

Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti
(Organizadora)



O Caráter Sociopolítico e Interventivo do Serviço Social

 **Atena**
Editora

Ano 2021

Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti
(Organizadora)



O Caráter Sociopolítico e Interventivo do Serviço Social

 **Atena**
Editora

Ano 2021

Editora Chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes Editoriais

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto Gráfico e Diagramação

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da Capa

Shutterstock

Edição de Arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os Autores

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2021 Os autores

Copyright da Edição © 2021 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-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 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.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

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
Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
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 – Instituto 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

Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão

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

Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina

Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília

Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina

Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra

Profª Drª 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

Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco

Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará

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

Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará

Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá

Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados

Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino

Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora

Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª 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. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná

Prof. Dr. Cleiseano Emanuel da Silva Paniagua – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás

Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª 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. Dr. Marco Aurélio Kistemann Junior – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Profª Drª Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª 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 do Paraná
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobbon – 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. 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. Dr. Alex Luis dos Santos – Universidade Federal de Minas Gerais
Prof. Me. Alessandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional
Profª Ma. Aline Ferreira Antunes – Universidade Federal de Goiás
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Ma. Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Drª Andrezza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia
Profª Ma. Anelisa Mota Gregoleti – Universidade Estadual de Maringá
Profª Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão
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. Me. Christopher Smith Bignardi Neves – Universidade Federal do Paraná
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. Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
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. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Prof. Dr. Everaldo dos Santos Mendes – Instituto Edith Theresa Hedwing Stein
Prof. Me. Ezequiel Martins Ferreira – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Me. Fabiano Eloy Atílio Batista – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Prof. Me. Francisco Odécio Sales – Instituto Federal do Ceará
Profª Drª Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Me. Givanildo de Oliveira Santos – Secretaria da Educação de Goiás
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 Alborno – 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. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
Profª Ma. Luana Ferreira dos Santos – Universidade Estadual de Santa Cruz
Profª Ma. Luana Vieira Toledo – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Ma. Luma Sarai de Oliveira – Universidade Estadual de Campinas
Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos
Prof. Me. Marcelo da Fonseca Ferreira da Silva – Governo do Estado do Espírito Santo
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. Pedro Panhoca da Silva – Universidade Presbiteriana Mackenzie
Profª Drª Poliana Arruda Fajardo – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Renato Faria da Gama – Instituto Gama – Medicina Personalizada e Integrativa
Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Me. Robson Lucas Soares da Silva – Universidade Federal da Paraíba
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
Profª Ma. Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
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

O caráter sociopolítico e interventivo do serviço social

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Bibliotecária: Janaina Ramos
Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Mariane Aparecida Freitas
Giovanna Sandrini de Azevedo
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os Autores
Organizadora: Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C262 O caráter sociopolítico e interventivo do serviço social /
Organizadora Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti. – Ponta
Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5706-900-4

DOI 10.22533/at.ed.004211503

1. Serviço Social. I. Cavalcanti, Soraya Araujo Uchoa
(Organizadora). II. Título.

CDD 360

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa.

APRESENTAÇÃO

A coletânea “O Caráter Sociopolítico e Interventivo do Serviço Social” está organizada em três volumes, que trazem experiências profissionais interdisciplinares em equipes de distintas regiões do Brasil, sendo apresentadas abordagens de análise de artigos de Revisão, artigos decorrentes de pesquisa – documental, exploratória, entrevistas, bibliográfica – Relatos de Experiência, dentre outros.

No ano de 2010 o Conselho Federal de Serviço Social – CFESS lançou o documento *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde*, em 2021 uma década depois, reunimos nessa coletânea a complexidade de experiências profissionais permeadas do caráter sociopolítico e interventivo do Serviço Social que refletem concepções e escolhas do cotidiano profissional.

O primeiro volume apresenta 23 capítulos e está didaticamente dividido em três eixos temáticos: Política de Saúde no Brasil e contexto Neoliberal que apresenta dois artigos que colocam em discussão a análise do desfinanciamento e desmonte da política de saúde no contexto do neoliberalismo e os impactos para a política de Saúde, bem como os seus rebatimentos para os serviços de saúde.

O segundo eixo temático coloca em evidência, através de quinze artigos apresentados, a temática do Serviço Social na Política de Saúde com a atuação em equipe multiprofissional e/ou interdisciplinar em distintos espaços profissionais, na defesa da garantia de direitos, no contexto de parto humanizado, puerpério, transplante cardíaco, doações de órgãos, preparo para a alta qualificada, imigração, judicialização da saúde, população privada de liberdade, envelhecimento, saneamento e atuação frente à pandemia de Covid-19.

O terceiro eixo temático traz a discussão do Serviço Social na Saúde Mental através dos seis artigos, que tratam da sua inserção na Saúde Mental, os desafios contemporâneos, experiência em hospital psiquiátrico, pessoas em conflito com a lei e justiça terapêutica.

Dessa forma, convidamos o leitor a conhecer os artigos, partilhar saberes e experiências nesse processo de eterna descoberta que é a produção e socialização do conhecimento.

Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti

SUMÁRIO

POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL NO CONTEXTO NEOLIBERAL

CAPÍTULO 1..... 1

ELEMENTOS PARA ANÁLISE DO DESFINANCIAMENTO DO SUS EM TEMER E NO PRIMEIRO ANO DO GOVERNO BOLSONARO

Carlos Antonio de Souza Moraes

Cristiane Medeiros dos Santos

Thaynara Moreira Botelho

DOI 10.22533/at.ed.0042115031

CAPÍTULO 2..... 12

O DESMONTE DA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA COM O DESDOBRAMENTO DA PRIVATIZAÇÃO NEOLIBERAL

Tamires Marinho Caldas

Nathália Maria de Oliveira Costa Silva

DOI 10.22533/at.ed.0042115032

SERVIÇO SOCIAL E POLITICA DE SAÚDE

CAPÍTULO 3..... 19

O ASSISTENTE SOCIAL E OS DIREITOS DA GESTANTE: UM OLHAR SOBRE O PARTO HUMANIZADO NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Elizabete Dantas de Souza

Simone Regina Alves de Freitas Barros

Viviane de Araujo Melo

Ivanessa Lopes de Barros

Ryvane Chrystine Lopes de Barros

Polyana Magna Lima Dias

Pollyanna Santos de Oliveira Todt

DOI 10.22533/at.ed.0042115033

CAPÍTULO 4..... 32

O SERVIÇO SOCIAL E A SAÚDE DA MULHER NO PUERPÉRIO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DO GRUPO COM MÃES DE RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Ana Paula Chaves de Miranda

Paola Gomes Ribeiro

DOI 10.22533/at.ed.0042115034

CAPÍTULO 5..... 38

CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA E SERVIÇO SOCIAL: ATUAÇÃO JUNTO À FAMÍLIA DO PACIENTE

Lena Lansttai Bevilaqua Menezes

Eli Fernanda Brandão Lopes

Francielly Anjolin Lescano

Tuany de Oliveira Pereira

Irlanda Pereira Vieira
Fernanda Maria Souza Juliano
Kátia Flavia Rocha
DOI 10.22533/at.ed.0042115035

CAPÍTULO 6..... 44

SERVIÇO SOCIAL E TRANSPLANTE CARDÍACO: OS DESAFIOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Débora Silva de Freitas
Thayna Rani Oliveira Silva
Lilian de Oliveira Argôlo Vaz
Damares Cintia Santos
Solange Júlia Silva Steytler

DOI 10.22533/at.ed.0042115036

CAPÍTULO 7..... 57

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE FAMÍLIAS DE DOADORES DE ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTES ATENDIDAS PELO SERVIÇO SOCIAL

Marli Elisa Nascimento Fernandes
Ilka de Fátima Santana Ferreira Boin

DOI 10.22533/at.ed.0042115037

CAPÍTULO 8..... 70

A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL REGIONAL DE FERRAZ DE VASCONCELOS NO PROCESSO PARA A ALTA QUALIFICADA HOSPITALAR

Soraia da Silva Sousa
Jurema Aparecida Paulino
Magnolia Assis de Oliveira Theodoro
Janete Pereira Rafael da Silva
Dayse Prado de Camargo Lanes

DOI 10.22533/at.ed.0042115038

CAPÍTULO 9..... 80

PROJETO ÉTICO POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO: UMA REFLEXÃO ACERCA DAS POSSIBILIDADES E DOS LIMITES DE SUA MATERIALIZAÇÃO NA UPA DR. ABDON GONCALVES (SÃO JOÃO DE MERITI – RJ)

Diego Augusto Rivas dos Santos
Michelle Trindade Pimentel
Sandy Falcão de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.0042115039

CAPÍTULO 10..... 88

REFLEXÕES ACERCA DA PRÁTICA DO SERVIÇO SOCIAL EM UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL – RELATO DE EXPERIÊNCIA

Andressa da Silva Rosa
Ana Maria de Oliveira Damasceno

DOI 10.22533/at.ed.00421150310

CAPÍTULO 11..... 96

IMIGRAÇÃO VENEZUELANA NO BRASIL UMA EXPRESSÃO DA QUESTÃO SOCIAL A SER ATENDIDA

Lena Lansttai Bevilaqua Menezes
Eli Fernanda Brandão Lopes
Rafael Alves Mata de Oliveira
Michele Terumi Yassuda
Juliana Galete
Edivania Anacleto Pinheiro Simões
Maria de Fátima Bregolato Rubira de Assis

DOI 10.22533/at.ed.00421150311

CAPÍTULO 12..... 103

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: A JUDICIALIZAÇÃO E EFETIVIDADE DA ATENÇÃO INTEGRAL DA SAÚDE

Zilda Cristina dos Santos
Agnaldo de Sousa Barbosa

DOI 10.22533/at.ed.00421150312

CAPÍTULO 13..... 111

POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE: UMA ANÁLISE DO ACESSO A POLÍTICA DA SAÚDE

Nathália Pereira Paredes
Millena dos Santos Cardoso
Eryenne Lorryne Sayanne Silva do Nascimento
Rúbia Célis Pereira de Lima
Laianny Cordeiro Silva de Souza
Maria Gabriella Florencio Ferreira
Thayane de Vasconcelos Soares
Mayra Hellen Vieira de Andrade
Rafaela Leandro Pereira
Kíssia Wendy Silva de Sousa

DOI 10.22533/at.ed.00421150313

CAPÍTULO 14..... 118

ACESSO ÀS INFORMAÇÕES DE SAÚDE PELOS IDOSOS LONGEVOS NO MEIO RURAL: O CASO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SÃO GERALDO (MG)

Mariana de Paula Oliveira
Simone Caldas Tavares Mafra
Kátia de Lourdes Fraga
Luana Fernandes Silva Paes

DOI 10.22533/at.ed.00421150314

CAPÍTULO 15..... 125

A IMPLICABILIDADE DA FALTA DE SANEAMENTO BÁSICO NA QUALIDADE DE VIDA E NA SAÚDE DA MULHER

Andressa Caroline de Lima

Marli Renate von Borstel Roesler
DOI 10.22533/at.ed.00421150315

CAPÍTULO 16..... 133

OS IMPACTOS DA PANDEMIA PELO CORONAVÍRUS (SARSCOV-2) EM MÚLTIPLAS DIMENSÕES DA VIDA SOCIAL E SEU O ENFRENTAMENTO NO BRASIL

Rebel Zambrano Machado
Priscilla da Silva Lunardelli

DOI 10.22533/at.ed.00421150316

CAPÍTULO 17..... 143

A EXPERIÊNCIA DO MONITORAMENTO DE SINAIS E SINTOMAS DA COVID19 NO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE CHAPECÓ

Hilton de Souza Zeferino
Fabiane Ribeiro
Anderson Medeiros Sarte

DOI 10.22533/at.ed.00421150317

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL

CAPÍTULO 18..... 156

POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL: DISCUTINDO OS DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS

Danila de Jesus
Laila Martins de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.00421150318

CAPÍTULO 19..... 167

SERVIÇO SOCIAL E A SUA INSERÇÃO NA SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Maria Guadalupe de Araújo Veloso Lima Freitas
Raimunda Maria Vieira do Nascimento

DOI 10.22533/at.ed.00421150319

CAPÍTULO 20..... 178

CIDADANIA E SAÚDE MENTAL: POTENCIALIZANDO A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Paulo Vitor Moreira da Silva
Patrícia da Silva Coutinho
Ednéia Alves de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.00421150320

CAPÍTULO 21..... 186

PROCESSO DE TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL E SUA INSERÇÃO NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PROFESSOR SEVERINO LOPES

Jadna Kelly da Silva
Maria Tereza de Oliveira
Elisângela Feitosa de Souza

DOI 10.22533/at.ed.00421150321

CAPÍTULO 22.....	198
ENTRE A SAÚDE E A JUSTIÇA: A REALIDADE DAS PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI NO ESTADO DO PARÁ	
Solange Silva Souza	
Laryssa Sayury Garcia	
Michelle Christina de Souza Matos	
Lilian Mendes Pereira Barros	
Brenda Luana Ribeiro Souza	
Iris Tarcila da Conceição Baia	
DOI 10.22533/at.ed.00421150322	
CAPÍTULO 23.....	208
A INTERFACE ENTRE JUSTIÇA CRIMINAL E DEPENDÊNCIA QUÍMICA: PROJETO JUSTIÇA TERAPÊUTICA EM PORTO VELHO / RO	
Ana Paula Baldez Santos	
Liliane Flores de Freitas Gonçalves	
Camila Sibely Ferreira Moura Macedo	
Alice Silva da Cunha	
DOI 10.22533/at.ed.00421150323	
SOBRE A ORGANIZADORA.....	221
ÍNDICE REMISSIVO.....	222

CAPÍTULO 1

ELEMENTOS PARA ANÁLISE DO DESFINANCIAMENTO DO SUS EM TEMER E NO PRIMEIRO ANO DO GOVERNO BOLSONARO

Data de aceite: 01/03/2021

Data de submissão: 01/12/2020

Carlos Antonio de Souza Moraes

Universidade Federal Fluminense – UFF
<http://lattes.cnpq.br/0245120067881150>

Cristiane Medeiros dos Santos

Universidade Federal Fluminense
<http://lattes.cnpq.br/2119638363364081>

Thaynara Moreira Botelho

Universidade Estadual do Norte Fluminense
Darcy Ribeiro
<http://lattes.cnpq.br/0859262222430548>

RESUMO: Este artigo objetiva apresentar elementos para análise a respeito dos processos de *desfinanciamento* da política de saúde brasileira a partir de 2016. Metodologicamente, recorreu a estudo bibliográfico. Como critério de seleção do material, optou por aqueles produzidos pelo Serviço Social como subárea de conhecimento das Ciências Sociais Aplicadas, além de recorrer a alguns intelectuais da área da saúde, fundamentados na teoria crítica. De forma geral, os resultados apontam que o *desfinanciamento* da política de saúde tem avançado para destruição do SUS Constitucional, acentuando a precariedade dos serviços de saúde. Mais amplamente, tais investidas indicam o questionamento do papel das políticas sociais públicas.

PALAVRAS-CHAVE: Política de saúde brasileira;

Política de saúde no governo Temer; Política de saúde no governo Bolsonaro; Desfinanciamento de saúde.

ELEMENTS FOR THE ANALYSIS OF THE SUS DEFINANCING IN TEMER AND IN THE FIRST YEAR OF THE BOLSONARO GOVERNMENT

ABSTRACT: This article aims to present elements for analysis regarding the process of de-financing of Brazilian health policy as of 2016. Methodologically, it resorted to a bibliographic study. As a material selection criterion, he chose those produced by Social Work as a subarea of knowledge of Applied Social Sciences, in addition to using some intellectuals in the health area, based on critical theory. In general, the results show that the unfinancing of health policy has progressed to the destruction of the Constitutional SUS, accentuating the precariousness of health services. More broadly, such attacks indicate the questioning of the role of public social policies.

KEYWORDS: Brazilian health policy; Temer government health policy; Bolsonaro Government Health Policy; Health Financing.

INTRODUÇÃO

O final do segundo decênio do século XXI nos permite olhar para a história da política de saúde brasileira, avaliar seus avanços e retrocessos de modo a pensar o tempo atual e articular estratégias capazes de construir projeções para a saúde, fundadas nos valores edificados pelo Movimento de Reforma Sanitária

brasileiro (MRS) desde os anos 1970.

Este artigo fundamenta-se na concepção original do Sistema Único de Saúde (SUS), construída pelo já citado MRS e legitimada pela Constituição Federal Brasileira de 1988 (CF, 1988) e pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS - 8080/90 e 8142/90). Contudo, o acompanhamento e as análises que temos construído acerca dos processos e ações direcionadas para a área da saúde no Brasil - a partir dos governos dos Presidentes Fernando Collor-Itamar Franco até o primeiro ano do governo de Jair Bolsonaro – temos possibilitado afirmar que a contrarreforma na área da saúde ocorreu ao longo de todos estes governos que estiveram pautados em diretrizes estabelecidas por organismos internacionais, em especial, o Banco Mundial.

Ainda que esta afirmativa seja acertada, ela necessita ser relativizada ao evidenciar outros aspectos tão importantes quanto a este: até o governo Dilma Rousseff é possível observar mais processos de continuidades do que rupturas na política de saúde brasileira, embora cada governo imprima suas particularidades. Neste caso, reconhece-se que os maiores avanços na política de saúde pública ocorreram ao longo dos governos “Lula” da Silva e do primeiro mandato de Dilma Rousseff, ainda que pautados em diretrizes do Banco Mundial.

Neste sentido, estamos em acordo com Bravo e Andreazzi (2019) que, a contrarreforma na saúde foi impressa de forma fragmentada, experimental e continuada, embora não tenha sido explicitada, seja em Fernando Henrique Cardoso com o debate referente ao aperfeiçoamento da gestão; seja em Lula e Dilma, com o discurso da modernização da Reforma Sanitária, por meio da defesa do “SUS possível”.

Portanto, reconhecemos que os processos de neoliberalização da saúde, fundamentados em parâmetros internacionais, ocorreram ao longo de todos estes governos, flexibilizando os princípios da Reforma Sanitária, afastando-se da concepção original do SUS e focalizando as ações da saúde pública, predominantemente à população com dificuldades de acessar aos serviços de saúde através do mercado.

Assim, o discurso do “SUS possível mediante os ajustes neoliberais” (PAIM, 2008), em nossas análises, esteve presente já a partir da segunda metade do segundo mandato de FHC e ocupou espaço privilegiado nos governos do Partido dos Trabalhadores, embora não estivesse explícito.

É fato que, ao longo destes anos, a correlação de forças existente na área da saúde, garantiu a construção de ações públicas de saúde reconhecidas internacionalmente, a exemplo da Política Nacional de DST/AIDS (1999). Por outro lado, também garantiu espaço privilegiado aos empresários da saúde que, de acordo com dados do Tribunal Superior Eleitoral, doaram 12 milhões de reais para campanhas de 157 candidatos, filiados a 19 partidos diferentes, nas eleições de 2010.

A partir do governo de Michel Temer (2016 – 2018), com continuidade no governo de Jair Bolsonaro (iniciado em 2019), há uma nova fase neste processo de contrarreforma

na política de saúde que, explicitamente tem desconstruído propostas e ações nacionais reconhecidas, inclusive pela OMS e, destruído a proposta original do SUS, incidindo duramente sobre os princípios doutrinários da saúde.

Diante disso, nestes governos (Michel Temer e Jair Bolsonaro), constata-se o “desfinanciamento da política de saúde pública brasileira” (BRAVO, PELAIZ E PINHEIRO, 2018), o que tem acarretado na precarização dos serviços, por meio da falta de materiais e equipamentos essenciais à realização de procedimentos; além de equipamentos deteriorados; da instabilidade dos vínculos trabalhistas; ausência de profissionais de saúde em determinadas regiões do País; terceirização dos serviços; atraso de salários; sobrecarga das atividades profissionais; imediatismo das ações; adoecimento dos trabalhadores da área da saúde, etc.

Neste contexto de desfinanciamento da política e de precarização exacerbada dos serviços de saúde, verifica-se ainda que suas ofertas pautam-se, predominantemente no modelo médico-assistencial hegemônico, que se caracteriza pela ênfase na assistência médica curativa, cultura institucional hospitalocêntrica e hegemonia do saber/poder médico, em que tudo converge para a doença.

Contudo, os processos de desfinanciamento da política também atingem estes modelos institucionais que, apesar de sua centralidade, também tem sido precarizados, não conseguindo, em muitos momentos, recursos para atividades básicas, pautadas no diagnóstico e tratamento de doenças, o que tem contribuído para que usuários estejam morrendo por falta de atendimento médico em diversas regiões do País, com destaque para a atual situação enfrentada pela população do Rio de Janeiro.

O corte nos recursos para saúde, o descaso, o cinismo e os esquemas que privilegiam os serviços de alto custo direcionados à rede privada e/ou filantrópica conveniada, submetem os trabalhadores ao sofrimento que coexiste articulado a busca individualizada pelo atendimento médico, em situações em que o risco de morte se agrava, pela falta de recursos para manter a vida.

O desfinanciamento da política de saúde e a extrema precariedade de seus serviços acentuam, nestes governos, a necessidade da população recorrer a saúde como produto e que, aqueles que não conseguem acessá-la pelas vias do mercado, tornam-se banalizados e indesejados ao projeto capitalista vigente no País. Nestes casos, é elemento fundamental para esta análise, reconhecer que estes sujeitos sociais são predominantemente, de identidade negra, moradores das periferias, com baixa escolaridade, em atividades laborais desprotegidas e inseguras e que, são constantemente julgados e punidos a partir de um discurso meritocrático, moralizador e discriminador.

Diante desta problematização inicial, o objetivo central deste artigo é apresentar elementos para análise e debate a respeito dos processos de *desfinanciamento* da política de saúde brasileira a partir de 2016.

Para construção desta proposta, além de acompanhamento da realidade,

metodologicamente recorreu-se a estudo bibliográfico. Como critério de seleção do material, optou-se predominantemente, por aqueles produzidos pelo Serviço Social como subárea de conhecimento das Ciências Sociais Aplicadas, além de recorrer a alguns intelectuais da área da saúde, fundamentados na teoria crítica.

Diante disso, na próxima seção, o artigo recorre a informações e dados que apontam para os processos de desfinanciamento da política de saúde e desconstrução do SUS constitucional, recorrendo a variáveis relevantes para o debate e futuras análises da política de saúde brasileira na atual conjuntura.

O DESFINANCIAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE EM MICHEL TEMER E JAIR BOLSONARO

O vice presidente Michel Temer assume a presidência do Brasil em 2016, após o golpe institucional sobre o mandato da Presidenta Dilma Rousseff e, inaugura uma nova fase na política de saúde brasileira, caracterizando o que para Soares (2019, p.03) é a “maior ofensiva contra o direito à saúde”. Temer, diferentemente dos presidentes anteriores, demonstra explicitamente o interesse pela privatização do SUS, reforçando o projeto privatista da saúde.

Para o Ministério da Saúde, o então Presidente, recebeu a indicação pela elite médica paulista do nome do empresário, Ricardo Barros, que, mesmo sem possuir experiência com a gestão da política de saúde, tornou-se Ministro da Saúde. Esta informação, sinalizada por Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018), é explicativa das escolhas políticas direcionadas ao privilegiamento de poucos – empresários da saúde –, por meio da restrição das ações públicas de saúde à população em condições de pobreza.

Ao assumir o Ministério da Saúde, Ricardo Barros, afirmou explicitamente à imprensa, a necessidade de avaliar o tamanho do SUS. De forma mais ampla, esta revisão ocorreu, ainda em 2016, com a Emenda Constitucional 95/2016 que fixou limites para os gastos primários em saúde, o que agrava a situação de sucateamento do SUS, afetando diretamente à sua operacionalização (SOARES, 2019).

Quanto a isso, Araujo e Joazeiro (2019) salientam que:

[...] cada ente federativo deverá investir percentuais mínimos dos recursos arrecadados, o que significa que essas mudanças terão implicações para além do financiamento, impactando diretamente, por exemplo, na Política Nacional de Atenção Básica e na Política de Saúde Mental, ao mesmo tempo em que acarretará uma redução da presença do Estado nas políticas públicas.

Além desta Emenda Constitucional, as outras ações indicam que a desconstrução da concepção original do SUS e o privilegiamento da saúde privada caminha ligeiramente. Evidencia-se assim, estratégias que objetivam ampliar o acesso de diferentes camadas sociais à saúde na lógica do mercado. Contudo, segundo Bahia (2016), o mercado privado em saúde, entre os anos de 2015 e 2017, obteve uma redução de mais de 3 milhões de

usuários, o que não impediu que, em 2016, tenha registrado aumento em seu lucro líquido em mais de 60%.

Diante destes dados, observa-se que, o aumento do desemprego – que ultrapassou os 13 milhões de brasileiros – e o empobrecimento extremo da população, não impediram a elevação dos lucros dos empresários da saúde que, legitimados pelas políticas governamentais, tem contado com uma “cirurgia” da política de saúde, conduzindo os princípios da Reforma Sanitária para “à beira da morte”.

Desconstrói-se a perspectiva de universalidade e a participação social tem sido marginalizada no que se refere às grandes decisões (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018), além de desvalorizada em uma sociedade pautada no imediatismo, no individualismo e na invasão das relações mercantis sobre a vida social.

Desta forma, a concepção de direito público à saúde é fortemente atacada, configurando, até aquele momento, os maiores avanços do projeto privatista na área de saúde no Brasil, de forma a se discutir “a construção de um novo sistema de saúde”, no primeiro fórum Brasil, realizado em 2018 e organizado pela Federação Brasileira de Planos de Saúde.

Outro acontecimento relativo ao desmonte da política de saúde no governo de Michel Temer, ocorreu em maio de 2018 quando, mediante a greve dos caminhoneiros, o então Presidente, retirou dinheiro do SUS para subsidiar o valor do diesel. A este respeito, complementa Barros e Brito (2019, p. 82):

A Medida Provisória nº 838, de 2018, busca recursos em impostos que financiam o SUS, entre outros serviços da Seguridade Social brasileira. Essa medida vem somar-se a uma série de outros mecanismos, que ao longo dos últimos anos têm retirado recursos da saúde.

Para Teixeira (2018), o processo de precarização e sucateamento do SUS, legitima o mercado da saúde e propicia a intensificação da privatização do Sistema. Com isso, a garantia dos direitos constitucionais sofre aniquilação e, o direito à saúde pública de qualidade, cede espaço para a sua mercantilização.

As análises de Bravo e Andreazzi (2019) apontam que o governo Temer aprofunda

[...] as tendências a maior privatização do sistema de saúde brasileiro, com parcerias público-privadas e parcerias de desenvolvimento produtivo. Ele é fruto do avanço da grande burguesia e latifúndio, subservientes aos ditames do capital financeiro internacional, por utilizar o fundo público para contrarrestar sua crise [...]. (p. 9).

O abandono do SUS, a defesa de sua inviabilidade e a desconstrução de políticas e programas reconhecidos e valorizados internacionalmente também estão na pauta e tem sido alvo do governo de Jair Bolsonaro, iniciado em 2019. Seu Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, tem defendido a diminuição do orçamento da saúde e que o problema de gestão, precisa ser atacado.

Com a Lei nº 13.808, de 15 de janeiro de 2019 - Publicada no Diário Oficial da União, de 16.1.2019, observa-se o congelamento de aplicação em saúde. O setor já perde 8,5 bilhões em 2019. Além disso, em 2018 foram empenhados 117,5 bilhões para ações e serviços de saúde pública. A avaliação apresentada indica que 11,7 bilhões não foram pagos, o que implicou na disponibilidade financeira de 2019.

As iniciativas desenvolvidas pelo presidente Bolsonaro e seu Ministro Luiz Mandetta, priorizaram o cancelamento de médicos cubanos do Programa Mais Médicos (PMM), ainda que as avaliações quanti-qualitativas a respeito do trabalho construído, tenham sido positivas.

Em pesquisa nacional sobre a avaliação do PMM, Teles, Silva e Bastos (2019) afirmaram que, na avaliação dos usuários, entre zero a dez, o Programa atingiu a média nove, no que concerne a qualidade dos serviços prestados à população. Além disso, de acordo com Mattos e Mazetto (2019), o Mais Médicos evitou 521 internações hospitalares em 2015, reduzindo 840 milhões de gastos em saúde. Já de acordo com o IPEA (2019), o PMM foi efetivo por alocar profissionais médicos em áreas desassistidas, melhorar o acesso e tornar a atenção básica mais efetiva.

