo II, art. 7: “IV – igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” (BRASIL, 1990).

No que se referem ao HIV/AIDS, os avanços contemplam desde a expansão das informações sobre a contaminação do vírus até as legislações e os direitos sociais direcionados às pessoas que vivem com HIV, como a Lei nº 12.984, de 2 de junho de 2014, que “define o crime de discriminação dos portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e doentes de Aids” (BRASIL, 2014). No entanto, o conhecimento da sociedade civil sobre a Lei é escasso, e as situações discriminatórias recorrentes, o que é explícito nos diversos grupos sociais nos quais as pessoas que vivem com HIV/AIDS estão inseridas.

Nesse contexto, não há dúvidas de que, com as garantias no âmbito da Seguridade Social, as pessoas que vivem com HIV/AIDS tiveram seus direitos expandidos, desde o tratamento, com a distribuição dos antirretrovirais, como na proteção diante os estigmas sociais. O enfrentamento tanto do vírus, no cuidado à saúde, quanto dos estigmas sociais sofridos é contínuo, implicando em diversas dificuldades cotidianas.

No entanto, mesmo com a disseminação de informações nos dias atuais, no que tange os avanços sobre HIV/AIDS, ainda é notável um acentuado grau de desconhecimento acerca das formas de transmissão, sobre o tratamento e as condições objetivas para a realização do mesmo. Um fato necessário a ser esclarecido corresponde à desmistificação das características da doença, pois nota-se maior insipiência dessas informações nas camadas mais empobrecidas da sociedade, como apontam também os resultados do estudo.

À vista disso, o processo de expansão da epidemia no Brasil revelou um contexto de

“pauperização” e “feminização”, particularidades que levaram o vírus a encontrar-se com as demais expressões da “questão social”, produzindo um efeito ainda mais crítico. Segundo Bastos e Swarcwald (1999), “As variáveis sociais determinariam, sempre, alterações na ecologia das doenças infecciosas, ou seja, estratos mais pobres e menos assistidos se tornam mais vulneráveis à difusão desses agentes [...]” (BASTOS; SWARCWALD, 1990, p. 10). No Brasil, a característica da expansão do HIV/AIDS esteve interligada às condições de desigualdade social que está correlacionada com os determinantes da saúde.

Essa desigualdade, no tocante à contaminação pelo HIV, por sua vez, afeta de modo particular as mulheres, pela iniquidade de gênero, pobreza e violências a que esse grupo está submetido nas relações sociais. A opressão de gênero sobre o sexo feminino o torna vulnerável perante as doenças, particularmente o HIV/AIDS, que demonstrou uma feminização durante a entrada do século (CECCON; MENEGHEL, 2017).

Portanto, a pesquisa pretendeu contribuir, sobretudo, na apreensão das dimensões que a convivência com o vírus implica no cotidiano das relações sociais e de saúde dessas mulheres, englobando, os contextos sociais, econômicos e culturais.

2 | METODOLOGIA

O objetivo central buscou analisar as relações sociais e de saúde das pessoas que vivem com HIV, que realizam acompanhamento no SAE/MI. A amostra foi constituída por mulheres em tratamento, público alvo desse setor. Assim, delimitamos os seguintes objetivos específicos: traçar o perfil das usuárias; identificar os estigmas sociais presentes nas relações interpessoais das mulheres que vivem com HIV; apreender os fatores externos que refletem nas relações de saúde; investigar os reflexos do diagnóstico na vida cotidiana das usuárias; e avaliar o impacto nas relações sociais na adesão ao tratamento.

Para tanto, a presente pesquisa pretendeu compreender a realidade social em sua totalidade, considerando a historicidade do sujeito para a apreensão do objeto de estudo, utilizando-se do materialismo histórico dialético em Marx, em conformidade com Netto (2011):

O método implica, pois, para Marx, uma determinada posição (perspectiva) do sujeito que pesquisa: aquela em que se põe o pesquisador para, na sua relação com o objeto, extrair dele as suas múltiplas determinações (NETTO, 2011, p. 53).

Assim, a pesquisa tem natureza qualitativa, pois trabalha com o universo de valores e significados a partir da perspectiva dos sujeitos. Nesse sentido, utilizou-se a entrevista semiestruturada com uma amostra de 20% da média mensal de 100 usuárias atendidas pelo Serviço Social do setor, correspondendo a 20 (vinte) mulheres que vivem com HIV, sendo maiores de 18 anos, em tratamento no SAE/MI.

A pesquisa passou pela aprovação do Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley (CEP-HULW), com o CAAEE de nº 88648718.5.0000.5183.

3 | RESULTADOS/DISCUSSÃO

Com vistas a analisar o impacto do diagnóstico nas relações sociais das pessoas que vivem com HIV, extraíram-se das entrevistas os diversos entraves cotidianos enfrentados pelos sujeitos ao descobrir a infecção pelo vírus.

Por meio dos depoimentos, pode-se esclarecer sobre as dificuldades postas na vida dessas pessoas, uma vez que foram abordadas temáticas como: a discriminação, o preconceito e aceitação do diagnóstico, bem como os direitos sociais, que empregam uma política de enfrentamento à vulnerabilidade dos sujeitos da pesquisa.

Sobre esses aspectos, as participantes relatam desde o impacto do resultado positivo para o HIV, os efeitos colaterais do tratamento até as desconfianças que são criadas no convívio social, que resultam do sigilo de sua condição sorológica, fato explicado pelas entrevistadas, em razão do forte estigma e preconceito que a doença carrega.

Indagaram-se as participantes do estudo sobre a forma como receberam o diagnóstico positivo para o HIV e as mudanças ocorridas a partir desse momento. Através dos depoimentos, pôde-se perceber que a maioria das mulheres soube sobre a sorologia por meio dos exames realizados durante o pré-natal, mais precisamente 13 (treze) mulheres, seguidas por aquelas que descobriram no parto, abrangendo 3 (três) mulheres, e as demais que descobriram por meio da realização de exames eventuais ou de rotina, exposto por 4 (quatro) mulheres.

A realização dos exames no pré-natal ocorre devido ao Ministério da Saúde, que, por intermédio da atenção básica, utiliza de estratégias, com a finalidade de erradicar a transmissão vertical do HIV, como a oferta da testagem para as infecções sexualmente transmissíveis (IST) para todas as gestantes em acompanhamento.

Essa premissa do MS firmou-se junto à estratégia Rede Cegonha¹, que se configura com o objetivo de assegurar às mulheres a atenção à gravidez, ao parto e ao puerpério, buscando, ainda, implementar na Atenção Básica o cuidado à saúde materno infantil (BRASIL, 2018). Os depoimentos das participantes demonstram o compromisso dos profissionais com a implantação das estratégias:

Fez três anos que descobri, foi quando engravidei do meu menino, no início da gestação. Soube durante o pré-natal, não foi no Posto de Saúde mesmo não, mas naquelas pessoas da saúde que vão aonde moro, os mutirões. Não foi fácil. (Entrevistada 12).

Também é possível identificar, a partir dos depoimentos, as problemáticas na Atenção Básica, no que tange tanto à gestão quanto ao exercício profissional na área da saúde. Pode-se observar que na revelação do diagnóstico, na realização do teste rápido e na obtenção do resultado, revelam-se diversas falhas. O depoimento da Entrevistada 10:

1. De acordo com o Ministério de Saúde, a Rede Cegonha se caracteriza como uma estratégia que objetiva implementar uma rede de cuidados que assegura às mulheres o direito do planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez e no pós-parto. A estratégia visa, então, estruturar e organizar a atenção à saúde materno infantil em âmbito nacional, sendo implantada de forma gradativa (BRASIL, 2018).

“Descobri na hora do parto, há seis anos. Fiz os exames no pré-natal, no meu município de origem, mas não veio o resultado”, sugere a problemática, substancialmente da Atenção Básica.

Dando continuidade ao impacto do diagnóstico, quando se referem às mudanças ocorridas, as participantes se dividiram por alterações físicas durante o tratamento/ou decurso da doença, efeitos colaterais do medicamento e ao período de adequação, mas os relatos apontam mudanças emocionais, como medo, depressão e desespero diante da nova situação, incluindo a fase da negação, como demonstram os relatos:

As mudanças foram mais na mente; fiquei mais depressiva quando soube, mas essa situação começa a mudar, a se adaptar com o tempo. (Entrevistada 19)

Descobri em 2015, mas eu não liguei, não queria colocar na cabeça; foi durante a gravidez que eu percebi que deveria me tratar. Depois do diagnóstico positivo, eu neguei, não quis aceitar e dizia que não tinha. Iniciei o tratamento apenas em 2018, por conta da gestação. (Entrevistada 14)

Nos depoimentos, as entrevistadas abordam a revelação do diagnóstico positivo, por inúmeras vezes, como um fardo a ser carregado. Pôde-se observar que para essas mulheres, o medo da divulgação do resultado implica mantê-lo em segredo por anos, revelando apenas para pessoas da sua confiança. A restrição ocorre visando evitar rejeições, seja no núcleo familiar, seja no social, devido ao estigma social que rotulou as pessoas que vivem com HIV no ápice da epidemia, como retrata a Entrevistada 1: *“Senti vergonha, porque apesar de não querer ter pego, as pessoas discriminam. Pela falta de informação, espalham que a pessoa tem a doença.”*

A segregação com as pessoas que vivem com HIV ainda é uma realidade: mesmo no século do acesso rápido à informação, a abrangência não é universal. Ou seja, o preconceito e a discriminação são as maiores dificuldades enfrentadas, intensificando o medo quando os atos depreciativos estão inseridos nas relações intrafamiliares, como aponta o estudo realizado por Jesus *et al* (2017):

As maiores dificuldades enfrentadas por esses sujeitos apresentam-se no ambiente intrafamiliar, sofrendo preconceitos por membros próximos, do núcleo familiar. Nos depoimentos, as expressões-chaves, bem como os vocábulos condensaram-se no núcleo “família, filhos e amigos”. Essa tríade é tida pelos participantes como importante base de sustentação, e quando não está presente, tem maiores repercussões negativas que impactam diretamente no processo de conviver com a doença, tornando-o mais fatigante (JESUS *et al.*, 2017, p. 303)

Outro destaque encontra-se na diversidade dos depoimentos, uma vez que o estudo agregou participantes com 15 a 20 anos vivendo com HIV e outras com apenas 6 meses de tratamento.

As participantes foram questionadas sobre as pessoas que têm conhecimento do diagnóstico, o quantitativo e o grau de parentesco com as mesmas. As revelações sugerem que ampla maioria restringe a informação, algumas pessoas da família sabem do resultado sobre a sorologia, e um pequeno grupo com conhecimento engloba os familiares

do núcleo original, sendo mães e irmãs e os próprios companheiros dessas mulheres. Nos depoimentos ainda aparecem, sogras, cunhadas e tias, como as falas a seguir:

Quatro pessoas, minha mãe e irmãs. (Entrevistada 04)

Minha família e do meu esposo, irmã, pai, mãe, cunhado e sogra. (Entrevistada 09)

Só minha família, minha mãe, irmã, minha filha. Tem gente da família que não sabe, prefiro nem contar. (Entrevistada 12)

Apenas 10% das redes de familiares e amigos. São eles: cunhada, irmã, mãe e pai. (Entrevistada 18)

Cinco pessoas, minha sogra, cunhadas, companheiro e mãe. (Entrevista 19)

Pode-se observar, em diversas respostas, que as mulheres se sentem confortáveis para compartilhar os diagnósticos com outras mulheres do núcleo familiar; independente do grau de parentesco, aparece frequentemente o gênero feminino nas falas.

Apesar da relevante abertura das entrevistadas que revelam os diagnósticos para familiares, outras ocultam a situação sorológica por medo do preconceito, são firmes e se resguardam. Entretanto, existem relatos de mulheres que não demonstram receio ao expor o diagnóstico, que assumem a sua condição de pessoa vivendo com HIV:

Duas pessoas sabem, minha irmã e ex-sogra. Tenho medo de divulgar para muitas pessoas, incluindo minha mãe, pela falta de compreensão. Tenho medo que ela separe meus pratos dentro de casa. (Entrevistada 01)

Seis pessoas da família do meu esposo. Três cunhadas, a mãe e o pai dele. A minha família é preconceituosa. (Entrevistada 03)

Muita gente. Não nego para ninguém, vivo bem. Minha família sabe. (Entrevistada 13)

Muita gente sabe. Minha família toda. A agente de saúde também sabe. (Entrevista 14).

Minha família, meu companheiro atual e os anteriores. Procuo ser reservada, mesmo reconhecendo ser uma pessoa que vive com HIV; não sinto a necessidade de expor para todos, e o preconceito ainda é muito grande. Em relação aos companheiros que já tive, sempre revelava. (Entrevistada 17).

Nos três últimos depoimentos, as entrevistadas demonstram certa serenidade ao tratar sobre a revelação do diagnóstico; mesmo que reconhecendo a existência do preconceito, não se privam mediante seu estado sorológico. Destaca-se também que muitas procuram revelar sua condição para os companheiros, o que contribui para a aceitação do próprio diagnóstico.

Ademais, outra abordagem do estudo foi sobre o receio da revelação do diagnóstico, e a maioria das participantes, em conformidade com as indagações anteriores, menciona como maior receio o preconceito e a discriminação. Apesar dos avanços, medidas educativas e políticas de enfrentamento, os estigmas relacionados ao HIV permanecem

durante décadas. Os atos discriminatórios são alarmantes, mesmo que apareçam sutilmente no cotidiano.

O estudo de Jesus (*et al.*, 2017) apresenta a manifestação dessas atitudes discriminatórias em duas categorias: 1) o preconceito intrafamiliar e seu impacto no enfrentamento da doença e 2) preconceito social, no âmbito das relações sociais. Nessa direção, podem-se sugerir dois depoimentos que expressam essas categorias:

Tenho muito medo porque minha família é do interior, existe um grande desconhecimento e pelo preconceito, claro. (Entrevistada 19)

Tenho receio, as pessoas têm preconceito e vão me olhar diferente. Refiro-me aos outros de fora do meu convívio. Prefiro me resguardar e não dizer a ninguém, os outros de fora não. (Entrevistada 07)

Nessa lógica, as entrevistadas relatam que sob a ótica de outras pessoas, a revelação do HIV é gatilho para o julgamento moralista, uma vez que as discussões que estigmatizaram a patologia primordialmente ocorrem devido à relação com o sexo. Com o avanço das ciências, muitos tabus relacionados transformaram-se em mitos, entretanto, com a epidemia interiorizada e atingindo em ampla escala pessoas em situação de vulnerabilidade social, muitos desses mitos ainda são tomados como estigmas, gerando assim preconceito e discriminação.

Outra apreensão trazida pelas mulheres em seus depoimentos correspondeu ao medo de transmitir a doença para as pessoas do ciclo social no qual estavam inseridas, sejam os companheiros, filhos, sejam parentes. Vale ressaltar que diversos relatos priorizavam os filhos, intensificando a cautela e o cuidado pessoal, por receio da transmissão, como expressam as entrevistadas:

Senti [medo], por causa das outras pessoas, do meu esposo, o medo que eles pegassem. Quando ele fez o exame, e deu negativo, tive ainda mais medo dele pegar. (Entrevistada 04)

Só sobre minha filha, tenho medo que ela possa pegar. Encaro como qualquer outra doença, mas é uma doença trabalhosa e dependente. (Entrevistada 15)

A partir desses depoimentos, também se pode perceber que aquelas mulheres que tiveram o impacto inicial de forma devastadora, mas que demonstram ter superado essa dificuldade, revelam não sentir mais nenhum receio em contar sobre sua condição sorológica.

Quando se questionou acerca das mudanças na vida cotidiana a partir do diagnóstico, a maioria das participantes relata não terem ocorrido mudanças significantes; apesar da adequação ao tratamento, as interferências foram poucas. A participante 17 revela, em sua fala, que não ocorreram mudanças, no entanto, aumentou a preocupação com a qualidade de vida e cuidados diários, relatando: *“Não, em nada. Tenho cuidado comigo, assim como me alimentar bem, dormir bem. Mas não me limita de fazer algo”*.

Ademais, algumas entrevistadas destacam haver mudanças físicas, em decorrência

dos medicamentos e principalmente de caráter emocional, ponderando a desmotivação e a tristeza, como destacam as entrevistadas:

Senti [mudanças] mais sobre a medicação, os efeitos que a medicação faz no corpo. (Entrevistada 20)

Assim, a pessoa se sente desmotivada, por mais simples que seja, a tristeza desmotiva, e isso por causa do HIV. (Entrevistada 06)

As pessoas que vivem com HIV são sujeitas a quadros depressivos, uma vez que as consequências de cunho emocional substancialmente as atingem, sendo explicitadas pelas usuárias em mais de uma indagação, implicando que resguardar o diagnóstico por diversas vezes demonstra ser doloroso.

Ao focalizar na questão do preconceito, observaram-se, nos depoimentos, as ações discriminatórias ocorrendo sutilmente, dito como preconceito velado, uma vez que as usuárias enfatizam não ter sofrido preconceito, pois elas fazem segredo do diagnóstico, restringido a informação ao núcleo familiar. Mesmo resguardando a sorologia, as depreciações por conta do HIV aparecem no cotidiano, seja em uma discussão com os parentes os quais utilizam da patologia para inferiorizar essas mulheres, seja a segregação de objetos de uso pessoal, como “precaução” a uma transmissão.

Analisando os depoimentos, sobressai a seguinte resposta da entrevista 01, que afirma: *“Não sofri [preconceito], mas minha irmã em uma discussão falou: - “Vai HIV”. Então, para mim, foi um preconceito”*. Para essa entrevistada, o diagnóstico de HIV é visto negativamente pela sociedade.

O preconceito pode se manifestar de forma mais ofensiva, negando o acesso a serviços devido ao HIV no âmbito da comunidade, como relata a entrevista 02: *“Sofri preconceito, a minha cunhada espalhou para o bairro, disse que estava com HIV. A manicure não quis fazer minha unha, porque desconfiava sobre o HIV. Tive dificuldades de fazer certas coisas no bairro que morava”*.

Aparentemente, as usuárias fazem ressalva à discriminação nas relações intrafamiliares, que nitidamente as atingem de maneira mais severa, por conta do vínculo emocional intenso. O segredo acerca da doença demonstra ser doloroso e é enfatizado como um peso, tendo que procurar estratégias para superar as falsas suposições existentes. Realizando um copilado das informações obtidas, vê-se que a descoberta do HIV ocasiona o isolamento e o afastamento, em busca da prevenção contra os estigmas sociais, absorvendo a discriminação como consequência do HIV.

Nos relatos a seguir, as mulheres revelam o desligamento de relações interpessoais, devido ao diagnóstico de HIV, e a ocultação da condição sorologia, por temer a segregação:

Pessoas que se afastaram de mim, depois que souberam. Quando eu saía, que passava na rua, as pessoas comentavam e contavam para outras. (Entrevistada 13)

Já sofri, mas foi algo sutil. Um dos casos foi de um rapaz, que quando contei sobre o

diagnóstico, ele cortou relações comigo e não quis o relacionamento. (Entrevistada 17)

Por isso mesmo não conto a ninguém. Porque na própria família tem as pessoas que têm preconceito. Na nossa frente, as pessoas falam de quem sabe que tem, conosco também terá. (Entrevistada 11)

Sofri preconceito uma vez, foi na casa da minha avó, quando meu sobrinho quis tomar o resto do meu café, aí ela disse para não tomar. É por causa do HIV, da desconfiança. (Entrevistada 10)

Nos depoimentos, pode-se extrair que os preconceitos são distribuídos a partir de quando existe uma suspeita do diagnóstico positivo, e de imediato ocasiona-se a exclusão daqueles indivíduos do meio social, no interior das famílias ou na comunidade em geral. Garcia e Koyama (2008) apontam:

O medo de contrair HIV por meio do contato social com pessoas infectadas pelo vírus tem sido constantemente relatado em várias pesquisas. Ferreira & GEPSAIDS mostra a redução da proporção do total de pessoas que se mostraram bem informadas em relação ao contato social com portadores do HIV, cerca de 50% em 1998 e 40% em 2005. Contudo, o contingente de pessoas que acreditam que o contato social com pessoas infectadas pelo vírus apresenta risco de transmissão permanece alto, indicando a necessidade de focalizar ações informativas que levem em conta contextos culturais e locais distintos (GARCIA; KOYAMA, 2008, p. 82).

Em concordância com os diversos estudos acerca das manifestações do preconceito para com as pessoas que vivem com HIV, implica afirmar que as informações sobre as formas de transmissão são perpetuadas pelas redes de educação à saúde, porém isso não contempla toda a população. O perfil atual das pessoas que vivem com HIV perpassa pela vulnerabilidade social, cujos sujeitos nesse segmento social têm seus direitos violados, incluindo o acesso à informação.

O contexto cultural contribui para a permanência de determinadas informações incompatíveis com a realidade, e o contato social incorpora riscos mistificados. A sociedade tendenciosamente exclui o que considera risco, e as perspectivas conservadoras no âmbito social formam posturas moralistas e julgadoras, no que tange a uma suposta promiscuidade relativa ao HIV/AIDS.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se perceber que as mulheres estão mais vulneráveis à infecção pelo HIV, como apontam os dados da Unaid. O perfil demonstra que são jovens com pouca escolaridade, baixa renda e concentradas na pobreza e extrema pobreza, com um núcleo familiar extenso e dependente dos programas de transferência de renda.

Ademais, são fragilizadas em seu cotidiano devido ao HIV, no que se refere à exposição e à retração pelo segredo e o medo que as afligem, seja da divulgação difamadora do diagnóstico, seja da hostilização a que podem ser submetidas por pessoas do seu meio social. A convivência com os anseios do preconceito e da discriminação é

uma preocupação diária para todas as mulheres entrevistadas. Na totalidade de respostas encontra-se o estigma social que afeta seus relacionamentos e suas preocupações maternas.

Vale ressaltar a relação de ser mulher em um sistema capitalista patriarcal, que as condiciona estruturalmente, de acordo com os valores tradicionais, inferiorizando-as. Essa premissa emprega-se diretamente nos relacionamentos de algumas mulheres entrevistadas, quando relataram que a contaminação ocorreu por contágio de seus companheiros, por estarem incapazes de contestar ou solicitar precauções durante as relações sexuais, bem como aceitar os outros relacionamentos do companheiro.

A temática permite refletir as condições atuais das pessoas que vivem com HIV, de modo a contribuir para os profissionais da saúde, a fim de empregar as intervenções e políticas de enfrentamento direcionadas para esse público. Apesar dos 30 anos de epidemia de HIV, ainda há muitos preconceitos que dificultam o curso do tratamento e acabam por estruturar a vida dessas pessoas. Pode-se extrair também o papel fundamental da intervenção estatal através das políticas públicas e sociais, que proporcionaram, nesses anos, uma melhor qualidade de vida, tendo em vista que, a partir da implementação do SUS e a garantia do tratamento gratuito, a taxa de mortalidade reduziu em larga escala. Os demais avanços no âmbito dos direitos sociais propiciaram uma melhoria na vida dessa população, no entanto, não se mostra tão abrangente e adquirem diversos entraves. A socialização das informações ainda se apresenta escassa, uma vez que o desconhecimento acerca dos direitos sociais e as garantias legais às pessoas que vivem com HIV ainda são um grande desafio.

A realização da pesquisa contou com algumas dificuldades, principalmente a recusa das mulheres que demonstravam desconforto em relação à temática, incômodo com assinatura do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE) e, o mais acentuado, os fatores externos e dinâmicos do setor.

A percepção geral demonstra a falta de autonomia e noção sobre os direitos sociais, tendo em vista que a maioria das usuárias desconhece os direitos e os apreende por diversas vezes como favores oferecidos.

Nesse sentido, as relações sociais e de saúde das usuárias entrevistadas são impactadas diretamente pelo diagnóstico, e os estigmas sociais são temidos em suas inter-relações pessoais a partir da descoberta. Desse modo, um conjunto de fatores pode contribuir para a negação do próprio diagnóstico e corroborar o abandono do tratamento, refletindo nos diversos grupos sociais em que estão inseridas, como nas relações de trabalho, familiar, amorosas, etc., determinada falta de compreensão e aceitação da sociedade com o HIV/AIDS.

REFERÊNCIAS

BASTOS, F. I.; SZWARCOWALD, C. L. **Aids E Pauperização**: principais conceitos e evidências empíricas, 1999.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. **Lei nº 12.984 de junho de 2014**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l12984.htm>, Acesso em: 15 de março de 2018.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>; Acesso em: agosto a novembro de 2018.

CECCON, Roger Flores; MENEGHEL, Stela Nazareth. Iniquidades de gênero: mulheres com HIV/Aids em situação de violência. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1087-1103, mar. 2017.

GARCIA, S.; KOYAMA, M. A. H. Estigma, discriminação e HIV/ Aids no contexto brasileiro, 1998 e 2005. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 72-83, mar. 2008.

JESUS, Giselle Juliana de et al. Dificuldades do viver com HIV/Aids: Entraves na qualidade de vida. **Acta Paul Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 30, n. 3, p. 301-7, jun. 2017.

NETTO, J. P. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

UNAIDS. Disponível em: <<https://unaid.org.br/>> Acesso em: agosto a novembro de 2018.

RACISMO INSTITUCIONAL NA SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE SEU IMPACTO NO CORPO DA MULHER NEGRA

Data de aceite: 01/07/2020

Data da submissão: 01/04/2020

Noemi Cristina Ferreira da Silva

Assistente Social do Programa de Residência
Multiprofissional em Saúde da Mulher da
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro - RJ

<http://lattes.cnpq.br/5123365933826161>

Angélica de Jesus Conceição Vieira

Assistente Social pela Universidade Federal
Fluminense

São Gonçalo - RJ

CPF: 082700527-01

<http://lattes.cnpq.br/8253522828811232>

RESUMO: O presente trabalho é fruto das contribuições ao resumo apresentado no III Congresso Estadual de Assistentes Sociais no Rio de Janeiro (2019) e, também, da publicação nos anais do XVI Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (2019). Aborda-se a discussão do racismo institucional, na política de saúde, e os seus impactos no corpo da mulher negra, possibilitando refletir teoricamente a partir de um relato de experiência da Seção Pediátrica de um hospital oncológico de alta complexidade, utilizando

como recurso metodológico o estudo de caso. A perspectiva de análise do presente trabalho, é o materialismo histórico-dialético, na corrente da interseccionalidade, apresentando o papel do assistente social, em equipe multiprofissional, na luta contra todas as formas de opressão da classe trabalhadora.

PALAVRAS-CHAVE: Política de Saúde - Câncer Infantojuvenil - Racismo Institucional - Serviço Social - Interseccionalidade

INSTITUTIONAL RACISM IN HEALTH: REFLECTIONS ON ITS IMPACT ON THE BODY OF BLACK WOMEN

ABSTRACT: The present work is the result of contributions to the summary presented at the III State Congress of Social Workers in Rio de Janeiro (2019) and also of the publication in the annals of the XVI Brazilian Congress of Social Workers (2019). The discussion of institutional racism, in health policy, and its impacts on the body of black women is approached, making it possible to reflect theoretically from an experience report of the Pediatric Section of a high complexity oncology hospital, using as methodological resource the case study. The perspective of analysis of the present work is

historical-dialectical materialism, in the current of intersectionality, presenting the role of the social worker, in a multidisciplinary team, in the fight against all forms of oppression of the working class.

KEYWORDS: Health Policy - Childhood Cancer - Institutional Racism - Social Work – Intersectionality.

1 | INTRODUÇÃO

O presente artigo origina-se do resumo apresentado no XVI Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais em que foi relatada a experiência vivenciada na Seção Pediátrica de um hospital oncológico de alta complexidade, trazendo para a reflexão o racismo institucional e seus impactos no corpo da mulher negra.

Segundo o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), o câncer infantojuvenil corresponde a um grupo de várias doenças que têm em comum a proliferação descontrolada de células anormais e que pode ocorrer em qualquer local do organismo. Este tipo de câncer afeta mais comumente as células do sistema sanguíneo e os tecidos de sustentação. Entre os tumores mais frequentes na infância e na adolescência destacam-se as Leucemias (que afetam os glóbulos brancos), os que atingem o Sistema Nervoso Central e os Linfomas (sistema linfático). Outros tipos também acometem crianças e adolescentes como: o Neuroblastoma, Tumor de Wilms, Retinoblastoma, *Tumores germinativos*, Osteossarcoma e Sarcomas.