Com as medidas de Bolsonaro, 8.471 médicos cubanos que atendiam mais de 46,2 milhões de brasileiros em quase 3.300 Municípios (IPEA, 2019), foram dispensados e, mesmo com o lançamento de 03 editais para a contratação de médicos brasileiros, as vagas não haviam sido plenamente preenchidas. Esta situação causada pelo próprio governo, o levou a publicizar a possibilidade de aceitar médicos brasileiros graduados no exterior sem a revalidação do diploma. Contudo, no último balanço apresentado, o Ministério da Saúde afirma que todas as vagas que foram abertas após o fim da cooperação com o governo cubano, foram preenchidas, embora a alocação de médicos para algumas localidades das regiões Norte e Nordeste e, particularmente, os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, continuam enfrentando problemas (IPEA, 2019).

Em 2019, o Ministério da Saúde, a Secretaria de Atenção à Saúde, o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e a Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas lançaram a NOTA TÉCNICA Nº 11 – com “Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas”. Estas mudanças retomam a defesa de ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos e que o SUS deverá financiar as comunidades terapêuticas como dispositivo da atenção psicossocial, atingindo princípios básicos da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial.

Além disso, em maio de 2019, o Ministério da Saúde rebaixou o Departamento de combate à AIDS a uma Coordenadoria, o que afeta os serviços estaduais e municipais de combate ao HIV/AIDS, com redução de repasse de recursos, maior sucateamento dos serviços e descontrole no processo de avanço da epidemia.

Outra iniciativa que incide sobre a política de saúde brasileira é a liberação de

agrotóxicos. De acordo com o Ministério da Agricultura (2019), o Brasil entre o dia 1º de janeiro e 27 de novembro de 2019, atingiu o número de 439 novos agrotóxicos liberados, superando o recorde do último ano do governo Temer, quando foram liberados 422 produtos em 12 meses. O fato é que, dos liberados, 34% são proibidos na União Europeia e, muitos são classificados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), entre “medianamente tóxicos” e “altamente tóxicos”, visto que a mesma classifica como “extremamente tóxicos”, apenas venenos com efeito fatal.

Além disso, o governo tem reduzido o preço do cigarro e defendido a liberação de porte de armas, ainda que pesquisas indiquem que, nos últimos 25 anos tenha dobrado o número de mortes por armas de fogo no País, o que gerou um gasto de 210 milhões ao orçamento do SUS.

A este conjunto de ações somam-se as alterações nas regras para o financiamento da Atenção Primária em Saúde no Brasil, por meio do “Programa Previne Brasil”, publicadas pela Portaria Nº 2.979, de 12 de Novembro de 2019 no Diário Oficial da União de 13/11/2019. Em 2020, as cidades brasileiras passam a receber as verbas referentes à população cadastrada em suas unidades básicas de saúde. A questão central é o tempo exíguo para o cadastramento da população, que não possibilita alcançar a sua totalidade e o condiciona à redução do financiamento, já previsto em 290 milhões a menos para os municípios em 2020.

Para além destas investidas, o Ministro da Saúde tem se posicionado enfaticamente contra o financiamento público da saúde e a universalização do sistema, avançando na construção de propostas direcionadas a um novo sistema de saúde que, reduz o papel do Estado ao comprador de serviços privados. Além disso, Bravo e Andreazzi (2019, p. 9) ressaltam que,

A agenda do grande capital coincide com a do Banco Mundial e já está sendo assumida pelo governo Bolsonaro, especialmente no que toca a redução de hospitais de pequeno porte e a utilização de Organizações Sociais na gestão das unidades públicas. A defesa do modelo de Organizações Sociais pode não ser algo apenas programático pois, com maior segurança jurídica, o próprio grande capital pode considerar esse mercado atrativo, especialmente tendo em vista a redução de seu mercado tradicional, que não se expandirá em situações de estagnação econômica.

Deste modo, o *subfinanciamento* do SUS que se arrastava por mais de 20 anos, passa a dar lugar há um novo projeto ainda mais perverso com medidas de *desfinanciamento* da política de saúde brasileira. Articulada a esta análise, constata-se de acordo com o IPEA (2019), índices de crescimento da pobreza e extrema pobreza a partir de 2015 no Brasil. Estes índices têm sido explicados a partir do crescimento do desemprego e do trabalho precário e desprotegido, além de cortes em programas sociais que afetam diretamente as condições socioeconômicas das famílias.

O *desfinanciamento* da política de saúde impacta negativamente a vida dos

usuários dos serviços de saúde, que, tem suas condições de adoecimento determinadas pela precariedade de suas condições de vida. É inegável que as expressões da questão social incidem sobre as condições de adoecimento da população que, vive processos de desemprego ou está inserida em atividades laborais inseguras, desprotegidas, arriscadas e precárias; que sofre situações de violência e está exposta a um tempo em que a vida tornou-se “matável” inserida na trama de ilegalidades existentes na sociedade do capital. A insegurança e o sofrimento do tempo presente, o desrespeito, o despreparo e cinismo de gestores públicos, indicam processos de banalização da vida, sobretudo da mulher, de identidade negra e em condição de pobreza. Em uma era de exaltação das tecnologias, tem-se afastado do humano, endurecido as relações, determinado perdas de vínculos, despertado o medo do futuro, desconstruindo sonhos e adoecendo os trabalhadores.

Às situações traumáticas de adoecimento têm sido articuladas a acentuada precarização da política social pública que tem dificultado o acesso aos serviços de saúde e determinado situações de morte por falta de atendimento médico ou ainda, por falta de recursos para realização de procedimentos, tratamento e/ou para acesso a medicamentos que poderiam promover à saúde da população. Vive-se um caos nos serviços de saúde no País.

Neste cenário, os trabalhadores da saúde, muitas vezes com vínculos precários de trabalho, ao prestar os serviços de saúde diretamente à população, têm sido responsabilizados por uma política social pública pautada historicamente na restrição e redução de recursos públicos, nas barganhas políticas entre os setores público e privado, no clientelismo e oportunismo político e na possibilidade da morte como condição vital para sustentabilidade dos empresários da saúde. No atual cenário de *desfinanciamento* da saúde, os profissionais de saúde, com salários atrasados, não possuem recursos básicos a realização de procedimentos, sendo pressionados pelo atendimento imediato em contraponto à falta de condições objetivas.

São estas condições socialmente objetivas que determinam os processos de adoecimento e até, as tentativas e atos suicidas entre usuários e profissionais de saúde. Nestes tempos, é fundamental a construção de movimentos de resistência no interior dos serviços de saúde e nos espaços mais amplos da sociedade. É preciso fortalecer as instituições defensoras da Reforma Sanitária e redescobrir os caminhos da luta coletiva, recuperando as ruas como espaço legítimo para manifestação do sofrimento que se espalha sobre a sociedade brasileira em tempos de radicalismo neoliberal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste artigo partiu-se da defesa do SUS Constitucional fundamentada em elementos político-legislativos essenciais ao seu fortalecimento nos tempos que seguem. Tempos caracterizados por processos de contrarreforma na área da saúde, que *desfinanciam* a

política e desconstruem ações essenciais à promoção e prevenção de doenças.

Dentre as principais ações da contrarreforma, destacamos: a Lei nº 13.808, de 15 de janeiro de 2019, referente ao congelamento de aplicação em saúde por 20 anos; as alterações nas regras para o financiamento da Atenção Primária em Saúde no Brasil, publicadas pela Portaria Nº 2.979/2019; a discussão e proposição de planos populares de saúde para a “desoneração” do SUS; as alterações na RAPS da Política de Saúde Mental, com ênfase no internamento psiquiátrico; o rebaixamento do Departamento de combate à AIDS a uma Coordenadoria, o que afeta os serviços estaduais e municipais de combate ao HIV/AIDS; a proposta de alteração na regulamentação dos planos de saúde para atender às necessidades dos empresários da saúde, dentre outros.

De forma geral, a análise construída a respeito do *desfinanciamento* da política de saúde, parece-nos indicar que a conjuntura atual coloca em questionamento, de forma mais ampla, o papel das políticas sociais públicas. Nesse sentido, é necessário que haja esforços para o acompanhamento crítico dos processos sociais; para análise da política social fundamentada pela teoria crítica; além da necessidade de mobilização popular e articulação de forças com os movimentos defensores dos direitos sociais.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L. J. C.; JOAZEIRO, E. M. G. Direitos sociais em tempos de crise: desigualdades e agravos à saúde. **O Social em Questão** - Ano XXII – nº 44, Maio a Ago, 2019.

BAHIA, L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. **Cad. Saúde Pública**, 2018; 34 (7): e00067218

BARROS, B. T. S; BRITO, A. E. C. A política de saúde no Brasil sob o governo Temer: aspectos ideológicos do acirramento privatista. **O Social em Questão** - Ano XXII, nº 44, Mai a Ago, 2019.

BRASIL. **Constituição Federal (1988)**. Brasília: Planalto do Governo. Disponível em <<http://www.planalto.gov.br/ccivil@03/Constituicao/Constituicao.htm>> Acesso em: 13/09/2019.

BRASIL. **Lei Federal n 8.080/90**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação e o funcionamento dos serviços correspondente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 20 set. 1990.

BRASIL. **Lei Federal n. 8.142/90**. Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 28 dez. 1990.

BRAVO, MIS; ANDREAZZI, M. de F.S. de. **Avanços da Contrarreforma na Saúde Intensificadas a Partir do Governo ilegítimo** de Temer. In: 7º Encontro Internacional de Política Social - 14º Encontro Nacional de Política Social, 2019, Vitória. **Anais do Encontro Internacional e Nacional de Política Social**. Vitória/es: Ufes, 2019. v. 1, p. 01 - 16. Disponível em: <periodicos.ufes.br/EINPS/article/view/25151>. Acesso em: 06 set. 2019.

BRAVO, MIS; PELAEZ, E. J; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018.

BRAVO, MIS; MATOS, M. C. de. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para Debates. In: MOTA, Ana Elizabete et al. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2004. Cap. 3. p. 197-241.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Saúde. Políticas Sociais: acompanhamento e análise. Diretoria de Estudos e Políticas Sociais. Governo Federal, 2019.

LIMA, J. C. F. A Política Nacional de Saúde nos anos 1990 e 2000: na contramão da história? Desmontagem da seguridade social e recomposição das relações público-privadas de atenção à saúde. In: PONTES, et. al. **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Cap. 09. p. 277-310. Disponível em: <http://observatoriahistoria.coc.fiocruz.br/local/File/livro-na-corda-bamba-de-sombrinha.pdf>. Acesso em: 05 set. 2019.

MATTOS, E; MAZETTO, D. Assessing the impact of More Doctors' Program on healthcare indicators in Brazil. *WORLD DEVELOPMENT*, v. 123, p. 1-26, 2019.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **PÚBLICO E PRIVADO NA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL: ATORES, PROCESSOS E TRAJETÓRIA**. 2003. 402 f. Tese (Doutorado) - Curso de Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas/, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de DST/AIDS**. Princípios, diretrizes e estratégias. Coordenação Nacional de DST e Aids. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999, 90 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Diário Oficial da União**. Publicado em: 13/11/2019. Edição: 220, Seção: 1, P. 97.

MINISTÉRIO DA AGRICULTURA. **Agrotóxicos. Informações técnicas. Registros concedidos 2005 – 2019**. Disponível em: <http://www.agricultura.gov.br/assuntos/insumos-agropecuarios/insumos-agricolas/agrotoxicos/informacoes-tecnicas>. Data de acesso: 17/12/2019.

MORAES, C.A.S; SANTOS, C.M. dos; BOTELHO, T.M. Elementos para análise do desfinanciamento da Política de Saúde em Temer e Bolsonaro. **ANAIS, 8º Encontro Internacional de Política Social, 15º Encontro Nacional de Política Social**. Questão social, violência e segurança pública: desafios e perspectivas. Vitória (ES, Brasil), 16 a 19 de novembro de 2020.

NOTA TÉCNICA Nº 11/2019 - CGMAD/DAPES/SAS/MS. **Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, 2019.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária brasileira**: contribuição para compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

SOARES, R. C. A contrarreforma na política da saúde e o Serviço Social: impactos, desafios e estratégias em tempos de neoliberalismo ortodoxo. **7º Encontro Internacional de Política Social e 14º Encontro Nacional de Política Social**. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, 2019.

TEIXEIRA, M. J. de O. A urgência do debate: as contrarreformas na política de saúde no governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 33-50, jan./abr. 2018.

TELLES, H; SILVA, A. L. A. da; BASTOS, C. Programa Mais Médicos do Brasil: a centralidade da relação médico-usuário para a satisfação com o programa. **Caderno CrH**, Salvador, v. 32, n. 85, p. 101-123, Jan./Abr. 2019

TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL. **Repositório de dados eleitorais**. Disponível em: www.tse.jus.br/eleicoes/estatisticas/repositorio-de-dados-eleitorais-1/repositorio-de-dados-eleitorais

CAPÍTULO 2

O DESMONTE DA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA COM O DESDOBRAMENTO DA PRIVATIZAÇÃO NEOLIBERAL

Data de aceite: 01/03/2021

Data de submissão: 29/12/2020

Tamires Marinho Caldas

Universidade Federal Fluminense-UFF
Niterói – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/1650227247945925>

Nathália Maria de Oliveira Costa Silva

Universidade Federal Fluminense-UFF
Niterói – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/5537919452463575>

RESUMO: Inserida no tripé da Seguridade Social, a saúde apresentava dois projetos principais que se contrapunham, o Projeto de Reforma Sanitária, que vinha desde a década de 1970 e o Projeto Privatista, que se alinhava com os principais setores do capital. Devido as consequências trazidas da crise do capital dos anos 1970, o Brasil deu início a uma longa onda privatista, um dos pilares do ideário neoliberal, a partir da década de 1990, e que se perpetua até hoje. E embora o setor saúde tenha conquistado alguns avanços na Constituição Federal de 1988 e nas Leis Orgânicas da Saúde 8.080/1990 e 8.142/1990, esta pesquisa visa debater como o projeto privatista foi adentrando na política de saúde brasileira, impossibilitando a construção de um Sistema Único de Saúde pleno, 100% Estatal, integral e com amplo financiamento. Assim como reivindicado pelo movimento sanitário. Visto que, o modelo privatista alinha à saúde a lógica mercantil. Essa pesquisa tem

como objetivo fortalecer o debate crítico acerca da situação histórico-atual do desmonte e sucateamento que política de saúde brasileira vem sofrendo com a implementação das políticas neoliberais no país na década de 1990. Esse texto se fundamentou em documentos oficiais e bibliografias desenvolvidas com o objetivo de produção de ensino crítico, tais como BRAVO (2001,2002,200), MATOS (2002), ANTUNES (1995), NETTO&BRAZ (2012), entre outros, de modo a ser possível analisar o avanço do desmonte neoliberal na política de saúde brasileira, trazendo alguns apontamentos atuais.

PALAVRAS-CHAVE: Política de Saúde; Privatização; Neoliberalismo.

THE DISMANTLING OF BRAZILIAN HEALTH POLICY WITH THE UNFOLDING OF NEOLIBERAL PRIVATIZATION

ABSTRACT: Inserted in the Social Security tripod, health presented two main projects that opposed the Sanitary Reform Project, which had been going on since the 1970s, and the Privatist Project, which aligned itself with the main sectors of the capital. Due to the consequences of the capital crisis of the 1970s, Brazil began a long wave of privatization, one of the pillars of the neoliberal ideology, from the 1990s onwards, and which continues today. And although the health sector has achieved some advances in the Federal Constitution of 1988 and in the Organic Health Laws 8,080 / 1990 and 8,142 / 1990, this research aims to debate how the privatist project has entered the Brazilian health policy, making it impossible to build a complete Unified Health System, 100% State-owned, comprehensive and

with ample financing. As claimed by the sanitary movement. Since, the privatist model aligns health with the commercial logic. This research aims to strengthen the critical debate about the historical-current situation of the dismantling and scrapping that Brazilian health policy has been suffering from the implementation of neoliberal policies in the country in the 1990s. This text was based on official documents and bibliographies developed with the objective of producing critical education, such as BRAVO (2001,2002,200), MATOS (2002), ANTUNES (1995), NETTO & BRAZ (2012), among others, in order to be able to analyze the progress of neoliberal dismantling in politics of Brazilian health. bringing some current notes.

KEYWORDS: Health Policy; Privatization; Neoliberalism.

1 | INTRODUÇÃO

Segundo Netto e Braz (2012), no final dos anos 1960/1970, o capitalismo vivenciou a mais aguda crise, e pela primeira vez a economia mostrava grande recessão, somado a altos índices inflacionários. Dois detonadores marcavam o estopim da crise: a desvinculação do dólar ao ouro e a subida dos preços dos barris de petróleo.

Com isso, o capital passou a vivenciar uma crise estrutural de grande impacto, a ponto de o sistema capitalista ter de se reestruturar para reestabelecer suas crescentes taxas de lucro. Articulando e adotando algumas tendências, dentre elas, um plano de enxugamento do Estado, políticas fiscais e monetárias, privatização, e um projeto de desarticulação do mundo do trabalho com a reestruturação produtiva e a criminalização de greves e sindicatos, além da redução drástica nos direitos e conquistas sociais dos trabalhadores. Antunes (1995) salienta, que as consequências geradas pela crise, foram de maior impacto para a classe trabalhadora, sobretudo na retração dos direitos adquiridos.

Nesse contexto de crise estrutural do capital, nos anos 1980, a sociedade brasileira ao mesmo tempo em que vivenciava um processo de redemocratização política superando o regime ditatorial de 1964, experimentou uma profunda e prolongada crise econômica e social. Dois projetos societários se antagonizavam: a democracia de Massas, que visa a ampliação da democracia, dos direitos sociais, ampla participação social, versus o projeto de democracia restrita, que visa um Estado com mínimas atribuições para o social, sendo também, o propulsor no processo de privatizações. (BRAVO,2008) Esses dois projetos societários têm repercussões nas diversas áreas das políticas sociais. No que diz respeito à saúde, dois projetos também se antagonizavam: o projeto da reforma sanitária e o projeto privatista. Sendo o primeiro, de construção democrática e popular, reafirmando um conceito de saúde ampliado, - saúde como direito de todos - tendo diversos condicionantes e determinantes, e sendo de dever do poder público construir uma política de saúde que vise o bem-estar de forma integral ao indivíduo. E o segundo, de cunho excludente, alinhado a lógica mercantil.

21 O DESMONTE NEOLIBERAL NA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Segundo Bravo e Matos (2002), nos anos 1990 há um redirecionamento do papel do Estado Brasileiro, influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal, favorável à implementação do programa de estabilização; ajuste e reformas institucionais do Fundo Monetário Internacional e do Banco Mundial firmados no Consenso de Washington de 1989 - com suas diretrizes de abertura irrestrita da economia, desregulamentação comercial e financeira, enxugamento do Estado, com a privatização das estatais e demissões em massa. “A globalização neoliberal se caracteriza pela violenta reconcentração de capital mediante a privatização do patrimônio público” (Lima, 2010), privatização inclusive de direitos sociais garantidos, com um projeto de desmonte da seguridade social.

No Brasil, as políticas neoliberais adentram na gestão Sarney, e ganham força na gestão Collor de Mello, com o Estado negligenciando suas funções básicas para se aliar ainda mais com o grande Capital, através de uma proposta de administração pública burocrática, a favor de um modelo gerencial, com foco na redução dos custos. Ou seja, transferindo para o setor privado e para sociedade civil as atividades e responsabilidades que antes eram suas. (BRAVO; MATOS,2002)

Com isto aprofundou-se o retrocesso com a redução de verbas para os setores sociais, não havendo uma apresentação sobre o projeto de política de saúde do governo federal, boicotando a implantação plena de um Sistema Único de saúde, ao promover um projeto de saúde voltado para o mercado. De modo que já dava início a desconstrução da proposta de política de saúde da reforma sanitária, dando espaço à saúde vinculada ao mercado, responsabilizando a sociedade civil pelos custos da crise estrutural do capitalismo.

Apesar das questões acima, o setor saúde consegue obter alguns avanços importantes. Tendo como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, onde aprovou-se um relatório que visava os interesses populares, reivindicando um conceito amplo de saúde, abrangendo as condições de vida das pessoas, desde assistência médica ao direito de salário justo. Assim como também vale ressaltar a aprovação do SUDS (Sistema Único descentralizado de Saúde) em 1987, e posteriormente com a Constituição Federal de 1988, afirmando a saúde como direito social - Art. 6º. A saúde como integrante do tripé da seguridade social – Art. 194 e Art. 195, e uma Seção exclusiva intitulada “DA SAÚDE”, onde consolida a saúde como direito de todos e dever do Estado. Além das Leis Orgânicas da Saúde (8.080/1990 e 8.142/1990), estabelecendo assim o SUS (Sistema Único de Saúde). Entretanto, a restrição orçamentária foi submetida a gasto social, desconsiderando a saúde como um investimento social.

A organização do Sistema único de saúde como política nacional de saúde após árdua negociação pode ser considerada consequência das profundas mudanças que marcaram a sociedade brasileira nos últimos vinte anos, sobretudo das disputas políticas entre os defensores de um sistema único de saúde público, universal e participativo, e grupos identificados com interesses privados e corporativos (LIMA, 2010. Pág. 279-310).

A desconstrução da seguridade social deu-se de maneira mais definitiva a partir do governo de Itamar Franco, iniciado em 1992. O então Ministro da Previdência e Assistência, retirou a participação da contribuição previdenciária de base de cálculo do financiamento do Sistema Único de Saúde, o que diminuiu, substantivamente, os recursos destinados ao pagamento dos procedimentos realizados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), desde 1990 sob administração do Ministério da Saúde (Lima,2010). Além, da Receita Federal também não repassar recursos da contribuição social para o financiamento da seguridade social em razão dos acordos assumidos com o FMI e o BM.

Concomitantemente ao processo de desfinanciamento do Sistema Único de Saúde e de deterioração dos serviços públicos, observa-se a reconfiguração da relação público-privada. Isto posto, o art. 199 da lei 8.080/1990, diz que “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada” e no inciso 1ª reforça que “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.” As entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos passaram a ser privilegiadas desde os anos 1980 e se acentua ao longo da década de 1990, assim como os segmento de planos e seguros de saúde privados, tendo em vista, o processo em curso do sucateamento da política de saúde pública.

A partir de 2002, o Partido dos Trabalhadores (PT) retoma o diálogo com os princípios da Reforma Sanitária – até então abandonados. Sobre esse ponto, cria-se a Secretaria de gestão do trabalho em saúde, que tem como função formar recursos humanos para a saúde, regulamentando as profissões e o mercado de trabalho na mesma área. A secretaria de atenção à saúde, ainda unificou as ações de atenção básica, ambulatorial e hospitalar, instaurando ainda uma secretaria de gestão participativa.

Bravo (2001) enfatiza, que os governos petistas embora tenham retomado os ideais da reforma sanitária, foram governos neoliberais, sobretudo no setor saúde, permitindo maior participação do setor privado com as parcerias público/privado. Ao analisar esses governos percebe-se diversas ações de estratégia que não defendem a concepção de seguridade social; não enfatiza o Controle Social (não prevê os conselhos gestores de unidade); e defende a proposta de criação das Fundações/Empresas Estatais de Direito Privado, como a EBSEH (Lei 12550/2011 – modelo privado de gestão para administrar os Hospitais Universitários). Esse plano de gestão intensifica a precarização sobre os trabalhadores, em particular na área da saúde, com a retirada do Plano de Carreira, implementação da terceirização; flexibilização da jornada de trabalho, dentre outros. Soma-se a isto o desfinanciamento proposto pela desvinculação Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) da receita do setor saúde, ou seja, utilizando sistematicamente os recursos do orçamento da seguridade social para garantir o superávit das contas públicas. (LIMA,2010)

A partir de 2014, agrava-se o contexto político do país e em 2016 com o processo de impeachment dá até então presidenta democraticamente eleita, Dilma Rousseff, inicia-se o governo Michel Temer, que teve como características um ideário liberal, com redução do Estado, diminuição do financiamento para as políticas sociais, que impõe a desestruturação e privatização crescente nas políticas públicas; programas focalizados e imediatistas (combate à miséria); ataque aos servidores públicos; interlocução com setores conservadores e aprovação da reforma trabalhista. Por conseguinte, o cenário fica acirrado devido a aplicação da Emenda Constitucional nº 95/2018 que institui um novo Regime fiscal, que estabeleceu um limite máximo nas despesas de educação e saúde por duas décadas.

3 I TENDÊNCIAS E DESAFIOS ATUAIS AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A atual gestão de Jair Bolsonaro, apresenta três características básicas; extremo liberalismo, temor das mobilizações e o desprezo pela democracia. Com isto, no setor econômico há uma continuidade com o pacto neoliberal, a partir de um intenso processo de privatização, gestão privada das políticas universais, redução da previdência, assim como retrocesso em diversas políticas sociais.

Na saúde destaca-se;

- A contrarreforma na política de saúde mental, segundo Nota Técnica nº11/2019, da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras drogas, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de atenção à Saúde do Ministério da Saúde. Pondo abaixo as propostas da Reforma Psiquiátrica, ao garantir a perpetuação do modelo manicomial.
- A nova Lei das drogas- (Nº 13.840/2019), que extingue a lógica de redução de danos (priorizando a abstinência dos usuários), visando o financiamento do governo em comunidades terapêuticas, apoiadas por instituições privadas e organizações religiosas.
- Reformulação do Programa Mais Médicos, retirando a parceria com médicos cubanos, deixando as diversas áreas do interior do país sem nenhum tipo de assistência médica.
- Minimização da pandemia do Covid-19, como também total desprezo à ciência e as recomendações da Organização Mundial da Saúde.

Diante dos aspectos mencionados acima, o SUS tem como desafios: construir novas práticas pautadas nos princípios da Reforma Sanitária, resgatando seus princípios de integralidade, igualdade e equidade, visando a saúde em seu conceito ampliado, ou seja, rompendo com a reprodução de uma lógica pautada na prática médica e na medicalização. Assim como, o estímulo ao diagnóstico precoce, visto que não há investimento em práticas preventivas.

Entretanto, é importante ressaltar que o Sistema Único de Saúde tem que lidar com as contradições que se acerbam, como a relação entre universalização X desfinanciamento; expansão do acesso X expansão da privatização; foco na qualidade X foco nas metas, que acabam por constranger o seu pleno funcionamento.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estabelecendo-se como referência mundial o Sistema Único de Saúde brasileiro é constituído por suas bases e princípios alinhadas com o movimento sanitário. Entretanto, desde da década de 1990 sofre com diretrizes neoliberais que boicotam seu pleno funcionamento, utilizando sistematicamente os recursos do orçamento da seguridade social para garantir o superávit das contas públicas. Aliando a saúde ao projeto do grande capital, sucateando as políticas públicas e sociais, além da incorporação do setor privado no SUS, como exemplo das parcerias público-privado.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, P. *Balanço do neoliberalismo*. In; E. SADER & P. GENTILLI (org.) Pós neoliberalismo. Rio de Janeiro: Paz e Terra,1995.

ANTUNES, Ricardo. *Adeus ao trabalho?* Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 9.ed- São Paulo: Cortez,2003.

_____. *Dimensões da crise e metamorfoses do mundo do trabalho*. Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo, n.50. p.78-86, abril,1996.

BRASIL. **Constituição Federal**. Publicação oficial, 1988.

BRASIL. **Decreto-lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. **Decreto-lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

BRASIL. **Decreto-lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011**. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.

BRASIL. **Decreto-lei nº 13840, de 5 de junho de 2019**. Altera as Leis nos 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nos 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95**, de 16 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. In: MOTA, Ana Elizabete et al (org.). Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional. 3 ed. São Paulo: Cortez: 2008. P.88-110.

_____; Matos, Maurilio Castro. A saúde no Brasil: **Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal**. In: Política social e democracia. Maria Inês Souza Bravo, Potyara Pereira (org.) -2. Ed.- São Paulo: Cortez: Rio de Janeiro: UERJ,2002. P. 197-214.

CFESS. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde**. Série Trabalho e Projeto Profissional nas políticas sociais. Brasília: CFESS, 2010, p. 15- 29.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Controle social na Saúde**. In: MOTA, Ana Elizabete; BRAVO, Maria Inês Souza; UCHÔA, Roberta; NOGUEIRA, Vera; MARSIGLIA, Regina; GOMES, Luciano; TEIXEIRA, Marlene (org.) Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2009, p. 111-138.

LIMA, Júlio César França. **A Política Nacional de Saúde nos anos 1990 e 2000: na contramão da história?** In: PONTE, Carlos Fidelis; FALLEIROS, Ialê (org.). Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010, p. 279-312.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia política: uma introdução crítica**. 8º ed. 4º reimp. - São Paulo: Cortez, 2012.

TEIXEIRA, Sônia Fleury. **Reflexões Teóricas sobre Democracia e Reforma Sanitária**. In: TEIXEIRA, Sônia Fleury. Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 1995, p. 17-46.

CAPÍTULO 3

O ASSISTENTE SOCIAL E OS DIREITOS DA GESTANTE: UM OLHAR SOBRE O PARTO HUMANIZADO NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Data de aceite: 01/03/2021

Elizabete Dantas de Souza

Hospital Universitário Professor Alberto
Antunes de Maceió, AL
<http://lattes.cnpq.br/9559422483778490>

Simone Regina Alves de Freitas Barros

Centro Universitário Tiradentes de Maceió, AL
<http://lattes.cnpq.br/7095632461793121>

Viviane de Araujo Melo

Hospital Universitário Professor Alberto
Antunes de Maceió, AL
<http://lattes.cnpq.br/6513618438921821>

Ivanessa Lopes de Barros

Hospital Universitário Professor Alberto
Antunes de Maceió, AL
<http://lattes.cnpq.br/9609929152401>

Ryvane Chrystine Lopes de Barros

Centro Universitário CESMAC de Maceió, AL
<http://lattes.cnpq.br/5132450118060473>

Polyana Magna Lima Dias

<http://lattes.cnpq.br/0181023390359200>
Hospital Universitário Alcides Carneiro de
Campina Grande, PB

Pollyanna Santos de Oliveira Todt

Hospital Universitário Alcides Carneiro de
Campina Grande, PB
<http://lattes.cnpq.br/7992262528336493>

RESUMO: A atuação do Assistente Social na área da saúde, de uma maneira geral, está relacionada ao atendimento direto aos usuários

e não se limita a uma determinada área, mas se estende desde a atenção básica até aos serviços de média e alta complexidade. Apesar dos notáveis avanços advindos com a Constituição Federal de 1988 no campo da Saúde Pública no Brasil, infelizmente a violência obstétrica ainda é uma realidade presente nas maternidades do país. Algumas formas da violência obstétrica podem ser evitadas através da disseminação do conhecimento sobre o tema, e isso só acontece quando existem políticas públicas e uma equipe multiprofissional de atendimento à gestante capazes desta conscientização. Esta pesquisa tem como principal objetivo apresentar a contribuição do assistente social para a garantia de direitos da mulher que opta pelo parto humanizado no Sistema único de Saúde - SUS. Aqui, serão apresentados os principais conceitos relacionados ao tema proposto, bem como os embasamentos legal e científico para o mesmo.

PALAVRAS-CHAVE: Humanização. Assistente Social. Violência Obstétrica.

SOCIAL ASSISTANT AND PREGNANT WOMEN'S RIGHTS: A VIEW ON HUMANIZED BIRTH IN THE CONTEXT OF THE UNIQUE HEALTH SYSTEM

ABSTRACT: The work of the Social Worker in the health area, in general, is related to direct service to users and is not limited to a specific area, but extends from primary care to services of medium and high complexity. Despite the notable advances that came with the Federal Constitution of 1988 in the field of Public Health in Brazil, unfortunately obstetric violence is still a reality present in maternity hospitals in the country.

Some forms of obstetric violence can be avoided through the dissemination of knowledge on the subject, and this only happens when there are public policies and a multiprofessional team to assist pregnant women capable of this awareness. This research has as main objective to present the contribution of the social worker to guarantee the rights of women who choose humanized childbirth in the Unified Health System - SUS. Here, the main concepts related to the proposed theme will be presented, as well as the legal and scientific bases for it.

KEYWORDS: Humanization. Social Worker. Obstetric Violence.

1 | INTRODUÇÃO

A Saúde Pública, na forma conhecida nos dias atuais, é consequência de anos de batalhas e vitórias que resultaram na criação do Sistema Único de Saúde – SUS. O SUS estabelece a oferta da integralidade das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde baseada na identificação dos determinantes e condicionantes sociais de saúde da população (BRASIL, 2004).

No entanto, apesar de possuir uma proposta de saúde integral e de atenção total ao indivíduo, existem situações que acontecem e merecem um enfoque especial: trata-se da violência obstétrica em hospitais. É importante destacar que este tipo de violência não acontece apenas no contexto do SUS; há também relatos de mulheres que sofreram este trauma na rede privada de assistência à saúde. A violência obstétrica pode acontecer desde o pré-natal até o puerpério e se apresenta das mais variadas formas.

Diante deste cenário, torna-se fundamental o conhecimento da Lei 7.633/2014, que dispõe sobre a humanização da assistência à mulher durante todo ciclo gravídico. O Art. 14 desta mesma Lei regular os comportamentos considerados como violência obstétrica, dentre os quais é possível destacar a censura da mulher quando a mesma expressa sua dor física, o impedimento do acompanhamento pelo cônjuge ou parente no trabalho de parto, a realização de cesariana sem recomendação real e clínica, impedir ou retardar o contato da criança com a mulher logo após o parto, entre outros. Observa-se, então, a importância da existência e da participação de um profissional que seja capacitado a orientar a gestante no que diz respeito aos seus direitos relativos ao parto humanizado.

Dentro do contexto do SUS, a atuação do assistente social é fundamental uma vez que os determinantes sociais da saúde exigem a participação de um profissional qualificado. Apesar de considerado um sistema recente em termos legais, o SUS possui a maioria de seus direitos desconhecidos por parte dos usuários, com destaque, dentre esses, para as gestantes. De acordo com o Ministério da Saúde (2020), existe um processo de construção de uma consolidação de direitos em parceria com as políticas públicas. Porém, tais direitos muitas vezes não são garantidos, fato que prejudica o desenvolvimento saudável da gestação e o do feto.

Sendo assim, esta pesquisa tem como principal objetivo apresentar a contribuição do assistente social na garantia de direitos da mulher que opta pelo parto humanizado no

Sistema Único de Saúde - SUS. Serão apresentados os principais conceitos relacionados ao tema proposto, bem como realçado o embasamento legal e científico para o mesmo.

Para desenvolver este estudo foi realizada uma ampla pesquisa bibliográfica em livros, artigos, documentos e legislações relacionadas ao tema proposto.

2 | DESENVOLVIMENTO

2.1 A violência obstétrica no SUS

De uma maneira geral, a violência contra a mulher não está restrita apenas ao âmbito da saúde pública. Na verdade, trata-se de um fenômeno que acontece em todo mundo e pode atingir diversas esferas da vida da mulher (física, patrimonial, psicológica, etc.). O fato é que, historicamente, a mulher enfrenta vários tipos de violência que se materializam independentemente da sua classe social, cor, etnia, cultura e religião. Para muitos, a violência contra a mulher pode ser considerada como sendo um reflexo da sociedade antiga, que se fundamentou nos pilares patriarcal e machista (SANTOS *et. al.*, 2020).

Dentre as violências enfrentadas pela mulher, realça-se a violência obstétrica, cujo debate tem se expandido de forma considerável nos dias atuais diante da evolução dos meios de comunicação. É cada vez é mais comum a existência de descasos e de transgressões à lei que prevê assistência humanizada as gestantes no trabalho de parto, parto e pós-parto, principalmente no âmbito das instituições públicas.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2020), muitas mulheres passam por algum tipo de abuso durante o parto em instituições de saúde em todo o mundo. São situações de desrespeito e maus tratos que culminam em consequências avassaladoras para estas mulheres. Muitas destas situações, que são expostas, causam traumas tanto psicológicos quanto físicos. Esse tipo de tratamento inaceitável não só infringe os direitos das mulheres, mas significa uma realidade de ameaça concreta do direito à vida.

É possível encontrar diversas definições para o termo “violência obstétrica”. Na verdade, nos últimos anos têm surgido diversos conceitos relacionados ao tema. Um dos conceitos mais recentes pode ser encontrado na Lei de Combate a Violência Obstétrica que foi aprovada no Estado de Santa Catarina que, em seu artigo 3º, realça o que segue:

Art. 3º. Considera-se violência obstétrica todo ato praticado por membro da equipe de saúde, do hospital ou por terceiros, em desacordo com as normas regulamentadoras ou que ofenda verbal ou fisicamente as mulheres gestantes, parturientes ou puérperas.

De acordo com Finger e colaboradores (2018), é considerada violência obstétrica aquela praticada contra a gestante e contra a sua família no decorrer da prestação de serviços de saúde, seja durante o pré-natal, o parto, o pós-parto ou o abortamento. Este tipo de violência pode se manifestar de forma verbal, física, psicológica e até mesmo sexual.

Na visão de Zanardo *et. al.* (2017, p. 5)

[...] a violência obstétrica é considerada uma violação dos direitos das mulheres grávidas em processo de parto, que inclui perda da autonomia e decisão sobre seus corpos. Nesse sentido, significa a apropriação dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais da saúde, através de uma atenção mecanizada, tecnicista, impessoal e massificada do parto.

Observa-se, então, que existem definições que são capazes de oferecer um conceito bastante claro e compreensível do que é a violência obstétrica.

De acordo com Diniz (2005), a violência obstétrica sempre esteve presente na história da humanidade e, em cada época, assumiu uma forma peculiar. Os autores destacam que a perpetuação desta forma de violência contra a mulher advém da ausência de informações, aspecto que acarreta o medo de questionar sobre os processos que irão ser concretizados durante a evolução do trabalho de parto. Essa situação pode levar essas gestantes a aceder com a inconcebível e vexatória violação dos seus corpos por diferentes pessoas, tolerando as diversas situações incômodas sem o cabível protesto.

De acordo com o Ministério da Saúde, os partos hospitalares no Brasil equivalem a 98,08% dos partos efetivados na rede de saúde. Ainda é possível observar que, entre os anos de 2007 e 2011, subiu de 46,56% para 53,88% o percentual de parto do tipo cesárea, atingindo a uma taxa de 56% na população geral no ano de 2015 – percentual dividido entre o atendimento nos sistemas público e privado -, que apresentam uma taxa de 40% e 85%, respectivamente. Estes dados ganham maior relevância quando a mesma pesquisa mostra que a maioria das mulheres que se submetem a um parto cesariano não participa do processo de escolha do procedimento a ser utilizado, embora muitas das vezes prefiram o parto normal (BRASIL, 2020).

O fato é que, na prática, a violência obstétrica é bastante comum e pode se manifestar das mais variadas formas. Este tipo de violência pode ser observado até mesmo em frases preconceituosas, e em alguns casos pelo tom jocoso, malicioso ou até mesmo arrogante. Frases do tipo: “na hora de fazer não gritou assim”, “não tem para que esse escândalo”, “se ficar gritando assim, vai ficar aí sentindo dor sozinha”, são exemplos claros de violência obstétrica e merecem atenção por parte dos profissionais envolvidos no processo. Lamentavelmente, sempre existiu esse tipo de agressão. Ordinariamente, inúmeras mulheres passam por sofrimento desnecessário em algum momento da gestação em todo o mundo. O tratamento violento e agressivo em algumas maternidades do Brasil é uma realidade que não pode e nem deve ser mais ser ignorada.

2.2 A Legislação e a violência obstétrica

A legislação vigente no Brasil merece destaque no tocante à garantia de direitos a gestante. No entanto, é oportuno esclarecer que a maioria das leis existentes são de iniciativa dos estados e dos municípios.

De âmbito federal, existe a Lei nº 11.108, de 2005, que garante à gestante o direito

de contar com um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto, sendo este acompanhante de livre indicação da própria parturiente.

A atenção e o cuidado necessários com o bem-estar emocional da gestante acabaram ficando olvidados em meio ao ambiente impessoal hospitalar, fato que potencializa sentimentos como o medo, a dor e a ansiedade daquela que está dando à luz. Por conseguinte, elevam-se as complicações obstétricas ensejando maiores intervenções.

Conseqüência de tais premissas, o município de Curitiba/PR promulgou, no ano de 2016, a Lei nº 14.824, diploma que faculta a presença de Doulas durante todo o período de trabalho de parto e pós-parto em maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares, quando a gestante assim o desejar. A aprovação desta lei significa um considerável avanço no sentido de garantia de direitos à gestante.

De acordo com Souza e Araújo (2013), a palavra “Doula” vem do grego e significa “mulher que serve”, sendo hoje utilizada para se referir à mulher sem experiência técnica e científica na área da saúde, mas que tem por missão orientar e assistir a mãe nos procedimentos do parto e nos cuidados necessários com o bebê. O principal papel da Doula durante o trabalho de parto é a prestação de suporte emocional.

No âmbito nacional, esforços institucionais têm sido cultivados pelo Ministério da Saúde com o objetivo de avançar com as iniciativas capazes de oferecer melhores condições de vida às mulheres, de maneira geral, por meio da inclusão da perspectiva de gênero nas análises epidemiológicas e no planejamento das ações em saúde. É possível observar uma ampla rede de propostas abrangendo programas e políticas em saúde que foram instituídas com o principal objetivo de acompanhamento da gestante neste processo. Entre esses programas, destacam-se o Programa de Humanização do Parto e Nascimento, a Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS e a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, entre outros. Por meio da edição da Portaria nº 1.459/2011, fez-se instituir, ainda, a Rede Cegonha, iniciativa que busca assegurar o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, tudo com a finalidade de promover a prática de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança desde o parto até os 24 meses de vida, bem como também buscar diminuir os índices de mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2020).

É possível observar ainda que, desde o ano de 2015, o Ministério da Saúde tem se esforçado para propor medidas com o objetivo primordial de minimizar os altos índices de violência obstétrica, ora ainda existentes. Entre as principais ações propostas, destaca-se o lançamento dos documentos do Ministério da Saúde “Diretrizes de Atenção à Gestante: operação cesariana” e “Diretrizes de Atenção à Gestante: o parto normal”, que possuem como finalidade a qualificação da atenção e a garantia do acesso à informação sobre os riscos e ganhos para a saúde, de maneira compartilhada, entre a gestante e a equipe. O Ministério da Saúde, junto a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), veiculou um rol de medidas de estímulo ao parto natural, dentre elas um projeto piloto que está

sendo implantado em 23 hospitais privados e 5 maternidades do SUS, entidades que apresentavam taxas de realização de cesarianas superiores a 88% e 60%, respectivamente. Estão envolvidas nesse projeto estratégias que vão desde o ajustamento de recursos humanos para agrupar equipe multiprofissional nesses serviços, a capacitação profissional para expandir a segurança na consumação do parto normal e o engajamento da equipe e das gestantes, até a revisão das práticas relacionadas ao atendimento das gestantes e bebês desde o pré-natal até o pós-parto (BRASIL, 2020).

Uma das mais recentes conquistas relacionadas aos direitos da gestante foi alcançada através da publicação da Resolução nº 2.144/2016 do Conselho Federal de Medicina (CFM), ato que condicionou a realização de cesariana - mesmo que a pedido da gestante e nas situações de risco habitual - a partir da 39ª semana de gestação, medida que tem como objetivo precípuo a garantia da segurança do feto. Essa diretriz garante o direito de escolha da mulher pela cesariana e resguarda a sua autonomia; em contrapartida, exige que essa mulher tenha recebido todas as informações relacionadas ao parto vaginal e à cesariana, incluindo seus benefícios e riscos.

Em Alagoas, o principal destaque nessa área de atuação é o Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA), localizado em Maceió e que, de acordo com o Ministério da Saúde, possui um dos programas de atendimento à gestante mais completos do Brasil. Em seu site, o Ministério da Saúde exaltou a implantação de uma sala exclusiva para parto normal e humanizado e a inauguração do Espaço Bem Nascer, uma enfermaria da maternidade que funciona exclusivamente como sala de parto normal. No local, a gestante é assistida em todos os momentos da evolução do parto de forma humanizada e segura (BRASIL, 2020).

Silva (2020) afirma que a violência obstétrica tem se tornado uma rotina na vivência das mulheres brasileiras, realidade na qual prevalecem o desrespeito, as humilhações e a discriminação de ordem étnica, econômica e social. Contudo, essa lamentável forma de violência deve ser enfrentada pelas instituições e pelos profissionais de saúde com o objetivo de garantir o exercício de direitos pelas mulheres, a exemplo dos sexuais, dos reprodutivos e, em especial, dos humanos.

2.3 O parto humanizado: principais práticas

Apesar da violência obstétrica que ainda existe no Brasil, é importante destacar que o Ministério da Saúde, em parceria com a Organização Mundial da Saúde, tem apoiado, com bastante afinco, práticas de cuidado ao parto e ao nascimento que possam garantir a qualificação, a humanização e a segurança necessárias.

A Organização Mundial da Saúde publicou, no ano de 1996, o informe Maternidade Segura, informe através do qual recomendou o uso de boas práticas na assistência obstétrica e ofereceu uma classificação destas recomendações em quatro categorias: (1) práticas claramente úteis e que devem ser estimuladas; (2) práticas claramente prejudiciais

ou ineficazes e que devem ser eliminadas; (3) práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão; (4) práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado (OMS, 2020).

A Organização Mundial da Saúde destacou, ainda, algumas práticas que devem ser estimuladas durante o trabalho de parto, a saber:

[...] a oferta de líquidos por via oral, o apoio empático pelos prestadores de serviço, o respeito à escolha da mulher quanto ao acompanhante durante a parturição, o esclarecimento das dúvidas e fornecimento de informações que as mulheres desejarem, a utilização de métodos não invasivos e farmacológicos para alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, o monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente, a liberdade de posição e movimento, estímulo a posições não supinas, uso do partograma, contato pele a pele precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora pós-parto, conforme diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno.

A utilização dessas práticas propostas pela Organização Mundial da Saúde, proporcionam à gestante um ambiente acolhedor e humanizado com o condão de influenciar positivamente em todo o trabalho de parto.

No Brasil, o Ministério da Saúde lançou, em junho de 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento através da Portaria/GM nº 569. Esse programa está embasado na avaliação das necessidades de atenção peculiar à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto, atendendo algumas particularidades especificadas no próprio programa, entre as quais destacam-se:

[...] concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal registradas no país; adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal; ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos, e outras ações como o Maternidade Segura, o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, além da destinação de recursos para treinamento e capacitação de profissionais diretamente ligados a esta área de atenção, e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes (BRASIL, 2020, p. 35).

Existem, ainda, alguns princípios nos quais o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento está estruturado, que são: toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica; todo recém-nascido tem direito à assistência

neonatal de forma humanizada e segura (BRASIL, 2020).

Sendo assim, é possível observar que o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento possui, como objetivo principal, a garantia de melhoria ao acesso, à cobertura e à qualidade do acompanhamento pré-natal, à assistência ao parto e puerpério à gestante e ao recém-nascido, no ponto de vista dos direitos de cidadania.

Um trabalho de extensão e pesquisa sobre direitos da gestante com mulheres e agentes comunitárias de saúde no bairro Amoras, em Viçosa, Minas Gerais, desenvolveu uma cartilha na qual é possível observar de maneira clara os principais direitos das gestantes. Veja uma síntese desses direitos no quadro abaixo:

DIREITOS SOCIAIS	São todos aqueles que garantem à gestante: atendimento em caixas especiais, prioridades na fila de bancos, supermercados, acesso à porta da frente de lotações e assento preferencial.
DIREITOS TRABALHISTAS	<ul style="list-style-type: none">• Estabilidade no emprego;• Dispensa do horário de trabalho para consultas e exames;• Mudar de função ou setor no trabalho;• Licença maternidade de 120 dias;• Dispensa do trabalho duas vezes ao dia por pelo menos 30 minutos para amamentar, até o bebê completar seis meses.
DIREITOS NO PRÉ-NATAL	<ul style="list-style-type: none">• Acompanhamento gratuito pela Secretaria Municipal de Saúde;• Levar um acompanhante nas consultas (companheiro, mãe, amiga ou outra pessoa);• Cartão da gestante;• Conhecer antecipadamente o hospital onde será realizado seu parto.
DIREITOS NO PARTO	<ul style="list-style-type: none">• A um parto normal e seguro;• Acompanhante no parto e pós-parto;• De ser escutada em suas queixas e reclamações.
DIREITOS APÓS O PARTO	<ul style="list-style-type: none">• Mãe e filho tem o direito de ficar juntos no mesmo quarto;• Receber orientações sobre quando e onde será a consulta pós-parto e cuidados com o bebê;

Fonte: Bevilacqua *et. al.* (2008)

Muitas vezes, a humanização do nascimento é confundida como uma nova técnica quando, na verdade, significa respeitar tanto a fisiologia do parto quanto a da mulher. Embora seja algo visivelmente simples, infelizmente ainda encontra empecilhos na sua efetivação seja pelos protocolos institucionais ou pelas práticas ultrapassadas e sem embasamento científico.

Sendo assim, é importante destacar que é alto o número de mulheres que desconhecem a existência desses direitos. Por essa razão, surge então a importância do

acompanhamento de um Assistente Social em todo o processo da gestação com o objetivo de auxiliar a gestante no conhecimento de seus direitos.

2.4 Atuação do Assistente Social frente aos direitos da gestante

A inclusão do Serviço Social no campo da saúde foi expandida após a promulgação da Constituição Federal de 1988, que erigiu a saúde ao patamar de direito de todos e dever do Estado. A partir desse momento, começou a reorganização dos serviços de saúde, mediante a descentralização e a municipalização, tendo como finalidade a construção de um novo modelo assistencial fundamentado nos princípios do SUS e na participação social (BARBOSA, 2018).

A atuação do Assistente Social na área da saúde, de uma maneira geral, está relacionada ao atendimento direto aos usuários e não se limita a uma determinada área, mas se estende desde a atenção básica até aos serviços de média e alta complexidade. A ação desempenhada por esse profissional pode ser observada através de uma equipe interdisciplinar articulada por vários profissionais da área da saúde (DELFINO, 2016).

Merecem destaque os parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, conforme versa O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2010) com o objetivo de desenvolver a atenção social:

- Atendimento direto aos usuários do serviço, que deve ocorrer nos diferentes espaços de atuação profissional na saúde com ações interdisciplinares, sócios assistenciais e socioeducativas.
- Mobilização, participação e controle social - conjunto de ações que abrangem usuários, familiares, trabalhadores da saúde e movimentos sociais em espaços democráticos de controle social e nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde.
- Investigação, planejamento e gestão – envolve um conjunto de ações que objetiva o fortalecimento da gestão democrática e participativa, capaz de produzir em equipe e em diferentes setores, propostas que viabilizem e potencializem a gestão em favor dos usuários e trabalhadores da saúde na garantia dos direitos sociais.
- Assessoria, qualificação e formação profissional - através da assessoria, o profissional auxilia as equipes multiprofissionais de saúde na elaboração de planos, programas e projetos. A qualificação e formação profissional são de muita importância e tem como objetivo a melhoria da qualidade dos serviços prestados ao usuário.

Quando se enfoca a participação do Assistente Social na conscientização dos direitos da gestante, é fundamental lembrar que as questões relacionadas à humanização do parto e ao atendimento à parturiente e ao bebê são pontos que são comuns ao Projeto Ético Político Profissional do Serviço Social. Dessa forma, é possível afirmar que a defesa

da humanização está interligada à atuação do assistente social.

Souza e Araújo (2018) indicaram algumas ferramentas através das quais o Assistente Social pode auxiliar na melhoria do atendimento obstétrico prestado a mulheres e bebês. Veja no quadro abaixo:

PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS DEFINIDOS NO CÓDIGO DE ÉTICA DO ASSISTENTE SOCIAL	REALIDADE OBSTÉTRICA NO BRASIL - BASEADO NA PESQUISA NASCER NO BRASIL (FIOCRUZ, 2012)
1 - Reconhecimento da liberdade como valor ético central, autonomia, emancipação dos indivíduos	Um fator relevante de insatisfação para as mulheres é a falta de protagonismo e participação nas decisões durante todo o processo do parto e a falta de comunicação com os profissionais.
2 - Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e autoritarismo.	Apenas 19,8% das mulheres participantes da pesquisa Nascer no Brasil tiveram o direito ao acompanhante de livre escolha em todos os momentos da internação. Este é um direito garantido pela Lei nº 11.108/2005 que foi desrespeitado em 80,2% das internações.
3 – Posicionamento em favor da equidade e justiça social e compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população	No cenário relacionado ao parto, é possível perceber que o princípio de equidade é contrariado quando existe um maior grau de satisfação e melhor relacionamento com os profissionais possibilitado pelo pagamento privado. É quase como entender que um atendimento com equidade e justiça vai até onde o poder financeiro e aquisitivo do indivíduo alcança.
4 - Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito e o exercício profissional sem ser discriminado nem discriminar.	Em várias análises a região onde reside, cor, escolaridade e renda significaram os piores desfechos referente à qualidade do cuidado ofertado. Existe ainda o mito de que as mulheres de baixa renda e escolaridade não tem capacidade para entender ou autonomia para decidir sobre intervenções no atendimento ao parto.

Fonte: Souza e Araújo (2017)

Observa-se, então, que o Assistente Social está inserido no contexto de acompanhamento da gestante, ocupando uma posição de mediador do processo de acesso aos direitos e à legitimação da cidadania, atuando como um profissional capacitado para a identificação dos determinantes sociais e da inquietação das vulnerabilidades, podendo interferir na qualidade de vida e da saúde das parturientes e bebês. Sendo assim, o Serviço Social contribui significativamente para o acesso às informações sobre o direito à saúde, incidindo como um articulador entre a gestante e os demais profissionais de saúde envolvidos em todo o processo, como também em ações sócio educativas, desenvolvendo, com isso, um atendimento humanizado às mulheres parturientes e bebês. Proporciona, com isso, uma aproximação aos níveis esperados tanto pelos órgãos

gestores quanto pela sociedade.

A concretização dos direitos humanos e da cidadania previstos no Código de Ética é um dos grandes desafios do Serviço Social. Em tempos de naturalização das expressões da Questão Social e a emergência de novas expressões, dois movimentos se destacam: o processo de socialização de informações e a instigação de reflexão sobre a realidade social, objetivando construções coletivas que apontem para uma efetiva emancipação humana (DELFINO, 2016).

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos notáveis avanços advindos com a Constituição Federal de 1988 no campo da Saúde Pública no Brasil, infelizmente a violência obstétrica ainda é uma realidade presente nas maternidades do país. É incontestável que muitas leis e decretos foram primordiais para o enfrentamento deste problema. No entanto, ainda existem falhas no processo que merecem a devida atenção.

Algumas formas da violência obstétrica podem ser evitadas através da disseminação do conhecimento sobre o tema, e isso só se faz viável quando existem políticas públicas capazes de disseminar conscientização, além da atuação de uma equipe multidisciplinar no atendimento a gestante deste o pré-natal que se preste a orientá-la quanto aos seus direitos.

O conhecimento acerca da violência obstétrica possibilita o desenvolvimento de ações que podem prevenir a violação dos direitos e, assim, alcançar um parto humanizado e de qualidade. A compreensão das leis que resguardam a gestante é fundamental para que essas possam exercer seus direitos que estão garantidos pela lei. A necessária proteção da gestante é um processo que se torna cada vez mais essencial para o exercício da cidadania, garantindo a si e aos seus filhos seus direitos e prerrogativas.

O profissional capacitado para fornecer essas informações à gestante é o Assistente Social. No entanto, em várias instituições, esse profissional ainda não possui um papel definido quer na mente dos usuários do Sistema de Saúde Pública, quer na dos profissionais que atuam em regime de equipe multiprofissional.

A presença e a atuação do Assistente Social na conscientização dos direitos da gestante frente à humanização do parto são fundamentais para que essa mulher possua o atendimento completo proposto pelo Ministério da Saúde. Diante do quadro da violência obstétrica, esse profissional deve agir ao lado das mulheres desenvolvendo possibilidades de enfrentamento à opressão e evidenciando que as mulheres têm o direito a gestação e parto seguro e confortável.

A atuação do Assistente Social deve ser observada desde a primeira consulta, no pré-natal, no nascimento do bebê e no pós-parto, fornecendo à mulher as informações necessárias para sua segurança e tranquilidade. No entanto, para que isto se torne uma

realidade em todos os hospitais brasileiros, a conscientização sobre a importância desse profissional no acompanhamento a gestante deve ser fomentada através de políticas públicas de incentivo a essa prática.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, E. A. **A Humanização do Serviço em Saúde e o Serviço Social**. 2018. 65f. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2018. Disponível em: <http://www.uel.br/cesas/sersocial/pages/arquivos/ELIANE%20APARECIDA%20BARBOSA.pdf>. Acesso em 30 set.2020.

BEVILACQUA, P.D. et.al. **Direitos da Gestante: Conhecer para exigir**. Núcleo Interdisciplinar de Estudos de Gênero Universidade Federal de Viçosa. Viçosa, 2008.

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

BRASIL, Humaniza SUS: **Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comunicação. **Hospital em Maceió (AL) implanta sala exclusiva para parto normal e humanizado**. Jun/2015. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/comunicacao/noticias/hospital-em-maceio-al-implanta-sala-exclusiva-para-parto-normal-e-humanizado>.

Acesso em: 01 out.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento** / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em 01 out. 2020.

BRASIL, **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas 1 ed. 2ª reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Projeto de lei nº, DE 2014 (Do Sr. Jean Wyllys)**. Disponível em: Acesso em 15 de abril de 2019.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília, 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso e 30 set. 2020.