O câncer infantojuvenil é a doença que mais mata crianças e adolescentes no Brasil (8% do total) e a segunda causa de óbito neste grupo etário. Estima-se que este tipo de câncer represente de 1% a 4% da incidência de todos os tumores malignos na maioria das populações, sendo que aproximadamente 80% dos cânceres pediátricos ocorrem em países com baixo índice de desenvolvimento humano (IDH). Hoje, em torno de 80% das crianças e adolescentes acometidos da doença podem ser curados, se diagnosticados precocemente e tratados em centros especializados (INCA 2018).

A população brasileira já ultrapassa os 211 milhões de habitantes e destes, mais de 50% das pessoas, se autodeclaram negras, e em sua maioria pobres, sem oportunidades, o que dificulta o acesso à saúde e a recursos fundamentais, como, por exemplo, saneamento básico (IBGE, 2020). Apesar de a população negra ser a maioria no Brasil, ela não tem ocupado os mesmos espaços das pessoas brancas. Presencia-se mesmo após 130 anos de “Abolição” da escravatura, esta população ocupando os empregos de menor “prestígio” social e, por conseguinte de menor remuneração ou naqueles locais em que os brancos não querem estar. Assim, entende-se por racismo

“uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento, e que se manifesta por meio de práticas consciente ou inconscientes que culminam em desvantagens ou privilégios para indivíduos, a depender do grupo racial ao qual pertencam” (ALMEIDA, 2018, p. 25).

Na concepção institucional, o racismo é tratado como resultado do funcionamento das instituições. Segundo Almeida (2018), *“as instituições atuam na formulação de regras e imposição de padrões sociais que atribuem privilégios aos brancos ou a grupos raciais específicos”* (Grifos do autor. p. 35).

No Brasil, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) é formulada, em 2009, a partir do reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde (BRASIL, 2009) e traz, para o centro das discussões, o conceito de racismo institucional, tendo como base a instituição, em 2005, do Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI) no Brasil. Assim, o racismo institucional é compreendido como o

fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas devido à sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes da ignorância, da falta de atenção, do preconceito ou de estereótipos racistas. 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. 26).

Embora no Brasil, na década de 1990, fosse criado o Sistema Único de Saúde (SUS) com acesso universal e igualitário à saúde, foi necessário também a criação da PNSIPN como forma de garantia de atendimento integral à saúde da população negra. Esta política tem por objetivo minimizar as discrepâncias no atendimento da população negra que embora seja reconhecida como integrante da sociedade brasileira, e conseqüentemente sujeitos de direito, não conseguem acessar de forma plena e equânime os serviços de saúde.

Assim, a intenção deste texto é contribuir para o debate sobre racismo institucional na política de saúde, refletindo teoricamente a partir de uma situação vivenciada no cotidiano profissional e utilizando como recurso metodológico o estudo de caso.

2 | RACISMO INSTITUCIONAL NA SAÚDE

A política pública de saúde no Brasil, hoje organizada através do SUS, tem como princípios, a universalidade do acesso, a democratização das ações e serviços e a construção de uma nova forma de relação entre Estado e sociedade. Entretanto, o movimento da Reforma Sanitária embora tenha proporcionado a inserção dos movimentos sociais como protagonistas na luta por saúde pública universal e de qualidade, *“não foi suficiente para inserir, no novo sistema, mecanismos explícitos de superação das barreiras enfrentadas pela população negra no acesso à saúde, particularmente aquelas interpostas pelo racismo”* (WERNECK, 2016. p. 536).

O racismo não é preconceito e nem discriminação, ele é estrutural e sistêmico, e

apresenta vantagens e privilégios nas dimensões da vida cotidiana, “o racismo é parte da ordem social” (ALMEIDA, 2018, p. 36). É decorrente da própria estrutura social, e se “expressa concretamente como desigualdade política, econômica e jurídica” (idem, p. 39), e tem, na categoria *raça* o seu fundamento. Raça é entendida como um fenômeno que funda a modernidade, um processo que constrói subjetividades e desigualdades (SHUCMAN, 2014), tem caráter social, histórico e político.

A lógica do racismo funciona como um limitador de possibilidades, reconhecendo o humano como sujeito de direito e sujeito político de acordo com a construção de sua individualidade: ser branco ou negro. Desta forma, o não acesso aos direitos sociais pela população negra, é histórico, coloca-se a “culpa” deste não acesso na falta de representatividade, mas, na verdade, esses mesmos direitos não são pensados para esta população. Estar fora é uma regra.

O *racismo* no Brasil, enquanto uma construção sócio-histórica, traz consigo o *preconceito* e a *discriminação racial*, acarretando prejuízos à população negra nas diferentes fases do ciclo de vida, independente da camada social e da região de moradia. Reforça-se pela linguagem comum, mantém-se e alimenta-se pela tradição e pela cultura, ao mesmo tempo em que influencia a vida, a forma como as instituições se organizam e as relações interpessoais (Grifos dos autores. Lopes e Quintiliano, 2007 apud EURICO, 2013, p. 295).

Neste mesmo sentido González (1980) pontua que,

Racismo? No Brasil? Quem foi que disse? Isso é coisa de americano. Aqui não tem diferença porque todo mundo é brasileiro acima de tudo, graças a Deus. Preto aqui é bem tratado, tem o mesmo direito que a gente tem. Tanto é que, quando se esforça, ele sobe na vida como qualquer um. Conheço um que é médico; educadíssimo, culto, elegante e com umas feições tão finas ... Nem parece preto. (p. 226)

O mito da democracia racial é uma falácia construída. Nega-se a humanidade das pessoas que foram escravizadas, associa-se a pessoa negra a um objeto/propriedade e criminaliza-se suas crenças. Para Silva (2018) a “*abolição da escravidão inaugurou simultaneamente o longo ciclo da marginalização do negro*” (p. 25). Segundo Eurico (2013) “*Na história contada sobre o país há uma lacuna importante quanto ao destino da população negra após a abolição, fruto do silêncio que insiste em ratificar que a injustiça cometida contra essa parcela da população cessou com o fim da escravatura*” (p. 294).

Em tempos de ataque aos direitos conquistados e avanço do conservadorismo, destaca-se que o racismo é como um fator que atinge, inclusive, a saúde mental da população negra e que é agravante para o acesso à saúde, moradia, consumo, etc. Reforça-se que o racismo é a “*crença na existência de raças e sua hierarquização. É a ideia de que há raças e de que elas são naturalmente inferiores ou superiores a outras em uma relação fundada na ideologia de dominação*” (Grifo das autoras. CFESS, 2016).

O debate sobre o racismo faz-se de suma importância para garantia da saúde, sendo estrutural na sociedade brasileira e mantendo intrínseca relação com a sociedade capitalista, se manifesta em diversas situações do cotidiano através de ações discriminatórias e até de violação de direitos. Quando uma pessoa negra chega a uma emergência hospitalar e

o médico entende que ela é mais resistente a dor e ao mal-estar e nega uma medicação ou ignora seus sintomas. A isto, denomina-se, racismo.

Observa-se, ainda, que a luta para acesso à saúde das mulheres negras, por exemplo, inicia-se muito cedo. Elas são as que mais morrem no parto, 60% contra 34% de mulheres brancas, e também a taxa de mortalidade neonatal atinge a maioria das crianças negras, segundo o Ministério da Saúde (2014). O Ministério da Saúde destaca, ainda, que a população negra é mais suscetível a algumas doenças como: hipertensão, diabetes tipo 2, anemia falciforme e mioma que podem ter origem genéticas ou hereditárias, mas, que ainda são potencializadas pelas condições socioeconômicas e de outros determinantes sociais desta população.

As iniquidades em saúde experimentadas por homens e mulheres negras são reflexos de como o racismo é um fator central no acesso aos serviços, ações e programas sociais estabelecidos no país (WERNECK, 2016). Apenas em julho de 2010, com a promulgação do Estatuto da Igualdade Racial (Lei Federal 12.288) o aparato jurídico brasileiro reconhece que “a 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” (BRASIL, 2010, p. 05). A própria PNSIPN afirma que o racismo institucional em qualquer caso, sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios produzidos pela ação das instituições. (BRASIL, 2013, p. 16)

Desta forma, o aparato jurídico brasileiro incorpora legislações que caracterizam o racismo como crime e como processo limitador de acesso aos direitos sociais no início do século XXI, tendo na política de saúde pública grande expressividade. Entretanto, no presente trabalho discute-se um estudo de caso em que o racismo institucional impactou, diretamente, em violações no corpo de uma adolescente negra.

3 | DESCRIÇÃO DO CASO

Usuária R. C. A.. 15 anos, solteira, órfã de mãe (falecida em 2008) *negra*, natural do estado do Rio de Janeiro e residente em um bairro do interior da zona metropolitana do Rio de Janeiro com o genitor. Dá entrada na Seção de Oncopediatria com diagnóstico de câncer de ovário, sendo matriculada, e no mesmo dia, internada no Centro de Terapia Intensiva (CTI) pediátrico.

No primeiro atendimento com o Serviço Social identifica-se que a usuária estava acompanhada de familiares: irmãos, tios e primos, entretanto, nenhum dos integrantes da rede de suporte, era seu representante legal. A usuária residia com o genitor desde o falecimento de sua mãe, todavia, durante o período de diagnóstico e tratamento da doença, o genitor não comparece a unidade de saúde, sendo o cuidado e a responsabilidade sobre a usuária compartilhada entre os familiares que foram citados.

A pedido do Serviço Social, o genitor comparece para atendimento e durante a entrevista social, com preenchimento de Avaliação Social, informa que a usuária passará a residir com os tios maternos em virtude do adoecimento, e que eles seriam os cuidadores e responsáveis. Os familiares/cuidadores da usuária relatam um relacionamento conflituoso com o genitor de R. C. A., mas, mostram-se comprometidos em garantir as melhores condições para a realização do tratamento da usuária e assegurar seu *direito* de estar acompanhada durante a internação.

Os familiares informaram que a usuária antes de matricular-se no Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia realizou uma intervenção cirúrgica em decorrência de diagnóstico equivocado de Gravidez Ectópica, num hospital geral da rede pública de saúde.

Diante da gravidade do quadro clínico a equipe do Serviço Social opta por realizar orientação e encaminhamento para formalização da Representação Legal, via Conselho Tutelar, para o tio materno que, no momento, responsabilizou-se pelos cuidados da usuária.

Com o agravamento da doença e o encaminhamento da usuária para os Cuidados Paliativos exclusivos, a necessidade de intervenção de equipe multidisciplinar intensificase. A rede familiar apresenta à equipe os conflitos entre a sua religião e a proposta dos Cuidados Paliativos, o que exige maior comprometimento no atendimento aos familiares. Após quase três meses de internação, a usuária entra em Cuidados de Fim de Vida.

4 | REFLEXÕES SOBRE O IMPACTO DO RACISMO NO CORPO DA MULHER NEGRA

Ao longo do desdobramento deste caso foi possível refletir sobre como *“o racismo em articulação com o sexismo, ‘produz efeitos violentos sobre a mulher negra’* (GONZALEZ, 1984 apud CISNE e SANTOS, 2018, p. 111), pois R. C. A. era uma jovem mulher negra que teve como primeiro diagnóstico, para os seus sintomas, uma gravidez, o que ocasionou uma intervenção cirúrgica equivocada.

Retoma-se a afirmação de Almeida (2018) de que o racismo é estrutural, ele é o modo “normal” com que as relações se constituem. Percebe-se isto na fala dos familiares, visto que, em nenhum momento foi indagado se a usuária mantinha vida sexual ativa, para que justificasse tal diagnóstico e tal intervenção cirúrgica, na primeira unidade que a atendeu.

Concorda-se com Coelho (2013) quando a autora afirma que *“somente quando a teoria desvenda a realidade em sua complexidade, ela se torna a força que impulsiona a realidade porque se torna orientadora da prática”* (p.73). Desta forma, o assistente social enquanto profissional de saúde, tem papel fundamental no combate ao racismo institucional tão marcadamente presente na política pública de saúde.

De acordo com as pesquisas realizadas por Eurico (2013), *“as assistentes sociais da área da saúde [que foram entrevistadas] apresentam uma discussão mais abstrata sobre a reprodução de qualquer forma de discriminação racial”* (p. 303). Assim, outro fator importante no que diz respeito ao atendimento da população negra nas unidades de saúde corresponde aos profissionais que muitas vezes reproduzem atitudes discriminatórias e preconceituosas, violando direitos e valorizando um usuário em detrimento do outro.

Destacando que o racismo institucional se manifesta tanto nas instituições públicas como privadas e também é conhecido como discriminação indireta e,

Está nas relações de poder instituído, expresso através de atitudes discriminatórias e de violação de direitos. Por estar, muitas vezes, naturalizado nas práticas cotidianas institucionais, naturaliza comportamentos e ideias preconceituosas, contribuindo, fortemente, para a geração e/ou manutenção das desigualdades étnico-raciais (CFESS, 2016, p. 11).

O Código de Ética do Assistente Social (CFESS, 1993) determina o *“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”* (p. 24). Assim, o assistente social comprometido com seu Código de Ética deve buscar a materialidade deste princípio, realizando a necessária conexão com a realidade vivenciada pela população negra (EURICO, 2013).

[...] as mulheres negras e indígenas pouco se beneficiaram das conquistas das brasileiras [...] As mulheres negras ainda ocupam a base da pirâmide social: desempenham as profissões consideradas de menor prestígio; apresentam o maior índice de desemprego; e recebem os menores salários dentre a população de mulheres e homens brancas/os. As mulheres negras apresentam um índice de analfabetismo três vezes maior do que o das mulheres brancas. (Plataforma Política Feminista, 2002, apud CISNE e SANTOS, 2018, p. 114)

“O racismo permeia as relações sociais, no modo de produção capitalista, de modo historicamente determinado, nenhuma instituição está imune a esta ideologia” (EURICO, 2018, p. 108). Confronta-se com esta perspectiva a premissa de que o *“prognóstico do câncer na criança e no adolescente é influenciado positivamente por estratégias de diagnóstico precoce e continuidade do cuidado por meio do tratamento adequado no tempo oportuno”* (MS, 2017, p. 09). Ou seja, no caso em estudo, o erro ao realizar o primeiro diagnóstico causou uma intervenção invasiva que não gerou nenhum benefício à R.C.A.

O câncer infantojuvenil é uma doença considerada raríssima, costuma-se verificar na fala de familiares que os diagnósticos equivocados muitas das vezes atrasam o início do tratamento. No caso de R. C. A. o diagnóstico equivocado de Gravidez Ectópica ocasionou atraso na chegada a unidade de tratamento oncológica.

De acordo com Daves (2016) *“racismo e sexismo convergem”* (Grifo da autora. p. 102) e *“no curso dessa convergência, a classe trabalhadora vai sendo forjada, explorada e oprimida de maneira diferenciada segundo o sexo e a raça”* (Grifo das autoras. CISNE e

SANTOS, 2018, p. 114). Este caso traz, para primeiro plano, a reflexão de que situações como esta não são exceções, são regra quando se está pensando o acesso da população negra, especialmente, das mulheres negras.

Para dar visibilidades às questões de saúde, preconceito, discriminação e de violência vivida por esta população, é importante que os profissionais de saúde busquem garantir a inclusão do quesito cor/raça em todos os instrumentos e sistemas de informação em saúde. Esta informação, de forma imediata contribui para uma intervenção qualificada, num segundo momento é importante para subsidiar a elaboração de políticas públicas de equidade voltadas para o atendimento desta população.

No que diz respeito ao assistente social, concorda-se com Eurico (2013) pois entende-se que ações isoladas não contribuirão para a superação de práticas racistas no cotidiano do trabalho, mas é a discussão, a apropriação do debate e a aproximação com a realidade dos usuários que contribuirão para a qualificação da atuação.

O equacionamento da questão não se restringe às ações profissionais isoladamente. Antes precisa contemplar a formação profissional, com análises críticas sobre a questão racial; a produção de conhecimento nos níveis de mestrado, doutorado e pós doutorado; o combate ao racismo nas diversas instituições, públicas e privadas; a suspensão do cotidiano para a reflexão dos efeitos nocivos do racismo na sociedade brasileira e o retorno do sujeito à realidade, cada vez mais crítico; e uma interface urgente entre o Serviço Social e as outras áreas das Ciências Sociais, que acumularam ao longo de décadas conhecimentos teóricos riquíssimos acerca da questão racial no Brasil (p. 308).

Assim, se faz necessária a inclusão de matérias voltadas para questão étnico-racial, história e cultura das populações negras e indígenas nos currículos de todos os cursos de formação profissional. E ainda com vistas à eliminação deste quadro de práticas racistas nas unidades de saúde, é necessário que busque-se reformulações que promovam a conscientização da sociedade e dos profissionais de saúde que atuam diretamente no atendimento desta população.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho buscou discutir as práticas racistas, geradas pelo racismo institucional, no campo da política pública de saúde. Utilizando o estudo de caso, apresenta-se as reflexões que esta experiência profissional oportuniza. Busca-se, também, apresentar uma discussão sobre o exercício profissional e as possibilidades encontradas pelo assistente social no seu cotidiano de trabalho.

Assim, com este artigo o objetivo foi promover a reflexão sobre as experiências do trabalho do assistente social e aprofundar o processo de desvelamento da realidade a fim de qualificar a prática profissional para os que atuam na política pública de saúde, especialmente no que tange o debate sobre questão racial.

Não pretende-se esgotar todas as possibilidades de análise que o presente estudo possibilita, mas refletir sobre o impacto do racismo no corpo da mulher negra, e qual a

função do assistente social neste contexto de violação de direitos.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, S. *O que é racismo estrutural?* Belo Horizonte: Letramento, 2018.
- BOUZAS, L. F.; CALAZANS, M. Tumores sólidos e hematológicos na infância e na adolescência - Parte 2. *Adolescência e Saúde*, [S.l.], v. 4, n. 2, p. 12, 2007.
- BORIM, L. N. B. Aspectos clínicos e laboratoriais das crianças portadoras de leucemia linfotica aguda atendidas no Hospital de Base de São José do Rio Preto. (Dissertação) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- _____. Lei Federal 12.288, e julho de 2010. Dispõe sobre o Estatuto da Igualdade Racial. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12288.html. Acesso em 20/05/2019.
- CISNE, M. e SANTOS, S. M. M. dos. *Feminismo, diversidade sexual e Serviço Social*, São Paulo: Cortez, 2018.
- CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. Série Assistente Social no combate ao preconceito. Racismo. Caderno nº 3, Brasília, 2016.
- _____. *Código de Ética dos Assistentes Sociais*. Brasília. DF, 1993.
- COELHO, M.A. *Imediaticidade na prática profissional do assistente social*. Rio de Janeiro? Editora Lumen Juris, 2013.
- CRI. Articulação para o Combate ao Racismo Institucional. Identificação e abordagem do racismo institucional. Brasília: CRI, 2006.
- DAVES, A. *Mulheres, Raça e Classe*. São Paulo: Boitempo, 2016.
- EURICO, M. C. A percepção do assistente social acerca do racismo institucional In: *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 114, p. 290-310 abr./jun. 2013.
- _____. Preta, preta, pretinha: O racismo institucional no cotidiano de crianças e adolescentes negras (os) acolhidos (as). Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), São Paulo, 2018.
- GALINDO, R. C. et al. Toward the Cure of All Children With Cancer Through Collaborative Efforts: Pediatric Oncology As a Global Challenge. *Journal of Clinical Oncology*, v. 33, n. 27, p. 3065-3073, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4979198/pdf/zlj3065.pdf>> Acesso em 06/01/2020.
- GONZALEZ, L. Racismo e sexismo na cultura brasileira (1980). Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4130749/mod_resource/content/1/Gonzalez.Lelia%281983-original%29.Racismo%20e%20sexismo%20na%20cultura%20brasileira_1983.pdf. Acesso em 20/05/2019.
- INCA. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: INCA, 2017.
- _____. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

MS. Ministério da Saúde. Protocolo de Diagnóstico Precoce do Câncer Pediátrico. Brasília, DF, 2017.

SILVA, J. M. da. *Raízes do Conservadorismo brasileiro: a abolição na imprensa e no imaginário social*. São Paulo: Editora José Olympio, 2017.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra In: Revista Saúde e Sociedade. São Paulo, v.25, n.3, p.535-549, 2016.

<http://www.brasil.gov.br/noticias/cidadania-e-inclusao/2018/08/populacao-brasileira-ultrapassa-208-milhoes-de-pessoas-revela-ibge>. Acesso em 26/05/2019.

<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em 29/03/2020.

<https://www.geledes.org.br/saude-da-populacao-negra-racismo-e-condicoes-sociais-limitam-acesso-servicos-e-tratamentos/>. Acesso em 26/05/2019.

<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-infantojuvenil>. Acesso em 31/05/2019

<https://oglobo.globo.com/sociedade/mulheres-negras-sao-60-das-maes-mortas-durante-partos-no-sus-diz-ministerio-14655707>. Acesso em 11/06/2019

ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL COM ACOMPANHANTES DE USUÁRIOS DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE FORTALEZA: TECENDO A PROMOÇÃO DA SAÚDE E O EMPODERAMENTO

Data de aceite: 01/07/2020

Data de Submissão: 03/04/2020

Vivianny Mary Jucá Bezerra

Instituto Dr. José Fota- IJF

Fortaleza-CE

<http://lattes.cnpq.br/8389987873971838>

Neubejâmia Rocha da Silva Lemos

Instituto Dr. José Fota- IJF

Fortaleza-CE

<http://lattes.cnpq.br/7602825557029615>

Cynthia Santos Neder Thomé

Instituto Dr. José Fota- IJF

Fortaleza-CE

<http://lattes.cnpq.br/3618851859958813>

Danielle de Menezes Vieira

Instituto Dr. José Fota- IJF

Fortaleza-CE

<http://lattes.cnpq.br/7494405510637717>

Érica Silva Meneses

Instituto Dr. José Fota- IJF

Fortaleza-CE

<http://lattes.cnpq.br/2052982181636018>

Lisiane Melo de Carvalho

Instituto Dr. José Fota- IJF

Fortaleza-CE

<http://lattes.cnpq.br/8462198017836469>

Valesca de Sousa Brito

Escola de Saúde Pública do Ceará- ESP

Fortaleza-CE

<http://lattes.cnpq.br/3448094592258656>

RESUMO: Estudo qualitativo, descritivo, consistindo em um relato de experiência de assistentes sociais de um hospital público de Fortaleza, no Projeto de Atenção Integral ao Acompanhante, no ano de 2018. Constituiu-se em um espaço de discussão, na perspectiva da promoção da saúde e de melhorias na instituição hospitalar, favorecendo o empoderamento e a participação social.

PALAVRAS-CHAVE: Promoção da Saúde; Empoderamento; Participação Social

SOCIAL WORKER'S EXPERIENCE WITH COMPANIONS OF THE USERS OF A PUBLIC HOSPITAL IN FORTALEZA: WEAVING HEALTH PROMOTION AND EMPOWERMENT

ABSTRACT: A qualitative, descriptive study consisting of an experience report of social workers from a public hospital in Fortaleza, Brazil, in the Project for Integral Attention to the Companion in the year of 2018. It was a space

for discussion, in the perspective of promoting health and improvements in the hospital institution, favoring empowerment and social participation.

KEYWORDS: Health Promotion; Empowerment; Social Participation

1 | INTRODUÇÃO

O Serviço Social, enquanto profissão inscrita na divisão social e técnica do trabalho, tem nas Políticas Públicas, sobretudo nas Políticas Sociais Públicas, seu principal campo de atuação. O assistente social orienta sua prática profissional a partir dos princípios e direitos firmados na Constituição Federal de 1988, bem como na legislação complementar referente às políticas sociais e aos direitos da população.

O texto constitucional de 1988, seguindo, embora tardiamente, as tendências mundiais advindas do estado de bem estar, inaugura no Brasil um novo modelo de proteção social – intitulado Seguridade Social – que amplia a cobertura do sistema previdenciário, inclusive flexibilizando o seu acesso e estendendo o alcance dos seus benefícios aos trabalhadores rurais, reconhece a assistência social como política pública não contributiva, e consolida a universalização do acesso à saúde com a criação do Sistema Único de Saúde – o SUS. É então no campo da Seguridade Social que o Serviço Social brasileiro encontra seu principal espaço sócio ocupacional (MOTA, 2007).

Um dos pilares do tripé que estrutura o sistema de Seguridade Social do Brasil é a política pública de saúde, a qual é regulamentada pelas leis orgânicas 8.080/1990 e 8.142/1990, definindo a saúde como um direito fundamental do ser humano e dever do Estado como provedor das condições indispensáveis ao seu pleno exercício. É organizada sob a forma de sistema único e entre os seus princípios estão a universalização do acesso, a igualdade e a integralidade na assistência (BRASIL, 1990).

Considerando o conceito de saúde para além do aspecto curativo, envolvendo fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, os assistentes sociais inseridos na política de saúde irão atuar com base nesses determinantes, a partir das várias expressões da questão social, buscando estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões, no sentido de contribuir para a promoção, proteção e/ou recuperação da saúde.

Dessa maneira, sobre a atuação do/a assistente social na saúde:

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 social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto ético político profissional tem de, necessariamente, estar articulado ao projeto de reforma sanitária. (BRASIL, 2010, p.29).

Destarte, o trabalho do Serviço Social alinhado ao projeto de reforma sanitária aponta na direção da construção de uma saúde humanizada, com vistas ao empoderamento dos

usuários, à participação, mobilização e controle social.

A humanização na saúde tem como norteadora a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH), lançada em 2003. Nesse aspecto, a humanização é compreendida como uma política transversal, norteada por princípios, diretrizes e práticas construídas coletivamente. Essa transversalidade pressupõe que o cuidado ao usuário não fique limitado aos conhecimentos técnicos de cada área da saúde ou somente dos profissionais envolvidos. O planejamento, as escolhas e as decisões devem contemplar as diversas categorias profissionais, os usuários e seus familiares.

Por humanização compreendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde. (BRASIL, 2009, p.09)

Esse protagonismo dos sujeitos pode se dar por meio do empoderamento, entendido como processo de mobilizações e práticas que objetivam promover e impulsionar grupos e comunidades na melhoria de suas condições de vida. Através desse processo, pessoas se transformam em sujeitos ativos, que lutam para si, com e para os outros por mais autonomia e autodeterminação (KLEBA;WENDAUSEN, 2009).

Na área da saúde o empoderamento se vincula à concepção de promoção da saúde, enquanto processo pelo qual os indivíduos e a comunidade são capacitados a ter maior controle sobre sua própria saúde, mobilizando recursos pessoais e sociais, que vão além desse setor. Isso implica em ações e estratégias de construção de políticas públicas saudáveis, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde (SOUZA; THOLI;CÓRDOVA et al.,2014).

Sob essa ótica, o empoderamento é compreendido como:

O processo de saúde comprometido com a transformação da realidade e a produção de saúde e de sujeitos saudáveis, sendo a efetiva e concreta participação social estabelecida como objetivo essencial da promoção da saúde” (SOUZA; THOLI;CÓRDOVA et al.,2014, p.02).

Neste sentido, o papel dos profissionais seria o de mediadores, apoiadores no fortalecimento das pessoas para que encontrem suas próprias soluções e as implementem. Contudo, estabelecer uma nova relação de poder em que os sujeitos se considerem parceiros na busca de objetivos comuns, implica refazer relações hierárquicas seculares e principalmente em se tratando de profissionais e usuários de serviços. (KLEBA;WENDAUSEN, 2009).

É preciso entender que os sujeitos demandantes de serviços sociais são confrontados com um cotidiano de relações de exclusão e trazem demandas complexas tanto por efetivação de direitos como por cuidados específicos que exigem dos profissionais a análise das relações gerais e particulares dessas condições e do poder de enfrentá-las, o que implica trabalhar a correlação de forças. Assim, os profissionais têm o desafio de contribuir para mudanças de trajetórias no processo de empoderamento dos sujeitos

em relações de direito, de acesso ao estado de direito e a condições concretas de sobrevivência (FALEIROS, 2014).

Uma das ações inerentes à área da saúde que podem contribuir com esse processo é a educação em saúde, a qual segundo o Ministério da Saúde constitui-se em:

Um conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades” (BRASIL, 2006).

Assim, de acordo com FalKenberg; Mendes; Moraes et al. (2014, p.848):

A educação em saúde como processo político pedagógico requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo à sua autonomia e emancipação como sujeito histórico e social, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade.

Enquanto profissionais que atuam na área da saúde, os assistentes sociais têm como um de seus eixos de atuação as ações socioeducativas, as quais consistem em *“orientações reflexivas e socialização de informações realizadas por meio de abordagens individuais, grupais ou coletivas ao usuário, família e população de determinada área programática.”* (CFESS, 2010, p. 55).