DELFINO, C.C.S. **Violência Obstétrica e Serviço Social: limites e desafios na atualidade**. Congresso regional de serviço social, 2016. Disponível em: <https://www.cressrj.org.br/wp-content/uploads/2016/05/116.pdf>. Acesso em: 29 set.2020.

DINIZ, C. S. G. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**. p. 632. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p. 627-637, 2005.

FINGER, M. A. P.; SANTOS, J.; LOPES, M. C. **A Atuação do Assistente Social Frente aos Limites e Desafios da Violência Obstétrica.** Humanidades em Perspectivas, v. 4, n. 2, 2018. Disponível em: <https://www.uninter.com/cadernosuninter/index.php/humanidades/article/view/883>. Acesso em 05 out.2020.

SANTOS, N.E.M.; OLIVEIRA, P.L.P.; MANSO, V.O.; QUINTANA, S.C.R. **Da desumanização a humanização do parto.** Revista Saúde em Foco - Edição nº 12 – Ano: 2020. Disponível em: <https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2020/06/DA-DESUMANIZA%C3%87%C3%83O-A-HUMANIZA%C3%87%C3%83O-DO-PARTO.pdf>. Acesso em 05 out. 2020.

SILVA, K.E.S.S. **O parto, a violência obstétrica e a Política Pública de Prevenção e Humanização.** 2020. 48f. Trabalho de conclusão de curso - universidade federal da Paraíba-UFPB, Paraíba, 2020.

SOUZA, P. F. B.; ARAUJO, V. N. F. **A Humanização do Parto e Nascimento: Contribuições do Serviço Social.** Trabalho de Conclusão de Curso Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Maternidade segura.** Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS; 2020.

ZANARDO, G. L. D. P.; URIBE, M. C.; NADAL, A. H. R. D.; HABIGZANG, L. F. **Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa.** Psicologia & Sociedade, n.29, 2017.

CAPÍTULO 4

O SERVIÇO SOCIAL E A SAÚDE DA MULHER NO PUÉRPÉRIO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DO GRUPO COM MÃES DE RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Data de aceite: 01/03/2021

Ana Paula Chaves de Miranda

<http://lattes.cnpq.br/3185528001719864>

Paola Gomes Ribeiro

<http://lattes.cnpq.br/7721883644830319>

RESUMO: O grupo Saúde da Mulher é um momento de interação e diálogos entre a equipe do Serviço Social e as mulheres. São abordados temas que contribuem para a promoção da saúde das mães e o objetivo do grupo é promover espaço de reflexão e educação em saúde para as puérperas que estão com os bebês internados na UTI neonatal. A metodologia utilizada foi o relato de experiência sobre os grupos.

PALAVRAS-CHAVE: Serviço Social; saúde da mulher; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; educação em saúde.

ABSTRACT: The Women's Health group is a moment of interaction and dialogue between the social service team and women. Subjects that contribute to the promotion of mothers' health are addressed and the purpose of the group is to promote space for reflection and health education for the puerperas who are with babies hospitalized in the neonatal intensive care unit. The methodology used was the experience report about the groups.

KEYWORDS: Social service; women's health; Neonatal Intensive Care Units; Health education.

1 | INTRODUÇÃO

O relato de experiência desenvolvido junto das mães de recém nascidos internados em unidade neonatal buscou promover espaço de reflexão e formação coletiva. Nesse sentido, a proposta em tela localizou-se nas atividades de educação em saúde, propriamente em formato de grupo. O trabalho em grupo também possui papel primordial na construção da cidadania dos sujeitos, que por sua vez é citado como o terceiro princípio do Código de Ética do Assistente Social: “Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras” (BARROCO; TERRA, 2012, p.125). De acordo com esse princípio o Serviço Social se posiciona em prol da luta pela garantia da cidadania da classe trabalhadora. Isso coloca o assistente social como um dos mediadores da execução das políticas sociais, dentre elas a política de saúde.

O artigo foi elaborado com a proposta de apresentar a experiência da equipe de Serviço Social de uma maternidade pública que buscou apresentar como o trabalho em grupo pode colaborar na promoção da saúde da puérpera, na qualificação da assistência e na garantia de direitos da mulher e do recém nascido que permanece internado na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTI). Os grupos de saúde

da mulher são realizados com o objetivo de: promover espaço de reflexão e educação em saúde para as puérperas que estão com os bebês internados na UTI neonatal de uma maternidade pública; desenvolver estratégias de educação em saúde com o uso de metodologias participativas que mobilizem as mães com a finalidade de incentivar a análise crítica dos temas a serem abordados e identificar as principais demandas cotidianas das mães com bebês internados na UTI neonatal, tendo em vista a qualificação da assistência prestada à essas mulheres ao longo do período em que elas permanecem na instituição. De acordo com a atividade realizada com as mães de recém nascidos internados em unidade neonatal, pensar a técnica de grupo na perspectiva socioeducativa coaduna com as práticas preconizadas pelo Serviço Social que busca na análise crítica da realidade uma das formas de atuar e intervir no cotidiano.

1.1 Caracterização da instituição

Este relato de experiência tem como campo uma maternidade pública, uma instituição dedicada à assistência materno-infantil, localizada na periferia de Belo Horizonte, no Estado de Minas Gerais. Atualmente a instituição realiza atendimentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e assiste a uma população superior a 400 mil pessoas dos Distritos Sanitários Norte e Nordeste, em Belo Horizonte e a todos os municípios de Minas Gerais. Atualmente essa instituição possui 150 leitos sendo 60 obstétricos, 41 em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTI), 36 em Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCI), e 13 de outras clínicas, sendo considerada uma das maiores maternidades do país, realizando cerca de 900 partos mensais (MIRANDA, 2015).

Para garantir o direito da criança que encontra-se hospitalizada na neonatologia, de acordo com a Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990 que dispõe o Estatuto da Criança e adolescente (ECA), no artigo 12, a instituição disponibiliza para as mães que já tiveram alta hospitalar, um local onde há um alojamento conjunto cujo o nome é Espaço de Sofias, onde existe a possibilidade da permanência em período integral durante todo o processo de internação do recém-nascido. O espaço conta com 28 acomodações (camas) e são disponibilizados às mães o acesso à alimentação, higienização e acompanhamento multidisciplinar (DUARTE et al., 2013). A coordenação do espaço se dá pela equipe da terapia ocupacional, que também é responsável pela organização das atividades diárias que ocorre por meio de grupos educativos ou de orientações.

2 | METODOLOGIA

O presente artigo buscou trazer o relato da experiência da equipe de Serviço Social na realização dos grupos de saúde da mulher, realizados em uma maternidade. Para Siqueira (2008) o trabalho com grupos operativos busca coerência entre o pensar, sentir e agir. A partir das considerações explícitas trazidas pelo grupo foi possível chegar às

questões consideradas implícitas, promovendo assim, mudanças individuais nas relações grupais. Sendo assim este artigo trata-se de uma breve sistematização de uma das atividades do Serviço Social na instituição e para tanto foram utilizados os registros dos encontros realizados entre maio 2018 a maio de 2019.

No tocante a execução da proposta, o grupo foi realizado com a periodicidade semanal, nas sextas-feiras, no horário das 16 às 17h e aconteceram no alojamento destinado às mães de bebês que permanecem na UTI neonatal, denominado Espaço de Sofias, na perspectiva de garantir o direito da criança a um acompanhante em período integral. As atividades realizadas, o tema, os objetivos de cada encontro, bem como os dados das participantes (nome, idade, município) foram registradas em um caderno de anotações dos grupos para posterior análise e discussão com a equipe. Os temas dos encontros abordados neste artigo foram os seguintes: direitos sexuais e reprodutivos, direitos sociais e previdenciários, planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis, reflexão sobre gênero, violências, dentre outros temas que podem ser inclusive sugeridos pelas mulheres.

O grupo foi operacionalizado e executado pela equipe de Serviço Social da referida maternidade, composta por 05 assistentes sociais, sendo uma residente. Sobre os recursos metodológicos foram utilizados recursos audiovisuais (exibição de documentários, vídeos, apresentação de slides, músicas). O perfil do grupo tem a característica de ser majoritariamente feminino por conta do critério de gênero para a permanência no Espaço de Sofias (apenas mulheres). O número de participantes foi variável levando em conta a disponibilidade das mães para participarem da atividade, sendo que em média cada encontro contou com a presença de 8 puérperas. Cabe ressaltar que estas mulheres são de diversos municípios do Estado de Minas Gerais e que a permanência delas no Espaço de Sofias é variável conforme o período de internação do recém-nascido na UTI neonatal e também depende da decisão da mãe em permanecer no espaço de maneira integral ou parcial, que ocorre nos casos em que a mulher necessita ir até seu domicílio ou precisa resolver outros compromissos.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A coordenação de grupos também é considerada uma competência do Serviço Social, conforme a Lei nº 8.662, de 07 de junho de 1993, que regulamenta a profissão de assistente social. De acordo com o artigo 4º parágrafo V “orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos” (BRASIL, 1993) reforça a importância do desenvolvimento de ações individuais e grupais na atuação do Serviço Social.

A presença da família junto ao recém-nascido de risco, durante a internação nas unidades neonatais além de contribuir para a minimização das angústias e preocupações

com o bebê, colabora com a possibilidade do fortalecimento dos vínculos familiares afetivos, estimula a participação dos familiares e com a presença da mãe, promove e incentiva o aleitamento materno exclusivo nos primeiros meses de vida da criança.

O Serviço Social identificou que o trabalho em grupo com as mães que encontram-se com recém-nascido hospitalizado, denominado Grupo Saúde da Mulher, seria uma possibilidade de abordar temas de orientações com elas, aproveitando o tempo de permanência na instituição, mas também como forma de trabalhar sua autonomia e cidadania. Este momento com as mulheres é baseado na importância da escuta qualificada e também na proposição de um espaço para trocas, esclarecimento de dúvidas e como forma de interação, respeitando a decisão dela em participar ou não.

O Grupo Saúde da Mulher tem sido realizado desde o ano de 2006 sendo de responsabilidade da equipe de Serviço Social. No início o objetivo do grupo era trabalhar a orientação de planejamento familiar, mas com o passar dos anos as próprias mulheres foram demandando outros temas, fazendo com o que a equipe do Serviço Social pensassem em novas estratégias. Atualmente o grupo tem como objetivo principal oferecer espaço onde as mulheres possam interagir com outras mulheres e com a equipe do Serviço Social e trabalhar a saúde de forma integral. Além de ser um momento onde as mulheres possam trocar experiências sobre a gestação e puerpério, o grupo possibilita ofertar orientações sobre direitos sexuais e reprodutivos, direitos sociais e previdenciários, planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis, reflexão sobre gênero, violências, dentre outros temas que podem ser inclusive sugeridos pelas mulheres.

Os grupos foram realizados nas sextas-feiras com início às 16:00 e possui duração de aproximadamente uma hora. A divulgação tem sido realizada mediante convite individual, ou por meio de uma escala afixada no quadro de aviso localizado no Espaço de Sofias e com o apoio da cuidadora de plantão do espaço. A execução do grupo aconteceu conforme o tema proposto, podendo ser realizado através de dinâmicas pré-estabelecidas pela equipe, ou com a participação de um profissional convidado da instituição, quando o tema não era de domínio da equipe do Serviço Social. Havendo algum outro tipo de demanda no momento do grupo apresentado pela mulher, a profissional acolhe, realiza as intervenções necessárias e as encaminha dentro das suas necessidades. No período definido na metodologia, os temas abordados foram: planejamento familiar, direitos sociais e previdenciários, saúde sexual e reprodutiva e violência contra a mulher, e Infecções sexualmente transmissíveis (IST).

Quando o tema foi planejamento familiar, se em algum momento a mulher manifestou interesse por algum método contraceptivo, a profissional verificou se a instituição pode oferecer o método, e quando não, realizamos encaminhamentos para unidade de saúde de referência para a aquisição.

Nas ocasiões em que o tema do grupo foram os direitos sociais e previdenciários, foram abordados o direito à licença maternidade, as condicionalidades acerca do Benefício

de Prestação Continuada (BPC) para as crianças que tiverem indicação, além de orientações de paternidade e direitos aos programas e benefícios disponibilizados pela a Política de Assistência nos equipamentos da rede.

No grupo de saúde da mulher em que o tema foi Planejamento Familiar, foram realizadas orientações sobre os métodos contraceptivos que as mulheres podem utilizar no pós parto que não interferem no Aleitamento Materno, além da orientação acerca dos cuidados com sua saúde e sinais que o corpo pode manifestar quando algo não está bem, enfatizando por exemplo a importância do exame ginecológico preventivo. Neste encontro foi possível trabalhar com a mulher os seus direitos sexuais e reprodutivos bem como, a sua liberdade de escolha e autonomia em decidir sobre o seu corpo e números de gestações que pretende ter.

Temas como violência, infecções sexualmente transmissíveis, foram realizados com os devidos cuidados que os dois assuntos exigiam, mesmo que tenham sido a pedido das próprias mulheres. Por tratarem-se de temas relevantes, mas que exigem abordagens específicas, a equipe avaliou o perfil do grupo para identificar se o assunto não geraria constrangimento para alguma participante. A equipe sempre buscou tomar os devidos cuidados para não provocar desconforto às mulheres, respeitando a individualidade e particularidade de cada uma. O grupo saúde da mulher como espaço de orientação, teve o compromisso de não realizar práticas que de alguma forma pudessem ocasionar danos à saúde da mulher e por não ser um grupo terapêutico, houve avaliar os riscos e benefícios para todas.

No caso de trabalhar com o tema doença sexualmente transmissíveis, profissionais da enfermagem foram convidadas para realizar as orientações, pois geralmente as perguntas que surgem são mais de origem clínica e sobre os possíveis tratamentos.

As mulheres que permanecem no Espaço de Sofias possuem perfis diferentes, e algumas com histórias de vida difíceis, permeada por diversas vulnerabilidades passíveis de intervenções, e que são realizadas de maneira individual e não no coletivo, evitando assim, exposição das mesmas. Então quando os temas são considerados delicados, tentamos criar estratégias com dinâmicas, recursos audiovisuais para compreendermos a dimensão do entendimento delas e até onde podemos trabalhar por exemplo o empoderamento feminino frente às diversas culturas e realidades das mulheres.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho com o grupo saúde da mulher proporcionou momentos de troca de experiências, principalmente porque permitiu com que o grupo de puérperas se fortalecessem e se aproximassem em um espaço por muitas vezes árido como é o caso de uma instituição hospitalar. Essa experiência também proporcionou um amplo aprendizado sobre o respeito às opiniões diversas e foi justamente isso que tornou os debates tão interessantes. Foi

possível perceber também que as ações das assistentes sociais precisam ter um caráter interdisciplinar em uma equipe que desenvolva uma proposta de trabalho que tenha por objetivo principal construir um projeto compartilhador de saúde e que introduza o debate entre a questão social e o adoecimento, respeitando a autonomia do usuário e não o tratando como objeto terapêutico. Outro fator observado foi importância do compromisso ético das assistentes sociais em prol das ações intersetoriais que são fundamentais para potencializar a rede individual e familiar, buscando a efetivação e a garantia da prestação de um Sistema Único de Saúde de qualidade.

Em relação às puérperas que participaram dos encontros, elas avaliaram positivamente a iniciativa através de elogios direcionados a coordenação dos grupos e a partir da proposição de que os grupos sejam realizados com uma periodicidade maior (duas vezes na semana). O fato destas mães buscarem individualmente o Serviço Social a fim de sanar dúvidas que surgiram posteriormente ao encontro também pode ser considerado um indicativo de que este espaço colabora para a reflexão e no cuidado à saúde da mulher. Nesse sentido, a existência de espaços que incentivam a autonomia e a participação das mulheres nos instigam a pesquisar, discutir e ampliar a visão no que diz respeito às ações que são desenvolvidas para as mulheres no âmbito dos direitos e das políticas sociais, principalmente em uma instituição dedicada à saúde materno-infantil.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.** Diário Oficial da União. Brasília, DF, 13 jul. 1990.

BRASIL. Lei nº 8662, de 7 de junho de 1993. **Regulamentação da Profissão:** Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.

BARROCO, Maria Lúcia Silva; TERRA, Sylvia Helena. Princípios Fundamentais. In: BARROCO, Maria Lúcia Silva; TERRA, Sylvia Helena. **Código de Ética do/a assistente social comentado.** São Paulo: Cortez, 2012. p. 125-126.

DITZ, E.; MADEIRA, L. M.; DUARTE, E. D.; **Alojamento Materno:** Construindo uma Estratégia de Humanização da Assistência. REME – Rev. Min. Enf. v.8, n. 4, p.490-494, out/dez, 2004.

DUARTE, Elysangela Ditz et al. Grupos de apoio às mães de recém-nascidos internados em unidade neonatal. **Rev. Rene,** Belo Horizonte, p.1-08, mar. 2013. Disponível em: <<http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3507>>. Acesso em: 12 jun. 2019.

MIRANDA, Ana Paula Chaves de. A participação social, o controle social e a humanização do atendimento à saúde no Hospital Sofia Feldman *In:* SOARES, Leonardo Barros; MARTINS, Priscila Zanandrez. **Por uma sociedade mais transparente:** participação e controle social no Brasil. Belo Horizonte: UFMG/FAFICH, 2015. v.1, p. 39-61.

SIQUEIRA, Mônica Maria Nunes da Trindade. **Famílias: uma experiência de trabalho com grupo.** Revista Ciências Humanas, Taubaté, p.1-14, 2008.

CAPÍTULO 5

CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA E SERVIÇO SOCIAL: ATUAÇÃO JUNTO À FAMÍLIA DO PACIENTE

Data de aceite: 01/03/2021

Data de submissão: 05/02/2021

Lena Lansttai Bevilaqua Menezes

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/
Hospital São Julião/Escola de Saúde Pública/
Secretária Estadual de Saúde (UFMS/HSJ/
ESP/SES)
Campo Grande – MS
ORCID iD: 0000-0001-6987-6383

Eli Fernanda Brandão Lopes

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/
Hospital São Julião/Escola de Saúde Pública/
Secretária Estadual de Saúde (UFMS/HSJ/
ESP/SES)
Campo Grande – MS
ORCID iD: 0000-0002-9322-5465

Francielly Anjolin Lescano

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/
Hospital São Julião/Escola de Saúde Pública/
Secretária Estadual de Saúde (UFMS/HSJ/
ESP/SES)
Campo Grande – MS
ORCID iD: 0000-0001-8123-1190

Tuany de Oliveira Pereira

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/
Hospital São Julião/Escola de Saúde Pública/
Secretária Estadual de Saúde (UFMS/HSJ/
ESP/SES)
Campo Grande – MS
ORCID iD: 0000-0001-6583-0281

Irlanda Pereira Vieira

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/
Hospital São Julião/Escola de Saúde Pública/
Secretária Estadual de Saúde (UFMS/HSJ/
ESP/SES)
Campo Grande – MS
ORCID iD: 0000-0002-5948-6223

Fernanda Maria Souza Juliano

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/
Hospital São Julião/Escola de Saúde Pública/
Secretária Estadual de Saúde (UFMS/HSJ/
ESP/SES)
Campo Grande – MS
ORCID iD: 0000-0002-2637-2588

Kátia Flavia Rocha

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/
Hospital São Julião/Escola de Saúde Pública/
Secretária Estadual de Saúde (UFMS/HSJ/
ESP/SES)
Campo Grande – MS
ORCID iD: 0000-0002-9827-6384

RESUMO: No âmbito da internação hospitalar, no Centro de Terapia Intensiva (CTI), cabe ao profissional assistente social o reconhecimento dos direitos dos pacientes, trabalhando no acolhimento das famílias vulnerabilizadas pela situação da internação hospitalar do seu membro. O trabalho tem como objetivo descrever a atuação do assistente social junto à família do paciente internado em CTI. Trata-se de um estudo descritivo, com base na análise documental e bibliográfica. O assistente social faz a análise do contexto social em que está inserida a família do paciente, realizando

a avaliação socioeconômica, que além dos aspectos relacionados à composição familiar, local de moradia, situação trabalhista e renda, também coleta dados pertinente a religião, formação profissional, cultura, que auxiliam o assistente social na leitura da realidade e na compreensão da dinâmica familiar. Evidencia-se que no cotidiano do CTI, o assistente social se utiliza para o atendimento dos pacientes e suas famílias, da entrevista social, escuta sensível, visita ao leito, abordagens grupais e individuais, orientações sociais, relatório social e encaminhamentos. Socializando informações quanto a bens e serviços prestados pela unidade de saúde, visando à qualidade da assistência prestada ao paciente e a integralidade dos cuidados.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde. Serviço Social. Centro de Terapia Intensiva. Família.

CENTER FOR INTENSIVE THERAPY AND SOCIAL SERVICE: ACTION WITH THE PATIENT'S FAMILY

ABSTRACT: In the context of hospitalization, at the Intensive Care Center (CTI), it is up to the professional social worker to recognize the rights of patients, working to welcome families vulnerable by the situation of their member's hospitalization. The work aims to describe the role of the social worker with the family of the patient admitted to the ICU. It is a descriptive study, based on documentary and bibliographic analysis. The social worker analyzes the social context in which the patient's family is inserted, carrying out the socioeconomic assessment, which in addition to aspects related to family composition, place of residence, work situation and income, also collects data relevant to religion, professional training, culture, which assist the social worker in reading reality and understanding family dynamics. It is evident that in the daily life of the ICU, the social worker is used to care for patients and their families, for social interviews, sensitive listening, bed visits, group and individual approaches, social orientations, social reporting and referrals. Socializing information about goods and services provided by the health unit, aiming at the quality of care provided to the patient and comprehensive care.

KEYWORDS: Health. Social Work. Intensive Care Center. Family.

1 | INTRODUÇÃO

Andrade (2009, p. 221) esclarece que a intervenção do profissional de Serviço Social “orienta-se pela atuação junto ao paciente, familiares, rede de suporte social, instituição na qual o serviço encontra-se organizado”, sendo este um importante profissional dentro do Centro de Terapia Intensiva (CTI).

A vista disso, os “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”, elaborado em 2010, pelo Grupo de Trabalho “Serviço Social na Saúde”, instituído pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), esclarece o objeto de intervenção profissional e algumas especificidades do desenvolvimento da prática, trazendo que:

O reconhecimento da questão social como objeto de intervenção profissional [...], demanda uma atuação profissional em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação das determinações sociais, econômicas e culturais das desigualdades sociais. A intervenção orientada por esta perspectiva teórico-política pressupõe: leitura crítica da realidade e capacidade de

identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos trabalhadores em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os trabalhadores, de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e à ampliação dos direitos (CFESS, 2010, p.34-35).

A importância do trabalho desenvolvido pelo assistente social na Unidade Hospitalar esta na “troca que visa à identificação das necessidades do usuário e a produção de vínculo com o profissional e com o serviço de saúde, bem como planejar as intervenções a serem realizadas em busca da resolutividade das demandas do usuário” (LEAL et al., 2013, p.7).

No âmbito da internação hospitalar, no setor do CTI, cabe ao profissional o reconhecimento dos direitos dos pacientes, trabalhando no acolhimento das famílias que estão vulnerabilizadas diante a internação do seu membro. Neste momento é imprescindível a humanização da assistência, entendendo a singularidade do paciente e do seu núcleo familiar (ROCHA, 2016).

Segundo Rocha (2016, p. 49) o assistente social deve desmistificar os pré-conceitos que englobam o setor de terapia Intensiva, tendo em vista que neste setor “o trabalho realizado é intensivo para a cura e a melhora do paciente é um trabalho de atenção particular e específica ao caso ali apresentado”.

Diante do exposto o presente trabalho tem como objetivo descrever a atuação do assistente social junto à família do paciente internado em Centro de Terapia Intensiva.

2 | MÉTODOS

Estudo descritivo, com base na análise documental e bibliográfica, sobre a atuação do assistente social junto à família do paciente internado em Centro de Terapia Intensiva. Por tratar-se de um estudo de revisão de literatura, fica dispensado da aprovação do Conselho de Ética em Pesquisa (CEP).

3 | RESULTADOS

No cenário da internação hospitalar, dentro no setor de terapia intensiva, a família também se percebe doente, seja pela desestruturação holística, por conta da vivência diária do risco iminente da perda, seja pela “a sensação de impotência diante da doença, o sentimento de culpa, a impossibilidade de manter suas tarefas diárias e tantas outras modificações que a doença e a hospitalização acarretam no seu cotidiano” (MARTINS et al., 2008, 1093).

E muitas vezes, o agir da equipe se torna mecânico, pelo fato dos profissionais estarem acostumados a vivenciar estas situações diariamente, sendo parte da sua rotina

de trabalho, não se atentando ao sofrimento que a setor de terapia intensiva causa nas famílias. Sendo o assistente chamado a intervir nestas relações, para que a família seja assistida de forma humanizada, sendo considerada na sua singularidade.

Outra situação posta por Fernandes e Komessu (2013, p. 255) diz respeito ao fato da equipe de saúde não perceber a necessidade de acolhimento da família “que muitas vezes entra e sai da UTI no horário de visita sem receber a atenção que necessita para o enfrentamento da situação crítica de saúde do seu familiar”

A Passagem de Plantão, é apontada por Leal et al. (2013, p. 7) como um momento em que se “identifica usuários ou famílias que serão atendidos prioritariamente, tendo em vista o repasse de informações das pessoas internadas, em observação e em atendimento.” (LEAL et al., 2013, p.7). Sendo este um momento propício para identificar as famílias, que por estarem aflitas, precisam de uma atenção especial da equipe.

Martins et al. (2018) ressalta que a família atua como “unidade de saúde” para seus membros hospitalizados. Devendo a família ser um referencial para equipe de saúde, pois a mesma é conhecedora do paciente, em suas rotinas, hábitos e gostos, podendo munir a equipe de informações necessárias ao tratamento, tendo capacidade de atuar nas diferentes situações do processo saúde-doença.

Assim sendo, o familiar “não pode ser visto apenas como aquele que deve cumprir as determinações dos profissionais de saúde”, pois também deve participar ativamente deste processo, sendo devidamente ouvido em suas necessidades, respondido em seus questionamentos e dúvidas, devendo também ser cuidado pela equipe de saúde. Neste caso o assistente social será o elo entre a família e a equipe de saúde (MARTINS et al., 2008, p. 1093).

A questão do vínculo familiar é muito complexa, principalmente para pacientes que não constituíram família ou não exerceram a paternagem ou maternagem, e se encontram sem o apoio familiar, neste momento de fragilização ocasionada pelo agravamento de sua patologia. Outrossim, há a famílias que não possuem condições para acolher seu membro hospitalizado, por dificuldades de cunho financeiro, emocional e/ou organizacional (ANDRADE, 2009, p.221). Situações estas que são expressões da questão social, a qual é o objeto de intervenção para o profissional de Serviço Social.

O assistente social faz a análise do contexto social em que está inserida a família, realizando a avaliação socioeconômica, que além dos aspectos relacionados à composição familiar, local de moradia, situação trabalhista e renda, também coleta dados pertinente a religião, formação profissional, cultura, que auxiliam o assistente social na leitura da realidade e na compreensão da dinâmica familiar (ANDRADE, 2009, p.221).

A entrevista social e escuta sensível, de acordo com Freese (2015):

[...] caminham juntas e são indissociáveis para desenvolver uma boa abordagem e, conseqüentemente, uma boa intervenção. É primordial que essas duas categorias/instrumentos sejam inteiramente exploradas e de

domínio do profissional, principalmente dentro de um hospital, onde as aproximações com as realidades dos usuários se dão apenas por meio da fala que eles trazem, diminuindo assim as possibilidades investigativas (FREESE, 2015, p. 51).

A comunicação de óbito que não é considerado uma atribuição privativa ou competência do assistente social. De acordo com Lopes et al (2019) para o atendimento das demandas do óbito, se faz necessário:

[...] a mediação entre o trabalho interdisciplinar da equipe multiprofissional e a família enlutada. Sendo o assistente social conhecedor do contexto familiar, social, econômico e cultural, mediará a comunicação entre a equipe para que a família tenha maior compreensão da situação neste momento de fragilidade. São ações realizadas pelo assistente social no atendimento ao óbito, a orientação e encaminhamento sobre traslado do corpo, funeral, sepultamento, auxílio funeral, questões legais e burocráticas, além de orientações sobre: requerimento de pensão por morte, licença trabalhista, seguro DPVAT (Danos Pessoais causados por Veículos Automotores por via Terrestre), seguro de vida, inventário, anulação de aposentadoria (LOPES et al., 2019, p. 55).

De acordo com o CFESS (2010) a comunicação do óbito tem sido historicamente requisitada ao assistente social na saúde, porém as atribuições do profissional estão ligadas as demandas derivadas da ocorrência do óbito. Sendo de sua responsabilidade a articulação com a equipe de saúde para construção e implementação de propostas que qualifiquem as ações administrativas nas situações de óbito.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para que o assistente social possa atuar com as famílias dos pacientes internados em CTI, em um primeiro momento é necessário a compreensão contexto social em que está inserida a família, o perfil socioeconômico é de suma importância para elaboração a intervenção do profissional.