De acordo com os Parâmetros para Atuação do/a Assistente Social na Saúde as ações socioeducativas e/ou educação em saúde:

[...] 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. (BRASIL,2010, p.55).

Em consonância, Vasconcelos (1993) salienta que:

o profissional de Serviço Social deve utilizar a prática reflexiva, que possibilita aos usuários a análise e desvendamento das situações vivenciadas por meio de reflexão crítica estimulada pelo assistente social, de forma que o usuário consiga captar, na medida do possível, o movimento da realidade social e, conseqüentemente, participar, de forma consciente, do processo de transformação dessa realidade enquanto ser histórico. (*apud* BRASIL, 2010, p.56).

As ações socioeducativas/ educação em saúde do/a assistente social, sobretudo, as que são realizadas em grupo propiciam a troca de experiências entre os sujeitos, além de contribuírem com o processo de mobilização/organização. (BRASIL 2010).

Foi a partir dessa compreensão que o Serviço Social do hospital público municipal de Fortaleza/Ce onde atuamos, implantou como uma de suas atividades, o Projeto de Atenção Integral ao Acompanhante. Tendo como base o planejamento do setor e compondo uma das ações da linha estratégica de Educação e Promoção da Saúde, o referido projeto visa à socialização de informações e a construção de saberes numa atuação voltada para familiares/acompanhantes de pacientes do hospital em questão, na perspectiva de promoção da saúde e construção do sujeito.

O usuário em internação, por vezes, encontra-se impossibilitado de exercer com abrangência sua condição de sujeito, que perpassa por sua história, sua autonomia e seus direitos e deveres. Assim, o acompanhante representa uma espécie de porta voz do seu representante. Contudo, para que a participação seja mais efetiva e consciente, faz-se necessário que este sujeito compreenda a dinâmica hospitalar (sua forma de funcionamento, noções básicas de saúde adequadas ao ambiente e favoráveis à recuperação do doente, etc.), e a partir daí, também apontar elementos que podem contribuir para a melhoria dos serviços prestados, no sentido da efetivação dos direitos dos usuários do SUS.

Esse olhar voltado para o familiar/acompanhante também parte da compreensão de que a vivência hospitalar é repleta de desafios para todos os atores envolvidos, principalmente no que se refere à realidade de expressiva parcela dos hospitais públicos que são marcados por inúmeras precarizações, questões estruturais, burocratizações, dentre outras questões. Ademais o próprio processo de hospitalização traz significativas mudanças no cotidiano da família, podendo ocasionar desgastes físicos e emocionais aos usuários internados e conseqüentemente aos seus acompanhantes.

É pertinente salientar, ainda, que o/a acompanhante hospitalar, sobretudo quando possui vínculos afetivos/sociais com o usuário em internação, pode contribuir significativamente com o processo de recuperação do mesmo. Nesse sentido, o/a acompanhante deve ser incluído nas ações de atenção integral desenvolvidas nas unidades de saúde, devendo também ser incentivado quanto à importância de seu protagonismo e participação social na busca não somente por um atendimento mais humanizado nas instituições hospitalares, como também por melhores condições de saúde/vida da população em geral.

Nessa perspectiva, o presente trabalho tem como objetivo descrever a atuação de assistentes sociais junto a acompanhantes de usuários de um hospital público, em Fortaleza, na perspectiva da promoção da saúde e construção de sujeitos políticos.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo consistindo em um relato de experiência sobre atuação junto a acompanhantes de usuários de um hospital público de Fortaleza, enquanto assistentes sociais e residentes de Serviço Social, no Projeto de Atenção Integral ao Acompanhante, durante o ano de 2018.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Compreendendo a consonância entre os princípios que regem o Código de Ética do Assistente Social de 1993 e os princípios regidos pela Reforma Sanitária, a atuação

do assistente social na política de saúde perpassa às questões meramente biológicas, alçando debates políticos e de defesa dos direitos e do fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

Segundo os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (BRASIL, 2010), as ações profissionais do Serviço Social, para além dos atendimentos sociais e individualizados, envolvem dimensões complementares e indissociáveis que se delineiam em atividades assistenciais; em equipe; socioeducativas; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; e assessoria, qualificação e formação profissional.

Nesse contexto, o Projeto de Atenção Integral ao Acompanhante está inserido no eixo de atividades socioeducativas, envolvendo também a mobilização, participação e controle social. Visa não apenas promover um momento de acolhimento e de convivência social entre os acompanhantes hospitalares, mas também trabalhar o seu protagonismo, a partir de atividades de educação em saúde que buscam fortalecer o empoderamento e a participação social.

Os resultados apresentados neste estudo consistem no trabalho realizado durante o ano de 2018, quando foram realizados 10 encontros, com uma média de 60 participantes por reunião. Os assuntos debatidos incluíram temáticas relacionadas à saúde (infecção hospitalar, dieta hospitalar, importância do acompanhante no processo de recuperação do doente, etc.), direitos sociais (previdenciários, assistenciais, participação social etc.), além de programações ligadas a datas comemorativas (Dia das Mães, considerando o expressivo número de mulheres/mães acompanhantes, etc.) e referentes ao que chamamos de calendário social (Combate à Violência contra a Mulher, ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes, Prevenção de Acidentes de Trânsito, Prevenção do Câncer de Mama, etc.). Vale ressaltar que nas temáticas mais específicas da saúde eram convidados como facilitadores profissionais do hospital com domínio sobre o tema.

Em cada encontro, os acompanhantes mostraram receptividade com a equipe e interesse nas temáticas apresentadas. A interação ocorreu de maneira espontânea, tendo como um dos elementos facilitadores desse processo a inclusão de momentos lúdicos proporcionados no início dos encontros, que incluíam dinâmicas, apresentações de música, encenações, exposição de vídeos e leitura de poemas, procurando relacioná-los ao tema que seria debatido.

É importante ressaltar que, independente do tema determinado para cada reunião, os acompanhantes sentiam a necessidade de manifestar nos encontros seus questionamentos/queixas quanto ao atendimento de saúde prestado no hospital em questão. Assim, procurávamos conduzir a reunião de maneira que o tema preparado para o evento fosse debatido, mas também separávamos um momento para acolher as demandas espontâneas trazidas pelos participantes. Dessa forma, eles podiam expressar seus sentimentos enquanto sujeitos em um ambiente hospitalar, descrevendo

suas dificuldades cotidianas na instituição, no tocante aos aspectos sociais e de saúde. As demandas eram anotadas e encaminhadas aos setores correspondentes para as providências cabíveis, com vistas à melhoria do atendimento prestado naquela instituição. Em alguns casos mais específicos/particulares realizávamos atendimentos individuais ao final da reunião.

Vale ressaltar que procurávamos contextualizar as problemáticas existentes no hospital e identificadas pelos acompanhantes como parte de uma precarização do SUS como um todo, o qual é afrontado cotidianamente com as investidas da lógica capitalista neoliberal que busca reduzir a oferta de serviços públicos em favor de um de saúde mercantilista. Também buscávamos deixar claro que a resolução das questões por eles apresentadas envolve vários atores. Isso porque, muitas vezes, os usuários/acompanhantes têm o entendimento equivocado de que o assistente social poderá representá-lo e resolver todas as suas demandas, mas precisam entender que eles também devem ser sujeitos ativos para a mudança dessas realidades conjunturais e estruturais.

Segundo Faleiros (2014), o Serviço Social, nas diversas expressões da desigualdade com que trabalha, depara-se com a consciência que as pessoas têm dessa desigualdade e, ao mesmo tempo, de seus direitos nessa sociedade desigual. Nesse processo, o autor afirma que a comunicabilidade, como linguagem social, permite romper o silêncio sobre os determinismos e sobre as particularidades de mediações que incidem sobre as relações de mudanças possíveis e viáveis. Isso proporciona a superação de visões pontuais das causas de uma queixa ou demanda imediata, podendo trabalhá-las no contexto das determinações mais gerais, permitindo a apreensão do real para além do singular e a percepção da luta de classes, para tornar as práticas sociais emancipatórias.

Assim, a participação dos acompanhantes na experiência por nós vivenciada, dando-lhe vez e voz, trouxe uma prerrogativa não simplesmente de solidariedade social e de rede de apoio, mas também de empoderamento e direitos sociais. Desde 1990, as políticas sociais avançam com o controle social através da institucionalização de conselhos e de conferências e, segundo Gohn (2004) a participação local não existe a priori, ela precisa ser organizada e estimulada com o maior objetivo não de substituir o Estado, mas de lutar para que este cumpra seu dever, através de saúde, educação e demais serviços com qualidade.

Em um cotidiano de hospital de urgência e emergência emergem demandas imediatas que requerem respostas rápidas, podendo prejudicar as relações interpessoais, ocasionando estresse e conflitos. Ademais, as relações de poder desiguais que, muitas vezes, se estabelecem entre profissionais de saúde e usuários contribuem para um sentimento de desconfiança, ansiedade e insegurança quanto ao atendimento ofertado.

Foi através da escuta qualificada, durante as reuniões, as quais ocorriam em um ambiente mais acolhedor, que não os corredores, nem à beira dos leitos, que foram visualizadas demandas que necessitavam de uma maior atenção, fluxos que precisavam

ser reavaliados e uma atuação mais efetiva de determinados setores da instituição hospitalar.

A educação popular em saúde é uma prática que promove o diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando a participação popular e social. Com esse intuito, o Projeto de Atenção Integral ao Acompanhante não apenas permite que os acompanhantes ponderem e compreendam temáticas, por vezes, inéditas ao seu universo, mas também promove uma avaliação das ações do funcionamento no hospital, propiciando maiores reflexões e discussões para melhores resultados em equipe.

A importância da participação da sociedade civil se faz neste contexto não apenas para ocupar espaços antes dominados por representantes de interesses econômicos, encravados no Estado e seus aparelhos. A importância se faz para democratizar a gestão da coisa pública, para inverter as prioridades das administrações no sentido de políticas que atendam não apenas as questões emergências, a partir do espólio de recursos miseráveis destinados às áreas sociais. (GONH, 2004, p. 25).

Assim, outra realidade importante visualizada nesse contexto observa a necessidade de abranger esse encontro como um espaço institucional e multiprofissional, retirando do assistente social a responsabilidade única de atender tais demandas e compreendendo que a escuta qualificada de pacientes e de acompanhantes deve ser uma atribuição de todos os profissionais que compõem o corpo da instituição. Dessa forma, apresenta-se como uma estratégia planejada que promova diálogos ricos e manifestações fortalecedoras de ações continuadas de promoção, proteção e recuperação da saúde.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acompanhante hospitalar em muitas ocasiões é percebido como uma extensão da equipe de saúde ou como um indivíduo que fiscaliza e dificulta a rotina técnica dos profissionais diante de suas demandas. Porém, ao compreender esse acompanhante como um sujeito de direitos e um cidadão que tem um importante potencial de contribuição para melhoria dos serviços ofertados nas instituições, incluindo aí as condições de trabalho dos profissionais, amplia-se o olhar para a implantação de estratégias que enriqueçam sua presença no ambiente hospitalar, incentivando sua participação ativa na busca por melhores resultados nas ações de saúde.

O Serviço Social, profissão diretamente relacionada aos direitos dos usuários, vislumbrou no Projeto de Atenção Integral ao Acompanhante um espaço favorável aos participantes para a exposição de questionamentos/demandas quanto a aspectos presentes no âmbito hospitalar que necessitavam ser reavaliados e melhorados, mas que muitas vezes, são ignoradas pelo cotidiano repleto de imediatismo, falhas burocráticas e fluxos institucionais que não atendem as necessidades dos usuários dos serviços.

Por isso, percebeu-se que esse espaço de diálogo constrói momentos únicos para que tanto se compreenda as reais necessidades dos usuários do serviço como para que

eles possam compreender de maneira mais real a dinâmica do hospital, espaço ao qual, ocasionalmente, passam a ocupar por um período de tempo significativo.

Partindo da educação em saúde em sua vertente preventiva e voltada para a melhoria das condições de saúde da população, consideramos que as atividades desenvolvidas no Projeto de Atenção Integral ao Acompanhante, por meio de temáticas sociais de prevenção às violências, a compreensão de cuidados em saúde e a importância do controle social sobre a coisa pública podem produzir um conhecimento favorável tanto à promoção da saúde como ao empoderamento e a participação social.

Focar o olhar sobre os processos de cuidado e de formação em saúde nos hospitais públicos, por meio do diálogo com o usuário/acompanhante hospitalar, contribui para um repensar das ações desenvolvidas na instituição, muitas vezes, planejadas apenas do ponto de vista de gestores, e também favorece uma maior aproximação dos profissionais com os usuários/acompanhantes na defesa de um SUS verdadeiramente efetivo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde**. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990, Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Educação em saúde**. Brasília: MS; 2006.

_____. Ministério da Saúde. Cartilha da PNH: **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília, 2009.

_____. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Grupo de Trabalho Serviço Social na Saúde. Brasília, CFESS. 2010.

FALEIROS, V.P. O Serviço Social no cotidiano: fios e desafios. **Rev. Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 120, p. 706-722, out./dez. 2014.

FALKENBERG, M.B.; MENDES, T.P.L; MORAES, E.P. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**. v. 19, n. 3, p. 847-852, mar.2014.

GOHN, M. G. **Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais**. Saúde e Sociedade v.13, n.2, p.20-31, maio-ago 2004.

KLEBA, M.E.; WENDAUSEN, A. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização. **Rev. Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.18, n.4, p.733-743, 2009.

MOTA, A. E. **Seguridade Social Brasileira: desenvolvimento histórico e tendências Recentes**. In: _____. *et al.* (Org.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2007.

SOUZA, J.M.; THOLL, A. D.; CÓRDOVA, F.P. Aplicabilidade prática do empowerment nas estratégias de promoção da saúde. **Rev. Ciência e Saúde**. São Paulo, v.19, n.7, p. 2265-2276, 2014.

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E O SERVIÇO SOCIAL: REFLEXÕES E DESAFIOS DO TRABALHO PROFISSIONAL

Data de aceite: 01/07/2020

Data de Submissão: 03/04/2020

Kelly Bezerra de Oliveira

Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (EMCM/UFRN).Caicó/RN.

Currículo: <http://lattes.cnpq.br/0505164618214096>

Larissa Maria Souto Moura

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Natal/RN. Currículo: <http://lattes.cnpq.br/8526344150395753>

RESUMO: As Residências multiprofissionais integram diversos profissionais da saúde, possibilitando a atuação no SUS. O estudo explicita a experiência do serviço social. A metodologia usada foi a revisão bibliográfica. A residência, à medida que se apresenta como espaço de qualificação profissional, também se expressa um campo de contradições na saúde.

PALAVRAS- CHAVES: Residência hospitalar. Serviço social. Educação em Saúde.

MULTIPROFESSIONAL RESIDENCY IN HEALTH AND SOCIAL WORK: REFLECTIONS AND CHALLENGES OF PROFESSIONAL WORK

ABSTRACT: Multiprofessional residences integrate several health professionals, making it possible to work in SUS. The study explains the experience of social work. The methodology used was the bibliographic review. The residence, as it presents itself as a space for professional qualification, also expresses a field of contradictions in health.

KEYWORDS: Hospital residence. Social service. Health education.

1 | INTRODUÇÃO

O presente artigo, intitulado “Residência Multiprofissional em Saúde e o Serviço Social: reflexões e desafios do Trabalho Profissional” têm como finalidade referenciar de forma sucinta a experiência do Serviço Social na Residência Multiprofissional em Saúde, especificamente no Programa em Saúde Materno – Infantil.

Esse programa, estar ligado a Escola Multicampi de Ciências Médicas da

Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, localizada no município de Caicó/RN, sendo estabelecido enquanto espaço de prática profissional dos residentes, o Hospital do Seridó.

O estudo visa apresentar também os resultados da investigação desenvolvida no decorrer das disciplinas: Seminário Temático em Serviço Social I e II, na qual direcionou-se o aprendizado das relações de trabalho que permeiam o espaço ocupacional das assistentes sociais nesse Programa de Residência.

As Residências multiprofissionais integram diversos profissionais das mais variadas áreas da saúde, possibilitando o desenvolvimento de competências e habilidades para a atuação nos processos de saúde – doença, compreendendo desse modo, os determinantes sociais, culturais e econômicos dos/as usuários/as do Sistema Único de Saúde (SUS).

No Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno – Infantil de Caicó/RN, contamos com doze residentes de seis categorias profissionais, a saber: Fisioterapia, Psicologia, Nutrição, Enfermagem, Farmácia e Serviço Social. Os profissionais em sua maioria recém- formados são divididos nas diferentes alas do hospital : clínica cirúrgica e médica; pediatria; maternidade e apartamentos.

2 | SERVIÇO SOCIAL E RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: FORMAÇÃO E TRABALHO PROFISSIONAL

Os Programas de Residência multiprofissional em Saúde situa-se em uma modalidade de Pós – Graduação, *latos sensu*, destinado às profissões da Saúde, exceto a médica, sobre a forma de curso de especialização.

Assim, a qualificação do Sistema Único de Saúde vem implicando em um movimento amplo de mudanças no processo de trabalho em saúde, o que comporta diferentes estratégias. As Residências em Saúde constituem-se entre importantes estratégias de ensino - serviço, possibilitando também a formação de profissionais comprometidos com a consolidação e fortalecimento do SUS.

A Potencialidade da Residência consiste em sintonizar trabalho e formação, e situar as necessidades de saúde da população como eixo norteador da qualificação dos profissionais, além de constitui-se numa formação pautada pelo trabalho em equipes. Porém, sua conformação como política pública é recente, o que aponta para a importância de serem ampliados os debates sobre essa formação, tendo em vista consolidá-las e qualificá-las. Dentre as profissões envolvidas na Residência, ressaltamos que há uma inserção consolidada dos assistentes sociais, sendo que o Serviço Social representa a terceira maior categoria em número de bolsas financiadas pelo Ministério da Saúde.(BRASIL.2006).

Nesse sentido, os programas de residência multiprofissional devem visar uma formação de profissionais da saúde com capacidade de operacionalizar e se comprometer com as mudanças necessárias para a organização do cuidado e da humanização no âmbito da saúde.

Os Processos de saúde – doença apresentam-se em suas dimensões individuais e coletivas, logo a Residência se orienta por um atendimento ampliado às necessidades dos usuários com uma formação integrada no eixo ensino – serviço, perpassando a inter-relação entre os diferentes núcleos de saberes das profissões.

A forma como é estruturado o trabalho coletivo em saúde, se configurando por meio de intervenções profissionais fragmentadas, com pouca articulação interdisciplinar, apontando como objeto puramente a doença, sem levar em consideração propriamente a saúde, é uma problemática desafiadora para os residentes.

As Residências Multiprofissionais caminham em uma perspectiva que procura romper com o distanciamento entre as profissões, buscando uma correlação entre os saberes e práticas profissionais. Desse modo, essa modalidade de formação vem se situando enquanto estratégia estimuladora de processos de mudança no modelo assistencial na saúde.

Desse modo, um conjunto de equipes multiprofissionais que são inseridos diretamente nas redes de serviços, tendo como orientação de ensino o trabalho em saúde, transformam-se em uma fonte potencializadora da Educação Permanente em Saúde.

Além disso, a formação em serviço remete à centralidade do trabalho como polo educativo, aspecto que também demarca a particularidade e a potencialidade da Residência multiprofissional em saúde (CLOSS, 2012). Assim, a categoria trabalho deve ser também referenciada no âmbito do debate dos programas de residência em saúde.

O trabalho tem determinado as relações sociais historicamente e constitui-se com o modo de ser dos homens e da sociedade, logo é categoria fundante e apresenta uma significativa função social. O trabalho, até os dias atuais se mantém como base de sobrevivência humana, ato primordial e constituinte da história, assumindo novas configurações, e estabelecendo as relações centrais nas constituições das classes sociais.

Na perspectiva marxista, o trabalho também é apontado como ponto de partida do processo de humanização do ser social, expressa uma consciência que o diversifica de outras formas de vida, pois é através do trabalho que o ser social produz e reproduz suas relações sociais.

Além de transformar o mundo objetivo, o trabalho tem, também, uma outra consequência necessária e fundamental: ao seu término o indivíduo já não é mais o mesmo, ele se transforma ao operar a objetivação. Isto significa que, ao construir o mundo objetivo, o indivíduo também se constrói. Ao transformar a natureza, os homens também se transformam – pois imediatamente, adquirem novos conhecimentos e habilidades. (LESSA, 2016, p.37)

Compreender essa dimensão, é elemento importante para se refletir sobre as mudanças e questões existente no trabalho em saúde, na perspectiva de abordagem e como são pensados os serviços de saúde. A dimensão ontológica do trabalho possibilita a reflexão dos processos educativos no âmbito do trabalho.

Ou seja, o trabalho não opera transformações somente no objeto ou matéria sobre o qual

inside, mas converte-se em processo de transformação/produção dos sujeitos. Nesse horizonte, ganham destaque o processo de educação permanente do trabalhador e a formação pelo próprio trabalho em saúde na sua dimensão criativa, valorizando o potencial educativo que dele emerge para a qualificação do atendimento às necessidades em saúde (CLOSS,2012, p.38).

Na Residência Multiprofissional o Serviço Social tem fortalecido a integralidade nos programas de Residência, e isso se expressa nas análises e intervenções que articulam a relação entre as demandas, as necessidades de saúde dos/as usuários/as e as ofertas de serviço.

Nota-se que 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. (HORÁCIO, 2009,p.310).

Além disso, a atuação profissional na Residência alicerçada no Projeto Ético–Político do Serviço social, de forma propositiva contribuir para a viabilidade e de uma assistência à saúde qualificada, comprometida com a defesa dos direitos dos trabalhadores e das trabalhadoras, como também o fortalecimento e a defesa do Sistema Único de Saúde.

3 | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: REFLEXÕES DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL NO HOSPITAL DO SERIDÓ

O serviço social é uma profissão que atua sobre o conjunto das diversas expressões da questão social, nas desigualdades sociais implicadas e indissociáveis da relação capital x trabalho.

No âmbito da saúde, como em outro campo de atuação profissional, apresenta especificidades que necessitam de uma análise crítica. Logo, apreender os determinantes que se apresentam na política de saúde e seus rebatimentos nos processos de trabalho profissional e na vida dos/as usuários /as são importantes.

É nas lacunas geradas pela não implantação efetiva do SUS que o profissional de Serviço Social vem sendo demandado a intervir. Por meio da sua atuação profissional, o assistente social tem sido o profissional que vem constituindo o elo invisível do SUS (MATOS,2013,p.64).

Ao longo desses poucos meses que se passou na residência multiprofissional, o Serviço social vem tentando construir e efetivar uma atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção e o atendimento em saúde no Hospital do Seridó.

Nesse sentido, foram desenvolvidos atendimentos de caráter multiprofissional nas enfermarias da maternidade e da pediatria com o intuito de apontar os principais cuidados materno – infantil, direitos dos/as usuários/as e explicar a dinâmica dos serviços presentes no Hospital do Seridó, algo que vem sendo materializado de forma coletiva através das visitas multiprofissionais compartilhadas, as Salas de Espera entre os residentes do

Programa Multiprofissional em Saúde Materno – Infantil.

Como exposto nos parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde,

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 o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde (CFESS, 2010 ,p.46).

As ações Socioassistenciais constitui-se como as principais demandas para os profissionais de Serviço social na Residência Multiprofissional apontada, o acesso a informação por meio de orientações individuais e grupais busca viabilizar o acesso aos direitos sociais, a título de exemplo: inserção em benefícios sociais, orientações acerca de auxílio- doença, salário maternidade, Licenças paterna e maternidade, como também encaminhamentos à rede socioassistencial dos municípios que fazem Pactuação política com Caicó/RN.

Assim, o exercício profissional do assistente social residente tem contribuído na reorganização dos processos de trabalho da equipe, apontando como foco do atendimento ao usuário, fortalecendo a relação profissional-usuário, com escutas e acolhimentos colocando no horizonte um atendimento ampliado da população de forma interprofissional.

Com isso, foi necessário a principio conhecer a rede de serviços da cidade de Caicó/RN, tendo como principal objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas as instituições da cidade. Em articulação recente com as assistentes sociais residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção básica, fizemos uma reunião com as profissionais da rede, um momento também de fortalecimento da categoria e dos serviços socioassistenciais.

Um desafio constante em um espaço hospitalar para as assistentes sociais residentes do programa materno- infantil é transpor o caráter emergencial e burocrático presente em seu espaço sócio ocupacional, bem como o modelo organizacional médico centrado ainda tão presente. Logo,

O profissional precisa ter clareza de suas atribuições e competências para estabelecer prioridades de ações e estratégias, a partir de demandas apresentadas pelos usuários, de dados epidemiológicos e da disponibilidade da equipe de saúde para ações conjuntas. As demandas emergenciais, se não forem reencaminhadas para os setores competentes por meio do planejamento coletivo elaborado na unidade, vão impossibilitar ao assistente social o enfoque nas suas ações profissionais (CFESS,2010, p.43).

Esses elementos são fundamentais para refletirmos sobre o processo de trabalho dos assistentes sociais na saúde, e o reconhecimento social da profissão. As contradições são sempre presentes com a intensificação da contrarreforma do Estado, colocando poucos investimentos, sucateamento do SUS, burocratização que interferem na qualidade do atendimento aos usuários/as.

Nesse sentido, é interessante apontar que a residência multiprofissional em saúde

materno – infantil em Caicó apresenta seus desafios e possibilidades, a medida que apresenta-se como espaço de qualificação profissional rico em experiências e trocas de saberes, também se expressa um espaço de contradição e disputas de projetos e perspectivas no espaço hospitalar.

O Serviço Social é uma profissão que intervém na realidade social, uma profissão que, ao longo da sua constituição, atua nas expressões da questão social e possui uma visão crítica das situações concretas dentro de uma sociabilidade capitalista, dos determinantes sociais da saúde e o processo saúde/doença.

Em suma, apesar do período curto da iniciação da Residência multiprofissional em Saúde Materno – infantil em Caicó é perceptível a mudança da dinâmica do processo de trabalho das assistentes sociais, um maior reconhecimento social da profissão e da atuação profissional, bem como do cotidiano do Hospital do Seridó. Passo a passo, vamos viabilizando em conjunto com os trabalhadores e as trabalhadoras desses serviços uma concepção de humanização, de um atendimento digno e qualificado para a população Caicoense.

Assim, a atuação do Assistente social residente no programa em Saúde Interno-infantil requer uma formação profissional crítica alicerçada no nosso projeto ético político, em ações de defesa da cidadania, promoção da saúde dos usuários e dos trabalhadores, fortalecimento da participação e do controle social, como também a garantia e a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O referido artigo buscou explicitar as principais experiências e análises desenvolvidas nesses últimos meses da Residência multiprofissional do Programa em saúde materno infantil, apontando a atuação do Serviço Social no espaço de prática profissional realizada no Hospital do Seridó.

A Residência tem se constituído como espaço primordial de aprendizado profissional, formação e de troca de saberes. A relação com as mais diversas áreas profissionais possibilitou a ampliação de conhecimentos da realidade social, como também do cotidiano do ambiente de saúde.

Com isso, o objetivo de cada vez mais fazer uma intervenção qualificada, dotada de caráter político e significado social vem sendo aos poucos colocadas em prática. O modelo presente fortemente centrado no saber médico, e os entraves expressos na conduta de alguns profissionais delimitam e interferem ainda no fazer profissional do Assistente social no Hospital do Seridó.

No entanto, o referencial teórico – metodológico crítico utilizado na formação profissional nos eixos teóricos da Residência multiprofissional expressam as inúmeras

estratégias e caminhos que podemos trilhar ao longo desses dois anos que temos um período de amadurecimento, de rupturas e de luta nesses tempos de apatia e retrocessos sociais.

Portanto, se faz fundamental um maior debate acerca do papel dos Programas de Residências em Saúde visando uma maior discussão, desenvolvimento de estratégias e aprofundamento das análises da realidade posta na atuação profissional do Assistente social na residência multiprofissional do Programa em Saúde Materno – Infantil.