Evidencia-se que no cotidiano do CTI, o assistente social se utiliza para o atendimento dos pacientes e suas famílias, da entrevista social, escuta sensível, visita ao leito, abordagens grupais e individuais, orientações sociais, relatório social e encaminhamentos. Socializando informações quanto a bens e serviços prestados pela unidade de saúde, visando à qualidade da assistência prestada ao paciente e a integralidade dos cuidados.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. Papel do Assistente Social na equipe de cuidados paliativos. In: **Manual de cuidados paliativos da ANCP**. Rio de Janeiro: DIAGRAPHIC, 2009, p. 221-223.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília: CFESS, 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuaacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 16 ago. 2019.

FERNANDES, M. F. P.; KOMESSU, J. H. Desafios do enfermeiro diante da dor e do sofrimento da família de pacientes fora de possibilidades terapêuticas. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 250-257, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100032&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 ago. 2019.

FREESE, J. R. **A Relação da Comunicação Com Processos de Trabalho: Uma Experiência de Estágio em Serviço Social no Hospital Santa Cruz**. 2015. 52 f. Monografia (Curso de Serviço Social) - Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2015.

LEAL, R. A. et al. **Serviço Social e Política de Atenção à Urgência e Emergência no SUS: a experiência do HU-UFSC**. In: Congresso Catarinense de Assistentes Sociais, 2013. Florianópolis. Anais... .Florianópolis: UFSC, 2013, p. 1-11.

MARTINS, J. J. et al. O acolhimento à família na Unidade de Terapia Intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 10, n. 4, p. 1091-1101, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a22.htm>. Acesso em: 11 de jun. 2015.

ROCHA, R. B. Análise do Serviço Social no Âmbito Hospitalar na UTI – Unidade De Terapia Intensiva. **Saúde em Foco**, São Paulo, n. 8, p.45-53, 2016.

LOPES, E. F. B. et al. A atuação do assistente social frente ao óbito: um relato de caso. **PECIBES**, v. 5, n. 2, p-55-55, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufms.br/index.php/pecibes/article/view/10371>. Acesso em: 28 de ago. 2020.

SERVIÇO SOCIAL E TRANSPLANTE CARDÍACO: OS DESAFIOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Data de aceite: 01/03/2021

Débora Silva de Freitas

Thayna Rani Oliveira Silva

Lilian de Oliveira Argôlo Vaz

Damares Cintia Santos

Solange Júlia Silva Steytler

RESUMO: Esse relato de experiência tem como objetivo descrever a atuação do Serviço Social no programa de Transplante Cardíaco no Instituto de Cardiologia do Distrito Federal, baseado no protocolo de avaliação social do Serviço Social, a partir da perspectiva do conceito ampliado de saúde. Dessa forma, descreve o processo de avaliação social no transplante cardíaco, o referencial teórico adotado e a inserção do Serviço Social na equipe multiprofissional. Aponta ainda, os desafios evidenciados na atuação profissional e a necessidade de avanços quanto à compreensão de integralidade no atendimento em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Serviço Social; Transplante Cardíaco; Avaliação Social.

ABSTRACT: This experience report aims to describe the performance of Social Work in the

Heart Transplant program at the Instituto de Cardiologia do Distrito Federal, based on the social assessment protocol, from the perspective of the expended concept of health. Thus, it describes the process of social assessment in heart transplantation, the theoretical framework adopted and insertion of Social Work in the multiprofessional team. It also points out the challenges evidenced in their professional performance and the need for advances in understanding comprehensiveness in health care.

KEYWORDS: Social Work; Heart Transplant; Social Evaluation.

1 | INTRODUÇÃO

O relato de experiência que apresentamos acontece no Instituto de Cardiologia do Distrito Federal - ICDF, que iniciou suas atividades no Distrito Federal – DF no ano de 2009. O ICDF é uma instituição filantrópica administrada pela Fundação Universitária de Cardiologia – FUC, com a missão de prestar assistência de excelência em saúde cardiovascular e transplantes, promovendo atendimento humanizado, segurança do paciente e colaboradores, produção e disseminação do conhecimento científico e inovação tecnológica. O hospital atende não só a população do DF, mas várias regiões do Brasil, principalmente Centro-Oeste, Norte e Nordeste.

O Serviço Social ICDF iniciou suas

atividades desde a concepção do ICDF. Sua intervenção profissional está voltada na assistência em saúde, por meio da atuação direta ao usuário, sua rede familiar e no planejamento e desenvolvimento de ações nos programas cirúrgicos e transplantes, fortalecendo as dimensões técnico-operativa, ético-político e teórico metodológico do Serviço Social.

Pensar o processo saúde-doença-cuidado evidencia o conceito de saúde ampliado que segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (1947, p.01), que define a “saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas como ausência de doença ou enfermidade”, superando a lógica do modelo biomédico e ressaltando a perspectiva de totalidade do sujeito em que o olhar para o indivíduo é ampliado e o contexto que está inserido, sua visão da realidade é valorizada e se torna parte do processo de tratamento.

A Constituição Federal de 1988 – CF/88 considera a saúde a partir dos fatores determinantes e condicionantes sociais como a alimentação, moradia, acesso ao saneamento básico, renda, educação, transporte, ao lazer e acesso aos bens e serviços essenciais. Esse conceito enfatiza que a saúde está ligada a organização do serviço que atende o usuário com olhar multiprofissional e pressupõe integração da Política de Seguridade Social com as demais políticas que compõe a própria organização do Estado.

O Sistema Único de Saúde – SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e tem seus princípios estabelecidos pela Lei Orgânica de Saúde, em 1990, visando garantir acesso integral, universal e gratuito para toda a população conforme o artigo 198 da CF/88. Esse sistema abrange o atendimento na perspectiva da atenção primária (consultas, vacinas, ações de vigilância sanitária) ao atendimento na atenção terciária, como por exemplo, o transplante de órgãos.

O processo de tratamento de doenças crônicas, como as doenças cardíacas, altera a qualidade de vida do paciente e impõe limitação e sofrimentos que ultrapassam o indivíduo e envolve quem está presente em seu convívio, sendo esse familiar consanguíneo ou família extensa, expondo todos ao contexto de mudança e de adequações que o tratamento necessita.

O transplante cardíaco é indicado para pessoas com insuficiência cardíaca avançada e refratária ao tratamento clínico otimizado, de acordo com as diretrizes nacionais e internacionais. O desafio do trabalho com pacientes indicados a transplante cardíaco supera o próprio processo de trabalho uniprofissional e atribui essa atividade profissional a um olhar multiprofissional e preferencialmente interdisciplinar.

Compreendendo a complexidade das diversas realidades e as suas particularidades entende-se que apenas um trabalho uniprofissional não é capaz de realizar uma abordagem integral do sujeito. Para Minayo:

“Nenhuma disciplina por si só dá conta do objeto a que perseguimos, porque ele envolve ao mesmo tempo e concomitantemente as relações sociais e o social propriamente dito, as expressões emocionais e afetivas assim como

o biológico que, em última instância, traduz, através da saúde e da doença, as condições e razões sociohistóricas e culturais de indivíduos e grupos.” (Minayo 1991, p. 71).

O desafio do trabalho interdisciplinar envolve além de uma equipe composta por profissionais capacitados, a dinâmica de construção do processo de trabalho da instituição, como o respeito às diversidades de conhecimento, em uma construção de diálogo horizontal e espaços que permitam a troca de saberes entre os profissionais e o próprio usuário. A interdisciplinaridade em saúde abrange o biológico e o social do sujeito, mas também o próprio sujeito, sua família, comunidade, política social e suas relações e inter-relações sob a ótica do conceito ampliado em saúde.

O transplante cardíaco no Brasil, segundo a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos – ABTO (2018, p.02), “aumentou 21,4% nesses seis anos, tendo passado de 1,4 pmp¹ para 1,7 pmp, ainda muito distante da necessidade prevista (8 pmp). O DF (11,2 pmp) tem a maior taxa de transplante, seguido por Pernambuco - PE (4,4 pmp).” No ano de 2018, foram realizados 353 transplantes cardíacos no Brasil e o Distrito Federal, com apenas um centro transplantador em atividade, foi responsável por 34 destes transplantes cardíacos, apresentando um percentual de 2,1 pmp, atrás apenas da região sudeste com 2,2 pmp.

Ao relatar a experiência do Serviço Social no tratamento de transplante cardíaco, temos o objetivo de contribuir para a construção de uma intervenção efetiva na garantia de direitos, objetivando a perspectiva da autonomia e protagonismo do paciente e seus familiares no tratamento em perspectiva de integralidade ampliada e intersetorialidade das Políticas Públicas.

2 I SERVIÇO SOCIAL E TRANSPLANTE CARDÍACO

O Serviço Social é uma profissão reconhecida da área da saúde, tem seus principais marcos legais e normativos nas Resoluções do Conselho de Saúde n. 218 de março de 1997, e do Conselho Federal de Serviço Social n. 383, e 29 de março de 1999 e os Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde que referencia a atuação profissional pautada no Projeto Ético Político do Serviço Social.

Em seu princípio, o Serviço Social na área da saúde, segundo Matos (2017), estava inserido em um contexto de construção de serviço hierarquizado e baseado em pressupostos positivistas, tinha sua inserção na equipe pautada em relação de complementaridade com a atuação voltada para as atividades que o médico não queria fazer. Nesse sentido, a intervenção do Assistente Social trabalhava demandas de relação entre a empresa e o usuário em uma forma de mediação e com uma visão funcionalista (Bravo, 1996) de alteração comportamental do mesmo, na perspectiva de que uma mudança de hábitos

¹ Partes por Milhão da População

afetaria sua realidade e problemas vivenciados.

Com o rompimento dessa antiga perspectiva e conseqüentemente com o conservadorismo histórico da profissão, a atuação do Serviço Social é pautada em seu Projeto Ético Político (Matos, 2003) que aponta para a construção do exercício profissional comprometido com justiça social e liberdade conforme os valores do Código de Ética Profissional de 1993.

O Assistente Social, em sua práxis profissional, atua nas relações sociais e nas expressões das desigualdades sociais da questão social, que “se expressa nas desigualdades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediadas por disparidades nas relações de gêneros, características étnico-raciais e formações regionais”. (Iamamoto, 2007, p. 160).

Sua atuação e competência são voltadas para a garantia de direitos sociais e na construção e fortalecimento de uma sociedade democrática. Na saúde, o cotidiano da sua ação exige uma intervenção profissional que considera as condições e contradições sociohistóricas e político-econômica do país.

Processo de avaliação para transplante cardíaco

Quando iniciamos um tratamento de transplante cardíaco envolvemos mais que um momento cirúrgico, trata-se de um processo complexo e por etapas que provocam mudanças contínuas na vida do paciente e familiar. Nossa experiência na práxis profissional segue os parâmetros e legislações nacionais. A III Diretriz Brasileira de Transplante Cardíaco de 2018 aponta um panorama atual do tratamento transplantador, incorporados à rotina da prática da equipe de transplante, fortalecendo os avanços conquistados na área.

A equipe multiprofissional de transplante do ICDF é formada pela equipe médica, serviço social, enfermagem, nutrição, psicologia, odontologia, fisioterapia, que atuam na avaliação pré-transplante do potencial candidato receptor do transplante cardíaco.

Os pacientes com indicação de transplante cardíaco são encaminhados ao ICDF por meio do sistema de regulação do DF, gerenciado pelo SUS. Esses pacientes podem ser procedentes da região do DF ou de outros estados, encaminhados pelas Centrais de Transplante Estaduais.

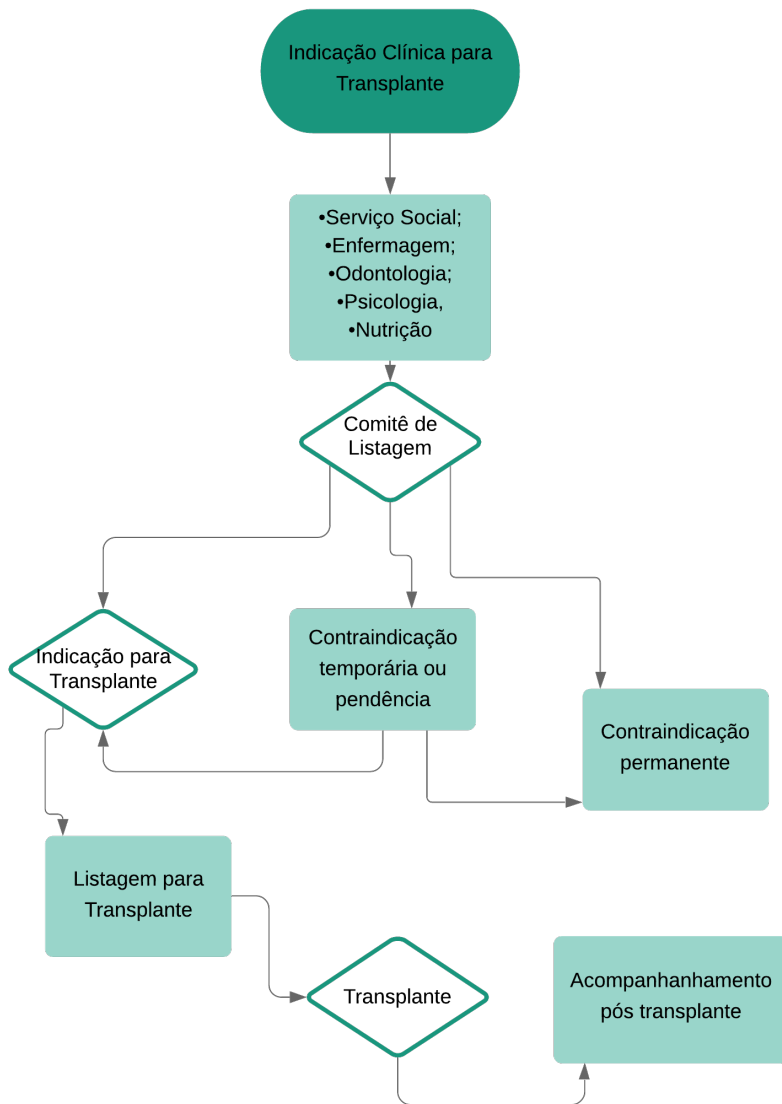


Tabela 1: Fluxograma de processo de avaliação para transplante cardíaco

Ao iniciar o processo de Avaliação Social é necessário contextualizar o que entendemos sobre a ferramenta. Lemos (2002) desenvolveu um processo avaliativo dos indicadores sociais, que norteiam a ação profissional juntamente com Diretriz de Transplante Cardíaco, possibilitando a identificação de fatores sociais que podem representar e interferir no tratamento.

Dentre as atividades desenvolvidas pelo Serviço Social no ICDF, podemos destacar o atendimento ambulatorial em um ambiente de uso multiprofissional que possibilita o resguardo do sigilo profissional. A estrutura física permite otimizar o atendimento ao

paciente, para que os usuários tenham acesso aos profissionais, de forma que, via de regra, os atendimentos são previamente agendados.

Todos os pacientes, com indicação para o transplante cardíaco passam pelo processo de avaliação pré-transplante, sendo encaminhados para atendimento com o Serviço Social, que é um processo técnico e científico com caráter avaliativo da realidade social e intervenções de análise conjuntural, postura crítica e propositiva para os pacientes receptores de transplante e seus familiares.

Através de entrevista social e uso dos demais instrumentos técnico-operacionais do Serviço Social é possível reconhecer os aspectos sociais relacionados ao processo de tratamento, identificar as “*questões sociais*” que interferem no processo saúde-doença do paciente, elaborar junto ao paciente e seus familiares, estratégias de enfrentamento das problemáticas sociais que possam interferir no tratamento, realizar orientações sobre direitos sociais, previdenciários e encaminhar para outras políticas públicas e/ou instituições quando necessário.

O foco da intervenção profissional se constrói nesse processo de articulação do poder dos usuários e sujeitos da ação profissional no enfrentamento das questões relacionais complexas do dia, pois envolvem a construção de estratégias para dispor de recursos, poder, agilidade, acesso, organização, informação, comunicação. Faleiros (1997, p.37).

O atendimento do Serviço Social é constituído através de intervenções individuais e coletivas, em rotina de atendimento na unidade de ambulatório especializado para o paciente e seus familiares. A metodologia utilizada pelo Serviço Social é baseada no trabalho de Lemos (2002) com instrumental de coleta de dados e avaliativo que é composto por duas partes: perfil sociodemográfico e critérios de elegibilidade.

É importante ressaltar que utilizamos duas formas de registros das informações coletadas. A primeira que é de acesso à equipe multiprofissional, disponível no prontuário eletrônico do paciente. Nesse sistema, são colocadas apenas informações necessárias, sem uma exposição do usuário seguindo as orientações do Código de Ética em seu artigo 16, parágrafo único, que ressalta: “Em trabalho multidisciplinar só poderão ser prestadas informações dentro dos limites do estritamente necessário”. (CFESS, 1993, p.35). Outra forma de registro é o prontuário social, em que as informações são registradas de forma completa e onde são mantidas as informações sigilosas do paciente, armazenado em arquivo próprio na sala administrativa do setor de Serviço Social.

Durante o processo de atendimento, investiga-se o impacto das variáveis sociais de forma isolada e conjuntamente, embasando o parecer social em favorável, favorável limitado e desfavorável para elegibilidade aos programas de transplante com classificação de riscos.

O tempo de atendimento e processo de avaliação pode variar dependendo da complexidade de avaliação (baixo, médio e alto), podendo ser necessários, vários

atendimentos para concluir avaliação social e ainda a realização de atendimentos de acompanhamento.

A participação da família no processo de tratamento é fundamental. O paciente é orientado por toda a equipe multiprofissional a comparecer aos atendimentos acompanhado de um familiar, compreendendo a complexidade do tratamento e nesse caso, vale ressaltar que vivenciamos novas configurações familiares e debates sobre a representatividade legal da família extensa.

O processo inicial de avaliação conta com a entrevista social do receptor de transplante que coletará e analisará os seguintes dados: dados sociodemográficos; identificar valores, crenças, culturas e seus reflexos no tratamento; histórico de acompanhamento da doença, compreensão e adesão do processo de tratamento; composição familiar e mapeamento de rede de apoio sociofamiliar; identificação das condições habitacionais e de acessibilidade ao tratamento; avaliação Socioeconômica familiar.

A entrevista social realizada de forma direcionada aos familiares verifica: dados sociodemográficos; vínculo entre paciente e rede de suporte familiar; compreensão do processo de tratamento; participação no tratamento e cuidado e autocuidado e verifica fatores que possam facilitar ou dificultar o processo de tratamento do paciente e seus familiares. O atendimento com a família trabalha também o processo de organização familiar, voltado para o cuidado e adequações que viabilizem o tratamento proposto, auxiliando pacientes e familiares frente aos conflitos e outras demandas que possam surgir no tratamento.

Além do processo avaliativo, no atendimento com o Serviço Social também é prestado orientação sobre o processo de tratamento, informando e esclarecendo pacientes e seus familiares sobre as fases e fluxos dos programas e tratamentos e seu possível impacto na realidade e cotidiano deles, auxilia a interpretar as normas e rotinas hospitalares e informar recursos disponíveis. Assim como, prestar informações trabalhistas, previdenciárias e assistenciais visando à garantia de acesso aos direitos e a manutenção das necessidades básicas, e encaminhar quando necessário para a rede social disponível.

Caso identificada a necessidade o paciente segue em acompanhamento com o Serviço Social pelo período necessário para viabilizar o tratamento de forma minimizar o risco social do tratamento para o paciente e seus familiares.

Ao finalizar o processo de avaliação pré-transplante é indicado o parecer social para realização do tratamento de forma reduzida em documento de prontuários de uso multiprofissional e social classificado em baixo, médio e alto risco social, podendo apresentar contraindicação relativa (temporária). O acompanhamento ao paciente listado para transplante acontece de acordo com a necessidade do paciente avaliada pelo serviço social ou identificada por equipe multiprofissional.

Vale ressaltar, que em casos emergenciais a equipe multiprofissional pode se deslocar para unidade de internação externa, a fim de realizar o atendimento com caráter

interventivo/avaliativo.

Partindo da compreensão de que as condições sociais são resultantes de fenômenos multifatoriais, os indicadores sociais avaliam o risco social e compõe os critérios de elegibilidade, considerando os blocos temáticos (Lemos, 2002) de aceitabilidade, dinâmica familiar, acessibilidade e condições socioeconômicas, categoriza-se através do cruzamento das variáveis conforme escore de avaliação social em baixo, médio e alto risco social.

VARIÁVEIS		PONTUAÇÃO DAS VARIÁVEIS		
		1	2	3
ACEITAÇÃO		Nega	Condiciona	Aceita
DINÂMICA FAMILIAR	Composição	Unipessoal	Nuclear	Nuclear composta
	Cuidador	Inexistente	Terceiros	Familiar
	Aderência	Evasiva	Elaborativa	Resolutiva
	Instrução	Muito baixo/baixo	Intermediária	Alto/muito alto
ACESSO		Interditado	Dificultado	Facilitado
SOCIO ECONÔMICO	Renda per capita	< ½ S.M.	½ S.M. a 1 S.M.	> 2 S.M.
	Ocupacional	Muito ruim/ruim	Regular	Bom/muito bom
	Habitacional	Precário/não satisfatória	Satisfatória	+ satisfatória

Tabela 2: Indicadores sociais

Ao final do processo de Avaliação Pré-Transplante Cardíaco a equipe multiprofissional se reúne em comitê de listagem, com encontros preferencialmente semanais no qual se discute e constrói o processo de tratamento individualizado do paciente através da avaliação e parecer de toda a equipe, onde há necessidade de consenso sobre a indicação ou contraíndicação do paciente para transplante. A contraíndicação social é considerada relativa/temporária e quando associada a outras contraíndicações poderá ser absoluta conforme diretriz e protocolo institucional de transplante.

A contraíndicação relativa e ou pendência é acompanhada pelas equipes de referência, sendo assim, se há contraíndicação social, acompanhamos para minimizar os riscos e o paciente estar apto para uma listagem em transplante e conseqüentemente realizar o transplante.

Após a realização de transplante, o Serviço Social realiza acompanhamento dos pacientes no ambiente de hospitalização, avalia o impacto social do processo de tratamento e orienta quanto à organização familiar para o cuidado pós-transplante.

A visita domiciliar é realizada para os pacientes transplantados cardíacos e ao iniciar o período de internação na enfermaria é realizada a programação de visita. A visita domiciliar analisa as condições de habitação, identificação de possíveis focos de infecção,

dinâmica de organização familiar, orientação sobre o processo de cuidado.

Entendemos que o modelo de visita domiciliar utilizado como instrumento de controle sobre a população e de caráter fiscalizatório é superado (Freitas et al, 2019):

“a partir do desenvolvimento de ações interventivas em articulação com as cinco categorias: Educação em Saúde, Apreensão da realidade, Singularidade no tratamento, Acessibilidade e Articulação das Políticas Públicas, que visam uma abordagem com centralidade no paciente e grupo familiar, articulado ao contexto social, materializando a perspectiva emancipatória e na construção de respostas para as refrações das questões sociais dentro do processo de cuidado no pós-transplante cardíaco.”

Em casos excepcionais, mediante avaliação da equipe de serviço social e/ou equipe multiprofissional, poderá ser realizada visita domiciliar prévia a realização de transplante, quando durante identificamos um risco importante de impacto ao tratamento em uma situação de risco e ou vulnerabilidade social.

O acompanhamento do paciente após a alta hospitalar é realizado conforme a necessidade do mesmo, avaliada pelo serviço social ou equipe multiprofissional. Como citado anteriormente há pacientes provenientes de outros estados, quando há demanda social, em sua maioria vinculadas a rede de suporte restrito e renda familiar limitada, seguem em acompanhamento com média mensal para avaliação e acompanhamento das demandas decorrentes da permanência pós-transplante no Distrito Federal. Visto que, a o tempo de permanência próximo ao centro transplantador é de aproximadamente um ano no pós-transplante cardíaco e o paciente só retorna ao seu município de origem após a liberação médica.

Sobre os direitos sociais vinculados ao município de origem do paciente e sua família, vale ressaltar o programa de Tratamento Fora do Domicílio – TFD e a elaboração de relatórios de contra referência que está vinculado aos pacientes com demandas sociais, esse tema recebe uma atenção especial, já incluído nas normativas do serviço social através dos Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde.

O TFD regulamentado pela portaria n. 55 de fevereiro de 1999, do Ministério da Saúde, estabelece a contra referência para os profissionais da área da saúde. O desafio vinculado à permanência do paciente fora de seu domicílio tem levantado demandas decorrentes da falta de padronização entre os programas, burocratização das documentações, dificuldade de comunicação com o usuário e irregularidades dos prazos de pagamento da ajuda de custo, o que gera demandas principalmente vinculadas à parte financeira no contexto do tratamento.

3 | CONCLUSÃO

Os relatos e trabalhos desenvolvidos nas áreas de transplantes têm crescido, porém ainda é necessário ampliar a literatura disponível para avançarmos no processo técnico-

operativo e teórico-metodológico visto que, o próprio contexto sociohistórico e político-econômico tem sofrido grandes alterações e permanece em constante mudança, alterando as políticas públicas e a forma com que vivenciamos o processo saúde-doença-cuidado.

Percebemos no processo de atuação profissional alguns desafios que enfrentamos enquanto equipe de transplante e pensamos que o processo de avaliação e reavaliação dos processos de trabalhos possibilitam crescimento e a construção de novos saberes no desenvolvimento da práxis profissional.

Ser parte reconhecida e atuante no processo de tratamento de transplante cardíaco parte do desenvolvimento de ações que tornam o serviço social único e ao mesmo tempo nos faz refletir sobre as limitações vinculadas a construção do serviço e ao contexto de financiamento e comunicação das políticas públicas no Brasil.

A indicação e realização de um transplante cardíaco não se resumem à mera troca do órgão adoecido por outro em boas condições. A doença interfere em diversas vertentes da vida do paciente; relações sociais, emocionais, biológicas e culturais dos indivíduos e de sua rede de apoio. A característica holística do ser humano confere a necessidade de uma equipe que seja capaz de oferecer suporte ampliado durante o tratamento, que ultrapassem o momento cirúrgico.

A atuação de uma equipe interdisciplinar é pautada por uma relação de troca de saberes mútuo, com o intuito de auxiliar paciente e familiares / cuidadores, nesse novo modo de vida, pré e pós -transplante. Serviço social, enfermagem, psicologia, nutrição, fisioterapeutas, médicos, técnicos de enfermagem, dentre tantos outros profissionais fazem parte da equipe, já que consideramos a hospitalização como um momento importante de compreensão do impacto e transformações que o processo de tratamento de transplante representa, oferecem suporte para que o paciente possa ressignificar sua nova condição de saúde física e os desdobramentos nas demais áreas da vida.

Um dos grandes desafios da atividade interdisciplinar é o rompimento com o modelo instituído no início da prática biomédica, que se pautava pela supremacia da atuação médica, tendo as demais profissões como coadjuvantes no tratamento. No ICDF avançamos no modelo de construção de saberes interdisciplinar, mas ainda temos um longo caminho a percorrer. A instituição hospitalar é hierarquizada, porém no desenvolver da prática os profissionais têm mostrado o impacto da sua atuação e a necessidade de um olhar ampliado sobre o sujeito.

Ressaltamos que o compartilhamento das responsabilidades da indicação e contraíndicação tem representado um dos avanços importantes nesse sentido de alcançar um ambiente construído de forma menos vertical. É comum que a responsabilidade de “más notícias”, seja uma contraíndicação ou “decisões difíceis sobre o tratamento” estejam vinculadas ao médico de referência ou cirurgião, quando a equipe passa compartilhar desses momentos, transformamos a configuração das organizações e nos tornamos parte de todo o processo.

O trabalho desenvolvido por Lemos em sua contribuição para os programas de transplante cardíaco é o que nos permite desenvolver esse trabalho com uma científica bem consolidada. Percebemos a necessidade de continuar esse trabalho e repensar o que temos desenvolvido enquanto serviço social em saúde e equipe transplantadora.

Primeiramente destacamos que para se realizar um transplante é o desejo e aceitação do paciente e para isso há de se compreender o processo e poder de decisão ser escutado e acolhido. O processo de cuidado e dinâmica familiar já abordado por essa equipe como citado anteriormente, permite a reflexão sobre os conceitos de família e as divergências de compreensão de seu papel de representatividade legal e vínculo afetivo, levantando questionamentos sobre o diálogo entre as políticas e o papel do Estado no tratamento do sujeito.