REFERÊNCIAS

- BELLINI, M. I. B; CLOSS, T. T. (orgs.). **Serviço social, Residência multiprofissional e Pós-Graduação: a excelência na formação do assistente social**. [recurso eletrônico]. Dados eletrônicos. Porto Alegre:EdiPUCRS,2012.
- COSTA, Maria Dalva Horácio. **O trabalho nos serviços de saúde e a Inserção dos (as) Assistentes sociais**. In: SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: formação e trabalho profissional.4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. Cap. 7.
- LESSA, Sergio. **O Mundo dos Homens: Trabalho na ontologia de Lukács**. – 3 ed. – Maceió: coletivo veredas, 2016.
- LESSA, Sergio. **Serviço Social e Trabalho: porque o serviço social não é trabalho**. 3. ed. Maceió: coletivo veredas, 2016
- MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço Social, ética e Saúde: reflexões para o exercício profissional/ Maurílio Castro de Matos**. – São Paulo : Cortez, 2013.
- Ministério da Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde: Experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
- Parâmetros Para Atuação Do Serviço Social Na Saúde**. site do CFESS, Brasília, 2010.
- Residência em Saúde e Serviço Social: subsídios para reflexão**. Site do CFESS, Brasília. 2017.
- SCHMALLER, V.P.V; LEMOS J; SILVA M.G; LIMA, M.L.L.T. **Trabalho em saúde, formação profissional e inserção do Serviço Social na residência multiprofissional em saúde da família**. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 11, n. 2, p. 346 - 361, ago./dez. 2012.
- MOTA, Ana Elizabete... [et al.], (orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. - 4.ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA VIVENCIADA NO HOSPITAL MUNICIPAL SÃO CAMILO DE LÉLLIS

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 06/04/2020

Jéssica Katariny Oliveira da Silva

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte
(UERN)

Mossoró – RN

<http://lattes.cnpq.br/7702814434105053>

Andressa Sonja Pereira de Castro

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte
(UERN)

Mossoró – RN

<http://lattes.cnpq.br/4851941435035240>

RESUMO: O estágio é um componente curricular obrigatório, mas também uma experiência enriquecedora e indispensável na formação profissional, permitindo uma análise da relação entre a teoria e a prática. Nesse sentido, este trabalho tem como objetivo relatar, de forma analítica e descritiva, a atuação do Serviço Social no hospital psiquiátrico da cidade de Mossoró – RN, o Hospital Municipal São Camilo de Léllis, através da experiência vivenciada no estágio supervisionado obrigatório. A metodologia utilizada para tanto foi de natureza qualitativa, com revisão de literatura e pesquisa documental. O estudo

realizado nos fez compreender que a inserção dos Assistentes Sociais no âmbito da saúde mental é de extrema importância, pois é através dos atendimentos realizados com os usuários, na manutenção do contato com os familiares durante a internação e com o contato diário com a rede de saúde, é que torna possível viabilizar a garantia dos direitos dos usuários, que por anos foram violados.

PALAVRAS-CHAVE: Serviço Social. Saúde Mental. Hospital Psiquiátrico.

SOCIAL WORK PERFORMANCE IN MENTAL HEALTH: AN EXPERIENCE AT THE SÃO CAMILO DE LÉLLIS HOSPITAL

ABSTRACT: The internship is a mandatory curricular component but also an enriching and indispensable experience in professional training, allowing an analysis of the relationship between theory and practice. That way, this paper aims to present an analytical and descriptive report on the performance of the Social Work in the psychiatric hospital of the city of Mossoró (RN), São Camilo de Léllis Municipal Hospital, through the experience of supervised internship required. The methodology used was qualitative, with literature review and documentary research.

The study made us understand that the inclusion of Social Workers in the scope of mental health is extremely important, as it is through the care provided to users, in maintaining contact with family during hospitalization and with daily contact with the health system, makes it possible to guarantee the rights of users, who for years have been violated.

KEYWORDS: Social Work. Mental Health. Psychiatric Hospital.

1 | INTRODUÇÃO

O estágio no Serviço Social, de acordo com a Política Nacional de Estágio da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, é um componente curricular obrigatório, que tem como objetivo capacitar os estudantes por meio da entrada nos campos de estágio. A atividade deve ser orientada por uma supervisora de ensino e uma supervisora de campo, que devem ser, obrigatoriamente, Assistentes Sociais formadas. A supervisora de ensino deve ser uma professora ligada a instituição de ensino superior e a supervisora de campo deve estar vinculada ao campo de estágio escolhido. Sendo assim,

O estágio supervisionado objetiva capacitar o/a aluno/a para o exercício profissional, por meio da realização das mediações entre o conhecimento apreendido na formação acadêmica e a realidade social. No estágio, exercita-se o conhecimento da realidade institucional, a problematização teórico-metodológica, a elaboração e implementação do plano de intervenção do/a estagiário/a, articulado à discussão teórico-metodológica e à utilização do instrumental técnico-operativo do Serviço Social, pertinente ao campo específico da ação (CFESS, 2014).

Adentrar no campo de estágio do Serviço Social nos faz perceber que a teoria não difere da prática. Assim, o estágio é uma experiência enriquecedora e indispensável na formação profissional, visto que ele acontece quando estamos nos abastecendo teoricamente, o que nos permite fazer essa análise da relação entre a teoria e a prática. Nesse sentido, o presente trabalho tem como objetivo relatar a atuação do Serviço Social na instituição, através da experiência de estágio supervisionado obrigatório I em Serviço Social vivenciada no Hospital São Camilo de Léllis (HMSCL), no período entre maio a agosto de 2018, utilizando como base o documento construído pelas Assistentes Sociais do Hospital e pelo aporte teórico a respeito da saúde mental e serviço social.

O hospital psiquiátrico é uma instituição pública que atende pessoas do próprio município e de cidades circunvizinhas. Está localizada na cidade de Mossoró, bairro Nova Betânia, rua Manoel Cristiano de Moraes, nº 123. As estruturas físicas destinadas ao internamento dos usuários são divididas em dois setores: Unidade de Cuidado Intensivo Masculino (UCIM) e Unidade de Cuidado Intensivo Feminino (UCIF).

Tem como finalidade receber usuários que possuem algum tipo de transtorno mental elencados pelo Código Internacional de Doenças (CID-10), atendendo, preferencialmente, aqueles que estão em situação de surto. O tratamento no hospital é feito através de internações que duram em média 30 dias, dependendo da resposta do usuário ao tratamento.

Será abordado ao longo desse trabalho um breve histórico sobre a saúde no Brasil e, por conseguinte, a relação do Serviço Social com a saúde mental. Logo após, traremos a atuação da profissão na instituição, bem como suas demandas e perfil dos usuários.

2 | SAÚDE NO BRASIL

A história sobre a saúde no Brasil é longa, mas é na década de 1970, durante a ditadura militar, que há um fortalecimento em torno dos movimentos sociais em busca de melhorias no setor da saúde pública. Um cenário contraditório de resistência ao regime político da época e de fortalecimento das lutas, devido a grande precariedade na saúde da população, pois “as principais características do modelo de assistência à saúde, ou da política pública de saúde vigente no período, são de caráter centralizador, curativo e excludente” conforme COSTA (2007, p. 86).

Atrelado ao fator dos movimentos sociais houve também um desenvolvimento considerável de um pensamento crítico dentro dos espaços acadêmicos, a respeito da saúde da população e de como estavam sendo oferecidos esses serviços pelo Estado e outras entidades (COSTA, 2007, p.87). Foi nesse cenário que começou a surgir o Movimento da Reforma Sanitária, trazendo para a VIII Conferência Nacional de Saúde uma concepção mais ampliada, em que

a saúde é 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. 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 (Anais da 8a CNS, 1986).

Como pode-se observar, a Reforma Sanitária é um conjunto de ideias para transformar a população brasileira, na qual não se resumia a um sistema que modificava apenas o setor específico da saúde, mas buscava a transformação de toda a sociedade, visto que em uma sociedade desigual o acesso à saúde tornava-se algo distante.

Na mesma época em que se desenvolveu a Reforma Sanitária, acontecia de forma independente o movimento antimanicomial em prol da Reforma Psiquiátrica, com a intenção de romper com a violência advinda da própria sociedade e da violência asilar que as pessoas que possuíam algum transtorno mental sofriam quando eram internadas nos manicômios. Um dos principais objetivos da Reforma Psiquiátrica é de oferecer uma nova forma de tratamento para o usuário com transtorno mental, um atendimento mais humanizado. Para que isso fosse possível uma das medidas trazidas foi a redução de leitos em hospitais psiquiátricos ou até mesmo o fechamento de alguns hospitais.

Além das medidas de fechamento, a Reforma Psiquiátrica resulta na implementação de uma rede comunitária de atenção à saúde mental, integrada ao Sistema Único de

Saúde (SUS). Se constitui de forma ampla através de serviços que substituem a ideia de internação em manicômios. Esses serviços são a junção dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) através de suas especialidades, do Programa Saúde da Família (PSF), dos prontos de socorros, das Unidades Básicas de Saúde (UBS), residências terapêuticas, hospitais gerais, ambulatórios, além de outros mecanismos que buscam humanizar o tratamento.

Apesar dessas transformações no setor da saúde mental no Brasil, ainda existem hospitais psiquiátricos atuando nessa área, sendo um deles o campo de estágio em que se levantou esse estudo, o Hospital Municipal São Camilo de Lellis (HMSCL), localizado no município de Mossoró, no estado do Rio Grande do Norte.

3 | SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL

A introdução do serviço social na saúde mental é, relativamente, recente. Em 2010 aconteceu a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, tendo como pontos de discussão a questão da intersectorialidade dentro da Política de Saúde Mental em conjunto com outras políticas sociais e a participação da sociedade (BREDOW; DRAVANZ, 2010). Diante desse processo, vê-se a necessidade da inserção do Serviço Social no campo da saúde mental, para tentar viabilizar o acesso não só ao processo de tratamento, mas como também a diversos direitos humanos e direitos sociais como aquisição de benefícios e serviços que lhe são garantidos.

A produção de autores da profissão vem se expandindo, porém, ainda é um processo lento dentro dos espaços relacionados à saúde mental. Isso reflete nos campos de atuação em que os Assistentes Sociais já estão inseridos, tanto nos CAPS, como nos Hospitais Psiquiátricos e em outros aparelhos de Saúde Mental. Há também uma ausência de formação na academia que lhe dê suporte para atuar de forma condizente com as atuais práticas relacionadas pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS).

Pela falta de teoria, muitos profissionais acabavam atuando em aspectos característicos de outras profissões. Primeiro, devido ao “passado recente, anterior ao movimento de reconceituação, que o vincula à psicologização do social” (ROSA; LUSTOSA, 2012 p. 28). Pensando essa questão, o CFESS, em 2010, na resolução de nº 569, vedou a vinculação dos Assistentes sociais às práticas terapêuticas:

Art. 1º. A realização de terapias não constitui atribuição e competência do assistente social.

Art. 2º. Para fins dessa Resolução consideram-se como terapias individuais, grupais e/ou comunitárias:

a) Intervenção profissional que visa a tratar problemas somáticos, psíquicos ou psicossomáticos, suas causas e seus sintomas;

b) Atividades profissionais e/ou clínicas com fins medicinais, curativos, psicológicos e/ou psicanalíticos que atuem sobre a psique.

Art. 3º. Fica vedado ao Assistente Social vincular ou associar ao título de assistente social e/ou ao exercício profissional as atividades definidas no artigo 2º desta Resolução; (CFESS, 2010).

Um dos argumentos que embasa a referida solução, é de que não consta nas grades curriculares do curso de serviço social conteúdo específico que forme profissionais para atuar no campo terapêutico. Havendo essa ausência de habilitação, esta prática é estranha aos assistentes sociais, conforme a resolução de nº 569 do CFESS.

Então é necessário que haja uma produção teórica mais contundente que oriente tanto os assistentes sociais em processo de formação, como também àqueles que já estão atuando no setor da saúde mental. Além de expandir as questões que já foram abordadas pelo CFESS, para que os profissionais conheçam suas funções e os limites de sua atuação.

4 | ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL MUNICIPAL SÃO CAMILO DE LÉLLIS

De acordo com o documento Atribuições dos (as) Assistentes Sociais da Secretaria de Saúde de Mossoro/RN, prescreve a atuação do Serviço Social na Saúde Mental da seguinte forma:

[...] dá-se através de ações de interdisciplinaridade, assistência integral frente às demandas dos usuários com vista a promoção, prevenção e recuperação, priorizando a sua reinserção no ambiente familiar e comunitário, levando em consideração a singularidade do sujeito, sua história, sua cultura e o seu cotidiano, favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social destes e de suas famílias (p.26).

A dificuldade de alguns profissionais e usuários em reconhecer as competências do Serviço Social na instituição ainda persiste, mas há atividades reconhecidas como específicas da área. Nesse sentido, durante o processo de estágio foi produzido pelas próprias Assistentes Sociais um documento denominado como “Procedimento Operacional Padrão” (POP) do Serviço Social, apontando e especificando cada atribuição do serviço social no hospital.

De acordo com o documento POP, o Serviço Social está subordinado à diretoria técnica administrativa do Hospital Municipal São Camilo de Léllis (HMSCL) e à Secretaria Municipal de Saúde. As assistentes sociais realizam atendimentos aos usuários, familiares/rede de apoio social, nos seguintes setores: admissão/regulação, Unidade de Cuidados Intensivos Masculino (UCIM) e Unidade de Cuidados Intensivos Feminino (UCIF)

Na admissão há uma sala exclusiva do Serviço Social que, no entanto, é compartilhada com uma enfermeira, pois no momento da admissão do usuário, cada profissional preenche uma ficha de triagem referente a sua área. As atividades realizadas nos setores UCIM e UCIF, há uma sala em cada setor, divididas também com os psicólogos para realizarem o

preenchimento do prontuário de acompanhamento dos usuários.

Como relatado anteriormente, as demandas são divididas em três setores. As assistentes sociais trabalham em escala de plantão, sendo três por dia, uma em cada setor. O plantão tem a duração de 12h, das 07h às 19h. Em feriados e finais de semanas isso é alterado, ficando apenas uma Assistente Social de plantão responsável pelos três setores.

Na admissão, a profissional fica responsável pelo recebimento de usuários, em conjunto com um enfermeiro, como também pelas orientações aos familiares sobre os dias de visita (que ocorre nas quartas-feiras); explica as regras do hospital; esclarece as dúvidas; explica como funciona o tratamento e enfatiza a importância da continuação do tratamento após a alta hospitalar, em casa e em CAPS, dependendo de cada caso. Durante esse processo é feito um questionário previamente elaborado, contendo perguntas de âmbito social, familiar e econômico.

Fica responsável também de realizar a comunicação com o restante da rede de saúde mental do município quando o usuário necessita de algum serviço no qual o hospital não dispõe, para que seja encaminhado à um atendimento adequado em algum equipamento do SUS. Além disso, é preciso de uma comunicação interna com as outras profissionais que estão nas UCIs, para informar-se sobre alta hospitalar e possíveis surgimentos de vagas.

Nos outros dois setores, UCIM e UCIF, as atividades são semelhantes. O Serviço Social atende os usuários “do dia”, ou seja, usuários que estão sob responsabilidade do médico em plantão. Geralmente a Assistente Social atende juntamente com a psicóloga, assim, ambas conversam com os usuários e cada uma documenta no prontuário suas observações. Além disso, atendem os usuários que precisam e/ou solicitam algo, como roupa, remédios, produtos de higiene, entre outros. Com isso, fazem anotações das demandas e repassam aos familiares, que acabam arcando com algumas despesas que não são atendidas pelo hospital.

As Assistentes Sociais das UCIs participam também de reuniões com os usuários de primeira vez para repassar o funcionamento e as regras do hospital e do grupo operativo, que é uma reunião com os usuários que acontece semanalmente, contando com a participação de um Assistente Social, um Psicólogo e Terapeuta Ocupacional, debatendo diferentes temas, havendo também sugestão dos usuários sobre o que eles julgam necessário ser conversado.

Outras demandas institucionais requisitadas ao Serviço Social são: comunicar sobre a licença terapêutica (LT) – é um afastamento temporário do usuário, permitido quando ele possui pendências externas ou para um fim de semana com a família quando solicitado, caso o médico veja que há condições – para os familiares e/ou responsáveis; comunicar à família ou responsável ao receber alta hospitalar; orientação sobre os direitos em relação aos benefícios, com destaque para o Benefício de Prestação Continuada (BPC); bem

como procuram proporcionar a facilitação de interação entre família e usuário.

Sobre a equipe de profissionais, é composta por dez Psiquiatras; dois Clínicos Gerais; uma Terapeuta Ocupacional; dois profissionais de Educação Física, que também atuam na terapia ocupacional; nove Psicólogos; quatro Farmacêuticos; dezoito Enfermeiros e nove Assistentes Sociais. Além disso, há também nutricionistas, auxiliar de serviços gerais e técnicos de enfermagem. Uma equipe multidisciplinar, não tem apenas a figura do psiquiatra no hospital.

As razões das internações advêm de diversos tipos de doenças e transtornos mentais. De acordo com os prontuários, percebe-se uma maioria diagnosticada com a F20 que, de acordo com o Código Internacional de Doenças (CID) -10, se refere à esquizofrenia, mas há muitos transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, depressão, transtorno bipolar, etc.

Há uma diversidade de usuários que são atendidos no HMSCL e como o serviço integra parte do SUS, de direito universal, não há necessidade de fazer uma seletividade de renda dos usuários, mesmo havendo esse item na ficha de triagem. Entretanto, o que se percebe é que há uma quantidade consideravelmente maior de pessoas em situação de pobreza. A maior parte dos usuários estão na informalidade ou em empregos temporários, enquanto outros sobrevivem apenas do BPC. Não é possível quantificar de forma exata, pois há uma grande rotatividade no hospital.

Dentro do HMSCL existem quatro moradores (dois homens, e duas mulheres) em razão de não possuírem mais nenhum vínculo familiar e, por o município não ter residências terapêuticas, eles não têm para onde ir. Embora seja frequente a admissão de usuários “de primeira vez”, a grande maioria deles são reincidentes. Durante o estágio, conhecemos diversos prontuários e vários com um grande número de internações, já observamos um com o total de mais de 300 internações.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de estágio na instituição nos proporcionou a aproximação da história e da realidade da saúde mental. O histórico mostra anos de abandono e violências no trato das pessoas que possuem algum tipo de transtorno mental. Violências físicas e mentais que mais agravavam a situação dos usuários do que a promoção de alguma melhora ou alternativa que possibilitasse a independência dessas pessoas. Diante dessas violências surge então os movimentos sociais em prol da luta antimanicomial, que teve como resultado a Reforma Psiquiátrica.

A vivência no HMSCL, que apesar de trabalhar com internações de usuários, nos fez perceber que as consequências da Reforma Psiquiátrica estão dentro da instituição, como a inserção da interdisciplinaridade, que possibilita a participação de vários profissionais para potencializar o tratamento dos usuários da Saúde Mental. Dentro desse conjunto de

profissionais inseridos após a Reforma estão os Assistentes Sociais que, por atuar com outros profissionais, acaba tendo suas funções confundidas dentro do hospital por parte de outros profissionais. Sabendo dessa dificuldade em reconhecer as competências dos Assistentes Sociais, nos fez estudar e buscar mais sobre essa temática. Tendo em vista que durante o processo de formação não há nenhuma disciplina que trabalhe a questão da saúde mental e a relação com o Serviço Social.

O estudo realizado nos fez compreender que a inserção dos Assistentes Sociais é de extrema importância, pois é através dos atendimentos realizados com os usuários, na manutenção do contato com os familiares durante a internação e com o contato diário com o restante da rede de Saúde Mental, quando necessário, é que torna possível viabilizar a garantia dos direitos dos usuários, que por anos foram violados. Além de ser um dos responsáveis pela aproximação da família ao tratamento dos usuários através de reuniões realizadas nas instituições da rede, que é um dos objetivos da Reforma Psiquiátrica.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. 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, novembro de 2005.

BREDOW, Suleima; DRAVANZ, Glória. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutiva. **Textos e Contextos**, Porto Alegre, v. 9, p. 229-243, 2010.

CFESS (Brasil). ABEPSS. **Política nacional de estágio da associação brasileira de ensino e pesquisa em serviço social**. Brasil, 2010. Disponível em: http://www.abepss.org.br/arquivos/textos/documento_201603311145368198230.pdf. Acesso em: 3 abr. 2020.

CFESS. **Cartilha Estágio Supervisionado**. Meia formação não garante um direito. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/BROCHURACFESS_ESTAGIO-SUPERVISIONADO.pdf. Acessado em 26 abr. 2019.

CFESS. **Resolução, 569, Ivanete Salete Boschetti**. Brasília, 25 mar. 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/RES.CFESS_569-2010.pdf. Acesso em: 24 abr. 2019.

COSTA, Mônica Rodrigues. A Trajetória das Lutas pela Reforma Sanitária. **Sociedade em Debate**, Pelotas, p. 85-107, 2007. Disponível em: <http://revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/download/402/356>. Acesso em: 18 jun. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **8ª Conferência Nacional de Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasil: [s. n.], 1986. 29 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 6 jan. 2020.

Prefeitura Municipal de Mossoró. **ATRIBUIÇÕES DOS (AS) ASSISTENTES SOCIAIS DA SECRETARIA DE SAÚDE DE MOSSORO/RN**. Unificação das ações cotidianas por área de atuação. Mossoró, 2014

ROSA, Lucia; LUSTOSA, Amanda. **Afinal, o que faz o serviço social na saúde mental? Serviço Social e Saúde**, v. 11, Campinas, SP, p. 27-48, 2012.

ENTRE A LOUCURA E AS MÚLTIPLAS LUTAS PELA SOBREVIVÊNCIA: FAMILIARES NA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 03/04/2020

Lucia Cristina dos Santos Rosa

Universidade Federal do Piauí – Departamento de Serviço Social/Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas. Teresina-PI. Link currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/1155495958494760>

Sâmia Luiza Coêlho da Silva

Universidade Federal do Piauí – Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas. Teresina-PI. Link currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/2047852860386351>

RESUMO: A família tem participado diversificadamente no processo de desinstitucionalização em saúde mental no Brasil. Como se identificam e se caracterizam as associações de familiares no espaço virtual? Que necessidades veiculam? Objetiva-se configurar a participação da família, no processo de desinstitucionalização brasileira, via ciberativismo. Trata-se de pesquisa qualitativa, baseada em revisão bibliográfica e pesquisa documental. As aproximações iniciais remetem para uma participação da família que transita entre várias necessidades, indo daquelas da pessoa com transtorno mental e do próprio

grupo familiar. Desde o conhecimento do transtorno mental, passando pela convivência com a pessoa com transtorno mental e sua inserção social. Pelas lutas diárias em torno das dificuldades financeiras, convivendo com estigmas e ausência de suporte comunitário, de difícil compatibilização.

PALAVRAS-CHAVE: Desinstitucionalização; Família; Transtornos mentais; Cidadania.

BETWEEN MADNESS AND MULTIPLE
FIGHTS FOR SURVIVAL: FAMILIES IN
DEINSTITUTIONALIZATION IN MENTAL
HEALTH IN BRAZIL

ABSTRACT: The family has participated differently in the process of deinstitutionalization in mental health in Brazil. How are family members' associations identified and characterized in the virtual space? What needs do they convey? The objective is to configure family participation in the Brazilian deinstitutionalization process, via cyberactivism. It is a qualitative research, based on literature review and documentary research. The initial approaches refer to the participation of the family that moves between various needs, ranging from those of the person with mental disorder and the family group itself. From the

knowledge of mental disorder, through living with the person with mental disorder and their social insertion. For the daily struggles around financial difficulties, living with stigmas and the absence of community support, which is difficult to reconcile.

KEYWORDS: Deinstitutionalization; Family; Illness; Citizenship.

1 | INTRODUÇÃO

O processo de desinstitucionalização em saúde mental brasileira, adotado como política social oficial, do Ministério da Saúde, no início de 1990, configura-se como o

conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais em torno do “louco” e da “loucura”, mas especialmente em torno das políticas públicas para lidar com a questão. Trata-se de um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. (BRASIL, 2007, p.63).

Nesse contexto, a família tem sido convocada a ser parceira (BRASIL, 2004) e ter uma atuação mais plural e complexa (ROSA, 2018), saindo do lugar instrumental, sobretudo como visita e recurso, como era inserida no modelo manicomial. Logo, alguns familiares passam a se organizar ou participar de associações, inicialmente na perspectiva de ampliar e lutar por direitos da pessoa com transtorno mental.

Como informa Waldir Souza (2001) as organizações de usuários e familiares lutam em torno de uma situação singular, contornada, de um lado, pela difícil compreensão e experiência com uma enfermidade enigmática, pois, perpassada por distintas representações, inclusive de natureza espiritual, médica e jurídica, que implica a totalidade do sujeito e que afeta sua credibilidade social, atravessada por sintomas de difícil entendimento, uso de psicotrópicos, que muitas vezes trazem efeitos colaterais e o estigma, extensível à família. Mas, buscam, sobretudo, o reconhecimento de uma identidade singular, que requer que seja forjada uma outra relação entre a sociedade e a loucura. Ou seja, buscam atuar no plano sociocultural e político, na perspectiva de ampliar a cidadania para a pessoa com transtorno mental.

Como esclarece o mesmo autor, há variadas formas de composição das organizações na saúde mental, com associações exclusivas de usuários ou familiares. Associações duplamente representadas, com usuários e familiares, usuários e técnicos, familiares e técnicos, até mesmo com os três segmentos, familiares, técnicos e usuários. Nessa seara, a partir das experiências internacionais, o autor enfatiza que tende a se explicitar e comumente se confrontar, interesses, experiências e lógicas, muitas vezes distintas, que podem levar a rupturas ou convivência eivada de tensões e tensionamentos, de difícil equacionamento, em função das ações dos familiares tenderem a se orientar por uma lógica mais biologizante, pendente ao favorecimento da internação integral e outras

formas de divisão de cuidado com o estado que, muitas vezes, reforça o modelo asilar, mesmo que a família tenha críticas em relação a ele, o que se expressa na máxima familiar de que “ruim com ele, pior sem ele”. Por que há momentos, principalmente na atenção à crise, que os familiares tendem a demandar por internação integral, em função da exaustão e ou espectro de serem agredidos a qualquer momento, até pelas dificuldades de manejo da pessoa com transtorno mental nos momentos de agudização dos sintomas, acompanhados no geral pelo sentimento de desamparo, que se intensifica nessa cena. Por sua vez, os estudos mostram que a pessoa com transtorno mental tenderia a ser mais favorável aos serviços abertos e comunitários, ou seja, um cuidado em liberdade, em qualquer circunstância. Logo, os usuários tendem, a se orientar por ações contrárias às estruturas violentas e contra determinadas formas de tratamento (como segregação, psicocirurgia, eletrochoque e determinados psicofármacos).

Eduardo Vasconcelos (2009) ao configurar o perfil das organizações de usuários e familiares no Brasil informa que a primeira associação foi criada em 1978 no Rio de Janeiro, a Sociedade de Serviços Gerais para a Integração Social pelo Trabalho - SOSINTRA, voltada explicitamente para a reinserção social da pessoa com transtorno mental pelo trabalho. Evidencia um número de 107 associações dessa natureza, de caráter misto, isso é, abarcando a participação de usuários, familiares, técnicos, profissionais da saúde mental, amigos, simpatizantes ou pessoas interessadas pela causa. A maioria foi criada ou tem vínculo orgânico com algum serviço de saúde mental, principalmente Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, tendo como característica principal essa dependência institucional e ao mesmo tempo, o maior protagonismo dos técnicos, o que, segundo o mesmo autor, gera uma dependência e fragilidade organizacional e política. Ao mesmo tempo e até como corolário, observa que há um descolamento entre as lideranças e as bases, o que cria barreiras na diversificação de lideranças, renovação e participação efetiva. Além disso, as dificuldades de participação são atribuídas às limitações impostas pelo transtorno mental, e entre os familiares, pelas sobrecargas advindas do processo de produção e cuidado e relacionadas às múltiplas vulnerabilidades da vida, sobretudo precárias condições econômicas. Há uma maior intensificação na criação dessas instituições a partir de 1992, fomentada a partir de eventos públicos de saúde mental, sobretudo conferências de saúde mental, sendo a maioria formalizada, o que permite o acesso a recursos, inclusive públicos. A maioria apoia os processos desinstitucionalizantes em saúde mental, mas, são identificadas duas instituições que são contrárias à reforma psiquiátrica: o projeto Fênix, localizado em São Paulo e a Associação de Amigos, Familiares e Doentes Mentais – AFDM, sediada no Rio de Janeiro.

Cecilia Villares *et al* (2013) também corrobora a heterogeneidade organizativa das associações de usuários e familiares, afirmando que as mesmas emergem da luta por reconhecimento e legitimação, confrontando as práticas discriminatórias e excludentes, fundamentando-se na defesa da liberdade, pelo empoderamento, participação e construção

e ampliação da cidadania.

Crescentemente, os familiares, também tem diversificado suas formas de se apresentar publicamente, inclusive pelo ativismo virtual, o qual 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. Amplia-se, assim, a possibilidade de difusão de conhecimentos e a mobilização, configurando o “ciberativismo digital ou ativismo *online*” (RIGITANO, 2003, p. 3), o que se torna complementar ou extensivo às ações de rua. Logo, observa-se um intenso potencial para maximizar a participação e, sobretudo, a informação do e entre familiares de serviços de saúde mental. Nesse contexto, torna-se pública a possibilidade de identificar as particularidades, as identidades e as necessidades expostas no espaço público por familiares que historicamente também sofreram processos de estigmatização e foram tolhidos da participação na cena pública por entender suas necessidades como localizadas e típicas da esfera privada. No entanto, observa-se silenciamento nas pesquisas sobre alguns marcadores sociais, acerca da família e dos familiares, sobretudo as condições de classe social, haja vista que apesar da universalização do SUS, as pesquisas informam que persiste no SUS as pessoas de baixa renda. Logo, as condições de provisão de cuidado no âmbito doméstico persistem ocultas, bem como dimensões étnico-raciais, sendo explorado em algumas pesquisas as dimensões de gênero, mas, ainda embrionariamente. Nesse contexto, a partir de pesquisa apoiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, através de bolsa produtividade, tem se dinamizado a pesquisa, que partiu das seguintes indagações: 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? Que configurações o ciberativismo oferece à participação da família e dos familiares cuidadores no processo de desinstitucionalização em saúde mental?

Tem por objetivo geral configurar a participação da família e dos familiares cuidadores no processo de desinstitucionalização em saúde mental, no contexto brasileiro. Enfatiza o protagonismo deste segmento a partir do ciberativismo, destacando marcadores das desigualdades sociais, em especial classe social, gênero e etnias, no período de 1990 a 2018.

E, por objetivos específicos: promover revisão da literatura acerca da participação das famílias e dos familiares cuidadores no cerne do processo desinstitucionalização; qualificar os distintos lugares e posições ocupadas pela família no processo de desinstitucionalização, a partir de marcadores como classe social, gênero e etnias; caracterizar como marcadores de classe social, gênero e etnias impulsionam ou obstaculizam processos participativos no processo de desinstitucionalização; mapear e caracterizar o suporte socioassistencial oferecido às famílias, a partir de suas desvantagens sociais.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, por focar processos sociais, fundadas em crença e na visão de mundo do segmento de família e, sobretudo, familiares cuidadores, que configura aquela pessoa que responde no espaço privado e público pelo cuidado em geral da pessoa com transtorno mental. É de natureza exploratória, descritiva e analítica, buscando maior familiaridade com o assunto abordado (GIL, 1999), ou seja, a configuração da participação das famílias e familiares cuidadores no processo de desinstitucionalização em saúde mental, no período 1990-2018. Será apoiada 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 será subdividido em 3 fases, distintas didaticamente, o que não quer dizer que seguirá uma cronologia, havendo interfaces entre cada uma dessas fases.

A primeira fase, para atender ao objetivo principal e o primeiro dentre os objetivos específicos, terá 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 brasileira, a partir de marcadores de classe social, gênero e etnias. Terá por objetivo o aprofundamento teórico, conceitual e metodológico.

A **segunda fase**, para atender o segundo, o terceiro e o quarto dentre os objetivos específicos, se centrará na construção de informações, a partir de levantamento e mapeamentos nos *sites* e endereços virtuais de associações de usuários e familiares da saúde mental, no contexto brasileiro.

A **terceira fase**, terá por foco, a organização, categorização e análise do material consignado, através dos momentos anteriores.

Os participantes e focos da pesquisa são as associações de familiares e usuários da saúde mental, com ativismo digital/virtual.

3 | FAMILIARES NO PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL: ENTRE O VIRTUAL E O REAL DAS NECESSIDADES

Os resultados parciais da pesquisa sinalizam, a partir de um número de 20 associações de usuários e familiares no Brasil, com endereço virtual, mapeadas e caracterizadas, que predominam igualmente as associações mistas de usuários e familiares, nos sítios eletrônicos (website).

Há dois direcionamentos principais na identidade dessas associações. Algumas

ênfatisam, até pela própria denominação que adotam, alguma enfermidade específica, a exemplo da S.O. eSq, vinculada a Unifesp, que ênfatisa a esquizofrenia, ou Associação de Amigos de Autista - AMA, que destaca o autismo e apesar de ênfatisar os amigos, é, no geral, comandada e tem por principais participantes, familiares e, sobretudo as mães de crianças e adolescentes. Logo, observa-se o foco em um diagnóstico específico, que fez os familiares tornarem pública sua experiência e a necessidade de melhor compreender a enfermidade e suas implicações na produção de cuidado doméstico e no convívio societário, o que ao mesmo tempo pode estar denunciando a inexistência ou baixa efetividade de ações socioeducativas ou de educação em saúde dos serviços de saúde mental, em orientar os familiares sobre o diagnóstico e manejo da enfermidade. Por sua vez, como destaca Villares *et al* (2013) embora o foco seja em uma enfermidade e as ações girem em torno da desestigmatização, por exemplo da esquizofrenia, enfermidade paradigmática até para a própria psiquiatria, como lembra Perrusi (1995) ao pesquisar as representações de psiquiatras acerca da “doença mental”, os objetivos dessas associações extrapolam o foco da “doença”, do tratamento e a perspectiva de cura, incidindo sobre mudanças nas relações sociais em geral.

De outra maneira, encontra-se também várias associações cuja denominação já ênfatisa seus dois integrantes principais, usuários e familiares da saúde mental, forjando-se uma distinção entre um e outro, o que pode remeter às suas distintas necessidades e posição, um em relação ao outro. Também à possibilidade de fusão das duas identidades, até por que é facilmente encontráveis usuários da saúde mental que são cuidados em serviços de saúde mental e simultaneamente, no espaço doméstico, se configuram como provedores de cuidado, o que muitas vezes acontece quando dois usuários de serviços de saúde mental se casam ou passam a cohabitar em uma mesma residência. Nesse contexto, a experiência com serviços de saúde mental, com variados diagnósticos de transtornos mentais, e múltiplas necessidades parecem ganhar mais possibilidade de realce.

Apesar dos usuários de serviços de saúde mental serem igualmente um membro familiar, por pertencer a uma família e nela ocupar determinados lugares (como filho, pai, tio, etc), como lembra Rita Cavalcante Lima (2012), é importante destacar, como visto no decorrer da revisão de literatura, que no dia a dia da produção e provisão de cuidado, usuário e familiar cuidador vivenciam um constante jogo de poder, a partir de experiência de lugares, posições e ângulos bem particulares. Apesar disso, nos conteúdos de textos e cartilhas veiculados pelas redes sociais preponderam documentos voltados para a enfermidade, orientações para o convívio familiar ou os direitos das pessoas com transtornos mentais.

Nesse sentido, as necessidades da família, e, sobretudo, do familiar cuidador, ficam subsumidas, ou seja, ocultadas, ou podendo ser capturadas nas “entrelinhas”.

Importante destacar que é impossível apreender a participação da família em geral,

haja vista a convivência com o transtorno mental afetar diferentemente os integrantes do grupo familiar, sobretudo a partir da posição que a pessoa “diferente” ocupa em relação a cada membro da família. Nesse mesmo sentido, o peso e as obrigações legais e morais da produção e provisão do cuidado distribui-se de maneira desigual entre os diferentes membros da família, pois como mostra a literatura do campo, historicamente, a produção do cuidado tende a recair em um único cuidador, que concentra todas as ações em torno da pessoa com transtorno mental, sendo comumente uma atribuição assumida por uma mulher, no geral, a mãe, a esposa, a filha, dentre outras, fenômeno vinculado à divisão sexual do trabalho, em que os cuidados com a saúde da família foi delegado às mulheres.

As famílias foram incluídas oficialmente de forma morosa nas discussões dos processos desinstitucionalizantes do Brasil, figurando historicamente como coadjuvantes, e como parceira apenas a partir de 2004 (BRASIL, 2004), uma condição e adjetivo, que se encontra em processo de construção, havendo duas tendências no texto ministerial que inserem a família em uma dupla possibilidade (ROSA, 2017). De um lado, como parceira, em uma perspectiva mais instrumental, na direção de contribuir para a adesão da pessoa com transtorno mental ao cuidado oferecido pelos CAPS, haja vista a relação de proximidade que tem com o mesmo. De outra maneira, é reforçada a parceria, no sentido de cuidar dos cuidadores. A família podendo ser inserida em atividades ou ações nos CAPS.

As avaliações de CAPS, realizadas no Brasil, tem sinalizado as sobrecargas que os CAPS têm, com muitas dificuldades de estender suas ações às famílias ou familiares cuidadores, sobretudo aqueles que requisitam visitas domiciliares ou matriciamento com a atenção básica. Observa-se que as atividades voltadas para as ações em saúde mental dos CAPS, no geral, figuram como atividades de todos os trabalhadores, que são considerados e, muitas vezes homogeneizados, na figura do técnico de referência. Todavia, com relação à família, sobretudo grupos ou reuniões com família, tem se observado que é um trabalho destinado, endereçado ou apropriado por alguns profissionais, no geral, da psicologia, do serviço social, ou da enfermagem. É um trabalho social para o qual muitos profissionais não se sentem preparados e requer uma ação com um caráter singular. Logo, é um serviço de poucos.

Com relação às necessidades subsumidas da família e dos familiares cuidadores, buscando apreender nas entrelinhas o que pode ser entendido simultaneamente como necessidade tanto do usuário quanto do familiar, as primeiras aproximações indicam que:

- No predomínio de cartilhas e textos que enfatizam os direitos da pessoa com transtorno mental, encontra-se subjacente as dificuldades dos familiares em manejar com a linguagem do direito, inclusive diante dos serviços e profissionais de saúde mental. Vale lembrar que historicamente o louco, com maior ênfase a partir da sociedade moderna, tem sua identidade associada ao perigo e à incapacidade, falta de discernimento, imaginário que se disseminou na máxima “lugar de louco é no hospício”. Assim, a família torna-se uma primeira instância a desmistificar a

homogeneização que cerca esse sujeito social e pode contribuir, a partir de um lugar estratégico, para a construção de formas de desconstruir imaginários negativos e reforçar a construção, ampliação e consolidação da cidadania para este segmento. Também é esfera de investimentos em ações socioeducativas, haja vista ser frequente usuários da saúde mental afirmar que o estigma/o preconceito e a discriminação se manifestarem primeiramente no espaço doméstico/familiar, fato delicado, mas compreensível posto a família partilhar dos mesmos valores do seu contexto, de sua época histórica.

- A primeira associação brasileira de familiares na saúde mental, a SOSINTRA, já no final dos anos 1970, se volta para a “integração social” da pessoa com transtorno mental pelo trabalho. Vasconcelos (2009) destaca como principais atividades das associações de familiares as oficinas, cursos e projetos de geração de trabalho e renda. O foco em ações de inserção no mercado de trabalho ou geração de emprego e renda, é um dos eixos da atenção psicossocial indicados por Saraceno (1999) para balizar as boas práticas em saúde mental e ação com efetividade na direção da atenção psicossocial, definido como aquelas ações voltadas para produzir valores que a sociedade valoriza. Ora, se o “louco” foi considerado o paradigma da desrazão e considerado improdutivo para o capital, investimentos na geração de emprego e renda produz ruptura com o imaginário dominante, deslocando o lugar e as possibilidades da pessoa com transtorno mental na sociedade. A identidade positiva de uma pessoa na sociedade capitalista está associada ao trabalho. Ter uma profissão e a possibilidade de gerar renda, constituem condição fundamental para ampliar a autonomia e até a independência, sendo fundamental para uma pessoa tomar decisões em relação à sua vida e se fortalecer no seu território vivencial. Aumenta seu poder contratual nas relações. Também é fundamental para multiplicar a identidade da pessoa com transtorno mental, que, como visto, tem sua identidade estigmatizada, deteriorada (GOFFMAN, 1988). Ao mesmo tempo, trabalhar, ocupar-se com ações que produzam novos sentidos para a vida de uma pessoa, na perspectiva marxiana, do trabalho como fonte de realização humana, de explicitação de talentos e da criação, também libera o familiar cuidador de tarefas como vigiar, supervisionar e monitorar comportamentos e, preocupar-se com o tempo ocioso da pessoa com transtorno mental. Nesse sentido, figura como estratégia de redução de danos para o provedor de cuidados da pessoa com transtorno mental, que tem um tempo livre para ocupar-se de outras questões, inclusive com o autocuidado.
- Observa-se que, paulatinamente, também tem sido veiculado os direitos e até os deveres de familiares da saúde mental, através de manuais e cartilhas, a exemplo do Manual de direitos e deveres dos usuários e familiares em saúde mental e drogas, organizado por Eduardo Vasconcelos (2015). Mas, a realidade da família e as condições em que o cuidado doméstico e familiar é produzido, ainda são parcialmente tratados no âmbito das associações de familiares. Parece que a cultura familista, que advoga que a produção do cuidado é algo imanente da família e do mercado tem alguma presença, sem haver apropriações das discussões relacionadas à classe social de origem dessas famílias, do uso do tempo e outras pautas trazidas pelos movimentos feministas, que tem tematizado a esfera da reprodução, sobretudo o trabalho doméstico e de cuidado, como trabalho invisível. Nesse sentido Gama (2014) concebe o trabalho de cuidar como:

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 na 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. (p. 47)

Tal evidencia também traz elementos para pensar como as “camadas populares” se apropriam do legado construído no interior do movimento feminista ou até mesmo como os profissionais dos CAPS deixaram de se apropriar e dialogar com as políticas públicas para as mulheres. É consenso na produção teórica sobre a família no campo da saúde mental no Brasil, que, majoritariamente, trata-se de família pobre. Logo, apesar da universalidade do SUS, os serviços de saúde ainda são utilizados e acessados, principalmente pelos segmentos de baixa renda da população brasileira, com menor acesso a bens materiais e imateriais, dentre os quais, as discussões feministas. Também como parte de uma perspectiva familista, é possível que os familiares cuidadores considerem suas próprias necessidades e a veiculação delas como ilegítimas, haja vista, por exemplo, o mito de que o “amor de mãe é incondicional e instintivo”; “cuidar é um ato exclusivamente de amor familiar”. Evidente, como visto, também envolve a arena amorosa, mas, é sobretudo um trabalho. Tal perspectiva é corroborado por Cirlene Ornelas (2004) uma cuidadora familiar que ao expor seus dramas familiares na experiência com o filho com transtorno mental, sofreu pressão de outras pessoas por trazer a público o seu sofrimento concluindo que “se não falássemos publicamente de nossas vidas não daríamos conta das dificuldades em que vivíamos” (p.83) desconstruindo a ideia de que o pessoal é para ser mantido na esfera privada, reforçando a ideia de que o pessoal é da esfera pública, política e social.

Entretanto, tal lacuna no diálogo, também evidencia a visão de mundo, mas também as condições em que o cuidado é gerado e gerido na esfera doméstica. Como bem analisa Villares *et al* (2013), a família

vive com um sofrimento e sobrecarga que não deixam espaço para ativismo, exauridas pelas demandas de cuidado e controle constantes, e pela expectativa de perda do frágil equilíbrio na convivência diária. Além disso, a construção de ações sociais consistentes requer um grau de envolvimento e exposição social que muitas pessoas não suportam, justamente pela carga de preconceito associada à loucura/doença mental” (...) “pois há em jogo uma delicada questão de credibilidade e julgamento social que frequentemente assusta ou desanima os simpatizantes da causa. Além disso, o envolvimento em ações coletivas demanda tempo, dedicação, paciência e habilidade para dialogar e negociar emoções e posições frequentemente antagônicas e extremadas. Abrir mão do pouco tempo livre que se tem para continuar conectado às questões do sofrimento e da doença não é um convite interessante para quem já vive imerso nelas todos os dias (p.78/9).

Como visto, as necessidades dos familiares cuidadores parecem figurar como secundarizadas e encontram-se pouco visibilizadas, parecendo ainda ilegítimas de serem veiculadas no espaço público-virtual, sendo de parco conhecimento público o perfil desse segmento e em que condições produzem o cuidado.

4 | 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 família 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 de redes sociais, ciberativismo, constituindo-se comumente em associações mistas, envolvendo usuários, familiares e simpatizantes da causa, atuando primeiramente na defesa da construção da cidadania da pessoa com transtorno mental.

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 a parca explicitação das necessidades diretas das famílias e dos familiares cuidadores. Há um hiato entre o real, mostrado pelas pesquisas e o virtual, que enfatiza sobretudo os direitos dos usuários, ficando subsumida as necessidades dos familiares na saúde mental. Ainda não se explicitam as condições de produção do cuidado, nem marcadores como classe social, gênero e etnias. Todavia, observa-se, ainda que embrionário, movimentos em prol de oferecer suporte as 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, que mantem uma rede social ativa de diálogo com a família.

Com as “nova” política de saúde mental, que reforça os leitos em hospitais psiquiátricos, aumentando o valor de sua diária e permitindo inclusive internação de crianças e fortalecimento orçamentário das comunidades terapêuticas e com o imperativo do ideário neoliberal nas políticas sociais brasileiras, com sérios riscos de se consolidar vertentes familistas (MIOTO, 2010), que restringem a função da política social no suporte da produção do cuidado efetivado pelo grupo familiar, a colocando como principal agente de proteção social junto com o mercado, parece estratégico alertar para a importância de redirecionar os rumos das necessidades veiculadas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

FLICH, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.

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. **Estigma**: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

LANCETTI, A. Notas sobre clínica e política. **Rev Latinoam. Psicopat.Funda.**, VII, 3, 67-69, set. 2004.

LIMA, R. C. C. Políticas sociais públicas e centralidade da família: implicações para a assistência na área de álcool e outras drogas. In: ALARCON, S.; JORGE, M.A. S. (Org.). **Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012, p. 171-190.

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.

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.

PERRUSI, A. **Imagens da loucura**: representação social da doença mental na psiquiatria. São Paulo: Cortez, 1995.

RIGITANO, M. E. C. Redes e ciberativismo: notas para uma análise de mídia independente. **Seminário Interno do Grupo de Pesquisa e Cibercidades I**, FACOM – UFBA, 2003.

ROSA, L.C.S. Ganhos da ação em rede a partir das associações de familiares na saúde mental. In: **Serviço Social, saúde mental e drogas**. DUARTE, M.J.O.; PASSOS, R.G.; GOMES, T.M.S. Campinas: Papel Social, 2017, p.141-159.

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.

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).

VASCONCELOS, E.M. **Manual de direitos e deveres dos usuários e familiares em saúde mental e drogas**. 2ª ed. Rio de Janeiro: UFRJ/Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

VILLARES, C. C.; PIMENTEL, F.A.; ORSI, J.A.; ASSIS, J.C. Associação de usuários e familiares e estratégias para defesa dos direitos dos portadores de transtorno mental. In: MATEUS, M.D. (Org.). **Políticas de saúde mental**: baseado no curso Política Pública de Saúde Mental, do Caps Luiz R. Cerqueira. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. p. 78-91.

A MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS COMO SUPORTE PARA A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

Data de aceite: 01/07/2020

Data de Submissão: 25/04/2020

Paula Martins da Silva Costa

Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP

Ribeirão Preto – São Paulo

<http://lattes.cnpq.br/0001617988838816>

Nuno Manuel Morgadinho dos Santos Coelho

Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto

Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP

<http://lattes.cnpq.br/4706580678369890>

RESUMO: Este artigo se propõe a um estudo exploratório sobre a judicialização da saúde no Brasil, sob o prisma da medicina baseada em evidências. O método utilizado foi o analítico-dedutivo, sendo que a pesquisa valeu-se de material bibliográfico, artigos científicos, legislação, doutrina e jurisprudência. Examinou-se as bases do direito à saúde existentes na Constituição Federal de 1988. Discorreu-se sobre o compromisso da Medicina Baseada em Evidências com a plena realização da saúde na gestão pública. Por fim, a judicialização da saúde da Medicina Baseada em Evidências, considerando também a jurisprudência em

torno do assunto. Para tanto, utilizou-se o método dedutivo e procedimento de pesquisa bibliográfico e documental, este último focando a jurisprudência do Conselho Nacional de Justiça, do Superior Tribunal de Justiça e Supremo Tribunal Federal. A contribuição esperada com o artigo é sobrelevar a importância do suporte científico para a decisão judicial.

PALAVRAS-CHAVE: Direitos Fundamentais; Direito à Saúde; Sistema único de saúde; Medicina baseada em evidências.

EVIDENCE-BASED MEDICINE AS A SUPPORT FOR HEALTH JUDICIALIZATION IN BRAZIL

ABSTRACT: This article proposes an exploratory study on the judicialization of health in Brazil, under the prism of evidence-based medicine. The method used was the analytical-deductive one, and the research used bibliographic material, scientific articles, legislation, doctrine and jurisprudence. The foundations of the right to health in the Federal Constitution of 1988 were examined. The evidence on the basis of Evidence-Based Medicine with the full realization of health in public management was discussed. Finally, the judicialization of health in Evidence-Based

Medicine, also considering the jurisprudence around the subject. For this, the deductive method and bibliographic and documentary research procedure was used, the latter focusing on the jurisprudence of the National Council of Justice, the Superior Court of Justice and the Supreme Federal Court. The expected contribution with the article is to highlight the importance of scientific support for the judicial decision.

KEYWORDS: Fundamental Rights; Right to health; Health Unic System; Evidence-based medicine.

1 | INTRODUÇÃO

Neste trabalho, discute-se a relação entre Direito e Ciência, no que respeita a um tema de grande repercussão prática: a judicialização da saúde e os critérios que devem norteá-la à luz dos princípios e fundamentos do Estado Democrático de Direito. O assunto tem diferentes dimensões, respeitando a todos os processos de construção racional (ou que se exige e espera racional) das normas e de sua implantação.

Discute-se sobre a necessidade de adequada fundamentação científica nos processos de construção das leis e outras normas de caráter geral. Com este problema preocupa-se, de forma geral e cada vez mais, a Legística – vide Menezes (2007), para um estudo introdutório e panorâmico – sendo hoje promissora a perspectiva de uma Filosofia Regulatória que leve a sério a análise de custos e benefícios e as consequências da regulação estatal sobre a economia e a sociedade, em seus diversos setores – vide Sustain (2018).

Discute-se sobre a exigência democrática e republicana de fundamentação científica na execução das políticas públicas, de sorte a melhor delimitar o âmbito de discricionariedade e retirá-las da influência das opiniões pessoais do gestor ou de seus objetivos políticos ou eleitorais – vide Coelho (2017), para uma denúncia breve em que a questão é apresentada em seus contornos essenciais, no que respeita ao princípio republicano.

Discute-se, enfim, também a exigência da convocação da ciência da interpretação do Direito na solução dos casos concretos submetidos ao Poder Judiciário – horizonte de discussão em que se situa o presente artigo.

A segunda geração ou dimensão dos direitos fundamentais são os direitos sociais, econômicos e culturais. São prestações positivas do Estado para a proteção dos setores economicamente mais fracos, menos favorecidos da sociedade. Trata-se de direitos de titularidade coletiva e com caráter positivo. Surgiram com a revolução industrial, da luta da nova classe social, os operários, por condições dignas de vida e trabalho frente ao capital. Foram previstos no Brasil pela primeira vez na Constituição de 1934. Na Constituição Federal de 1988 estão previstos nos artigos 7º a 12, como os direitos sociais relativos ao trabalhador, à seguridade social, à educação, a cultura, ao esporte, à família, à criança

e adolescente, ao idoso e às pessoas com deficiências. Vê-se claramente que o direito à saúde configura-se como um direito a prestações, exigindo um agir por parte do Estado, dispondo aos indivíduos as condições fáticas possibilitadoras do efetivo exercício deste direito fundamental.

Os direitos a prestações se subdividem em direitos a prestações em sentido amplo e em sentido estrito, estes últimos enquanto direitos a prestações fáticas que o indivíduo, se dispusesse de recursos necessários e mediante oferta suficiente no mercado, poderia obtê-lo de particulares. Portanto os direitos sociais são hipóteses de direitos a prestações em sentido estrito, dentre os quais o direito à saúde, demandando uma estrutura estatal constantemente construída pelo Estado, sendo certo que os recursos para a promoção desta estrutura são escassos.¹

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88) estabelece que o direito à saúde é um dos direitos componentes da seguridade social, juntamente com o direito à previdência e à assistência social, cujo artigo 196 dispõe 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”.

Sancionada em 1990, a Lei Orgânica da saúde (Lei nº 8.080/90), o art. 7º, IV erige a igualdade da assistência à saúde a um dos dogmas dos SUS, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, revela um descompasso com algumas ações judiciais onde se extrai a benesse de um tratamento não padronizado, de forma diferente da prevista no sistema, em detrimento dos demais pacientes em igualdade de condições, bem como das demais prioridades do SUS.

Uma vez que os direitos prestacionais são catalogados como mandamentos de otimização, se o Poder Público deixe de conferir efetividade aos direitos fundamentais consequentemente há uma busca de fruição por intermédio do Poder Judiciário, que resulta no protagonismo deste Poder para a implementação dos direitos sociais.

O CNJ reconhece a importância da questão, motivo pelo qual veicula, em seu *website*, matéria⁴ apontando que a judicialização da saúde é um tema que preocupa o órgão, tendo inclusive justificado a criação e a manutenção de comitês estaduais de saúde e a realização de audiências públicas para discutir o tema.

Neste sentido, a partir dos resultados da Audiência Pública nº 4, realizada pelo Supremo Tribunal Federal (STF) em maio e abril de 2009, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) constituiu um grupo de trabalho conforme Portaria n. 650, de 20 de novembro de 2009, culminando na aprovação da Recomendação n. 31, de 30 de março de 2010, pelo Plenário do CNJ que traça diretrizes aos magistrados quanto às demandas judiciais que envolvem a assistência à saúde. Em 6 de abril de 2010, o CNJ publicou a Resolução n. 107, que instituiu o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das

1. MARINHO; MOREIRA; NOGUEIRA, 2013, p. 125/127.

demandas de assistência à Saúde – Fórum da Saúde.

O Fórum da Saúde é coordenado por um Comitê Executivo Nacional de acordo com a Portaria n. 8 de 2 de fevereiro de 2016, e constituído por Comitês Estaduais. Foi instituído o Sistema Resolução 107, por meio da Resolução 107 do CNJ, um sistema eletrônico de acompanhamento das ações judiciais que envolvem a assistência à saúde, objetivando subsidiar com informações estatísticas os trabalhos do Fórum. Após realizar dois encontros nacionais, o Fórum da Saúde ampliou sua área de atuação para incluir a saúde suplementar e as ações resultantes das relações de consumo. Da mesma forma, em um certo sentido, o STJ e STF consolidaram entendimento em sede de recurso repetitivo sobre a matéria, trazendo lume à questão jurisdicional.

A argumentação em torno do princípio isonômico é fulcral e merece ser prestigiada. Como é de conhecimento geral, há falta de recursos na rede pública para atender a todos de forma imediata, de modo que as determinações judiciais para cumprimento de liminares acabam criando uma “LISTA PARALELA” de espera, cujo pronto atendimento vem em detrimento da lista oficial dos segurados que não entraram na via judicial.

Registre-se, ainda, que não se pode aceitar que o Poder Judiciário, apesar do claro intuito de resolver um problema individual, simplesmente desconsidere a também grave situação da saúde pública do país como um todo e a necessidade premente de estabelecer pautas gerais mediante uma visão holística e fulcrada em evidências científicas, no que respeita à concretização desse direito social.

Deve-se admitir, até por imperativo de ordem constitucional, que somente as ações planejadas e fundadas em critérios técnicos, envolvendo conhecimentos multi e interdisciplinares, como medicina, ciências sociais, estatística, direito, farmácia, poderão, em tempo razoável, levar à efetivação do direito fundamental à saúde, ampliando progressivamente o atendimento ao maior número de enfermos, ao mesmo tempo elastecendo o campo das ações preventivas.