Quanto à situação socioeconômica e acessibilidade percebemos a fragilidade de comunicação e acesso as Políticas Públicas que compõe o processo saúde-doença-cuidado. Desenvolvemos formas de referência e contra referência para tornar o acesso dos pacientes e familiares mais acessíveis através de contatos telefônicos, visitas institucionais, envio e solicitação de relatórios, porém diante do contexto político-econômico vivenciado na atualidade percebemos uma demora significativa de acesso a bens essenciais.

Condição econômica é uma contraindicação para transplante? Qual o papel do Estado como provedor de saúde pública? Recorremos por diversas vezes as instituições filantrópicas e rede socioassistencial para viabilizar de forma emergencial demandas que podem inviabilizar um tratamento de alta complexidade. Precisamos conversar sobre saúde em conceito ampliado e rever como temos construído a articulação das nossas políticas.

A mobilização e controle social é um dos mecanismos que utilizamos na educação em saúde, dessa forma construímos um serviço que permite que o usuário compreenda seu tratamento e como o Estado desenvolve seu papel permitindo que a sociedade contribua de forma ativa no processo de construção das Políticas Públicas.

Iniciamos aqui um debate e construção coletiva sobre o fazer profissional na atuação do serviço social no trabalho com transplantes, mas também sobre a compreensão das atuais limitações que ultrapassam o âmbito institucional e abre uma necessidade de diálogo intersetorialidade e o que entendemos como saúde pública no Brasil. Que essa contribuição da nossa prática estimulem os programas a documentarem suas experiências e a fortalecer a mobilização por uma Política de Saúde ampliada para seu conceito.

REFERÊNCIAS

BACAL, Fernando et al. II **Diretriz Brasileira de Transplante Cardíaco**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. V. 94, supl. 1, p.16-73. 2009;

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>.

BRASIL. Associação Brasileira de Transplantes. **Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada Estado (2011-2018)**. Registro Brasileiro de Transplante, Ano XXIV, nº 4, ABTO. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2018/Lv_RBT-2018.pdf> Acesso em: 13.jan.2020

BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário da União. Brasília, 1990, Sessão I;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização**. – 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007;

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

CONSELHO Federal de Serviço Social. **Código de ética do assistente social**. Brasília: CFESS, 2011;

CONSELHO Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília: CFESS, 2010;

Organização Mundial da Saúde. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Documentos básicos, suplemento da 45ª edição, outubro de 2006. Disponível em espanhol em: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf. Acesso em 10.jan.2020

MINAYO, MCS. **Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido**. Medicina, 24 (2), abr./jun. 1991

FALEIROS, Vicente de Paula. **Estratégias em Serviço Social**. São Paulo, Cortez, 1997.

FREITAS, D. S.; SILVA, T. R. O. ; SANTOS, D. C. ; VAZ, L. O. A. ; Steytler, S. J. S. . **Os Desafios do Serviço Social frente às novas configurações de família no transplante**. 2019. Disponível em: <<https://sistemaparaevento.com.br/evento/abto2019/trabalhosaprovados/naintegra/12652> > Acesso em: 5.jan.2020

FREITAS, D. S.; SILVA, T. R. O. ; VAZ, L. O. A. ; SANTOS, D. C. ; Steytler, S. J. S. . **A Visita Domiciliar no Pós transplante Cardíaco: Um Instrumental do Serviço Social**. 2019. Disponível em: <<https://sistemaparaevento.com.br/evento/abto2019/trabalhosaprovados/naintegra/12907> > Acesso em: 5.jan.2020

IAMAMOTO, Marilda. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social (77)**. São Paulo: Cortez, 2007.

IAMAMOTO, Marilda. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo. Cortez. 1998.

LEMOS, Claudia Regina Haponczuk de. Metodologia de avaliação social em programa de transplante cardíaco, França,1999;

LEMOS, Claudia Regina Haponczuk de. Avaliação social em programa de transplante cardíaco, São Paulo, 2002.

MATOS, M. C. **Serviço social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional**. São Paulo: Cortez, 2017.

MATOS, M. C. **O Debate do Serviço Social na Saúde na Década de 90**. In: Revista Serviço Social e Sociedade (74). São Paulo: Cortez, 2003.

MINAYO, M. C. S., 1991. **Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido**. Medicina, 24:70-77.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **Serviço Social e Saúde – desafios intelectuais e operativos**. SER Social, Brasília, v. 11, n. 25, jul./dez. 2009;

RODRIGUES, Maria Lucia. **Caminhos da transdisciplinaridade: fugindo às injunções lineares**. Revista Serviço Social e Sociedade, n 64. 2000.

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE FAMÍLIAS DE DOADORES DE ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTES ATENDIDAS PELO SERVIÇO SOCIAL

Data de aceite: 01/03/2021

Marli Elisa Nascimento Fernandes

Ilka de Fátima Santana Ferreira Boin

RESUMO: O objetivo deste artigo é apresentar o trabalho do/a assistente social no processo de doação descrevendo as representações sociais que motivaram as famílias ao consentimento da doação de órgãos. Método: trata-se de uma pesquisa exploratória qualitativa realizada em junho/2015 utilizando-se da abordagem teórica-metodológica pautada na perspectiva crítica-dialética. A amostra contou com 12 famílias tendo 5 recusas familiar. Foi aplicado um questionário semiestruturado contendo dados sociodemográficos dos participantes e os dados qualitativos foram submetidos a análise de conteúdo temático. Resultados: os/as participantes eram na maioria homens, brancos, cuja renda média destes oscilou entre ½ (meio) a 4 salários mínimos. Quanto a motivação destes participantes em consentirem a doação dos órgãos do potencial doador foram relacionados a crença religiosa, respeitando o desejo expresso pelo doador em vida, tendo impacto positivo as campanhas de conscientização da população sobre a doação de órgãos promovidas pelo Sistema Nacional de Transplantes. Desta forma a inserção do/a assistente social nas Organizações de Procura de Órgãos possibilitou além da caracterização social dos participantes,

a possibilidade de se fazer uma leitura da realidade das famílias doadoras para desta forma realizar a intervenção nas múltiplas expressões da questão social apresentadas e relacionadas ao trabalho e a proteção social. Conclusão: o protagonismo da profissão de assistente social neste programa retrata a forma mais crítica para se avaliar e propor melhorias a Política Nacional de Transplantes.

PALAVRAS-CHAVE: Política Nacional de Transplantes, Famílias, Serviço Social.

ABSTRACT: The purpose of this article is to present the work of the social worker in the process of donation describing the social representations that motivated families to consent to organ donation. Method: this is a qualitative exploratory research conducted in June / 2015 using the theoretical-methodological approach based on the critical-dialectic perspective. The sample included 12 families with 5 family refusals. A semi-structured questionnaire containing sociodemographic data of the participants was applied and the qualitative data was subjected to thematic content analysis. Results: the participants were mostly male, white, whose average income ranged between ½ (half) to 4 minimum wages. As for the motivation of these participants to consent to the donation of organs from the potential donor, they were related to religious belief, respecting the desire expressed by the living donor, having a positive impact on the population awareness campaigns on organ donation promoted by the National Transplant System. In this way, the insertion of the social worker in Organ Search Organizations made

possible, in addition to the social characterization of the participants, the possibility of making a reading of the reality of the donor families in order to carry out the intervention in the multiple expressions of the social issue presented and related. to work and social protection. Conclusion: the role of the social worker profession in this program portrays the most critical way to evaluate and propose improvements to the National Transplantation Policy.

KEYWORDS: National Transplantation Policy, Families, Social Work.

1 | INTRODUÇÃO

O Brasil institucionalizou o direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros com a promulgação da Constituição Federal, quando criou o Sistema Único de Saúde (SUS). As discussões prévias, consolidadas na VIII Conferência de Saúde e materializadas na constituinte pela luta dos sanitaristas, gestores e políticos comprometidos com a reforma do sistema vigente oferecem ao povo brasileiro a oportunidade de efetivar um sistema integrado e gratuito que cuida da prevenção, promoção, cura e reabilitação da saúde, fortalecendo a cidadania (CONASS, 2011).

O SUS oferece um dos maiores programas público de transplantes de órgãos e tecidos do mundo, tendo apresentando um desempenho crescente desde sua criação. É também a política de inclusão social implementada para assegurar a atenção à saúde da população, oferecendo assistência integral ao paciente transplantado (MINISTÉRIO SAÚDE, 2001; SECRETARIA ESTADO DA SAÚDE, 2010).

O Sistema Nacional de Transplantes (SNT) é a instância responsável pelo controle e pelo monitoramento dos transplantes de órgãos, de tecidos e de partes do corpo humano realizados no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997). Suas atribuições incluem as ações de gestão política, promoção da doação, logística, credenciamento das equipes e hospitais para a realização de transplantes, definição do financiamento e elaboração de portarias que regulamentam todo o processo, desde a captação de órgãos até o acompanhamento dos pacientes transplantados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

Embora o SNT tenha se concentrado, sobretudo, na redução do tempo de espera dos pacientes na lista de transplantes e na melhoria da qualidade de vida dos pacientes transplantados, um grande desafio há para diminuição da lista de espera por um órgão, que está em torno de 42.023 pacientes, embora este ano devido a pandemia tenha diminuído para 37% de recusa familiar (ABTO,2020).

Por outro lado, o MS vem garantindo a continuidade do cuidado dos pacientes transplantados, embora com algumas dificuldades na distribuição de medicamentos. O Brasil tem hoje o maior sistema público de transplantes do mundo, no qual cerca de 87% dos transplantes de órgãos são feitos com recursos públicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

A doação de órgãos é considerada a alternativa para oferecimento da qualidade de vida aos pacientes com doenças que somente um transplante é a solução, tem sido

também tema de amplo debate na sociedade em todo mundo, envolvendo uma série de representações legais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Por sua relevância para a política de saúde em todos os países, a doação de órgãos é uma terapia para garantir a sobrevivência do paciente, o qual em decorrência de sua doença precisa se afastar das suas atividades cotidianas e do trabalho, aguardando em lista de espera do SNT, sem muitas vezes ter a garantia da convocação para a realização do transplante.

Dados nacionais de transplantes de órgãos como a taxa de notificação de potenciais doadores (49,1 pmp) diminuiu 10%, enquanto que houve melhora de 8% na taxa de não autorização familiar, que passou de 40% para 37%. Devem ser saudados os resultados extraordinários obtidos por PR (42,1 pmp) e SC (38,7 pmp) e excelentes pelo Estados de SP (23,5) e CE (18,0 pmp), vencendo todas as dificuldades impostas pela crise (ABTO, 2020).

Segundo a ABTO em 2020 os efeitos dessa pandemia podem prolongar-se por mais tempo sendo que a taxa de doadores efetivos, que foi de 18,4 pmp no primeiro trimestre, caiu o que nos leva a prever uma taxa, neste ano, um pouco abaixo de 16,5 pmp, em torno de 10% abaixo da taxa de 2019.

As políticas públicas têm novas demandas no campo da saúde, em suas múltiplas dimensões e, cabe ao assistente social ser qualificado para o desenvolvimento do seu trabalho junto a equipe interdisciplinar pois, desta forma poderá intervir nas expressões da questão social identificadas durante o atendimento dos usuários, estabelecendo parcerias junto as redes de saúde e socioassistencial.

Desta forma, visando à ampliação da consciência social da população em torno da importância da doação de órgãos o SNT se estruturou para atendimento através das Organização de Procura de Órgãos (OPO) que são serviços com profissionais com expertise para atuar nos hospitais captadores do SUS e em convênios particulares.

Nesta complexidade da saúde em que o/a assistente social encontra-se inserido, o compromisso com o projeto ético político e suas competências o capacita para analisar criteriosamente a realidade onde desenvolverá o seu trabalho, dando respostas efetivas que viabilizem o acesso das famílias aos direitos sociais (CFESS, 2009).

São essas competências que permitem ao profissional realizar a análise crítica da realidade, para, a partir daí, estruturar seu trabalho e estabelecer as competências e atribuições específicas necessárias ao enfrentamento das situações e demandas sociais que se apresentam em seu cotidiano. (CFESS, 2009, p. 17).

O princípio de justiça preconizado pelo SNT é que seja dispensada atenção humanizada as famílias durante o processo, evitando danos e a maledicência, sendo este um princípio de equidade e ética. É o princípio da justiça que garante a distribuição justa equitativa e universal dos benefícios dos serviços de saúde.

2 | DESENVOLVIMENTO

O Serviço Social no programa de captação de doação de órgãos e transplantes

No campo da saúde o assistente social desenvolve prioritariamente ações de caráter emergencial, assistencial, educação, informação e comunicação em saúde, planejamento, assessoria, mobilização e participação social. Neste sentido, é necessário sintonizar criticamente à profissão às exigências do seu tempo, voltada as novas diretrizes norteadoras da profissão, onde se desdobram no Código de Ética Profissional do/a Assistente Social de 1993 e a Lei de Regulamentação da Profissão (CFESS,2012).

Em sua dinâmica de trabalho o/a assistente social tem o compromisso com a qualidade dos serviços prestados aos usuários, desta forma, espera-se que estas ações ultrapassem as informações sobre a rotina hospitalar às famílias atendidas, principalmente quando envolve morte inesperada. É neste momento crítico de perda de um/a trabalhador/a, arrimo de família a qual decidirá pela doação ou não dos órgãos do/a falecido/a.

O arcabouço teórico da formação profissional é que lhe impulsiona a ser propositivo e não coadjuvante das equipes de captação ou de transplantes, apropriando-se das dimensões teórico metodológica, técnico-operativa e ético político para dar respostas de qualidade as demandas das famílias dos doadores de órgãos (IAMAMOTO, 2001).

[...] um dos maiores desafios que o/a assistente social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. Enfim, ser um profissional propositivo e não só executivo. (IAMAMOTO 2001, p.20).

Para lamamoto (1999) o trabalho profissional precisa atender as “exigências do novo tempo, com capacidade crítica, criativa e propositiva, para atuar na execução das políticas sociais, sem perder de vista sua capacidade de planejador” (IAMAMOTO, 1999, p.49).

A história da profissão está amparada no tripé acima mencionado pois, o trabalho ganhou maior legitimidade para atuar com respaldo em sua prática, visto que antes do movimento de reconceituação do Serviço Social o agir profissional ancorava-se no assistencialismo, apoiado no conservadorismo, o que se tornou obsoleto no novo contexto histórico, que emergiu no Brasil nos anos de 1980, tendo a visão de direito se concretizado no exercício profissional.

Vem sendo discutido o conceito ampliado dos determinantes sociais de saúde nos princípios do SUS, por exemplo a humanização do atendimento, neste contexto a mediação junto a rede socioassistencial deve assegurar atenção as famílias e, este contexto tem sido uma das preocupações dos autores do serviço social (XAVIER et al, 2016, p.136; FERNANDES, 2015), KINRADE et al, 2011, p.664).

No programa de captação de órgãos para transplantes há um protocolo a ser seguido envolvendo uma equipe multiprofissional, as informações clínicas, os dados sociais do

potencial doador, o histórico dele e de suas relações familiares. Estes dados constituem os critérios de elegibilidade do SNT para a validação da captação do órgão para o transplante.

Outro investimento realizado para as equipes clínicas incluindo o/a assistente social (por seu trabalho com a família), é a capacitação plena e contínua no programa de captação e transplantes oferecidos pela Secretaria do Estado e do Ministério da Saúde para estarem embasados na logística de todo o processo, dando ênfase no diagnóstico de morte encefálica, cuidados com o paciente e, principalmente, na entrevista familiar.

O Ministério da Saúde em 2005 considerou indispensável a presença do assistente social na composição das equipes da Comissão Intra hospitalar de Doação de Órgãos (CIHDOOT) e das equipes transplantadoras reconhecendo que este profissional pode validar dados sociais para a inclusão dos pacientes na lista de espera, além de fazer a entrevista familiar dentre outros papéis distintos nas equipes, trabalhando nas ações socioeducativas.

As representações sociais das famílias de potenciais doadores de órgãos discutidos na literatura internacional buscam observar como ocorreram o consentimento familiar favorável a retirada dos órgãos do potencial doador, pois, esta tomada de decisão tem impacto direto nos índices de transplantes, quando ocorre a diminuição de pacientes em lista de espera (IRVING et al, 2012, p 2528; DOGGENWEILER et al, 2014, p.32).

O estudo analisou o protocolo de captação de órgãos destacando o/a assistente social como um/a articulador/a da questão social, por seu trabalho na execução das políticas constituir de respostas às diversas expressões da questão social produzidas numa sociedade capitalista como a nossa (SILVA, 2010, p.37).

Por outro lado, poucos estudos nacionais foram encontrados envolvendo a categoria de assistentes sociais e o foco da doação de órgãos como parte integrante do trabalho profissional. Martinelli (2002) fez esta provocação quando tratou o trabalho na saúde destacando a troca de saberes que ocorre na unidade hospitalar tendo a oportunidade de construção de projetos coletivos.

“Na área da saúde, onde há múltiplos saberes em ação, múltiplas identidades em interação, esta pergunta se transforma num verdadeiro imperativo ético, pois o que está em jogo é a construção de projetos coletivos, onde o valor humano, a qualidade de vida e a dignidade da morte, no caso dos pacientes criticamente enfermos, sejam alicerces fundantes e objetivos comuns para toda a equipe de trabalho”. MARTINELLI, (2002, p.4).

A partir destes pressupostos é possível apreender que, num processo complexo como a doação de órgãos para transplantes o/a assistente social é indispensável, segundo Vasconcelos (2012) “difícilmente um só profissional daria conta de todos os aspectos de uma realidade tão complexa [...] o que leva, na atenção integral, a recorrer-se ao trabalho multiprofissional” (VASCONCELOS, 2012, p. 443).

Diante deste contexto esta pesquisa de doutorado teve como objetivo a apresentação

na Política Nacional de Transplante e a atuação do serviço social frente ao processo de doação, descrevendo as representações sociais das famílias que informaram a motivação para o consentimento familiar da doação para procedimentos de transplantes.

3 | PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa exploratória qualitativa através da abordagem teórica-metodológica pautada na perspectiva crítica-dialética, realizada no período de março 2013 a junho 2015, utilizando o prontuário médico do hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas que é uma instituição de ensino público, que presta serviços de saúde pelo SUS, sendo referência em transplantes para 42 municípios da região metropolitana de Campinas, SP, onde foram identificados os dados das famílias que autorizaram a doação de órgãos para transplantes.

A amostra contou com 12 famílias de diferentes doadores, as quais foram convidadas por meio telefônico a participar de uma entrevista, na sala da família do hospital, das quais 5 famílias se recusaram. Na coleta de dados foi aplicado um questionário semiestruturado contendo dados sociodemográficos: gênero, idade em anos, cor de pele declarada, religião declarada, profissão, se o participante tinha proteção social de vínculo previdenciário, número de pessoas residindo no mesmo domicílio, a renda familiar per capita e o tipo de domicílio.

As entrevistas foram gravadas mediante autorização dos participantes após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), depois as informações foram transcritas, definindo-se o tamanho da amostra que se constituiu de 7 famílias de acordo com critérios de saturação (FONTANELLA e TURATO 2008, p.20).

Os dados sociodemográficos foram analisados descritivamente, enquanto as informações qualitativas foram submetidas a análise de conteúdo de BARDIN (2011) agrupando-as em duas categorias centrais.

Nestes resultados as famílias participantes foram representados pela letra (P) seguida do número de ordem das entrevistas de 1 a 7. Seguindo os aspectos éticos das Normas da Resolução 466/12 do CONEP - Conselho Nacional de Ética em Pesquisa e Conselho Nacional de Saúde, A pesquisa foi aprovada pelo CONEP Comitê de Ética em Pesquisa, protocolo 1059/2011 e CAAE: 0958.0.146.000-11.

4 | RESULTADOS

Observou-se que a faixa etária das famílias participantes foi entre 25-64 anos, isto demonstrou que alguns dos doadores de órgãos morreram muito precocemente e em idade produtiva. Em relação ao gênero os/as participantes a maioria eram masculinos, a cor de pele informada branca. A caracterização das 7 famílias doadoras participantes da

pesquisa estão na Tabela 1.

PARTICIPANTE	(P1)	(P2)	(P3)	(P4)	(P5)	(P6)	(P7)
Gênero	M	M	M	M	M	F	M
Idade (anos)	26	64	31	25	39	45	56
Cor de pele	Branca	Branca	Negra	Branca	Negra	Branca	Branca
Religião declarada	Espírita	Católica	Evangélica	Mórmon	Evangélica	Evangélica	Católica
Profissão	Vendedor	Motorista	Serviços Gerais	Técnico Automação	Técnico Enfermagem	Babá	Agricultor
Previdência Social	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
N. Pessoas da família.	2	2	5	2	4	4	2
Renda familiar per capita	3 SM	1 SM	½ SM	3 SM	½ SM	4 SM	½ SM
Tipo de domicílio	Alugado	Próprio	Cedido	Próprio	Próprio	Próprio	Próprio

Tabela 1. Dados sociodemográficos das famílias de doadores.

Fonte: Fernandes, (2015).

Observou-se a baixa renda familiar dos participantes, no entanto a maioria estavam asseguradas pelo vínculo de trabalho na Previdência Social, este dado é importante para assegurar a proteção social da população brasileira, em vista da atual conjuntura de precarização das relações de trabalho. Este dado de proteção contribuiu na interpretação do contexto social e no acesso a informação sobre o processo de doação e de transplantes de órgãos.

Segundo o IBGE as funções de serviços desempenhadas pelas famílias do estudo foram desde: babá, agricultor, vendedor, motoristas; mas nas atividades de nível técnico foi de automação e de enfermagem.

A renda familiar per capita variou entre ½ salário a 4 salários mínimos, em média de R\$ 1.182,00 per capita, sendo a composição familiar entre 2 a 5 pessoas, com domicílio próprio. Quanto as análises qualitativas das representações sociais que envolveram o processo de doação de órgãos estão agrupadas em duas categorias temáticas: a) Representações sociais que motivaram a família a autorizar a doação e b) Valores familiares que impactaram na decisão pelo consentimento da doação.

a) Representações sociais que motivaram a família a autorizar a doação

Nos resultados as representações sociais que se destacaram nas falas das famílias foram relacionadas ao desejo do doador em vida (favorável à doação), este aspecto impactou no consentimento familiar favorável a doação, pelo respeito da família à vontade do doador expressa em vida. Nos estudos internacionais como a Espanha e Estados Unidos, estes dados são prevalentes, por serem países de primeiro mundo e melhor estruturados em relação ao SNT brasileiro.

Outro significado sobre o corpo pós-morte fortemente influenciado nos países multiculturais, como o Brasil são apresentados nos recortes do estudo a seguir:

[...] “eu já tinha ouvido falar né da doação devido à publicidade que fala tudo, mas não havia passado por isso, não sabia como era os procedimentos não sabia como era feito. Com a organização que é eu não sabia neste sentido. A religião foi fundamental para decidir doar” (Participante 4).

[...] “O desejo da minha mãe, ela dizia que quando a gente morre a alma ainda continua viva, espiritualmente. Ela dizia que gostaria de ser doadora, sabia que ela ficaria feliz se eu fizesse isto. Ela própria disse-me que se um dia eu morresse ela consentiria a doação” (Participante 1).

[...] “no primeiro momento eu não queria doar, mas depois lembrando que ela deixou sua vontade de ser doadora para ajudar a salvar outras vidas O que mais me incentivou em fazer a doação foi respeitar o desejo dela” (Participante 3).

[...] “tem uma questão religiosa que nós acreditamos que depois que a pessoa morre o corpo fica, então, fica só o corpo, a alma vai para outro lugar. A gente acredita que o corpo após a morte não tem utilidade celestial. A gente acredita muito nisto aí” (Participante 5).

[...] “Eu assim tenho a certeza que foi Deus sabe, que tocou no meu coração, para fazer a doação dos órgãos dele. Foi uma questão religiosa. Não é pecado. Eu estava chorando porque ele se foi, pois tem muita gente na fila esperando por um órgão, pois pensei muitas mães estão chorando por um órgão e não consegue. Eu já tinha ouvido falar da doação. Mas na nossa casa não havíamos falado sobre isto anteriormente, foi só no momento ali no hospital” (Participante 6).

Desta forma é possível compreender nestes resultados as crenças e ideologias religiosas destas famílias sobre o corpo do familiar doador. O respeito ético do/a assistente social pelos valores de seus usuários é nosso compromisso, este contexto não interfere no trabalho do/a assistente social, uma vez que a categoria defende o Estado laico, reafirmando o projeto ético-político e a luta pela democracia, pela liberdade e por direitos.

b) Valores familiares que impactaram na decisão pelo consentimento da doação

O acesso dos usuários do SUS para submeter-se a um transplante de órgãos envolve toda a família para o cuidado do paciente no e pós procedimento, mas na retirada

dos órgãos somente a família de primeiro e segundo grau estão autorizadas para assinar o termo de doador falecido após o diagnóstico de morte encefálica e, é neste momento que o código de ética profissional tem nos respaldado a compreender a decisão familiar e apoia-la.

São competências do assistente social, que a lei de regulamentação reconhece: implementar, planejar e avaliar políticas sociais. Mais uma vez se coloca a mediação da política, donde a importância de se problematizar o modelo de política social que se configura como espaço sócio profissional dos/as assistentes sociais.

A trajetória dessa profissão construiu-se competências as quais são legalmente designadas aos/as assistentes sociais, constantes da lei que regulamenta a profissão, atualmente pela lei 8662/93. Concebe-se que a competência e habilidade são dois conceitos que estão relacionados. A habilidade é conseguir pôr em prática as teorias e conceitos que foram adquiridos, enquanto a competência é mais ampla e consiste na articulação entre conhecimentos, atitudes e habilidades. (GUERRA et al, 2016) e reconhecidas pelos usuários do serviço, observado neste recorte.

[...] foi o médico neurologista sobre a possibilidade de doação e a assistente social depois me deu apoio e orientação sobre as questões do INSS. (Participante 1).

Campanhas socioeducativas utilizadas pelo Ministério da Saúde nos meios de comunicação especialmente a televisão e revistas, no qual o SNT procura sensibilizar, esclarecer e incentivar a população brasileira sobre a doação de órgãos, tem sido uma estratégia do sistema para atingir a população e parece estar dando resultados como apresentado nos depoimentos das famílias:

[...] “A mídia tem influência para doar, mas acho que passa muito pouco. Eu vi na TV e fiquei feliz eu pensei: fui doadora do meu filho, a gente só vê pessoa que recebeu órgãos falando a respeito. Acho que a família doadora é que deveria ser propaganda para incentivar a doação. Se me chamassem eu falava. Devia ser divulgado mais com a família que doou. Acho que é muito importante a gente pensa: eu doe e me sinto alegre que alguém está vivendo com o coração e órgãos dele. Tem alguém que está vendo a luz. Quantos familiares e parentes tão hoje bem” (Participante 6).

[...] “A gente vê na televisão todo dia as pessoas que precisam de um rim, de tanta coisa (órgãos). Já havia ouvido falar da doação porque até no cemitério todo mundo assina para doar as córneas. Nós resolvemos doar, assim servir para salvar vidas” (Participante 7).

[...] “porque a gente vê que faz muita falta de órgãos, por aí. A gente vê passar na TV as pessoas que podem doar e numa hora difícil para nós, pôde ajudar alguém. Por isso nós pensamos nisso na falta de órgãos e ajudar outros a viver” (Participante 2).

[...] “O que motivou a gente foi devido mais o desejo de poder ajudar, porque infelizmente para minha filha não teria mais nada o que fazer e ela poderiam

ajudar outras crianças da idade dela, a viver, caso que ela não tinha mais que prosseguir então poderia ajudar outra criança da idade dela a viver. Eu já tinha ouvido falar né da doação devido à publicidade que fala tudo, mas não havia passado por isso, não sabia como era os procedimentos não sabia como era feito, com a organização que é eu não sabia neste sentido, mas já tinha ouvido falar sobre doação” (Participante 4).

[...] “Algumas vezes vimos em revista sobre este tema” (Participante 1).

[...] “O médico disse se eu queria doar os órgãos e eu disse que não, doutor, eu não doaria no princípio, eu queria deixar ela como ela nasceu. Pensei que não podia decidir sozinho naquela hora eu tinha que falar com alguém, com a mãe dela. Tinha que falar com outros irmãos, não tinha como decidir assim. Aí depois nós conversamos aqui em casa e daí eu autorizei a doação” (Participante 3).

[...] “então algumas famílias não têm esta experiência como eu tive. Deveria melhorar a propaganda para aumentar a doação, isto é muito bom. Outro lado importante é a família doadora poder falar na mídia sobre a doação, também tem um impacto importante para as pessoas tomarem consciência dessa experiência” (Participante 5).

5 | DISCUSSÃO

Esta pesquisa se propôs apresentar na Política Nacional de Transplante (PNT) o trabalho do/a assistente social no processo de doação, descrevendo as representações sociais das famílias que as motivaram ao consentimento familiar da doação para procedimentos de transplantes.