As situações difíceis, ou os chamados *hard cases*, colocam em tensão, com mais frequência, os princípios da integralidade, da universalidade e da igualdade na prestação da saúde. Nesses casos de tensão, faz-se necessário buscar o menor sacrifício possível de cada um dos princípios, surgindo como solução a utilização do primado da proporcionalidade, remetendo a uma noção de coerência, de priorização de proteção a direitos tutelados diante de impasses a serem resolvido no caso concreto *ad hoc*, e não em abstrato, de forma que o STF estabeleceu na Suspensão de Tutela Antecipada (STA) n. 175, a necessidade de instrução nas demandas de saúde, para que não se tratem essas demandas como “demandas de massa” com peças e decisões padronizadas, sendo imprescindível a prova da ineficácia da política pública existente no caso concreto para deferimento de qualquer tratamento diferenciado.

A gestão do Sistema Único de Saúde, obrigado a observar o princípio constitucional do acesso universal e igualitário às ações e prestações de saúde, só se viabiliza mediante

a elaboração de políticas públicas que repartam os recursos, naturalmente escassos, da forma mais eficiente possível. Obrigar a rede pública a financiar toda e qualquer ação e prestação de saúde existente geraria grave lesão à ordem administrativa e levaria ao comprometimento do SUS, o que prejudica ainda mais o atendimento médico da parcela da população mais necessitada.

Não obstante a importância de tais debates, é preciso discutir o que se entende por direito universal à saúde e quais são os custos que cada entendimento gera. Isso, porque, em um cenário de escassez de recursos, deve-se considerar as alternativas existentes e adotar aquela que melhor resguarda o interesse público e científico, para o que se propõe a observância da Medicina baseada em evidências. Fomentar essa discussão é o mote do presente artigo.

2 | A MEDICINA BASEDA EM EVIDÊNCIAS

Para decidir o melhor tratamento, os indivíduos recebem vários estímulos, os quais nem sempre correspondem ao que lhe trará a cura, a prevenção da recorrência, a reabilitação ou a melhora de vida. Há três critérios para a decisão sobre qual o tratamento. O primeiro critério e mais precário é a decisão por indução, ou seja, por experiência pessoal.

O segundo critério se dá pela sedução, ou seja, pela opinião de especialistas, colegas, sem apoio de evidências, neste caso inclua-se a propaganda da indústria farmacêutica.

Por fim, há o critério da dedução, mediante estudos controlados e randomizados. É com esteio neste critério que se baseia a Medicina baseada em Evidências, alicerçada em uma pirâmide de níveis de evidência para tomadas de decisões clínicas, como a seguir:



Cook DJ, Guyatt GH, Laupacis A, Sackett DL, Goldberg RJ. Chest 1995; 108(4): 227S-230S

Segundo essa pirâmide, o mais básico estudo descritivo é o relato de caso ou série de casos, mediante a descrição detalhada de um caso clínico ou uma série de casos, formulando hipóteses.

O estudo coorte analítico é um método prospectivo de análise longitudinal de grupo de pessoas seguidas juntas em um período de tempo, divididas em dois grupos para fins científicos, as pessoas expostas e as não expostas, a fim de estabelecer a etiologia e fatores de risco.

Os estudos observacionais ou caso-controle são retrospectivos, ou seja partem da doença e são úteis para doenças raras, novas ou com longo período de latência.

O ensaio clínico randomizado é o chamado “padrão ouro” para a avaliação de terapêuticas por produzir a mais fortes evidência de causa e efeito, pelo qual se realiza um estudo analítico experimental, prospectivamente avaliando a eficácia do tratamento, mediante a definição de uma pergunta, da população objeto da pesquisa, dos critérios de inclusão e exclusão, calcular o tamanho da amostra, definir dose e tempo de seguimento e o método de mensuração clínica, mediante duplo cego. A randomização minimiza o viés de seleção e produz dois grupos homogêneos, o critério duplo cego diminui a tendenciosidade na aplicação da intervenção, acompanhamento e diagnóstico final, sendo o único desenho possível para novas drogas.

A revisão sistemática de literatura é um estudo secundário, que sintetiza estudos primários, ou seja, pesquisas originais publicadas, com métodos claros, específicos e produtíveis, considerada atualmente o melhor método de pesquisa para o conhecimento das evidências científicas disponíveis para responder questões na área de saúde. Existem bases de dados das revisões sistemáticas mundialmente respeitadas objetivando o mapeamento das evidências, quais sejam o Pubmed (www.pubmed.gov), a Biblioteca Virtual em Saúde (<http://brasil.bvs.br/>), a LILACS (<http://lilacs.bvsalud.org/>), a Cochrane Library ([www.http://cochrane.bvsalud.org](http://www.cochrane.bvsalud.org)), SciELO, dentre outros, os quais norteiam a busca por eficácia/efetividade dos tratamentos de saúde.

3 | DOS CRITÉRIOS LEGAIS E CIENTÍFICOS. A REPERCUSSÃO GERAL NOS TRIBUNAIS

A Constituição previu a competência do SUS, nos termos da lei, controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde, conforme o art. 200, I, bem como de executar as ações de vigilância sanitária, aí incluída a de controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde, inclusive medicamentos, nos termos do art. 6º da Lei 8.080/90.

No SUS, a avaliação quanto à incorporação de novos medicamentos ocorrerá a partir dos preceitos da Medicina Baseada em Evidências e deverá demonstrar a eficácia, a efetividade, a eficiência e a segurança do medicamento. Como assentou o Min. Gilmar Mendes no voto proferido na STA nº 175, o “Sistema Único de Saúde filiou-se à corrente da Medicina com base em evidências”, com a conclusão de que a política pública deverá privilegiar o tratamento do SUS “sempre que não for comprovada a ineficácia ou a impropriedade da política de saúde existente”.

Nesse sentido, a Lei nº 12.401/2011 que dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), introduziu importantes dispositivos na Lei 8.080/90, especialmente os artigos 19 “M”, “O” e “Q”, os quais preconizam a aplicação das diretrizes terapêuticas do SUS em detrimento de outros tratamentos.

O Art. 19-M da Lei nº 12.401/2011 conceitua a assistência terapêutica integral, mediante a dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado, bem como a oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas do SUS por serviço próprio, conveniado ou contratado.

Mais do que isso, é imperioso observar que o art. 19-M da Lei Orgânica da Saúde define que atendimento integral é aquele preconizado “em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas” pelo SUS, sendo que o deferimento de quaisquer outros tratamentos ou medicamentos que estejam em contrariedade com essa política constitui ofensa literal a tal dispositivo e ao art. 198, II e 197 da Carta Maior.

Nesse prisma, vê-se que o desenho institucional da Constituição previu que o Poder Legislativo definisse democraticamente o que seja atendimento integral, o que se positivou no referido art. 19-M. Através do processo legislativo, detalhou-se, ainda, como se daria o processo de incorporação de tecnologias (art. 19-Q da Lei nº 8.080/90), medida a ser implementada pelo Poder Executivo. Assim, a princípio, o deferimento de outros tratamentos e medicamentos que não foram incluídos nos protocolos, expressa ou tacitamente –e que, portanto, estão fora do tratamento integral definido em lei – constitui igualmente ofensa à independência dos Poderes, insculpida no art. 2º da Constituição.

Consoante o Art. 19-O, os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas deverão estabelecer os medicamentos ou produtos necessários nas diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que tratam, bem como aqueles indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha, em qualquer caso, os medicamentos ou produtos de que trata o caput deste artigo serão aqueles avaliados quanto à sua eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que trata o protocolo, o que sobreleva o acolhimento da medicina baseada em evidências pelo SUS.

O art. 19-P dispõe que, na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, observadas as competências estabelecidas nesta Lei, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite, no âmbito de cada Estado e do Distrito Federal, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores estaduais do SUS, e a responsabilidade pelo

fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Bipartite.

A incorporação de novas tecnologias em saúde, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela criteriosa avaliação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), criada pela Lei nº 12.401 de 28/04/2011 (Art. 19-Q).

A CONITEC é um órgão colegiado de caráter permanente, vinculada à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde, o qual é responsável pela incorporação de tecnologias no SUS e assistida pelo Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS). Sua composição contará com a participação de 1 (um) representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde e de 1 (um) representante, especialista na área, indicado pelo Conselho Federal de Medicina, é vinculada à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde o qual é responsável pela incorporação de tecnologias no SUS e assistida pelo Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS).

No intuito de normatizar a utilização dos medicamentos de dispensação em caráter excepcional, o Ministério da Saúde estabeleceu os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para as patologias em tratamento com os medicamentos do Programa. Os Protocolos foram publicados no Diário Oficial e deram origem ao livro Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – Medicamentos Excepcionais.

Os Protocolos Clínicos objetivam estabelecer os critérios de diagnóstico de cada doença, de inclusão e exclusão de pacientes ao tratamento, as doses corretas dos medicamentos indicados, bem como os mecanismos de controle, acompanhamento e avaliação, baseados especialmente em evidências científicas sedimentadas e independentes. Sua função é evitar que a variabilidade da práxis médica ou das diferentes literaturas afetem a racional dispensação de medicamento; que a influência da propaganda da indústria farmacêutica direcione as políticas públicas de saúde; que medicamentos com diversas indicações, muitas vezes sem respaldo científico e sem registro, ou com estreita janela terapêutica, sejam adotados no âmbito do SUS.

A inclusão de novos medicamentos/apresentações, ampliação de cobertura ou outras necessidades identificadas internamente no âmbito do CMDE, a partir da solicitação de gestores, órgãos, instituições da área de saúde e outros da sociedade organizada, deverá obedecer aos fluxos e critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, em ato normativo específico; ser respaldada pela publicação dos respectivos PCDT; ser pactuada entre os gestores, na CIT; e considerar o impacto financeiro e a disponibilidade orçamentária dos entes envolvidos.

O relatório da CONITEC no SUS levará em consideração, necessariamente as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão

competente para o registro ou a autorização de uso; a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível (art. 19-Q).

Em suma, o que se quer ressaltar é que os PCDTs são resultado de consenso técnico-científico e são formulados dentro de rigorosos parâmetros de qualidade e precisão de indicação. Portanto, em havendo Protocolo que abrange a patologia que constitui a causa de pedir, verifica-se ofensa às normas referidas o deferimento de medicamento ou tratamento que não foi submetido a criteriosa análise multidisciplinar, ou ainda pior, que já o foi e não teve comprovada sua eficácia e segurança para a vida e saúde do paciente.

Nesse aspecto, foram aprovados o Enunciado nº 4 e 11 na 1ª Jornada de Saúde do CNJ, esclarecendo que os PCDT são elementos organizadores da prestação farmacêutica, e não limitadores, de maneira que, no caso concreto, quando todas as alternativas terapêuticas previstas no respectivo PCDT já tiverem sido esgotadas ou forem inviáveis ao quadro clínico do paciente usuário do SUS, pode ser determinado judicialmente o fornecimento, pelo SUS, do fármaco não protocolizado, bem como recomendando nas hipóteses em que o objeto do pedido já se encontre previsto nas listas oficiais do SUS ou em PDCT, que seja determinada pelo Poder Judiciário a inclusão do demandante em serviço ou programa já existentes no SUS, para fins de acompanhamento e controle clínico.²

Dessa forma, podemos concluir que, em geral, deverá ser privilegiado o tratamento fornecido pelo SUS em detrimento de opção diversa escolhida pelo paciente, sempre que não for comprovada a ineficácia ou a impropriedade da política de saúde existente. Essa conclusão não afasta, contudo, a possibilidade de o Poder Judiciário, ou de a própria Administração, decidir que medida diferente da custeada pelo SUS deve ser fornecida a determinada pessoa que, por razões específicas do seu organismo, comprove que o tratamento fornecido não é eficaz no seu caso, inclusive, há necessidade de revisão periódica dos protocolos existentes e de elaboração de novos protocolos.

Outra situação é a que envolve a inexistência de tratamento na rede pública. Nesses casos, é preciso diferenciar os tratamentos puramente experimentais dos novos tratamentos ainda não testados pelo Sistema de Saúde brasileiro. Os tratamentos experimentais - ou seja aqueles sem comprovação científica de sua eficácia -, são realizados por laboratórios ou centros médicos de ponta, consubstanciando-se em pesquisas clínicas. A participação

2. Enunciado nº 4 - Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) são elementos organizadores da prestação farmacêutica, e não limitadores. Assim, no caso concreto, quando todas as alternativas terapêuticas previstas no respectivo PCDT já tiverem sido esgotadas ou forem inviáveis ao quadro clínico do paciente usuário do SUS, pelo princípio do art. 198, III, da CF, pode ser determinado judicialmente o fornecimento, pelo Sistema Único de Saúde, do fármaco não protocolizado. Enunciado nº 11 - Nos casos em que o pedido em ação judicial seja de medicamento, produto ou procedimento já previsto nas listas oficiais do SUS ou em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PDCT), recomenda-se que seja determinada pelo Poder Judiciário a inclusão do demandante em serviço ou programa já existentes no Sistema Único de Saúde (SUS), para fins de acompanhamento e controle clínico.

nesses tratamentos rege-se pelas normas que regulam a pesquisa médica e, portanto, o Estado não pode ser condenado a fornecê-los.

Assim, uma análise mais detida fornece o entendimento de que não há um direito absoluto a toda e qualquer tecnologia disponível “no mercado”, porque em um sistema de saúde pública, fulcrado na “medicina baseada em evidências”, é poder-dever do Estado utilizar apenas e tão-somente as tecnologias comprovadamente seguras, eficientes e com uma relação custo-efetividade que recomende a sua incorporação ao SUS, de forma a estar disponível em condições de igualdade para toda a população.

Aguardada constante e irrestrita a esse tipo de pretensão, por tratamentos não previstos nos protocolos do SUS, em condições de igualdade para toda a população, consiste em um efeito potencial nefasto para a organização do sistema. Portanto, é imprescindível a prova de ter utilizado/esgotado as alternativas terapêuticas existentes no SUS para o tratamento de sua doença, ou se usadas não produziram o feito esperado. Não basta mero formulário preenchido pelo médico assistente da parte autora como prova, visto ser documento produzido unilateralmente e por profissional que está comprometido com o seu paciente, em detrimento do todo o Sistema Público de Saúde, mesmo porque tal formulário se configura na opinião de um especialista, respeitável mas não segura em termos científicos. De tal forma que um medicamento postulado fora da lista do RENAME, somente poderia ser deferido judicialmente mediante a comprovação do fracasso terapêutico de outras drogas, fornecidas pelo SUS, bem como da eficácia do tratamento pleiteado.

Neste sentido, a jurisprudência já sedimentou entendimento no sentido de que o paciente não tem direito a tratamento específico se o SUS oferece alternativa.³

4 | DO REGISTRO DO MEDICAMENTO NA ANVISA

Outra questão que merece relevo é que um dos princípios norteadores da chamada judicialização da saúde envolve a análise de se medicamento requerido possui registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

A ANVISA é autarquia federal em regime especial, criada no “modelo” das chamadas agências reguladoras e incumbida com a função institucional de proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive o registro, a fiscalização de produção e comercialização de medicamentos, conforme artigos 6 e 8 da Lei 9.782/99, sendo certo que há vedação legal de fornecimento de medicamentos sem registro prévio nesta autarquia, nos termos do artigo 12 da Lei n. 6.360/76. A fim de permitir a efetivação

3. Enunciado nº 14, aprovado pela Plenária da I Jornada de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça, em 15.05.2014: “14 – Não comprovada a inefetividade ou impropriedade dos medicamentos e tratamentos fornecidos pela rede pública de saúde, deve ser indeferido o pedido não constante das políticas públicas do Sistema Único de Saúde.”

de seus fins institucionais, a Agência foi dotada pela Lei nº 9.782/99 de amplo poder normativo sobre os produtos e serviços que envolvam risco à saúde pública, nos termos do artigo 8º da lei supracitada.

Neste diapasão, há vedação expressa do SUS em fornecer medicamentos sem registro na ANVISA, conforme artigos 19-T da Lei 8.080/90, alterada pela Lei 12.401/2011, a qual estipula diretrizes clínicas para a inclusão de medicamento na lista do SUS mediante a melhor evidência clínica externa a partir da pesquisa sistemática que consagrem níveis de evidência para tomadas de decisões clínicas, com suporte em estudos e pesquisas, sobretudo revisões sistemáticas (arts. 1º; 19-O e 19-Q, I).

Não se mostra difícil perceber que o Legislador Ordinário divisou um critério objetivo e preciso para o exercício de mencionado poder. Trata-se, logo se percebe, do risco sanitário. Dessa forma, o exercício do poder normativo da Agência encontra-se, no nosso sentir, condicionado à demonstração da existência de risco sanitário na oferta ou execução de determinados produtos ou serviços ao público em geral.

Por certo, há produtos e serviços em que o risco sanitário é presumido pelo Legislador, como no caso dos medicamentos. Nessas hipóteses, não resta qualquer dúvida quanto à competência da ANVISA para baixar normas de cunho geral e abstrato, fundadas na Lei e nos direitos fundamentais trazidos pela CRBF/88. Em outros casos, contudo, a Agência deverá demonstrar a existência de risco à saúde da população na prática de determinado serviço ou na oferta de determinado produto, a fim de que se torne inquestionável a incidência do mencionado artigo 8º da Lei nº 9.782/99, de maneira a abranger produtos e serviços potencialmente lesivos à saúde pública.

Portanto, eventual concessão de medicamento fora das condições impostas pela vigilância sanitária nacional por meio do controle e fiscalização da qualidade, segurança e eficácia dos medicamentos disponibilizados à população, consoante legislação sanitária (art. 7, XXV Lei nº 9.782/99), configura-se como inconstitucional e ilegal, na medida em que afronta a legalidade das medidas que visam a atender a perfeita execução.

Adite-se ainda a Recomendação nº 31, de 30/03//2010, do Conselho Nacional de Justiça - CNJ, que recomenda aos Tribunais de Justiça dos Estados e aos Tribunais Regionais Federais que evitem autorizar o fornecimento de medicamentos ainda não registrados pela ANVISA, ou em fase experimental, ressalvadas as exceções expressamente previstas em lei, nos termos do artigo I, b.

O Registro na ANVISA é condição para que o próprio sistema público de saúde, ainda que judicializado, o que não o descaracteriza como público, possa fornecer o medicamento. A ausência de registro não é uma mera formalidade, mas um requisito material para aferir a eficácia e, principalmente, a ausência de efeitos colaterais lesivos, letais, ainda desconhecidos.

Em relação a este aspecto, importa salientar que a Lei nº 8.080/90, em sua atual redação, elenca vedação expressa à concessão, pelo SUS, de medicamentos ou procedimento

que não tenha sido autorizado pela ANVISA. Corroborando esse entendimento, foram aprovados os Enunciados nº 6 e 9 na 1ª Jornada de Saúde do Conselho Nacional de Justiça, aconselhando evitar-se os medicamentos ainda não registrados na ANVISA, ou em fase experimental, ressalvadas as exceções expressamente previstas em lei; observando as normas emitidas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e pela ANVISA, não se podendo impor aos entes federados provimento e custeio de medicamento e tratamentos experimentais.⁴

5 I DA REPERCUSSÃO GERAL

A respeito do tema, o Superior Tribunal de Justiça (STJ), ao modular os efeitos da decisão prolatada no REsp 1657156/RJ, estabeleceu que, para os processos envolvendo a concessão de medicamentos, distribuídos a partir de 04.05.2018, há exigência cumulativa dos seguintes requisitos: a) Comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS; b) incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito; e c) existência de registro do medicamento na ANVISA, observados os usos autorizados pela agência.

Salienta-se que, nos termos da tese fixada nos EDcl no REsp 167156/RJ, é vedado o deferimento judicial de medicamento sem registro na ANVISA, ainda que o medicamento tenha autorização de importação pela agência. Isso porque não se pode confundir a situação em que o medicamento sem registro na ANVISA tenha a autorização de uso *off label* pela agência, com a hipótese de autorização de importação de medicamento não comercializado no país.

Portanto, se o medicamento não possuir registro na ANVISA, além dos pontos fixados pelo STJ, ainda deve se atentar para os parâmetros fixados pelo Plenário do Supremo Tribunal Federal, no julgamento da repercussão geral no julgamento do RE 657.718 – Tema nº 500.

Restou fixado a seguinte tese para efeito de aplicação da repercussão geral no STF: o Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais; a ausência de registro na Anvisa impede, como regra geral, o fornecimento de medicamento por decisão judicial; é possível, excepcionalmente, a concessão judicial de medicamento sem registro sanitário, em caso de mora irrazoável da Anvisa em apreciar o pedido (prazo superior ao previsto na Lei 13.411/2016), quando preenchidos três requisitos: a) a existência de

4. **Enunciado nº 6** - A determinação judicial de fornecimento de fármacos deve evitar os medicamentos ainda não registrados na ANVISA, ou em fase experimental, ressalvadas as exceções expressamente previstas em lei.

Enunciado nº 9 - As ações que versem sobre medicamentos e tratamentos experimentais devem observar as normas emitidas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), não se podendo impor aos entes federados provimento e custeio de medicamento e tratamentos experimentais.

pedido de registro do medicamento no Brasil, salvo no caso de medicamentos órfãos para doenças raras e ultrarraras; b) a existência de registro do medicamento em renomadas agências de regulação no exterior; c) a inexistência de substituto terapêutico com registro no Brasil.

Determinou ainda o STF que as ações que demandem o fornecimento de medicamentos sem registro na Anvisa deverão ser necessariamente propostas em face da União.

A caracterização da mora irrazoável da Anvisa em apreciar o pedido se refere ao previsto no art. 12 da Lei nº 6.360/1976 com a redação dada pela Lei n. 13.411/2016, cujo § 3º dispõe que o registro será concedido no prazo máximo de noventa dias, a contar da data de protocolo do requerimento, salvo nos casos de inobservância, por parte do requerente, a esta lei ou a seus regulamentos.

Adite-se que o Plenário do STF decidiu no dia 11 de março de 2020, em repercussão geral (Tema 6), que o Estado não é obrigado a fornecer medicamentos de alto custo solicitados judicialmente, quando não estiverem previstos na relação do Programa de Dispensação de Medicamentos em Caráter Excepcional do SUS. A maioria dos ministros entendeu que, nos casos de remédios de alto custo não disponíveis no sistema, o Estado pode ser obrigado a fornecê-los, desde que comprovadas a extrema necessidade do medicamento e a incapacidade financeira do paciente e de sua família para sua aquisição. O entendimento também considera que o Estado não pode ser obrigado a fornecer fármacos não registrados na agência reguladora, somente em caráter excepcional. Nesse sentido, fizeram a ponderação entre as garantias constitucionais, o limite do financeiramente possível aos entes federados e o desrespeito às filas já existentes. Na sessão, o ministro Alexandre de Moraes explicitou que o excesso de judicialização da saúde tem prejudicado políticas públicas, pois decisões judiciais favoráveis a poucas pessoas, por mais importantes que sejam seus problemas, comprometem o orçamento total destinado a milhões de pessoas que dependem do SUS.⁵

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O direito social à saúde, enquanto direito fundamental a uma prestação estatal, previsto na CRFB/88, precisa ser protegido contra ações erosivas do legislador e do administrador tendentes a esvaziar seu conteúdo.

Este direito de cunho social é fundamental para a concretização da dignidade da pessoa humana. Classificado como direito fundamental de segunda dimensão e ainda como direito fundamental prestacional, as normas definidoras deste direito possuem natureza principiológica, por isto, o Poder Público tem o dever de criar e fornecer o máximo

5. STF. RE 566471 RG/RN. REPERCUSSÃO GERAL NO RECURSO EXTRAORDINÁRIO. Tribunal Pleno. Rel. Min. Marco Aurélio. J: 15/11/2007. DJe-157 DIVULG 06-12-2007 PUBLIC 07-12-2007. DJ 07-12-2007 PP-00016. EMENT VOL-02302-08 PP-01685

possível de prestações em matéria de saúde observadas as condições fáticas e jurídicas para tanto.

Nesse sentido, a Lei nº 12.401/2011 que dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), introduziu importantes dispositivos na Lei 8.080/90. A criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) enquanto órgão colegiado de caráter permanente, vinculada à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde, o qual é responsável pela incorporação de tecnologias no SUS e assistida pelo Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS). Os Protocolos Clínicos objetivam estabelecer os critérios de diagnóstico de cada doença, de inclusão e exclusão de pacientes ao tratamento, as doses corretas dos medicamentos indicados, bem como os mecanismos de controle, acompanhamento e avaliação, baseados especialmente em evidências científicas sedimentadas e independentes.

Há também vedação expressa do SUS em fornecer medicamentos sem registro na ANVISA, a qual estipula diretrizes clínicas para a inclusão de medicamento na lista do SUS, mediante a melhor evidência clínica externa a partir da pesquisa sistemática que consagrem níveis de evidência para tomadas de decisões clínicas, com suporte em estudos e pesquisas, sobretudo revisões sistemáticas (arts. 1º; 19-O; 19-Q, I, m e 19-T da Lei 8.080/90).

Ocorre que não raras vezes estas prestações de saúde, essenciais à manutenção da vida e indispensáveis à dignidade humana, são negadas administrativamente, o que gerou a chamada judicialização da saúde, de modo que o Poder Judiciário como um todo, tem sido essencial na realização do acesso ao direito social à saúde daqueles a quem muitas vezes é negada uma prestação fundamental à sua subsistência.

Dessa forma, os agentes políticos inseridos na tomada de decisão poderão se utilizar das bases da Saúde Baseada em Evidências, as quais não garantem os resultados das decisões, mas aumenta as possibilidades de que seja tomada a decisão certa. Para tal, é necessário que se identifiquem as informações adequadas em meio aos milhões de publicações anuais na área da saúde, para que o jurista opte pela decisão por métodos diagnósticos com melhor embasamento. Neste sentido, é recomendável que esse profissional desenvolva habilidades para busca de evidências científicas e aprenda a criticar de maneira sistematizada as informações com as quais irá se deparar na tomada de decisões judiciais.

Nesta toada, o STJ, ao modular os efeitos da decisão prolatada no RESp 1657156/RJ, estabeleceu que, para os processos envolvendo a concessão de medicamentos, distribuídos a partir de 04.05.2018, há exigência cumulativa de comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para

o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS; incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito; e existência de registro do medicamento na ANVISA, observados os usos autorizados pela agência.

Caso o medicamento não possua registro na ANVISA, além dos pontos fixados pelo STJ, ainda deve se atentar para os parâmetros fixados pelo Plenário do STF no julgamento da repercussão geral no julgamento do RE 657.718 –Tema nº 500: o Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais; a ausência de registro na Anvisa impede, como regra geral, o fornecimento de medicamento por decisão judicial; excepcionalmente, é possível a concessão judicial de medicamento sem registro sanitário, em caso de mora irrazoável da Anvisa em apreciar o pedido se preenchidos três requisitos: a existência de pedido de registro do medicamento no Brasil, salvo no caso de medicamentos órfãos para doenças raras e ultrarraras; a existência de registro do medicamento em renomadas agências de regulação no exterior e a inexistência de substituto terapêutico com registro no Brasil.

O Plenário do STF decidiu no dia 11 de março de 2020, em repercussão geral (Tema 6), que o Estado não é obrigado a fornecer medicamentos de alto custo solicitados judicialmente, quando não estiverem previstos na relação do Programa de Dispensação de Medicamentos em Caráter Excepcional do SUS, nos casos de remédios de alto custo não disponíveis no sistema, o Estado pode ser obrigado a fornecê-los, desde que comprovadas a extrema necessidade do medicamento e a incapacidade financeira do paciente e de sua família para sua aquisição. Nesse sentido, fizeram a ponderação entre as garantias constitucionais, o limite do financeiramente possível aos entes federados e o desrespeito às filas já existentes, destacando que o excesso de judicialização da saúde tem prejudicado políticas públicas, pois decisões judiciais favoráveis a poucas pessoas, por mais importantes que sejam seus problemas, comprometem o orçamento total destinado a milhões de pessoas que dependem do SUS.

A eficiência na gestão de tecnologias em saúde, nesse contexto, significa obter mais ou melhores resultados a um menor custo. Dessa forma, estaremos adaptando a prática dos profissionais da área do Direito às condições desta nova era, em que as demandas da tecnologia por recursos são cada vez maiores, e os mesmos são finitos, particularmente no Brasil esses recursos são infinitamente menores do que nos Estados Unidos e outros países, e a demanda tecnológica e político-social é a mesma.

É neste sentido que a Medicina Baseada em Evidências constitui-se em uma ferramenta eficiente para tomada de decisões, com segurança de maneira ágil e consciente, a fim de fornecer maior racionalização e efetividade ao que tem se chamado Judicialização da Medicina.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constituicao.htm. Acesso em 30 set. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei 6.360, de 23 de setembro de 1976**. Dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os Medicamentos, as Drogas, os Insumos Farmacêuticos e Correlatos, Cosméticos, Saneantes e Outros Produtos, e dá outras Providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6360.htm. Acesso em 26 set. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **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. Acesso em 26 set. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm. Acesso em 25 abr. 2020.

COELHO, Nuno M. M. S. Política, ciência ou má-fé – o ataque policial à cracolândia. **Jornal da USP**, São Paulo, 14 jun. 2017. Disponível em: < <https://jornal.usp.br/artigos/politica-ciencia-ou-ma-fe-o-ataque-policial-a-cracolandia/>>. Acesso em: 20 set. 2019.

CNJ. **Judicialização da saúde: iniciativas do CNJ são destacadas em seminário no STJ**. Brasília: CNJ. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/86891-judicializacao-da-saude-iniciativas-do-cnj-sao-destacadas-em-seminario-no-stj>. Acesso em 05 set. 2018.

DALLARI JUNIOR, Helcio de Abreu. **Judicialização e a saúde baseada em evidências**. 2015. 215 f. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). São Paulo. 2015.

LOPES, Luciana de Melo Nunes; Coelho, Tiago Lopes; Diniz, Semíramis Domingues; Andrade, Eli lola Gurgel de. **Integralidade e universalidade da assistência farmacêutica em tempos de judicialização da saúde**. Saúde e Sociedade Métricas Jul 2019, Volume 28 nº 2. p. 124-131.

MARINHO, Sérgio Augusto Lima. Moreira, Rodrigo Pereira. Nogueira, Marco Aurélio. **Cidadania e Direito à Saúde: Dever Jurisdicional de realização do Direito à saúde na ausência de provas das condições fáticas e jurídicas desfavoráveis**. Cidadania: desenvolvimento social e globalização. 1ª ed. Curitiba: Clássica Editora. 2013. ps. 115-138.

PAIXÃO, André Luís Soares da. **Reflexões sobre a judicialização do direito à saúde suas implicações no SUS**. In Ciência & Saúde Coletiva Jun 2019, Volume 24 Nº 6. ps 2167/ 2172.

SOARES, Fabiana de Menezes. **LEGÍSTICA E DESENVOLVIMENTO: A QUALIDADE DA LEI NO QUADRO DA OTIMIZAÇÃO DE UMA MELHOR LEGISLAÇÃO**. Disponível em: <https://www.direito.ufmg.br/revista/articles/31.pdf>. Acesso em 03 out. 2019.

STJ. EDcl no REsp 1657156/RJ. Rel. Ministro BENEDITO GONÇALVES, PRIMEIRA SEÇÃO, julgado em 12/09/2018, **DJe 21/09/2018**.

STF. STA 175/CE. Tribunal Pleno. Rel. Min. Presidente Gilmar Mendes. v.u. **DJE nº 76**, divulgado em 29/04/2010. Publicação 30/04/2010. Ementário n. 2399-1

STF. RE 657718 RG/MG. Tribunal Pleno. Rel. Min. Marco Aurélio. j 17/11/2011. Acórdão Eletrônico DJe-051 Divulg 09-03-2012 Public 12-03-2012. Republicação: **DJe-092** Divulg 10-05-2012 Public 11 maio. 2012.

STF. RE 566471 RG/RN. Repercussão geral no Recurso Extraordinário. Tribunal Pleno. Rel. Min. Marco Aurélio. J: 15/11/2007. **DJe-157** DIVULG 06-12-2007 PUBLIC 07-12-2007. DJ 07-12-2007 PP-00016. EMENT Vol-02302-08 pp-01685

SUNSTEIN, Cass R. **The cost benefit revolution**. Cambridge, MA: MIT Press, 2018.

VERBICARO, D., & Rodrigues, L. (2018). A JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE: CAUSAS, LIMITES E IMPACTOS NO ÂMBITO DO DIREITO À IGUALDADE. **Revista Paradigma**, 27(3). Recuperado de <http://revistas.unaerp.br/paradigma/article/view/1127>.

ESPAÇO PROMOTOR DE SAÚDE: UMA ESTRATÉGIA PARA A QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO À LUZ DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Data de aceite: 01/07/2020

Christiane Silva Bitencourth Vilela

Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense-UFF

Cidade: Niterói-RJ

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2457948947947836>

Ana Lúcia da Silva Dias

Bacharel em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Luiza de Marillac.

Cidade: Rio de Janeiro/RJ

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4196520458358880>

Juliana Rodrigues Freitas

Bacharel em Serviço Social pelo Centro Universitário Plínio Leite- UNIPLI.

Cidade: Niterói-RJ

E-mail: Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4207678036466344>

Adma Oliveira Lima

Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense-UFF

Cidade: Niterói-RJ

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5660310924914040>

Valeria Cristina da Costa Rosa

Bacharel em Enfermagem pela Universidade Salgado de Oliveira

Cidade: Niterói-RJ

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9044198446798036>

RESUMO: O presente artigo objetiva realizar

uma reflexão teórica sobre a importância da criação de espaços coletivos para idosos como agentes potencializadores da promoção da saúde, como possibilidade do envelhecimento ativo, a partir dos pressupostos teóricos da Promoção da Saúde, em resposta à crescente demografia dessa população e estimativas de grandes demandas no setor saúde e como resposta ao não congestionamento do mesmo.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso, Promoção da Saúde, Saúde do Idoso, Envelhecimento Ativo, Capacidade Funcional.

HEALTH PROMOTING SPACE: A STRATEGY FOR THE QUALITY OF LIFE OF THE ELDERLY IN THE LIGHT OF HEALTH PROMOTION

ABSTRACT: It is a theoretical reflection on the importance of creating collective spaces for the elderly as potential agents of health promotion, as a possibility of active aging, based on the theoretical assumptions of Health Promotion, in response to the growing demography of this population and estimates of great demands in the health sector and in response to the no congestion of the same.

KEYWORDS: Elderly, Health Promotion, Elderly Health, Active Aging, Functional Capacity.

1 | INTRODUÇÃO

O interesse pela temática surgiu a partir do convívio direto com os usuários idosos no decorrer dos plantões sociais oferecidos em uma instituição religiosa localizada no município de São Gonçalo (RJ), que acontecem semanalmente, e permitiram perceber as demandas por atividades sugeridas por aquele grupo específico. Outro fator relevante é a ausência de ações e políticas públicas prevista no calendário do município para o público idoso a partir do conceito ampliado de saúde, haja vista que a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI, 2006) em consonância com o conceito ampliado de saúde propõe em uma de suas diretrizes o envelhecimento ativo e saudável, que para a pessoa idosa traduz-se em manter sua capacidade funcional. Assim cabe aos gestores dos três níveis do SUS a responsabilidade de implementar a política através de ações que vão de encontro às necessidades da população idosa.

Segundo Veras (2009) estudos apontam urgência de mudanças no modelo de cuidado à população idosa, pois os protocolos e procedimentos vigentes se mostram ineficientes além de apresentarem alto custo.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde – OMS (2002) é considerado idoso toda pessoa com idade igual ou superior a 60 anos em países subdesenvolvidos, e desde 2015 a OMS vem orientando atenção na formulação de políticas públicas destinadas a esta parcela da população como forma de prevenir o congestionamento nos Serviços de Saúde. Haja vista, que a longevidade da população mundial tem aumentado e pesquisas mostram que em alguns anos mais de 55% da população será composta por este grupo específico (IBGE, 2016). Logo, é importante ressaltar o conceito ampliado de saúde, compreendido como um estado completo de bem estar físico, mental e social, que possibilitou após algumas décadas a origem da Carta de Ottawa (1986), realizada durante a primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde em Ottawa, Canadá (CAPONI 2000 apud MOURA 1989).

A Carta apresenta em forma de documento intenções para que fosse conquistada saúde plena para todos no ano 2000 de forma segura, com pré-requisitos para a saúde, ou seja, condições e recursos fundamentais como, ecossistema estável – recursos sustentáveis - justiça social e equidade. Entretanto ainda não atingimos a idealidade estabelecida na proposta.

Em consequência da primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde em Ottawa no Canadá e a Oitava Conferência Nacional de Saúde, ambas realizadas em 1986, no Brasil foram elaborados documentos que permitiram diversas pactuações entre os diferentes setores da sociedade brasileira que contribuiu na elaboração do Sistema Único de Saúde - SUS, em busca da equidade nas ações e políticas públicas. Esta intenção reforça o processo de redemocratização a partir do amplo debate com vários segmentos da sociedade foi proposta a Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil,

2006), que referencia a Promoção da Saúde como forma de produção de saúde, a partir do processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, com maior participação da população, que possibilita o enfrentamento aos determinantes sociais. Este aparato de estratégias apresentado pela política e, como parte do constructo histórico-social parte de um conjunto integrado de ações e estratégias cabíveis e possíveis em todos os seguimentos da sociedade.

“Os pré-requisitos e perspectivas para a saúde não são assegurados somente pelo setor saúde. Mais importante, a promoção da saúde demanda uma ação coordenada entre todas as partes envolvidas: governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não governamentais autoridades locais, indústria e mídia” (CARTA DE OTAWA, 1986, Pg.02).

Desta forma, ressaltamos a importância de espaços coletivos de saúde, e para tanto propusemos a reflexão sobre a importância da temática do estudo como possível estratégia de enfrentamento, que permita melhoria na qualidade de vida em consonância com conceitos estruturantes da Promoção da Saúde, que poderão ser traduzidas em ações relacionadas à capacidade funcional, ou seja, capacidade de desenvolver tarefas em seu cotidiano, conforme relata a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa:

“... saúde para a população idosa não se restringe ao controle e à prevenção de agravos de doenças crônicas não transmissíveis. Saúde da pessoa idosa é a interação entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social” (BRASIL, Ministério da Saúde, 2006, pág.: 04).

Assim, propomos a disponibilização espaços específico para a realização de atividades para os idosos, capazes de favorecer a autonomia do grupo na tomada de decisões cotidianas, promovendo o empoderamento deste segmento, através do acesso à informações e de encaminhamentos que garantam o acesso às políticas públicas.

2 | ENVELHECIMENTO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

O envelhecimento é um fenômeno natural da vida, inerente a todo ser vivente, e tem crescido de forma intensa e acelerada, demograficamente de acordo com dados estatísticos oficiais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2016).

Embora a OMS (2002) conceitue idoso como toda pessoa com idade igual ou superior a 60 anos, no Brasil, muitos direitos sociais são concedido apenas à idosos com idade a partir de 65 anos, como por exemplo, a gratuidade dos transportes coletivos públicos urbanos e intermunicipais, e benefícios assistenciais, como o caso do Benefício de Prestação Continuada (BPC/LOAS), destinado a idosos em situação de vulnerabilidade social. Ambos, preconizados no Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003).

O Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, elaborado pela OMS em 2015, ao perceber o crescimento acelerado da população idosa, recomenda mudanças na formulação de políticas públicas e prestação de serviços de saúde às populações que

estão envelhecendo, como forma de racionalizar o atendimento nos diferentes níveis do Sistema de Saúde promover a melhora desta parcela da população.

O conceito de qualidade de vida é definido como a percepção do indivíduo, de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, estilos de vida e preocupações. Assim, é possível identificar que saúde e qualidade de vida estão entrelaçadas no campo da subjetividade, pois varia de um indivíduo para o outro de forma particular (SEIDL e ZANNON 2004 apud OMS).

Assim, da mesma forma que podemos afirmar que todos não vivem nas mesmas condições, também podemos afirmar que, envelhecem de acordo com alguns fatores como, econômicos e sociais influenciam diretamente no padrão de vida dos indivíduos, principalmente dos idosos, haja vista que, de acordo com seu estilo de vida necessitam de maiores cuidados, referente a gastos com medicamentos, alimentação e outras demandas que exigem disponibilidade econômica. Mediante a este fato a Política Nacional de Promoção da Saúde (2006), afirma que:

“... a saúde é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico e o aparato biomédico não consegue modificar os condicionantes nem determinantes mais amplos desse processo operando um modelo de atenção e cuidado marcado, na maior parte das vezes, pela centralidade dos sintomas” (PNPS 2006. Pg.09).

Com o objetivo de atuar diretamente nos determinantes sociais de saúde, Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil, 2006), sendo esta redefinida em 2014, através da Portaria Nº 2.446, de 11 de Novembro de 2014, trazendo em sua base o conceito ampliado de saúde, juntamente com seu referencial teórico e a articulação das ações intra e intersectorial, para ações individuais e coletivas. Assim, a política propõe ações de Promoção da Saúde, ou seja, ações capazes de proporcionar melhorias na qualidade de vida dos sujeitos, além de agirem diretamente no enfrentamento aos determinantes sociais de saúde e possibilitar que os sujeitos sejam agentes desse processo.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (2006) reconhece o conceito ampliado de saúde, sendo não apenas ausência de doença, mas bem estar físico, mental e social. Não se trata apenas de responsabilizar o setor saúde, mas, propõem estratégias promotoras de saúde que ultrapassem os muros das unidades de saúde/hospitalares. Neste sentido, o projeto em evidência propõe a possibilidade de um envelhecimento saudável, a partir da ótica do campo da Promoção da Saúde e em consonância com as propostas da Política de Saúde Integral da pessoa Idosa, com ações que irão favorecer o bem estar do idoso, através do espaço de convívio com outras pessoas idosas, proporcionando acolhimento, segurança, valorização, estímulo e fortalecimento para o protagonismo e seu empoderamento individual e coletivo.

A Política Nacional de Saúde da pessoa Idosa - PNSPI (2006) propôs a promoção do

envelhecimento ativo e saudável, isto é, envelhecer mantendo a capacidade funcional, a autonomia, sendo esta a meta reconhecida para toda ação de saúde.

De acordo com a PNSPI, a saúde da pessoa idosa não se restringe ao controle e a prevenção de agravos de doenças crônicas não transmissíveis, mas também à interação entre a saúde física, mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social. Neste sentido, a capacidade funcional é entendida como a capacidade de realizar atividades em seu cotidiano.

Sobre a capacidade funcional, Veras 2009 afirma que:

“capacidade funcional, isto é, a capacidade de se manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma. A maioria das doenças crônicas dos idosos tem seu principal fator de risco na própria idade. No entanto, esta longevidade não impede que o idoso possa conduzir sua própria vida de forma autônoma e decidir sobre seus interesses” (VERAS, 2009, p. 550).

Desta forma, propõem-se a construção de espaços, a serem ocupados por idosos e com a realização de atividades voltadas para os mesmos, como estratégia de promoção da saúde para este grupo específico, através de ações que possibilitem sua participação direta nesse processo, conforme destaca a Carta de Ottawa.

A Carta de Ottawa define Promoção da Saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. A Carta também afirma que a promoção da saúde está ligada a um conjunto de valores, como a melhoria da qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros. Além da ser o campo de estratégia para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam a população, e propor uma articulação de saberes culturais, técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e/ou privados, para seu enfrentamento e resolução das principais barreiras ao pleno gozo da vida saudável como um bem conquistado ao longo do processo dos anos.

Segundo a Carta de Ottawa, a saúde é um importante componente na melhoria da qualidade de vida e no desenvolvimento social, econômico e individual. Neste sentido, tais ações poderão contribuir para o desenvolvimento funcional dos idosos, visto que propiciará um espaço de convivência para os mesmos e que possibilitará que estes sejam protagonistas do processo de saúde, através das atividades propostas, que trabalhará para recuperar e manter a autonomia e a independência do idoso, possibilitando o empoderamento dos mesmos para atuar frente às questões do seu cotidiano, conforme preconiza a Política Nacional de Saúde Integral da Pessoa Idosa e a Política Nacional de Promoção da Saúde (2006).

De acordo com Vasconcelos (2003), define o Empoderamento como: “... aumento do poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão,

dominação e discriminação social” (VASCONCELOS, 2003, p.20).

O autor afirma que o empoderamento constituiu uma abordagem direcionada a uma perspectiva emancipatória dos interesses de setores oprimidos em países periféricos e semiperiféricos, além de estar diretamente associado a alguns pontos centrais, como, habilidades participativas, prontidão psicológica, disponibilidade de escolha e cultura encorajadora.

Para Teixeira (2002) apud Myers (1993), define o empoderamento através de três aspectos, o empoderamento pessoal: valor pessoal, estando associado ao valor da autoestima, o locus de controle, relacionado à crença de que cada indivíduo tem controle ou poder de sua própria vida. Desta forma, a reflexão do estudo é relevante, pois, faz menção inicialmente ao empoderamento pessoal, particular de cada um dos envolvidos e poderá ter como consequência o empoderamento coletivo, a partir da singularidade de cada componente, que além de ser uma estratégia para o incremento de sua saúde através da melhoria de sua qualidade de vida irá proporcionar transformação em seus comportamentos.

Buss (2000) afirma que existem evidências científicas que mostram a contribuição da saúde para a qualidade de vida e que a saúde é o melhor recurso para se ter qualidade de vida, além de afirmar a contribuição da promoção da saúde como campo de conhecimento e de prática, para a qualidade de vida.

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento é um processo natural da vida inerente a todos os seres humanos. Tal processo terá diferentes reflexos de acordo com o estilo de vida adotado ao longo dos anos. Assim, é urgente a definição de medidas que garantam aos idosos condições de vida com qualidade e os seus direitos assegurados, através do desenvolvimento de ações capazes de favorecer a capacidade funcional, a partir da utilização de espaços, sejam eles atrelados ou não às instituições de saúde, e alinhados a estratégias capazes de contribuir com a realização de ações propositivas que potencialize o protagonismo, através da participação, valorização dos saberes adquiridos, do convívio, do compartilhamento das vivências e experiências de vida, além de funcionar como apoio social.

Outro fator fundamental é o exercício de cidadania deste segmento através do reconhecimento do seu papel político diante dos dirigentes públicos, na elaboração e implementação de políticas públicas que atendam às reais demandas populacionais, em especial dos idosos. Políticas horizontalizadas, políticas essas que são impostas pelo alto poder público, que dificultam o acesso, a circulação do idoso no setor saúde e nos demais serviços, não se atentando as verdadeiras e reais demandas do idoso, dos usuários dos serviços de saúde e de toda população. Assim, é fundamental que se implemente políticas públicas que fomente a participação de todos, que evidencie as demandas existentes

e estimule a promoção da saúde, a autonomia e coparticipação de todos os setores interligados no processo de desenvolvimento humano para a promoção de uma vida plena.

REFERÊNCIAS

AKERMAN, Marco et al. **Avaliação Participativa em Promoção da Saúde: reflexões teórico-metodológico**. In: BOSSI, Maria Lúcia Magalhães e MERCADO, Francisco J. (orgs). Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes. Petrópolis, RJ: vozes, 2006.

ATLAS de **Desenvolvimento Humano no Brasil**. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/sao-goncalo_rj> Acesso em: 10/04/2017.

BRASIL. **Previdência Social. Benefício Assistencial ao idoso e à pessoa com deficiência BPC/LOAS**. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/servicos-ao-cidadao/todos-os-servicos/beneficio-assistencial-bpc-loas/>> Acesso em: 10/04/2017.

BUSS, Paulo Marchiori. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. Ciência & Saúde Coletiva, Vol.5 (1): Pg.163-177, 2000.

CAPONI, Sandra. **Promoção da Saúde: Conceitos, reflexões, tendências**. Norma e Valor. 2 ed.rev. e amp. (org) Dina Czeresnia, e Carlos Machado de Freitas. – Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2009. Pg. 70.

CARTA de Ottawa. **Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde**. Ottawa, Canadá. Novembro de 1986. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf> Acesso em: 05/12/2016.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. São Paulo: Paz e Terra; 1979.

_____. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Índice de Desenvolvimento Humano**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?codmun=330490&idtema=118>> Acesso em: 10/04/2017.

_____. IBGE. População Econômica. **Aumento da população idosa**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtml>> Acesso em: 10/05/2017.

KALACHE, Alexandre; Veras, Renato P.; Ramos, Luiz Roberto. **O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo**. Rev. Saúde Pública vol.21 nº3. São Paulo. Junho 1987. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101987000300005> Acesso em: 15/05/2017.

LEAL, Luciana Nunes. Jornal Estadão-online. **População idosa vai triplicar entre 2010 e 2050, aponta publicação do IBGE**. 29 Agosto 2016. Disponível em: <<http://brasil.estadao.com.br/noticias/geral, populacao-idosa-vai-triplicar-entre-2010-e-2050-aponta-publicacao-do-ibge,10000072724>>. Acesso em: 05/12/2016.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, elaborado pela OMS em 2015**. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>> Acesso em: 11/04/2017.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html> Acesso em: 07/03/2007.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm> Acesso em: 10/05/2017.

_____ Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.** Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm> Acesso em 20/06/2017.

PEDROSA, José Ivo dos Santos. **Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional.** Ciência & Saúde Coletiva, 9(3):617-626, 2004.

SAMPAIO, Juliana; Santos, Gilney Costa; Agostini, Marcia; Salvador, Anarita de Souza. **Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano.** - Pernambuco, Brasil. Interface (Botucatu). 2014; 18 Supl 2: 1299-1312.- Revista/caderno : Interface Comunicação e Saúde. Ano 2014.

SEIDLI, Eliane Maria Fl e u ry; Zannon, Célia Maria Lana da Costa. **Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(2): 580-588, mar- a b r, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/27.pdf>.

TEIXEIRA, Mirna Barros. A.M.S. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde.** 2002. 105p. Tese (Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2002.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **O poder que brota da dor e da opressão: empowermwnt, sua histórias, teorias e estratégias.** Paulus, 2003.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Empoderamento de usuários e familiares em saúde mental e em pesquisa avaliativa/interventiva: uma breve comparação entre a tradição anglo-saxônica e a experiência brasileira.** Paulus, 2013.

VERAS, R. **Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações.** Rev. Saúde Pública. 2009. ; 43 (3): 548-54. pg. 550.

REQUISIÇÕES AOS(AS) ASSISTENTES SOCIAIS EM TEMPOS DE PRIVATIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 02/04/2020

Suzérica Helena de Moura Mafra

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte, IFRN
Natal – Rio Grande do Norte
<http://lattes.cnpq.br/1604277551113450>

Eliana Andrade da Silva

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN
Natal – Rio Grande do Norte
<http://lattes.cnpq.br/2216989230807890>

RESUMO: Este trabalho analisa o processo de criação da EBSEH e os rebatimentos da sua implementação na alteração das requisições profissionais. A pesquisa foi desenvolvida por meio de análise documental, bibliográfica e de campo. Os resultados revelam que as requisições deste modelo gerencial conformam um determinado perfil profissional, que evoca o passado conservador da profissão.

PALAVRAS-CHAVE: Requisições; Serviço Social; Empresariamento; Saúde.

REQUESTS TO SOCIAL WORKERS IN TIMES OF PRIVATIZATION OF HEALTH POLICY

ABSTRACT: This paper analyzes the process of creating the Ebserh and the repercussions of its implementation in changing professional requests. The research was developed through documentary, bibliographic and field analysis. The results reveal that the requests of this managerial model conform a certain professional profile, that evokes the conservative past of the profession.

KEYWORDS: Requests; Social Work; Business model; Health.

1 | INTRODUÇÃO

O presente trabalho analisa o processo de implementação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH na gestão dos Hospitais Universitários, como expressão do processo de empresariamento e privatização da política de saúde, enfatizando as implicações deste para o exercício profissional dos(as) assistentes sociais, partícipes dos processos de trabalho coletivo em saúde.

As análises ora apresentadas são

provenientes de uma pesquisa realizada com 7 assistentes sociais que trabalham ou trabalharam no setor pediátrico de um Hospital Universitário em Natal/RN, entre os anos de 2012 e 2017, período que compreende a transferência de gestão da referida unidade hospitalar para a EBSEH. O estudo foi desenvolvido com o objetivo apreender, os rebatimentos deste processo, particularmente no que se refere a requisições profissionais para os(as) assistentes sociais.

Para o desenvolvimento deste trabalho, foram utilizados como recursos metodológicos a revisão bibliográfica, a análise documental e entrevistas semiestruturadas. Este trabalho foi resultado de uma pesquisa realizada entre os meses de maio a novembro de 2018, e apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em atenção à saúde da criança, no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da UFRN. A pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes – CEP/HUOL, e atende os requisitos éticos em pesquisa.

Por fim, este artigo se está organizado em duas sessões principais de discussão, abordando inicialmente os descaminhos da Política de Saúde no Brasil sob a égide do projeto neoliberal, analisando nesse contexto a criação da EBSEH como manifestação concreta do projeto privatista da saúde. Em seguida, analisamos como este processo incide sobre o trabalho dos(as) assistentes sociais, identificando as requisições deste modelo gerencial, o qual conforma um determinado perfil profissional, que evoca um posturas conservadoras que contrariam as atuais direções ético-políticas da categoria. Por fim, trazemos algumas considerações conclusivas desse estudo.

2 | INFLEXÕES NEOLIBERAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: BREVE ANÁLISE SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DA EBSEH E AS INCIDÊNCIAS NO TRABALHO DOS(AS) ASSISTENTES SOCIAIS

Partindo de uma análise conjuntural e política, se faz necessário situar a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (2011) como expressão do processo de privatização e empresariamento da Política de Saúde no Brasil, que sob a égide do projeto neoliberal em curso, vem sofrendo – assim como as demais políticas e direitos sociais implementados no país – as implicações advindas do aprofundamento da crise do capital.

Para Mézáros (2011) a crise do capitalismo que experienciamos na atual conjuntura é essencialmente estrutural, constituída de ciclos de intensidade e duração e variadas, sendo este o modo natural de existir do capital, concebendo nestes ciclos “maneiras de progredir para além de suas barreiras imediatas e, desse modo, estender com dinamismo cruel sua esfera de operação e dominação.” (MÉSZÁROS, 2011, p. 795). Os desdobramentos do atual estágio dessa crise vêm sendo potencializados em escala

global por meio do avanço do projeto neoliberal – sobretudo a partir da década de 1970 –, que, segundo Harvey (2005, p. 13)

o neoliberalismo enfatiza a significação das relações contratuais no mercado. Ele sustenta que o bem social é maximizado se se maximizam o alcance e a frequência das transações de mercado, procurando enquadrar todas as ações humanas no domínio do mercado.

De acordo com o autor, o neoliberalismo objetiva reorganizar o capitalismo internacional e o aparelho estatal, não só economicamente, mas politicamente, tratando-se assim, de um projeto de classe, que visa reaver o poder das elites econômicas (que se encontravam ameaçados no século XX pelos ideários socialistas), criando novas e favoráveis condições de acumulação capitalista.

Netto e Braz (2012) apontam que o neoliberalismo atua para romper com todas as restrições sociopolíticas que interferem no movimento socioeconômico da sociedade. Ao propagar a falsa ideia de liberdade individual, o projeto neoliberal reveste a liberdade de mercado, que é a que conduz o neoliberalismo, e para que esse pressuposto se desenvolva na sociedade, é imprescindível a abstenção do Estado da regulação econômica. Assim, a tendência do modelo neoliberal é um estado mínimo para o trabalho, e máximo para o capital. (NETTO; BRAZ, 2012)

Nesse contexto, o cenário brasileiro é marcado por tendências paradoxais na década de 1990 (CASTILHO *et al*, 2017), com a expansão do projeto neoliberal na América Latina, legitimado com o Consenso de Washington (1989), coexistindo com a então recente promulgação da Constituição Federal de 1988, a qual marca historicamente o reconhecimento de importantes direitos sociais, resultado da constante luta dos movimentos sociais. Assim, as conquistas sociais consagradas na Carta Constituinte passam a ser fortemente ameaçadas, em um constante processo de desmonte dos direitos e políticas sociais, ocasionado pela “afirmação das contrarreformas de cunho neoliberal, defendidas pelas agências internacionais.” (CFESS, 2013, p. 18).

Assim, sob o pressuposto de intervenção mínima do Estado na economia, o direito passa a ser compreendido como direito de mercado, e os serviços e políticas sociais nesse contexto tendem a ser focalizados e residuais, quando passam a ser fornecidos também pelo mercado, a quem o Estado tem transferido a responsabilidade deste provimento (BEHRING; BOSCHETTI, 2012). A Reforma do Estado (1995) proposta pelo então ministro Bresser Pereira durante governo de Fernando Henrique Cardoso, congrega os pressupostos neoliberais do Estado Mínimo, ao propor “reconstruir o Estado, de forma que ele não apenas garanta a propriedade e os contratos, mas também exerça seu papel complementar ao mercado na coordenação da economia e na busca da redução das desigualdades sociais” (BRASIL, 1995, p. 55-56).