A estrutura da PNT também se define a configuração de família nuclear e legalmente instituída, para o consentimento familiar de retirada dos órgãos para transplantes, mesmo que na realidade atual as concepções sobre modelos de famílias sejam mais amplas e diversificadas.

Em nossos resultados observou-se que a inserção do/a assistente social no programa de captação de órgãos do SNT possibilitou além da caracterização social das famílias participantes, a possibilidade de intervenção nas múltiplas expressões da questão social, relacionadas ao trabalho e proteção social. Às famílias de doadores os quais tinham vínculo de trabalho foi possível verificar formas de acesso aos benefícios de pensão e viabilizar os recursos disponíveis, além da articulação com os serviços de Saúde e da Assistência Social.

O núcleo familiar é o espaço de intervenção profissional nas políticas públicas, desta forma vale ressaltar, que a assistência a família requer a superação de preconceitos, desmistificando a ideologia de família como núcleo natural e padronizado (TEIXEIRA, 2015 p.216).

A matricialidade familiar impacta no modelo idealizado da família nuclear como estrutura legal baseada na definição sócio antropológica pelos laços sanguíneos e vínculos

conjugais, pelas relações de aliança e comprometimento. (GUEIROS, 2015, p.78, GELINSK et al, 2015, p.211), o critério de família para validação do consentimento da doação ainda é a nuclear legalmente instituída.

A competência do/a assistente social no atendimento das famílias pressupõe a construção de vínculos relacionais, do saber ouvir e de se compreender melhor os aspectos histórico, estruturais e culturais, que envolvem a capacidade para uma intervenção segura, partindo do respeito e a autonomia do sujeito.

O estudo que considerou questões religiosas não destacadas como tão importantes pelo SNT quando observou em seus resultados que as representações religiosas não foram um fator determinante na decisão familiar o consentimento, servindo de suporte à família, no momento de grande sofrimento da tomada de decisão (SILVA, 2010, p.74), em nossos resultados foi um fator que pesou na decisão.

Os valores éticos, culturais e tradições religiosas relacionadas à doação de órgãos, sempre se apresentam no processo de doação, profissionais de saúde devem respeitá-las sem qualquer interferência pois, o estado é laico. Segundo os autores algumas populações multiculturais a ideia do corpo “sagrado”, é motivo da recusa familiar (ROBSON et al.2010, FERREIRA, et al, 2015, FERRAZZO et al, 2011, p.451; OLIVER, 2012).

O SUS buscando promover a transparência do SNT para incentivar a população a doação promovem informações na mídia televisiva e redes sociais mostrando: indicadores de doentes em fila de espera devido à falta de órgãos; os benefícios dos transplantes realizados e a qualidade de vida de doentes pós transplantes para sensibilizarem a população para doação e ainda não estruturaram um apoio socioassistencial.

Estes pressupostos reforçam a importância de avaliar outros indicadores da política nacional de transplantes, como uma análise detalhada dos impactos após doação nas famílias, relacionadas a direitos sociais e proteção social. Assistentes sociais atuantes nestes serviços podem apontar as relações de trabalho e outros determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença destas famílias após a morte do doador.

Nesta perspectiva o trabalho na equipe de captação de órgãos é um espaço importante da ação profissional pelas possibilidades de intervenção, pela base teórica fundamentada nos parâmetros da atuação da saúde, que darão subsídios para melhorias na PNT, oferecendo as famílias respostas que superem o atendimento imediato da situação apresentada.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados demonstraram que o protagonismo do assistente social pode ser uma forma mais crítica para avaliação e propostas de melhorias a PNT, a partir de outros condicionantes sociais que promovam maior atenção as demandas sociais das famílias de doadores de órgãos. As representações sociais das famílias colocam em alerta que a

tendência mundial deverá assegurar mais números de doações e transplantes de órgãos para salvar vidas, proporcionando a ampliação do espaço de trabalho e capacitação para que se possa oferecer serviços socioassistenciais de qualidade para garantia de direitos sociais das famílias.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS. **Registro Brasileiro de Transplante (RBT)** Ano XXI n.2 Jan-Jun/2015. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/populacao/home>, acesso em 04 nov 2019

_____. **Registro Brasileiro de Transplante (RBT)** Ano XXV N.3 Jan/Set 2020.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CEFSS) **Atribuições Privativas Do/A Assistente Social Em Questão**. Edição ampliada - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social 2012, 78p.

_____. **Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão**. - 10ª. Ed. rev. e atual - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, 2012, 60 p.

_____. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília, (Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais) 2010. 43p.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Sistema Único de Saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Coleção para entender a gestão do SUS. Brasília. 2011; 1:291p.

CAVALCANTI AS; REIS ML, LIRA SA. **Interdisciplinaridade e questão social: novo paradigma no trabalho do serviço social na Amazônia**. In: Circuito de Debates Acadêmicos, 2011, Brasília. Anais. Brasília: IPEA, 2011. 12p.

DOGGENWEILER I, GUIC E. **Determinantes psicosociales de la intención de donación de órganos en una muestra chilena**. Rev Med Chile. 2014;142:27-33.

FERNANDES MEN; BITTENCOURT, ZZLC; BOIN, IFSF. **Vivenciando a doação de órgãos: sentimentos de familiares pos consentimento**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, 2015 v.23, n. 5, p. 895-901.

FERRAZZO S, VARGAS MAO, MANCIA JR, RAMOS FR. **Crença religiosa e doação de órgãos e tecidos: revisão integrativa da literatura**. Rev Enf UFSM. 2011; 1(3):449-460.

FERREIRA IR, SILVA PLN, FILHO WA, GONÇALVES RPF, SOUTO SGT, OLIVEIRA VV. **Doação e transplante de órgãos na concepção bioética: uma revisão integrativa**. Rev Univ Vale do Rio Verde, 2015; 13(1): 190-203.

FONTANELLA BJB, RICAS J, TURATO ER. **Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas**. Cad. Saúde Pub. 2008; 24(1): 17-27.

GELINSKI CRG, MOSER L. **Mudanças nas famílias brasileiras**. In Miotto (Orgs). *Familismo, Direitos e Cidadania: contradições da política social*. São Paulo; Cortez. 2015:125-145.

GUEIROS, DA. **Família e proteção social: questões atuais e limites da solidariedade familiar.** Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, 2002; 21(71): 103-121.

GUERRA YOLANDA, REPETTI GUSTAVO JAVIER, FILHO ANTONIO ANDRADE, da Silva PLATINI BONIEK SARDOU, ALCANTARA ELTON LUIZ DA COSTA. **Atribuições, competências, demandas e requisições: o trabalho do assistente social em debate.** XV ENPESS.2016

IAMAMOTO, MV. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2001;353p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE <https://www.ibge.gov.br/busca.html?searchword=SALARIO%&start=100>

IRVING MJ, TONG A, JAN S, WONG G. CASS A, CHADBAN S, ROSE J, ALLEN RD. HOWARD K. **Factors that influence the decision to be an organ donor: a systematic review the qualitative literature.** Nephrol Dial Transplant. 2012; (6):2526-33.

KINRADE T, JACKSON AC, TOMNAY J. **Social workers' perspectives on the psychosocial needs of families during critical illness.** Soc Work Health Care. 2011; 50(9):661-681.

MARTINELLI, ML. **Serviço Social em Hospital- Escola: um espaço diferenciado de ação profissional.** Serviço Social e Saúde. 2002;1(1):11.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (BR). Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997. Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, **que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fim de transplante.** Disponível em: www.lexml.gov.br/urn/urn:Lex:br:federal:decreto:1997-06-30;2268.

_____. Lei 10.211, de 23 de março de 2001. Alteram os dispositivos da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que **“Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento”.** Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/lei10211.htm>.

OLIVER M, AIMUN A, WOYWODT A. **Donating in good faith or getting into trouble? Religion and organ donation revisited.** World J Transplant. 2012; 2(5): 69-73.

ROBSON NZ, RAZACK AH, DUBLIN N. **Organ transplants: ethical, social, and religious issues in a multicultural society.** Asia Pac J Public Health. 2010; 22(3): 271-8.

SILVA, MF da. **Doação de órgãos: sim e não.** Dissertação de mestrado. Universidade Estadual Paulista (UNESP), 2010, 89p.

TEIXEIRA SM. **Política social contemporânea: a família como referência para as políticas sociais e para o trabalho social.** In Mioto (Orgs.) Familismo, direitos e cidadania: contradições da política social. Cortez. 2015:211-239.

VASCONCELOS, AM. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.** 8ª. ed. São Paulo: Cortez, 2012, 600p.

XAVIER PRH, LOPES SMB. **As práticas do Assistente Social e sua articulação com a Equipe de Saúde de um Hospital de Curitiba.** Serv. Soc. Rev., Londrina, 2016;18(2), 132-150.

CAPÍTULO 8

A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL REGIONAL DE FERRAZ DE VASCONCELOS NO PROCESSO PARA A ALTA QUALIFICADA HOSPITALAR

Data de aceite: 01/03/2021

Soraia da Silva Sousa

Jurema Aparecida Paulino

Magnolia Assis de Oliveira Theodoro

Janete Pereira Rafael da Silva

Dayse Prado de Camargo Lanes

RESUMO: A inserção do assistente social na saúde se dá, quando a demanda de cunho biológico se encerra com os atendimentos médicos. A necessidade de olhar o sujeito em sua subjetividade com o objetivo de atendimento humanizado, e específico realizado assim sob um aspecto de garantia de direitos diante de estado de adoecimento.

PALAVRAS-CHAVE: Humanização; Política Nacional de Saúde Hospitalar; Serviço Social trabalho profissional.

ABSTRACT: The insertion of the social worker in health occurs when the demand of biological nature ends with the medical care. The need to look at the subject in your subjectivity with objective of Humanized, and held under an aspect like that specific guarantee rights before State of illness.

KEYWORDS: Humanization; National Health Hospital policy; social service professional work.

INTRODUÇÃO

“Este trabalho surgiu com o objetivo de dar visibilidade às intervenções da equipe de Serviço Social no Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos” Doutor Osiris Florindo Coelho localizado na região do extremo Leste de São Paulo denominado Alto Tiete através de discussões e inquietações que se estabeleceram durante o período entre 2017/2018.

A inserção do Serviço Social na saúde se inicia na década de 1940, momento em que o assistente social começa a atuar na saúde como profissional tecnicamente preparado. Segundo Bravo e Mattos (2009), o novo conceito de saúde elaborado em 1948 é focado em aspectos psicossociais, o que determinou a requisição de outros profissionais para atuar no setor, entre eles o assistente social.

De acordo com Bravo (2009), no Brasil os assistentes sociais começaram a ser requisitados no setor de saúde em 1945, no contexto do processo de expansão do capitalismo e das mudanças internacionais geradas pelo fim da Guerra Mundial.

Nesse contexto, o assistente social tornou-se um profissional indispensável na saúde, em especial no atendimento médico hospitalar. Em 1945, na cidade de São Paulo foi

inaugurado o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Sua presença se deu sob a perspectiva do Serviço Social Médico.

As condições geradas pelo formato contributivo que caracterizavam os Serviços de Saúde no Brasil também influenciaram o exercício profissional na saúde. Como acesso à saúde não era universal-em termos da lei- seu caráter seletivo colocou os profissionais entre a instituição hospitalar e a população desenvolvendo atividades que tinham a finalidade de viabilizar a utilização dos serviços e benefícios, mas que devido ao caráter seletivo dos mesmos, cristalizavam práticas que mais excluíam do que incluíam (SIMÕES, 2010).

Diante da atuação do profissional, o ambiente hospitalar se torna complexo, pois diariamente o envolvem em diversas situações de difícil resolução imediata, além de terem que lidar com diferentes tipos de atendimento, o que torna o trabalho desse profissional ainda mais complexo. Finalizado o atendimento de cunho biológico que o médico realiza, então entra concomitantemente a alta social ou “alta qualificada”; para ampliar essa nomenclatura adequando ao Serviço Social é usado o termo “Alta Qualificada”, sugerindo tal complexidade que gera o atendimento de retorno para ‘residência’ Cunha (2018).

Salientamos que tais nomenclaturas estão presentes no cotidiano de trabalho do profissional.

O principal objetivo com a realização da pesquisa bibliográfica é mostrar que finalizado o atendimento de cunho biológico, é necessário trabalhar numa perspectiva que extrapole tal situação e haja resolutividade nas questões que perpassam esses limites dos atendimentos.

A metodologia aplicada terá seu referencial teórico embasado em autores que já estabelecem essa discussão em relação ao trabalho desenvolvido na alta complexidade, aqui são enfatizados os atendimentos realizados em hospitais cujas situações envolvem frentes da questão social, onde outros profissionais não visualizam um atendimento de forma que abarque essas demandas, cabendo ao profissional da assistência essa abordagem no sentido de garantir continuidade do tratamento de forma propositiva no pós-alta médica, garantindo seu direito diante do Sistema Único de Saúde, Sistema Único de Assistência Social e Política Nacional de Humanização Hospitalar.

Conforme estabelecido pela Política Nacional no que se refere ao usuário, esse acolhimento se dá na porta de entrada dos equipamentos de saúde; estabelecida uma reflexão das dores inicialmente emocionais aparentes não levando em consideração a sua subjetividade. O processo inicial do acolher nos remete a ouvir e entender sem julgar ou qualificar as demandas que chegam até os serviços de saúde, principalmente nos de alta complexidade onde é preciso fortalecer um atendimento humanizado.

UMA BREVE INTERPRETAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O direito a saúde nasce sob forte pressão da sociedade em relação ao básico para

sobrevivência humana. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas públicas sociais e econômicas que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos, ao acesso universal à saúde é igualitária as ações e serviços para promoção, proteção e recuperação (CF), partindo desse princípio nasce a Lei 8.080 que em continuidade dispõe das condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes, embasado nessas atribuições em relação aos quesitos mínimos para uma saúde plena.

Pode se entender que para que o cidadão tenha uma saúde plena necessita muito mais que alimentação; é necessária uma visão ampla e humanizada quem venha de encontro às questões minimamente subjetiva em consonância com os cuidados básicos de saúde, esses não cabendo possibilidades de efetivação.

Diante das demandas apresentadas ao profissional no aspecto da questão social tão presente atualmente, com a profissão alicerçada nos direitos dos usuários, como fazer com que o sistema funcione? Estar à frente do trabalho na saúde requer conhecimento profundo das questões que permeiam a discussão e relação ao cuidado com o outro.

Se a saúde é um direito de todos, porque ainda na atualidade notam – se tantas dificuldades em efetivá-la diante do arcabouço existente, ou seja, às leis que embasam sua efetivação, se todos têm direito porque ainda encontramos barreiras, para iniciar e concluir os atendimentos alicerçados nos direitos já adquiridos?

Discussão que se inicia desde a Constituição de 1988, adentra a lei 8.080/90, lei 10.741-01/10/03, lei, 8.069,13/07/90. com o objetivo de garantir os direitos dos cidadãos perante a sociedade. Embora a Constituição Federal de 1988 (Seção II, Art.196) estabeleça que “A saúde é um direito de todos e dever do Estado”, é sabido que há controvérsias, pois ainda que haja proximidade física do paciente ao sistema de saúde, não é garantido acesso efetivo aos serviços, uma vez que é grande a demanda nas Unidades Básicas e a escassez evidente do atendimento especializado também tem grande influência na saúde do paciente, o difícil acesso e a demora no atendimento são importantes agravantes nesse momento.

Ainda assim é possível afirmar que estamos vivendo um momento de transformação na rede pública de saúde, o que pode revolucionar os conceitos sobre a importância das relações humanas na promoção de saúde.

Dentre os principais problemas a serem resolvidos encontra-se o quadro desvalorizado dos trabalhadores, a precarização das relações de trabalho, o baixo investimento no processo de educação permanente desses trabalhadores e os modelos de gestão centralizados e verticais que desapropriam o trabalhador do seu próprio processo de trabalho (BRASIL, MS, 2004).

O Ministério da Saúde (2004), com base nessa iniciativa pretendia valorizar as pessoas implicadas no processo de trabalho, desde pacientes, trabalhadores e gestores e, incluir valores como autonomia, protagonismo dos sujeitos, com responsabilidades,

estabelecimento de vínculos solidários e participação coletiva no processo de gestão.

Com grande numero de usuários da rede publica os profissionais não suprem a demanda de trabalho e enfrentam dificuldades com as condições oferecidas pela Instituição, tornando praticamente inevitável os conflitos por maior que seja o esforço da equipe; A interação entre administração, gestão e paciente torna-se fundamental para aproximação dos profissionais implicados no processo de trabalho de um ponto a outro da rede assistencial.

A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH)

Observa-se no cotidiano dos atendimentos que infelizmente são poucos os profissionais de saúde dentre eles os Assistentes Sociais que têm conhecimento sobre a Política Nacional de Humanização.

Alguns profissionais acreditam que o processo de humanização, se baseia apenas em gentileza e educação, julgando como uma qualidade dos serviços e potencializando essa ação nos serviços públicos de saúde, porém o conceito de humanização vai além da valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde, além do mais é importante ressaltar que a PNH existe para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários.

A PNH é uma Política que visa promover a pessoa humana com valor fundamental no seio das práticas publicas de saúde, empenha-se em tornar toda experiência viva em transmissível, ao alcance daqueles que desejam conhece e empregá-las em sua própria realidade. E são tantas (e tão singulares) estas realidades que seria enganoso supor uma receita única para todo e qualquer hospital (BRASIL, 2002)

Recomendamos ao leitor que acesse o conteúdo da Política Nacional de Humanização, disponível no site do Ministério da Saúde, visto que consideramos inviável anexá-la na integra neste trabalho, devido ao grande volume de páginas, mas ressaltamos a importância do conhecimento mais aprofundado do documento.

O PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR

É preciso salientar que a Política Nacional de Humanização foi precedida pela criação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar criado no ano de 2000, abordado no capítulo anterior. Assim, no ano de 2004, o Programa é substituído por uma perspectiva transversal, constituindo uma Política de Assistência e não mais um programa específico intitulado “Humaniza SUS”.

Deve-se considerar como um marco importante para introdução do tema da humanização a saúde nas discussões acerca da qualidade da assistência a saúde, a 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2000, sob título “Acesso,

qualidade e humanização na atenção a saúde com controle social”. É importante observar que a partir deste evento e da regulamentação do Programa Nacional de Humanização Hospitalar pelo Ministério da Saúde em 2000, a questão da humanização ganha novo status, contribuindo de forma imprescindível para legitimidade pública da questão, originando assim a Política de Humanização dos Serviços de Saúde.

O Programa Nacional de Humanização Hospitalar (PNHAH) foi apresentado com o desafio de incentivar mudanças de atitudes que vislumbrem um atendimento de excelência nos hospitais da rede SUS, passando também por uma forma de gestão dos serviços públicos e assim possibilitar, difundir e consolidar a criação de uma cultura de humanização democrática solidária e crítica na rede hospitalar.

Alguns objetivos e pontos que caracterizam a Política Nacional de Saúde Hospitalar:

- Melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários do sistema de saúde.
- Capacitar os profissionais para um novo conceito de atenção a saúde, que valoriza não só a integralidade dos processos de atendimento à saúde, como também as crenças e o estilo de vida do paciente, a subjetividade e a cidadania.
- Estimular a realização de parcerias e intercâmbio de conhecimento, experiências e pesquisas de humanização da assistência hospitalar.

Fortalecer e articular as iniciativas de humanização já existentes na rede hospitalar entre outros.

Esclarecemos que usaremos o termo Paciente, quando estivermos nos referindo à relação do indivíduo com a equipe de saúde, em demais situações usaremos o termo Usuário, salvo em situações, neste caso manteremos a terminologia.

A PNHAH vem fortalecer a anterior com objetivo de clarificar e garantir o direito do usuário na Unidade Hospitalar na sua prática organizacional; para o usuário o importante é o atendimento efetivo e de qualidade com o objetivo de resolver suas questões patológicas e angústias dos processos de adoecimento, um dos objetivos do programa é fortalecer o vínculo entre usuários e profissionais com propostas de trocas.

AS CONFIGURAÇÕES DE FAMÍLIA E A SUA IMPORTÂNCIA NA SAÚDE

As famílias atuais têm vivenciado um momento de dificuldade em relação às novas configurações, ou seja, novas formas de vínculo afetivo.

Independente das condições sejam elas socioeconômicas ou culturais, é esperado que exista preferencialmente um provedor do sexo masculino, porém devido a essas transformações a mulher tem assumido esse papel importante no contexto reproduzindo os cuidados a todos que fazem parte da formação familiar.

Independente da formação familiar sempre existirá a necessidade de um responsável pelos cuidados de algum familiar que passa por vulnerabilidades em relação a si mesmo.

O modo como o paciente e familiar se relaciona com a situação de adoecimento é influenciada pelos diferentes arranjos existentes. É possível que as famílias extensas apresentem maiores recursos para divisão de tarefas, ao contrário dos modelos mono parentais nos quais o chefe de família na maioria das vezes mulheres torna se é responsável pela provisão, cuidados e de sustento financeiro do enfermo. Andrade (2015)

Diante da inserção do paciente na Alta complexidade, em geral uma Unidade Hospitalar os familiares já visualizam sua melhora e retorno para residência; porém para que esse retorno aconteça existe um processo de desospitalização que requer maior cuidado e atenção do profissional para a efetivação dele.

Vale ressaltar que nem sempre os vínculos entre membros de sua família são permeados por laços de estima e efetividade, tampouco sequer foram construídos ao longo dos anos. Por isso é um equívoco avaliar a possibilidade de cuidados somente pela perspectiva da obrigação legal, muito embora haja forte cobrança para isso Andrade (2015).

Pode se visualizar diante dos arranjos familiares que existe uma grande dificuldade de aceitação de quem vai realizar os cuidados; determinar quem assumirá a responsabilidade de realizá-los é sempre um desafio, pois é preciso reciprocidade, afeto, carinho e compreensão da situação de adoecimento do enfermo, o que em muitas situações não é realidade da família.

É importante ressaltar que a família fica apreensiva em relação aos cuidados que o paciente precisa e o local onde serão realizados. A inserção do paciente em Unidade Hospitalar é um grande alívio para seus familiares, pois ali se entende que ele será cuidado por médicos, especialista e terão acesso a todos os equipamentos necessários para permitir uma evolução significativa em seu quadro clínico, ou até mesmo sua estabilidade médica, permitindo o retorno para a sua residência, porém isso torna-se um real equívoco; uma vez que esse paciente precisará de cuidados e de um suporte assistencial específico, e é nesse momento que é acionada a rede Socioassistencial que fará o suporte para paciente, cuidador e familiares envolvidos.

Nesse momento se encerra o tratamento médico, e entra o cuidado assistencial para seqüência e êxito do tratamento.

A TIPIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS SOCIOASSISTENCIAIS

Conforme o tipo de assistência que o usuário é inserido é necessário à inclusão nos serviços assistenciais de cuidados, o principal a seguir.

O principal é o de acordo com grau de vulnerabilidade conforme a resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009 do Conselho Nacional de Assistência Social que tipifica os Serviços Socioassistenciais existentes, baseada nas atenções de atuação que segue:

- Serviços de Proteção Básica.

- Serviços de Proteção Especial de Média Complexidade.
- Serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade.

Os serviços de Proteção Especial de Alta complexidade, são aqueles que garantem a proteção integral, são eles: moradia, alimentação, higiene, trabalho, saúde, bem-estar e convívio social, pessoas que se encontram com seus direitos violados, sem referência familiar / sem vínculo social.

Os encaminhamentos mais comuns em Unidades Hospitalares em geral são:

- Instituições de Acolhimento de Crianças e adolescentes;
- Instituições de Acolhimento de Idosos;
- Centro de Referência Especializado de Assistência Social-CREAS;

Essa demanda caracterizada como de alta vulnerabilidade, é composta na maioria dos casos por crianças e idosos com vínculos fragilizados, por motivo de violência física, afetiva ou sexual, abandono, maus tratos, drogadição entre outras, e requer um olhar atento e crítico do profissional, quando chega à Unidade de Alta Complexidade.

ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ALTA QUALIFICADA

O Serviço Social é acionado quando o paciente está em processo de alta hospitalar ou mais precisamente quando já foram realizados os atendimentos médicos necessários ao paciente. A partir de uma aparente observação dos profissionais envolvidos, o profissional da assistência é designado para realizar as intervenções necessárias a fim de garantir a continuidade do atendimento no pós-alta e iniciar o processo de alta qualificada para êxito do tratamento e garantir seus direitos além do ambiente hospitalar.

A alta hospitalar é outra demanda que precisa ser refletida pela equipe com o objetivo de se estabelecer um fluxo com equipe multidisciplinar, buscando realizar em tempo hábil a investigação social da realidade que permeia a vida do paciente; realizar a escuta qualificada. (Parâmetros de atuação na saúde).

A alta qualificada é uma forma de promoção a saúde e qualidade de vida que busca através do acolhimento ressignificar o atendimento sob ótica individual do profissional, estabelecendo vínculos e acolhendo as necessidades do usuário.

Destarte, relacionar a alta qualificada é garantir o conhecimento em relação à questão social subjetiva e posteriormente investigada.

Relacionar a alta qualificada requer um conhecimento da questão social que permeia o paciente; é preciso trabalhar em rede assistencial e multiprofissional com um só objetivo, reestabelecer esse paciente ao convívio social e digno.

Através da escuta qualificada o assistente social consegue realizar as intervenções que são necessárias e encaminhamentos para as redes socioassistenciais de saúde para

realização de intervenções de acolhimento.

Tais ações devem transpor o caráter emergencial e burocrático (Parâmetros do serviço social na saúde). É preciso que o profissional tenha clareza das suas atribuições diante das demandas que lhe são apresentadas no cotidiano dos atendimentos nas Unidades Hospitalares, o mesmo deve se apropriar do trabalho desenvolvido em âmbito hospitalar, pois diante da equipe multiprofissional é necessário estabelecer um diálogo claro e conclusivo a respeito de suas atribuições a fim de garantir e fortalecer sua atuação perante as leis vigentes em relação às questões sociais do paciente.

O atendimento Humanizado é direcionado através das intervenções do profissional, que além de proporcionar o acolhimento, estabelece vínculos com a equipe de referência, fazendo valer os princípios de equidade, integralidade e universalidade do Sistema Único de Saúde.

Deste modo de atuação, é importante ressaltar as condutas propositivas da equipe, pois o objetivo é minimizar os conflitos, fortalecer o usuário, e incluir a referência familiar nos cuidados.

O Trabalho do Serviço Social desenvolvido no Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos.

Atualmente o Serviço Social tem cinco profissionais.

Dados estatísticos entre 2017 e 2018.

1 profissional Assistencial e chefia

1 profissional que atua no Pronto Socorro.

1 profissional que atua no Setor de pediatria, Centro Obstétrico, UTI Neonatal e Maternidade.

1-profissional que atua nas enfermarias-7^a e UTI- adulto

1-profissional que atua nas enfermarias- 8^a, 9^a.

DADOS QUALITATIVOS

Leitos ativos: 236.

Unidade de terapia Intensiva: 11

Berçário Neonatal :28

2017- pacientes internados- 10.371

2018-pacientes internados- 9.254.

Total: 19.625

Atendidos pelo Serviço Social: 2017>20.014-

2018 >9.558.126

Total aproximado de atendimentos- Mês- Pronto Socorro-15 mil.

Inseridos no Programa Melhor em Casa - 26 pacientes mais dois bebês.

Psiquiatria fechada; no entanto existe a demanda de porta em surtos psiquiátricos

que são atendidos no Pronto Socorro:

Pacientes psiquiátrico atendidos:

2017 > 2.820

2018> 3190-

Total: 6. 010- Atendidos pelo Serviço Social no período: 1.293 : 22 %.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de humanização na Alta qualificada é realizado através da ótica do profissional mostrando a importância da inserção do usuário nos equipamentos, seja ele de assistência social ou saúde. Esse tratamento é realizado no sentido de desospitalização do paciente/ usuário e cidadão sem prejuízos ao mesmo. A alta complexidade / hospital deve propiciar a continuidade de cuidados de saúde do indivíduo, buscando a sua inserção nos equipamentos, através de um atendimento responsável, respeitando os princípios do Sistema Único de Saúde e as leis que pautam esses direcionamentos.

Considerando o comprometimento ético político que legitima a atuação do profissional, é importante salientar que existe um embasamento teórico na profissão que permite tais ações dentro desse ambiente de alta complexidade.

Portanto, através desse trabalho surge a expectativa de promover uma importante discussão acerca do tema com a finalidade de possibilitar o reconhecimento e a importância dos sujeitos diante de suas demandas não só de saúde, mas também sociais, buscando sempre priorizar e garantir a qualidade de vida do indivíduo e efetivação de seus direitos constitucionais.