Sob o signo de reforma gerencial, o Estado brasileiro tem legitimado seu redimensionamento, atuando agora como complementar ao mercado, repercutindo

diretamente no provimento das políticas e serviços sociais, as quais passam a ter suas ações geridas por Organizações Sociais. Para Simionatto e Luza (2011, p. 216-217)

A reconfiguração do Estado e da sociedade civil, na esteira dos pressupostos da Terceira Via, vem (...) permeando a realidade brasileira num processo acelerado de contrarreformas, especialmente no campo das políticas sociais, em que o empresariamento e a refilantropização passaram a delinear as formas de enfrentamento da questão social com políticas de privatização, terceirização, parcerias público-privado e fundações, práticas entranhadas na atual conjuntura, nas diferentes esferas de governo.

Neste sentido, é no bojo das contradições provenientes do redimensionamento do papel do Estado e do acirramento da luta de classes no atual contexto neoliberal se situa a análise sobre o desmonte das políticas sociais, e dentre elas, a política de saúde aqui destacada.

A Política de Saúde no Brasil, tal como preconizada constitucionalmente, teve seu embrião nas lutas do Movimento da Reforma Sanitária, a partir de meados dos anos 1970, que propunha mudanças no modelo de assistência à saúde, por meio de um Sistema Único de Saúde, público e universal; e na própria concepção de Saúde prevalente à época, considerada apenas como ausência de doença. Tal conceito embasava o modelo biomédico-curativo de modo central na assistência à saúde.

Na concepção do Movimento de Reforma Sanitária, a saúde passa a ser vista como um conjunto de determinantes socioeconômicos, biológicos, ambientais, culturais e políticos que determinam a condição de vida da população. Esta nova concepção de saúde guiou a formulação do SUS, que é um dos principais ganhos desse movimento, consagrado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. (BRAVO; MATOS, 2009). Dessa forma, “a principal proposta da Reforma Sanitária é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais” (CFESS, 2013, p. 17).

No atual contexto de crise do capital se acirra o embate hegemônico entre o Projeto Privatista da Saúde – que tem sido hegemônico desde a década de 1990 – e a Reforma Sanitária. Este embate se radicaliza no tempo presente marcado pelo ajuste fiscal e impõe para a saúde o projeto privatizante, ou seja:

O projeto da saúde articulado ao mercado ou à reatualização do modelo médico assistencial privatista está pautado na Política de Ajuste, que tem como principais tendências: a contenção dos gastos com 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. (CFESS, 2013, p. 20)

Essa nova conformação da política de saúde no Brasil afeta diretamente as condições de vida da classe trabalhadora, degradando-as exponencialmente, bem como, interfere diretamente nos processos coletivos de trabalho na saúde, nos quais os(as) assistentes sociais são partícipes. Assim, ressalta-se aqui que este contexto elucidado de aprofundamento de crise do capital e legitimação dos pressupostos neoliberais ocasionam destrutivas repercussões no mundo do trabalho (ANTUNES, 2006), no qual se insere o(a)

Assistente Social como trabalhador(a) assalariado.

Com isso, os(as) profissionais tem se defrontado cotidianamente com os desafios advindos desse processo, que agrava a Questão Social à medida que acirra as contradições entre capital e trabalho, sendo possível apreender este processo tanto na complexidade das demandas provenientes dos usuários nesse contexto, quanto nas determinações que incidem sob o mundo do trabalho, e, conseqüentemente, para os(as) assistentes sociais. Neste sentido,

A nova configuração da política de saúde vai impactar o trabalho do assistente social em diversas dimensões: nas condições de trabalho, 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 da pobreza absoluta a que a classe trabalhadora é submetida. (CFESS, 2013, p. 21)

Partindo do pressuposto que o(a) assistente social não detém um processo de trabalho exclusivamente seu, mas que se insere no âmbito dos processos de trabalho das instituições – ainda que participando destes com autonomia ética e técnica (IAMAMOTO, 2012) – compreende-se que são “as particularidades dos processos de trabalho que, em circunstâncias diversas, vão atribuindo feições, limites e possibilidades ao exercício da profissão, ainda que esta não perca sua identidade.” (IAMAMOTO, 2012, p. 106)

O que essas constatações tem a nos dizer? Que os processos de trabalho em que o(a) assistente social se insere não são impermeáveis, ou seja, que eles se situam no feixe das contradições da atual sociabilidade, de forma dinâmica, alterando-se constantemente conforme o movimento do real. Assim, as determinações macroeconômicas e políticas do capital tem forte incidência no trabalho dos(as) assistentes sociais, provocando-lhes constantes desafios, novas requisições e conformando diferentes perfis profissionais.

Vale salientar, portanto, que essas determinações não se dão de forma mecânica para os profissionais: a direção social assumida pela profissão em seu Projeto Ético-Político, no Código de Ética Profissional (1993) e na Lei de Regulamentação (Lei nº 8.662/93), bem como, nos debates acumulados pelo conjunto da categoria, constituem um horizonte interventivo e crítico que possibilita aos(as) assistentes sociais realizar constantes mediações acerca da atual conjuntura e sua contínua mutabilidade. A esse respeito, Raichelis (2017, p. 62) assevera que o Projeto Ético-Político profissional cumpre “função estratégica de articulação e busca de unidade política na diversidade da categoria profissional, o que abre possibilidades de fortalecimento de contratendências à ordem hegemônica do capital”.

Neste sentido, se faz necessário problematizar, no âmbito da política de saúde, como o atual contexto de privatização e empresariamento da saúde no Brasil tem incidido sobre as determinações e requisições aos(as) assistentes sociais, analisando este processo no âmbito da implementação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, a qual expressa um passo largo que foi dado na direção do projeto privatista

e na contramão dos pressupostos do atual Sistema Único de Saúde, considerando seu protagonismo na gestão da maioria dos Hospitais Universitários do país atualmente.

3 | DEMANDAS E REQUISIÇÕES AOS(AS) ASSISTENTES SOCIAIS

Diante do percurso sociopolítico e histórico brevemente traçado, concordamos com a tese defendida por Mota (2015, p. 246), a qual assevera que “a crise econômica, social e política dos anos 80 constitui a base material, com base na qual as ideologias práticas de origem neoliberal ampliam-se, desdobram-se e formam uma cultura política”. Esse contexto neoliberal gesta novas formas de tratamento da questão social brasileira, as quais se situam na “passagem do fundamento da legitimação sistêmica das lógicas democráticas (particularmente no âmbito estatal) para as lógicas da sociedade civil e do mercado.” (MONTAÑO, 2010, p. 188).

É, portanto, neste cenário que a profissão é interpelada pelas determinações macroscópicas e sua inserção no mundo do trabalho é modificada. Consideramos que os processos de alteração do mundo do trabalho e de reconfiguração das funções estatais interferem na profissão. Assim, a contrarreforma do Estado – fundada nas diretrizes da Reforma Gerencial do Estado de Bresser Pereira – objetiva

tornar muito mais eficientes as atividades exclusivas de Estado, através da transformação das autarquias em “agências autônomas”, e tornar também muito mais eficientes os serviços sociais competitivos ao transformá-los em organizações públicas não-estatais de um tipo especial: “as organizações sociais (BRASIL, 1995, p. 56).

Neste contexto, a orientação das políticas sociais é profundamente alterada, sendo agora o mercado “a instância, por excelência, de regulação e legitimação social” (MONTAÑO, 1995, p. 188), reconfigurando também a condição da classe trabalhadora, não mais composta por sujeitos de direitos, mas por cidadãos-consumidores. (MOTA, 1995)

Para efeito de nossas análises podemos inserir a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH (Lei nº 12.550/11) como parte dos processos de ajuste capitalista e de contrarreforma do Estado, a qual consagra no Brasil a legitimação do projeto societário vigente, que atua no reordenamento das políticas sociais sob os moldes do mercado, tendo como importante meio de realização dessa desresponsabilização estatal, a transferência da gestão e do provimento dos serviços sociais públicos para as Organizações Sociais.

sob a forma empresarial pública de direito privado alçou os HUFs inseridos em sua rede a patamares mais elevados de eficiência e controle administrativos, evidenciação de informações contábeis e transparência de eventos que afetam a situação patrimonial, econômica e financeira dessas entidades. (PORTAL DA EMPRESA BRASILEIRA..., 2019)

Ao analisar os princípios que norteiam a ação da EBSEH, se faz mister a

compreensão de que este processo altera a lógica administrativa da instituição, como também os processos de trabalho em que se inserem os(as) profissionais. Estes princípios são traduzidos na: “(a) orientação por metas; (b) busca por lucro e (c) a não previsão do controle social.” (OLIVEIRA, 2014, p. 144).

Nesse sentido podemos observar que os princípios da EBSEERH seguem a lógica empresarial especialmente na busca por lucro e a orientação de alcance de metas, sem considerar o controle social. Estes mesmos princípios confrontam as diretrizes nas quais se fundam o trabalho do Assistente Social, bem como as diretrizes da Reforma Sanitária. Observamos um embate entre um projeto que impõe as categorias profissionais atuantes na saúde intervenções produtivistas, baseadas no caso clínico, endógenas e hierarquizadas quando o SS pauta sua intervenção na nas determinações sociais da saúde.

Ao dialogar com os(as) assistentes sociais da unidade hospitalar pesquisada, acerca de como analisam o processo de transição para gestão EBSEERH, foram obtidos os seguintes relatos:

Vários profissionais fizeram mobilizações contra a empresa, em nome da gestão pública e contra a inserção da lógica empresarial na saúde. (...) essa questão da gestão foi bem problemática. (...) Em suma, não houve diálogo com os profissionais da saúde. Foi uma coisa meio de cima para baixo. Eu sempre via todos os profissionais estressados e apreensivos com tudo isso. (Assistente Social 01)

Hoje atendendo as situações de adoecimento do servidor, é um alto índice de adoecimento. Pelas relações de trabalho, as diferenças de que existem dentro desse modelo (...) você vem dentro de um modelo público do qual você traz uma perspectiva de atendimento do usuário em termos de uma saúde mais abrangente e de considerar os direitos né? Então quando você chega num modelo que faz as restrições, esse modelo traz impacto sim, não só pra vida do profissional, mas também pro usuário. (Assistente Social 02)

Observa-se, portanto, que os(as) profissionais apontam elementos que remetem à nova lógica gerencial que a Empresa institui no referido Hospital e seu impacto para os trabalhadores e usuários¹.

Teixeira, Cruz e Lima (2018) destacam que os conflitos entre os trabalhadores se dão pelas diferenciações causadas entre estes, com a chegada da EBSEERH, através da implementação das metas; da insegurança quanto as novas determinações nos processos de trabalho, visto que este processo não foi dialogado com os trabalhadores; pelo desrespeito e falta de reconhecimento com os servidores estatutários; a exclusão dos espaços de planejamento e decisão na instituição e entre outros.

Além disso, foram identificadas também pelos profissionais, após esse período, modificações nos processos de trabalho institucionais, nas demandas e requisições que lhes chegavam:

_____ Independente de vínculo empregatício, se é RJU ou EBSEERH (...) houve uma certa
1. Os aspectos suscitados pelos profissionais sobre a chegada da EBSEERH não se constituem como uma particularidade específica deste Hospital, mas tiveram expressividade nacional, como se observa nos registros e documentos da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde.

fragmentação dessas relações de trabalho né? (Assistente Social 04)

Então assim, a gente fragmentou bastante esse trabalho. (...) de relação às demandas sim. A gente perdeu muito de nosso trabalho socioeducativo! A gente perdeu muito o trabalho em rede, a gente tá tão sobrecarregada, saturada por essa rotina de produtividade, de internamentos e... a gente, no dia a dia é como se nós estivéssemos no imediatismo. Pelo menos essa é a minha visão até 2017, vivo isso aqui. (Assistente Social 06)

Então, em termos de quantitativo, no final de tudo, né? acabou tendo um ganho, porém a gente teve uma ampliação de serviço que isso traz também, novas demandas, né? isso gera um outro perfil de usuário e sim, né? porque essa complexifica os quadros e então gera um novo perfil e novas demandas. (Assistente Social 07)

Considerando que o Serviço Social trabalha no cotidiano enfrentamento às expressões da Questão Social que se traduzem nas demandas que chegam para os profissionais, se faz necessário analisar nas falas dos(as) sujeitos de pesquisa que o fato das demandas terem se modificado após o reordenamento do modelo de atenção à saúde na instituição, tem um peso muito relevante no cotidiano profissional, visto que as demandas sociais

são históricas e são produzidas por necessidades sociais que derivam da prática histórica das classes sociais, nos atos de produzir e reproduzir seus meios de vida e de trabalho, de forma socialmente determinada. Assim, quando os profissionais acionam o arsenal de instrumentos e técnicas, estes medeiam e potencializam ações que são parte do atendimento a estas demandas sociais determinadas historicamente (TRINDADE, 2002, p. 15).

Ao compreender as determinações históricas, políticas e sociais nas demandas trazidas pelos usuários, as quais manifestam na forma individualizada em que chegam as necessidades coletivas dos sujeitos sociais, o(a) profissional necessita articular seus instrumentais técnicos na perspectiva de não apenas responder pontualmente às requisições, mas apreender essas determinações no âmbito da sua intervenção, conferindo-lhes a necessária direção ético-política.

Todavia, essa particularidade do trabalho do(a) assistente social é posta em risco na atual lógica gerencial da EBSEH, a qual determina novos limites às respostas profissionais, alterando substancialmente a prática cotidiana dos(as) trabalhadores, conformando, assim, um determinado perfil profissional, o qual fica também evidenciado na fala dos(as) assistentes sociais acerca do trabalho em equipe multiprofissional e dos desafios desse contexto à profissão:

Com relação a mudança desse modelo de atenção, que eu percebia na enfermagem, modelo de atenção hospitalocêntrico, clínico, medicamentoso, pontual, onde pra ver o todo e o contexto do daquele usuário, da família era como se fosse opção apenas do Assistente Social pra ver isso, e as vezes quando a gente via e colocava a gente parecia que estava fora da caxinha, porque aquilo não era necessário no momento. [...] daquela criança e adolescente para ter alta o mais rápido possível e aquele leito ficar liberado para que outra criança possa ocupar. Eu via que o maior desafio era esse modelo de atenção, pontual, ali, recuperar a saúde o mais rápido possível, independentemente de qualquer coisa (Assistente Social 05)

tem os desafios materializados na dificuldade de espaço de inserção de reconhecimento da profissão, né? e até de desmistificar o papel que é imposto, que é uma imagem do assistente social, como a gente comentou antes, que é cobrado pela equipe que é o polialesco, fiscalizatório, moralista. Que o assistente social vem pra penalizar... Então muito dessa questão. (Assistente Social 06)

Apesar de compreender que o modelo de formação da maior parte das profissões da área da saúde, e as concepções que historicamente as orientam, têm um peso singular na complexidade das relações de trabalho do(a) assistente social nas equipes multiprofissionais, acreditamos que este modelo gerencial da empresa se relaciona com os pontos elencados pelos(as) profissionais, por considerar que reforça o modelo assistencial biomédico e imediatista na saúde, além de verticalizar e burocratizar as profissões e os processos de trabalho.

Com isso, identificamos que nessa estrutura as instituições buscam um determinado perfil para o(a) assistente social, vendo-o(a) como burocrata, fiscalizador(a) e moralizador(a), o que remonta ao passado conservador da profissão e confronta o perfil profissional que deve estar articulado aos pressupostos da Reforma Sanitária e do Projeto Ético-Político profissional.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das análises estabelecidas nesse estudo, foi possível compreender que a implementação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH na gestão dos Hospitais Universitários corresponde ao processo de privatização e empresariamento da política de saúde, pautados pelo projeto neoliberal, e que este incide diretamente: nos processos de trabalho em que se inserem os profissionais que operacionalizam os serviços da referida política; no acesso dos usuários aos serviços; e nas garantias e princípios constitucionais referentes à política de saúde enquanto política pública e universal, direito de todos e dever do Estado.

Nesse contexto, considerando as particularidades do trabalho do(a) assistente social, o qual deve atuar conforme um determinado Projeto Ético-Político Profissional, cujos valores² caminham na contramão da atual sociabilidade capitalista e neoliberal, os(as) profissionais encontram no cotidiano das instituições inúmeros desafios à sua atuação. Nas unidades hospitalares, esses desafios se manifestam nas requisições postas aos(as) assistentes sociais, por uma prática imediatista, pontual, burocrática e fiscalizadora, que reforçadas pela lógica gerencial e empresarial da EBSEH, remontam um perfil conservador da profissão, o qual tem sido fortemente refutado pelo conjunto da

2. José Paulo Netto (2009) discorre acerca do Projeto Ético-Político Profissional, apontando aspectos sobre sua estrutura, quais sejam: “tem em seu núcleo o reconhecimento da liberdade como valor central (...) este projeto profissional se vincula a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem exploração/dominação de classe, etnia e gênero. A partir destas opções que o fundamentam, tal projeto afirma a defesa intransigente dos direitos humanos e o repúdio do arbítrio e dos preconceitos, contemplando positivamente o pluralismo, tanto na sociedade como no exercício profissional.” (NETTO, 2009, p. 155)

categoria profissional.

Com isso, é possível concluir que os efeitos nocivos da conjuntura exigem dos(as) assistentes sociais constante vigilância aos pressupostos ético-políticos profissionais, que

não se esgotam na afirmação do compromisso ético-político, é preciso que esse compromisso seja mediado por estratégias concretas, articulados à competência teórica/técnica e à capacidade de objetiva-las praticamente por meio da realização dos direitos sociais (BARROCO, 2004, p.31)

Reiteramos conclusivamente, por ora, que para além de uma discussão maniqueísta sobre o processo de transição da gestão hospitalar, buscou-se aqui contemplar o debate crítico e analítico acerca do modo como se processou historicamente tal transição e a que projeto de sociedade responde. Ademais, ensejamos trazer as implicações deste processo para o serviço social, dada a complexidade de seu trabalho e as históricas relações de subalternidade que permeiam a profissão, sobretudo nos serviços de saúde, como forma de problematizar o exercício profissional dos(as) assistentes sociais, frente à atual conjuntura, que se coloca cada vez mais desafiadora e requisitante de respostas profissionais qualificadas e articuladas com o Projeto Ético-Político da profissão.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. – 11. ed. – São Paulo: Cortez, 2006.

BARROCO, M. L. S. A inscrição da ética e dos direitos humanos no projeto ético-político do Serviço Social. In.: **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, n. 79, 2004.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. – 9. ed. – São Paulo: Cortez, 2011.

BRASIL. **Decreto nº 7.082/2011**: Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais- REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. Brasília, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7082.htm . Acesso em: 24/05/2019.

_____. **Plano Diretor da Reforma do Estado**. Brasília, 1995. Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/publicacoes-oficiais/catalogo/fhc/plano-diretor-da-reforma-do-aparelho-do-estado-1995.pdf>. Acesso em: 24/05/2019.

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.: **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional** / 4. ed. – São Paulo: Cortez; Brasília < DF: OPAS, OMS, Min. Da Saúde, 2009.

CASTILHO, D. R.; LEMOS, E. L. S.; GOMES, V. L. B. Crise do capital e desmonte da Seguridade Social: desafios (im)postos ao Serviço Social. In.: **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 130, p. 447-466, set./dez. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n130/0101-6628-sssoc-130-0447.pdf> . Acesso em: 25/05/2019.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL – CFESS. Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. In.: **Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais**. Brasília: CFESS, 2013.

HARVEY, David. **O neoliberalismo: história e implicações**. São Paulo: Loyola, 2005.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. – 23. ed. – São Paulo: Cortez, 2012.

MÉSZÁROS, István. **Para além do capital: rumo a uma teoria da transição** / István Mészáros; tradução Paulo Cezar Castanheira, Sérgio Lessa. - 1.ed. revista. - São Paulo: Boitempo, 2011.

MONTAÑO, Carlos. **Terceiro Setor e Questão Social: crítica ao padrão emergente de intervenção social**. – 6. ed. – São Paulo: Cortez, 2010.

MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da Crise e Seguridade Social**. – 7. ed. – São Paulo: Cortez, 2015.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia Política: uma introdução crítica** – 8. ed. – São Paulo: Cortez, 2012.

NETTO, José Paulo. A construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. In.: **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional** / 4. ed. – São Paulo: Cortez; Brasília < DF: OPAS, OMS, Min. Da Saúde, 2009.

OLIVEIRA, Gabriela de Abreu de. **A Compatibilidade dos princípios e modelo de Estado que subjazem ao SUS e a EBSEH (Empresa Brasileira De Serviços Hospitalares)**. 2014. 153 fls. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul / Faculdade de Filosofia / Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Porto Alegre, 2014.

PORTAL DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Sobre a Rede Ebserh**. Brasília, 2019. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/sobre-a-rede-ebserh..> Acesso em: 24/05/2019.

RAICHELIS, Rachel. Serviço Social: trabalho e profissão na trama do capitalismo contemporâneo. In.: **A nova morfologia do trabalho no Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2017.

SIMIONATTO, Ivete. LUZA, Edinaura. Estado e sociedade civil em tempos de contrarreforma: lógica perversa para as políticas sociais. In.: **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 10, n. 2, p. 215 - 226, ago./dez. 2011. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/9830/7329>. Acesso em: 25/05/2019.

TEIXEIRA, J. V.; CRUZ, C. A. M.; LIMA, R. C. D. Trabalhadores estatutários e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. In.: **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 213-228, jan./abr. 2018. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/18657> . Acesso em: 26/05/2019.

TRINDADE, Rosa Lúcia Prêdes. Desvendando as determinações sócio históricas do instrumental técnico operativo do Serviço Social na articulação entre demandas sociais e projetos profissionais. In.: **Rev. Temporalis**, Rio de Janeiro, ano III, n. 4, p. 26 27, 2002.

SOBRE A ORGANIZADORA

THAISLAYNE NUNES DE OLIVEIRA - Possui graduação em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense (2013), com especialização na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde Pública pelo Hospital Universitário Antônio Pedro (2015). Em 2017 se tornou Mestre em Política Social pelo Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Universidade Federal Fluminense. E inicia Doutorado no mesmo programa e universidade em 2018, pesquisadora e bolsista vinculada a Coordenação de Aperfeiçoamento da Pesquisa de Pessoal de Nível Superior (CAPES), na área de concentração Avaliação de Políticas Sociais e linha de pesquisa Avaliação de Políticas de Seguridade Social. Atualmente tem se dedicado a pesquisa com mulheres com câncer de mama, buscando identificar a trajetória do cuidado em saúde e aspectos que podem influir no acesso ao diagnóstico, tratamento e recuperação da doença. Possui experiência profissional na Previdência Social e na Assistência Social, e atualmente é Assistente Social na área da Saúde vinculada ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família, no município do Rio de Janeiro. Atua ainda como palestrante em diversas atividades realizadas pela própria Prefeitura e também pela Universidade Estácio de Sá. A autora possui experiência nas áreas: políticas sociais, políticas públicas, direitos sociais, seguridade social, envelhecimento, violência, rede socioassistencial, entre outros.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Abortamento 30, 31, 32, 34, 36, 37, 38, 39

Aborto 30, 31, 32, 35, 36, 37, 38, 39

Aids 38, 51, 52, 53, 54, 60, 61, 62

Álcool 40, 41, 43, 46, 47, 48, 49, 50, 95, 107

B

Brasil 2, 3, 4, 5, 9, 10, 11, 13, 14, 16, 19, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 45, 52, 53, 54, 55, 62, 64, 65, 66, 67, 70, 71, 72, 74, 75, 76, 78, 81, 83, 85, 91, 92, 96, 97, 98, 99, 101, 103, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 113, 120, 122, 123, 126, 127, 128, 131, 132, 134, 135, 136, 137, 138, 142

Brasileiro 4, 5, 19, 20, 22, 34, 53, 62, 63, 64, 66, 67, 72, 74, 100, 101, 116, 127, 131, 135

C

Câncer 27, 63, 64, 67, 69, 71, 72, 78, 144

Caps 12, 40, 41, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 92, 94, 99, 103, 105, 107

CRAS 30, 34, 35

D

Desinstitucionalização 97, 98, 100, 101, 106

Diagnóstico 22, 51, 52, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 67, 68, 69, 72, 102, 113, 115, 121, 144

Direito 3, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 19, 23, 24, 28, 29, 31, 46, 53, 55, 65, 66, 68, 74, 76, 95, 96, 103, 108, 109, 110, 111, 112, 117, 120, 121, 122, 123, 124, 135, 138, 141

Documento 1, 4, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 18, 31, 90, 93, 96, 117, 126

Drogas 40, 41, 42, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 95, 104, 107, 113, 117, 123

E

Educação 1, 17, 19, 20, 23, 24, 27, 30, 31, 32, 33, 34, 37, 39, 60, 76, 78, 79, 80, 81, 82, 84, 85, 91, 95, 102, 107, 109, 131, 133, 142

Empoderamento 17, 73, 74, 75, 78, 79, 81, 99, 127, 128, 129, 130, 132

Empresariamento 133, 134, 136, 137, 141

Envelhecimento 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 144

Estágio 23, 52, 89, 90, 92, 93, 95, 96, 134

F

Família 1, 3, 6, 8, 10, 11, 12, 14, 16, 18, 24, 40, 41, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 56, 57, 58, 60, 76, 77,

88, 92, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 109, 120, 122, 140, 144
Fundamentais 10, 40, 64, 86, 108, 109, 110, 118, 126
Fundamental 10, 19, 44, 61, 68, 74, 84, 88, 104, 109, 110, 111, 120, 121, 130

H

HIV 38, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62
Hospital 9, 10, 15, 36, 51, 52, 54, 63, 64, 68, 71, 73, 74, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 85, 87, 89,
90, 92, 93, 94, 95, 96, 134, 139, 144

I

Idoso 16, 110, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132

J

Judicialização 108, 109, 110, 117, 120, 121, 122, 123, 124

M

Mental 1, 2, 6, 7, 8, 9, 12, 15, 17, 18, 19, 23, 33, 40, 41, 42, 43, 45, 49, 50, 66, 89, 90, 91, 92, 93,
94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 126, 127, 128, 129, 132
Mulher 8, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 35, 36, 37, 42, 43, 44, 45, 46, 47,
48, 49, 50, 61, 63, 64, 68, 70, 78, 103
Multiprofissional 25, 63, 80, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 134, 140, 144

N

Nascimento 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 46, 51
Negra 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72

P

Participação 5, 7, 22, 23, 33, 35, 38, 73, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 87, 92, 94, 95, 97, 99, 100,
101, 102, 115, 116, 127, 129, 130
Planejamento 5, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 36, 37, 55, 75, 76, 78, 86, 139
Política 23, 28, 29, 38, 45, 51, 52, 53, 55, 63, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 74, 75, 78, 86, 90, 91, 92,
96, 98, 99, 105, 106, 107, 111, 113, 114, 116, 123, 126, 127, 128, 129, 131, 133, 134, 136, 137,
138, 140, 141, 142, 143, 144
Promoção 10, 22, 25, 29, 32, 53, 65, 73, 74, 75, 76, 77, 80, 81, 87, 93, 95, 110, 123, 125, 126,
127, 128, 129, 130, 131, 132
Psicoativas 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 49, 50

R

Racial 64, 65, 66, 67, 69, 70, 71

Racismo 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72

Relações Sociais 4, 6, 42, 47, 51, 52, 53, 54, 55, 58, 61, 69, 84, 102

Reprodutivo 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 55

Residência 63, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 102, 134, 144

Rurais 1, 2, 5, 6, 7, 8, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 74

Rural 1, 2, 5, 6, 8, 9, 10, 13, 15, 16, 17, 18, 19

S

Saúde 1, 2, 8, 9, 10, 12, 15, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 43, 45, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 57, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144

Saúde Mental 1, 2, 15, 17, 23, 33, 40, 41, 43, 45, 49, 66, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 127, 132

Sistema Único de Saúde 108

Social 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 17, 19, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 46, 47, 48, 49, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 58, 60, 61, 63, 64, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 103, 104, 105, 106, 107, 109, 110, 111, 120, 121, 122, 123, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 133, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144

SUS 23, 29, 36, 37, 38, 50, 53, 61, 65, 71, 72, 74, 75, 77, 79, 81, 82, 83, 85, 86, 87, 92, 94, 95, 100, 105, 106, 110, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 126, 136, 143

T

Transtorno 42, 90, 91, 95, 97, 98, 99, 101, 103, 104, 105, 106, 107

Processos de Subjetivação no Serviço Social

3

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](#) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

 **Atena**
Editora

Ano 2020

Processos de Subjetivação no Serviço Social

3

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](#) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

 **Atena**
Editora

Ano 2020