REFERÊNCIAS

Cuidados paliativos e Serviço Social um exercício de coragem/ Letícia Andrade-Holambra, SP: Editora Setembro, 2015

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

Família: redes e laços e políticas/ Ana Rojas Acosta, Maria Amália Faller Vitale, organizadores-7. Ed-São Paulo: Cortez: Instituto de Estudos Especiais -Puc /SP 2008.

BRASIL. Lei nº 8.662/1993. Lei de Regulamentação da Profissão Assistente Social. 10 ed. Brasília, 2012.

CFESS. Parâmetros Para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Conselho federal de serviço social1. ed. Brasília, 2004

CUNHA, Aline Andrade- Serviço Social e Alto qualificado hospitalar um relato de experiência 2018-Trabalho de Conclusão de Curso (Especialista em Saúde) Faculdade de Medicina- Famed-Uberlândia.

Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Lei nº 8.069, de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências.

Lei nº 10.741 de 01 de Outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993.

Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Ministério da Saúde, 2000.

Humanizausus. Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

[Http://www.saude.sp.gov.br/resourve/humanizacao/biblioteca/pnh/acplhimento.com.avaliacoesclassificacao de riscp.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resourve/humanizacao/biblioteca/pnh/acplhimento.com.avaliacoesclassificacao%20de%20riscp.pdf)

Tipificação dos Serviços Socioassistenciais-Texto da resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009-Publicado em Diário Oficial da União em 25 de Novembro de 2009.

Curso de Direito do Serviço Social / Carlos Simões-3 ed. ver e atual são Paulo-Cortez, 2009-(Biblioteca de serviço social; v.3).

HRFV- Hospital Regional Doutor Osiris Florindo Coelho-Ferraz de Vasconcelos

DAT - (Divisão de Apoio Técnico) – Contrato Programa.

*SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatístico

PROJETO ÉTICO POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO: UMA REFLEXÃO ACERCA DAS POSSIBILIDADES E DOS LIMITES DE SUA MATERIALIZAÇÃO NA UPA DR. ABDON GONCALVES (SÃO JOÃO DE MERITI – RJ)

Data de aceite: 01/03/2021

Diego Augusto Rivas dos Santos

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC/RJ). Professor da UNIGRANRIO Coordenador de Curso de Pós Graduação Lato Sensu em Políticas Públicas, Diversidade Sexual e de Gênero (Ensin-e/Inove Saber). Professor em Cursos de Pós Graduação, Atualização e Preparatório (NEZO e Inove Saber)
<http://lattes.cnpq.br/3067772786480197>
Rio de Janeiro – RJ

Michelle Trindade Pimentel

Universidade do Grande Rio Prof. José de Souza Herdy (UNIGRANRIO)
<http://lattes.cnpq.br/0423900535117068>
Rio de Janeiro – RJ

Sandy Falcão de Oliveira

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz (FioCruz)
<http://lattes.cnpq.br/4149294943277766>
Rio de Janeiro – RJ

RESUMO: O estudo em tela busca problematizar questões referentes aos conflitos e aos desafios enfrentados pelas Assistentes Sociais cotidianamente, de forma específica, no espaço socioinstitucional Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Dr. Abdon Gonçalves, localizado no município de São João de Meriti – RJ. Esse campo de atuação profissional é marcado por limites concretos, no que tange a possibilidade de materialização do Projeto Ético

Político do Serviço Social brasileiro. A indagações suscitadas durante o período de estágio supervisionado, de uma das autoras deste artigo, amadurecidas na disciplina de Fundamentos Históricos, Teóricos, Metodológicos e Éticos do Serviço Social e no Núcleo de Pesquisa e Estudos sobre Políticas Sociais e Serviço Social resultam nessa elaboração, na busca por estratégias e alternativas, por meio da dimensão investigativa, inerente ao trabalho da Assistente Social, em conhecer essa realidade, mediante a produção de conhecimento científico pautado em uma análise crítica, a partir da percepção das profissionais de Serviço Social inseridas nesse campo empírico acerca das possibilidades e limites de se concretizar os valores ético-políticos profissionais. Trata-se de uma pesquisa de cunho exploratório, proveniente de um estudo bibliográfico, a partir de referências que discutem sobre o tema e se configura como qualitativa, pois busca promover reflexões, tomando por base, a percepção das Assistentes Sociais participantes do estudo. Os resultados obtidos pela investigação comprovam as hipóteses preliminares acerca das barreiras existentes para consolidar os valores do projeto profissional, por isso faz-se necessário a construção de uma identidade profissional: crítica e comprometida com os interesses sócio históricos da classe trabalhadora.

PALAVRAS – CHAVE: Assistente Social; Projeto Ético Político; materialização.

POLITICAL ETHICAL PROJECT OF BRAZILIAN SOCIAL SERVICE: A REFLECTION ON THE POSSIBILITIES AND LIMITS OF ITS MATERIALIZATION AT UPA DR. ABDON GONCALVES (SÃO JOÃO DE MERITI - RJ)

ABSTRACT: The study on screen seeks to problematize issues related to conflicts and challenges faced by Social Workers on a daily basis, specifically, in the socio-institutional space of the Emergency Care Unit (UPA) Dr. Abdon Gonçalves, located in the municipality of São João de Meriti - RJ. This field of professional activity is marked by concrete limits, with regard to the possibility of materializing the Political Ethical Project of the Brazilian Social Service. The questions raised during the supervised internship period, by one of the authors of this article, matured in the discipline of Historical, Theoretical, Methodological and Ethical Foundations of Social Work and in the Research and Studies Group on Social Policies and Social Work result in this elaboration, in the search for strategies and alternatives, through the investigative dimension, inherent to the work of the Social Worker, in knowing this reality, through the production of scientific knowledge guided by a critical analysis, from the perception of the Social Service professionals inserted in this empirical field about the possibilities and limits of realizing professional ethical-political values. It is an exploratory research, from a bibliographic study, based on references that discuss the theme and is configured as qualitative, as it seeks to promote reflections, based on the perception of the Social Assistants participating in the study. The results obtained by the investigation prove the preliminary hypotheses about the existing barriers to consolidate the values of the professional project, that is why it is necessary to build a professional identity: critical and committed to the socio-historical interests of the working class.

KEYWORDS: Social Worker; Ethical Political Project; materialization.

1 | INTRODUÇÃO

A presente pesquisa teve como objetivo principal analisar as possibilidades e os limites para materialização do Projeto Ético Político do Serviço Social brasileiro, por meio da análise de dados coletados das Assistentes Sociais que atuam no UPA Drº Abdon Gonçalves, localizado no município de São João de Meriti (RJ).

Percebe-se assim, que esse estudo buscou conhecer a percepção dessas profissionais, que estão inseridas diretamente nesse espaço de atuação, articulando os dados obtidos aos fundamentos teóricos existentes sobre o tema. Ressalta-se ainda, que o cenário contemporâneo é marcado por uma ofensiva neoliberal e pela precarização das relações de trabalho, cujas propostas apresentam-se na direção contrária aos valores preconizados no Projeto Ético Político do Serviço Social, reiterando a importância das Assistentes Sociais conhecer os desafios presentes no cotidiano institucional e social, para que seja possível criar condições e estratégias para a efetivação deste projeto profissional, visando superar tais limites.

O estudo é desenvolvido numa perspectiva de totalidade, criticidade e historicidade, ancorado na teoria social crítica de Marx, buscando problematizar questões referentes aos conflitos e contradições inerentes ao modo de produção capitalista e que geram

rebatimentos no trabalho das Assistentes Sociais, de forma cotidiana, tendo em vista, a dualidade que os profissionais de Serviço Social estão condicionados, frente a inserção na divisão social e técnica do trabalho, reafirmando a sua condição de trabalhador assalariado, resultando em desafios concretos para materialização do Projeto Ético Político do Serviço Sociais brasileiro.

Frente a esses limites, os profissionais são instigados a encontrar estratégias e caminhos de enfrentamento às atrocidades exploratórias ocasionadas pelo modo de produção capitalista, no sentido de viabilizar os direitos dos trabalhadores usuários atendidos, assumindo uma direção profissional em consonância aos interesses sociais e históricos da classe trabalhadora.

O referido estudo é fruto de inquietações suscitadas no decorrer da formação profissional, por discentes e docente, que resultaram em leituras, debates, reflexões e necessidade de aprofundamento teórico sobre o assunto. O conhecimento teórico desenvolvido e o exercício profissional vivenciado apresentam-se como pilares centrais para o desenvolvimento de investigações de caráter técnico-científico acadêmico que resultaram nessa produção.

21 UM BREVE HISTÓRICO DO PROJETO ÉTICO POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO E AS DIMENSÕES PARA SUA MATERIALIZAÇÃO

Segundo Barroco (2012) a gênese do Projeto Ético Político (PEP) do Serviço Social situa-se na segunda metade da década de 1970, emergindo gradualmente no cenário da crise da autocracia burguesa e da redemocratização do Brasil, seu avanço ocorreu nos anos de 1980, e, na década de 1990, a sua consolidação, a partir do amadurecimento político-organizativo da categoria profissional, por meio de entidades e fóruns deliberativos. Contudo, o referido projeto está dialeticamente em construção e materialização, tendo em vista que a construção de uma nova ordem societária impõe uma dimensão política da intervenção profissional.

O PEP apresenta forte influência da teoria social crítica de Marx e a liberdade encontra-se no seu núcleo como valor ético central vinculada ao ideário de emancipação humana e política, autonomia, participação e plena expansão dos indivíduos sociais. O referido projeto está vinculado a um projeto de transformação da sociedade. Essa vinculação se dá pela própria exigência que a dimensão política da intervenção profissional impõe.

O projeto é bem claro e explícito no que tange aos seus compromissos. Ao reconhecer a liberdade como valor ético central, como possibilidade de escolher entre alternativas concretas, reafirma-se que os indivíduos devem ser livres na tomada das decisões. A liberdade consiste em poder fazer tudo aquilo que se deseja, desde que não prejudique outra pessoa. Temos, ainda, o posicionamento a favor da equidade e da justiça social.

A consolidação do Projeto Ético-Político do Serviço Social ocorre na década de 1990, quando verifica-se o alcance da maturidade profissional a partir de um escopo significativo

de centros de formação (cursos de pós-graduação). Nesse momento, amplificou a produção de conhecimento no interior do Serviço Social. A maturidade político-organizativa da categoria também é observada nas entidades e fóruns deliberativos. Além disso, reforça-se o perfil do assistente social, que atua a partir de uma perspectiva crítica, totalizante e histórica, tendo aversão à retomada do conservadorismo.

A década de 1990 apresenta dois processos inter-relacionados: a. continuidade do processo de consolidação do Projeto Ético-Político; b. ameaça que esse projeto sofre, fortemente tensionado pelos rumos neoliberais da sociedade e por uma nova reação conservadora no seio da profissão (neoconservadorismo). Mesmo diante das políticas neoliberais, é notório que o Projeto Ético-Político atingiu sua hegemonia na década de 1990.

Para a disseminação do projeto, verificamos dois elementos principais:

a) maior participação do corpo profissional nos espaços de discussões, fóruns e eventos da categoria;

b) conexão das linhas que tecem o projeto com o crescente movimento das classes sociais, sendo elas advindas não de interesses próprios de um pequeno segmento da categoria profissional, mas, sim, de uma perspectiva refletida no seio profissional, abarcada pela categoria como um todo, em que seus pressupostos foram os desejos da classe trabalhadora e suas demandas.

De acordo com Reis (2001), os assistentes sociais, individualmente, podem operacionalizar o projeto, por meio das variadas modalidades interventivas da profissão. Ainda segundo o autor, são os mecanismos políticos, instrumentos, documentos legais e referenciais teóricos que emprestam legitimidade e operacionalidade prático-política e prático-normativa ao projeto.

Sendo assim, temos as seguintes dimensões que possibilitam a materialização do Projeto Ético Político:

1) a dimensão da produção de conhecimento no interior do Serviço Social, sendo a forma de sistematizar as diferentes práticas de atuação da profissão em seus mais amplos espaços sócio ocupacionais. Refere-se às reflexões acerca do fazer profissional, por meio de especulações e indagações, a partir da dimensão investigativa do assistente social. Pontua-se que, a dimensão investigativa do assistente social tem compatibilidade com as tendências teórico críticas do pensamento social, sendo assim, não cabem produções teóricas ancoradas em posturas teóricas conservadoras, cujo horizonte é a manutenção da ordem social capitalista vigente.

2) político-organizativo, tem um envolvimento amplo de entidades da profissão e também fóruns de premissas de ideias semelhantes, às associações profissionais, as organizações sindicais e, fundamentalmente, o conjunto CFESS/CRESS, a ABEPSS, além do movimento estudantil representado pelo Centros e Diretórios Acadêmicos e pela ENESSO, sendo por meio dessas entidades, que conseguimos consolidar coletivamente os

traços gerais do Projeto Ético Político, uma vez que são espaços democráticos de direito onde possuem múltiplos pensamentos envolto de um bem comum para a sociedade, configurando assim o pluralismo necessário para a construção de uma nova ordem societária. (BARATA e BRAZ, 2009).

c) a jurídico-política, se configura pela soma de documentos legais pertinentes a profissão, onde envolvem um conjunto de leis, parâmetros, resoluções e demais textos políticos consagrados no seio profissional, subdivididos em:

- aparato jurídico-político de caráter estritamente profissional: Código de Ética Profissional; Lei de Regulamentação da Profissão (Lei nº 8.662/1993) e as novas Diretrizes curriculares aprovadas pelo MEC.
- aparato jurídico-político de caráter mais abrangente: conjunto de leis oriundas do Capítulo da Ordem Social da Constituição Federal de 1988. Aqui, temos algo que não é exclusivo da categoria profissional, mas é resultado de lutas sociais que envolveram assistentes sociais, além de permear o cotidiano profissional, funcionando como instrumento viabilizador de direitos a partir das políticas sociais que executamos e/ou planejamos. Podemos incluir nessa esfera as legislações sociais que comungam dos mesmos valores profissionais, tais como: LOA (Lei Orgânica da Saúde); LOAS (Lei Orgânica da Assistência Social); ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente); Estatuto do Idoso; Estatuto da Pessoa com Deficiência; Estatuto da Igualdade Racial etc.

São essas dimensões articuladas que compõem o corpo material do Projeto Ético-Político, sendo assim, o sucesso do projeto depende da materialização de tais dimensões no cotidiano profissional dos assistentes sociais; portanto, trata-se de uma construção coletiva que segue uma direção social e envolve valores, compromissos sociais e princípios que estão em constante discussão e reflexão, a partir de análises, justamente porque participa do movimento vivo e contraditório das classes na sociedade.

3 | O SERVIÇO SOCIAL NA INSTITUIÇÃO UPA DR. ABDON GONÇALVES

A partir de um trabalho pautado no entendimento da atuação profissional na mesma direção dos valores expressos no Projeto Ético Político e frente as multifacetadas expressões da questão social que emergem na política de saúde no município de São João de Meriti, é possível compreender que, para além das particularidades do município, que tem grande índice populacional, pouca visibilidade para a tutela do Estado e grande carência de políticas públicas como um todo, o Serviço Social acaba por ser a porta de entrada para qualquer demanda necessária, sendo proveniente de dentro do hospital ou não, que decorre desde a procura por informações básicas até demandas de complexidades mais altas.

A população usuária dos serviços localizada nesse território não está acostumada a ter um órgão ou profissionais que de fato, se responsabilizam com suas demandas e

necessidade, tais que o Serviço Social toma enquanto competência, por isso, verifica-se que o Serviço Social é imprescindível para viabilizar o conceito mais amplo de saúde, através do acolhimento, atendimento e orientações quanto ao saber do profissional de Serviço Social, efetivando por meio de suas ações o acesso destes usuários à política de saúde, por meio de procedimentos operacionais e técnicos instrumentais, assim identificando nas demandas as expressões da questão social, pertinentes a cada indivíduo.

4 | O PROJETO ÉTICO POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO NA PERCEPÇÃO DAS ASSISTENTES SOCIAIS QUE ATUAM NA INSTITUIÇÃO: POSSIBILIDADES, LIMITES E ESTRATÉGIAS PARA MATERIALIZAÇÃO

A partir dos dados coletados e analisados, no que tange a percepção das Assistentes Sociais que atuam no UPA Abdon Gonçalves referente a materialização do Projeto Ético Político foi observado algumas posturas fatalistas acerca da transformação que o Projeto objetiva. As respostas obtidas retratam uma discrepância sobre a visão do projeto expresso no âmbito teórico acadêmico em comparação a forma de pensar das profissionais que estão inseridas no espaço sócio ocupacional, sendo para a grande maioria das participantes da pesquisa o projeto como algo utópico, quando se trata de pôr em implementação.

Os dados coletados revelam que existem limitações que cessam as possibilidades da atuação profissional, tais como; a falta de integração da equipe de trabalho, de forma que nem sempre atuam de modo articulada, o que melhoraria a qualidade dos serviços prestados aos usuários; a burocratização que o Serviço Social passa dentro do espaço sócio institucional; a precarização das relações de trabalho; as dificuldades impostas à profissão para desenvolver determinadas funções que não são de sua competência, tampouco atribuição privativa; fragilidade na rede de serviços do município, que caso funcionasse adiantaria grande parte das demandas e seria de grande valia, no que tange a viabilização dos direitos da população usuária; a politicagem para execução de serviços, método que tem se intensificado em regiões menos favorecidas e que tem domínio de alguns representantes do poder público (em sua maioria vereadores e prefeitos) que agem de forma autoritária sem que sejam fiscalizados em suas posições arbitrárias e de cunho por vezes ameaçador.

Outro desafio cotidiano é a falta de materiais e insumos para fazer os atendimentos aos usuários, como a falta de impressora/copiadora, material básico como caneta e papel. Algumas das vezes, as profissionais utilizam de seus equipamentos e materiais pessoais, fazendo contato com os usuários e profissionais do seu próprio aparelho celular, utilizando a internet móvel de seu aparelho para que o atendimento possa ser feito, ou seja, utilizando dessas estratégias para superarem os desafios operacionais encontrados.

Para de fato termos um Projeto Ético Político materializado dentro da categoria profissional é necessário o reconhecimento da profissão acerca da urgência necessidade

de romper-se com a contínua alienação gerada pelo modo de produção capitalista. O papel pedagógico do Assistente Social é imprescindível na conscientização da massa trabalhadora na luta contra os ardis do capitalismo que se sustenta a partir da exploração da classe trabalhadora, por meio da apropriação do tempo de trabalho excedente que gera lucro ao capital. É necessário que, os valores do Projeto Ético Político transcenda os muros das academias, para que de fato, seja possível vislumbrar mudanças estruturais e tão necessárias na atual conjuntura, pois se nada for feito, o efetivo rompimento com a herança histórica, tradicionalista e conservadora da profissão, jamais se efetivará, pelo contrário, a vertente neoconservadora irá se fortalecer e avançar.

Sendo assim, o Assistente Social precisa atuar de forma comprometida, ancorado em seu aparato jurídico profissional, apresentando um posicionamento político em prol dos interesses da classe trabalhadora, na busca pela viabilização dos direitos dos usuários. O Assistente Social deve atuar, buscando a efetivação das políticas sociais, em favor da universalização dos serviços públicos de qualidade, na busca pela materialização do Projeto Ético Político profissional e da construção de uma nova ordem societária, onde seja possível alcançar a emancipação política e humana.

“Eu tropeço no possível, mas não desisto de fazer a descoberta que tem dentro da casca do impossível.” (ANDRADE, C. D. apud IAMAMOTO, 2012).

Segundo Iamamoto (2012), a materialização do Projeto Ético-Político do Serviço Social é certamente um desafio, mas não uma impossibilidade, o que se apresenta como obstáculo ou adversidade (limite) é apenas a casca do impossível, que encobre as possibilidades de os homens construir sua própria história. Por mais desafiador ou utópico que pareça, jamais o espírito fatalista deverá prevalecer na sua conduta profissional.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao estudar os desafios para a materialização do Projeto Ético Político postos as Assistentes Sociais do UPA Dr Abdon Gonçalves, foi constatado por base de uma perspectiva crítica que há muitas limitações e desafios que apresentam barreiras ao exercício profissional pautado no projeto profissional, porém se constatou também que por se tratar de uma profissão interventiva, investigativa e propositiva há as possibilidades e as estratégias para superar todos esses obstáculos encontrados, sendo elas as dimensões teórico-metodológica, técnico operativa e ético político, que devem ser de domínio do Assistente Social, a dimensão investigativa e também as dimensões que possibilitam a materialização do Projeto Ético Político: político organizativa, jurídico política e produção de conhecimento no interior do Serviço Social.

Por fim, buscou-se elucidar os desafios/limites postos na atualidade que geram implicações diretas na materialização do Projeto Ético-Político, porém, tais dilemas podem ser atenuados e superados mediante a adoção de estratégias, como: a produção

de conhecimento e a superação da fragilização teórica, ultrapassar o equívoco de que “na prática, a teoria é outra”, a sistematização da prática profissional, o investimento em educação permanente, dentre outras ações

REFERÊNCIAS

BARATA, Joaquim. BRAZ, Marcelo. **O projeto ético-político do Serviço Social**. In: CFESS/ABEPSS. (Org.). Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. 1ed. Brasília: 2009, v. 1, p. 185-201.

BARROCO, Maria Lucia S. **Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2003

BARROCO, Maria Lucia S. **Código de Ética do/a Assistente Social Comentado**. Sylvia Helena Terra; Conselho Federal de Serviço Social – CFESS (organizador) – São Paulo: Cortez, 2012.

IAMAMOTO, M. V. A fé no que virá e a alegria de olhar para trás: 30 anos do projeto ético-político profissional. In: SEMINÁRIO NACIONAL: 30 ANOS DO CONGRESSO DA VIRADA. Conselho Federal de Serviço Social. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/SEM30ANOSDAVIRADACFESSsite.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2020.

NETTO, José Paulo. **A construção do projeto ético-político contemporâneo**. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 1. Brasília: CEAD/ABEPSS/CFESS, 1999.

REIS, M. B. M. Notas sobre o Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: Assistente Social: ética e direitos. Coletânea de leis e resoluções. 3. ed. Rio de Janeiro, 2001.

CAPÍTULO 10

REFLEXÕES ACERCA DA PRÁTICA DO SERVIÇO SOCIAL EM UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL – RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/03/2021

Data de submissão: 08/12/2020

Andressa da Silva Rosa

Hospital Central do Exército
Rio de Janeiro - Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3371446620271165>

Ana Maria de Oliveira Damasceno

Instituto Nacional de Traumatologia e
Ortopedia/MS/RJ
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
EPSJV/FIOCRUZ/MS
Rio de Janeiro – Brasil
<http://lattes.cnpq.br/4360104294680027>

RESUMO: O presente trabalho tem por objetivo relatar possibilidades e desafios cotidianos encontrados no ambiente de trabalho multiprofissional, diante de um contexto histórico em que impera o modelo médico-hegemônico no ambiente hospitalar. A concepção do trabalho multidisciplinar mostra-se bastante importante para imprimir novos conceitos a essa realidade, cada vez mais permeada de desafios no que concerne ao desvelamento das expressões da questão social. Acerca desse contexto, registro este relato de experiência da minha inserção no programa de aperfeiçoamento multiprofissional na equipe de oncologia ortopédica, no qual serão sintetizadas possibilidades de intervenção do assistente social na referida equipe.

PALAVRAS-CHAVE: Serviço Social na saúde. Prática Profissional do Serviço Social.

Atendimento multiprofissional.

REFLECTIONS ON THE PRACTICE OF SOCIAL WORK IN A MULTIPROFESSIONAL TEAM - EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: The present work aims to report possibilities and daily challenges found in the multiprofessional work environment, in the face of a historical context in which the hegemonic medical model prevails in the hospital environment. The conception of multidisciplinary work proves to be very important to impress new concepts to this reality, which is increasingly permeated with challenges in terms of unveiling the expressions of the social question. In this context, I record this experience report of my insertion in the multiprofessional training program in the orthopedic oncology team, in which the intervention possibilities of the social worker in that team will be synthesized.

KEYWORDS: Social work in health. Professional Practice of Social Work. Multiprofessional service.

1 | INTRODUÇÃO

O cotidiano profissional dos assistentes sociais é repleto de desafios e, visando o melhor enfrentamento destes, exige-se um compromisso ético com o constante processo de capacitação. A prática profissional do Serviço Social, inserido em contextos institucionais hospitalares, é atravessada por correlações de forças exercidas pelas diversas profissões

inseridas nesses espaços e que historicamente são submetidas ao saber médico.

A experiência profissional aqui sistematizada foi realizada junto ao Programa de Aperfeiçoamento Multiprofissional do Instituto Federal do Rio de Janeiro, localizado na cidade do Rio de Janeiro. O referido curso propicia o aperfeiçoamento na área de Traumatologia e Ortopedia, das seguintes categorias profissionais: Serviço Social, Fisioterapia, Enfermagem, Psicologia, Terapia Ocupacional, Farmácia Hospitalar e Radiologia, visando à construção de uma capacitação em serviço direcionado para o desenvolvimento de um modelo de cuidado interdisciplinar, conforme pautado na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9.394/96 e também nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse sentido, as atividades de capacitação profissional, no referido programa, consideram que é necessário que se exerçam procedimentos e práticas inerentes às categorias profissionais, sendo também imprescindível para o trabalho uma prática multidisciplinar compreendida nos diferentes CAE's - Centros de Atendimento Especializado¹.

Assim, pode-se afirmar que nesse processo de trabalho é concebida a necessidade de conhecimentos multimodais que extrapolem os saberes individuais estruturados pelo modelo biomédico, a fim de construir respostas a essa realidade diversa e que requisita cada vez mais as mediações coletivas para respondê-la, tendo em vista a complexidade dos desafios do processo saúde-doença.

No que se refere a isso, chamo a atenção para a mudança do entendimento do conceito de saúde inscrito na Constituição Federal de 1988, que funda os alicerces da Seguridade Social brasileira, a qual passa a ser formada por um tripé composto pela política de saúde, assistência e previdência. Essa mudança conceitual, instaurada no advento da nova Carta Constitucional, corrobora para a elaboração de uma política social de saúde que instituiu um direcionamento às ações, serviços e direitos, pautados como um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado em cumprir com o proposto, não mais como um favor estatal. Os avanços na saúde também compreenderam a construção de novos olhares para o processo de adoecimento, agora não mais visto apenas como acometimento de doenças, mas como processo completo de prejuízo ao bem-estar físico, mental e social, ou seja, um processo que interliga múltiplos determinantes e condicionantes sociais que incidem na vida da população. Tal olhar proporcionou a inserção de diversas categorias profissionais nas equipes de saúde, entre elas o Serviço Social.

Os avanços instaurados na política de saúde, sobretudo a partir da grande influência do movimento de Reforma Sanitária no país, priorizam a noção da integralidade da saúde, surgindo então a necessidade do trabalho interdisciplinar enquanto ferramenta que contribui para o cuidado para além das intervenções biomédicas, entendendo que a presença de outras áreas de conhecimento são fundamentais para responder às questões

¹ Disponível em: <<https://www.into.saude.gov.br/ensino/curso-de-aperfeiçoamento-e-visita/multiprofissional/programa-para-cursos-de-aperfeiçoamento>> Acesso em: 09 de março de 2020.

postas na saúde.

E sob essa perspectiva, é importante ressaltar que o trabalho multidisciplinar não é uma utopia, mas uma ferramenta em processo de construção e implementação constante, amparada pela Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004). Assim como há dinamicidade na realidade social e nas demandas colocadas aos serviços cotidianamente, existe também a necessidade de se produzir coletivamente as práticas em saúde, e isso afeta a dinâmica dos processos de trabalho e das ferramentas de respostas a essa realidade, sem perder de vista os elementos centrais dos princípios norteadores da política de saúde.

A proposta de trabalho em uma equipe multidisciplinar na saúde tem como objetivo implementar estratégias diferentes das ações pautadas no modelo médico-hegemônico, de modo a vislumbrar práticas direcionadas ao conceito ampliado de saúde, que traduzam novos cuidados individuais e coletivos, os quais integram a saúde como fruto das relações sociais e desta com os fatores estruturais e socioculturais (CHAVES *et al*, 2018).

É sob essa perspectiva que são construídas as ações de intervenções cotidianas do Assistente Social na saúde, tendo em vista intervir no cerne da problemática social com rebatimentos na área da saúde, bem como expressando compromisso com a classe trabalhadora, na defesa dos direitos sociais, na identificação dos impasses de acesso às políticas públicas, nos estímulos aos usuários das práticas educativas do cuidado em saúde e nas mobilizações do exercício da cidadania (CFESS, 2012a).

A inserção desse profissional dentro da instituição hospitalar, a partir dos anos 1990, reforçou o novo panorama da política de saúde defendido pela reforma sanitária, movimento tão caro aos defensores de uma política universal e igualitária. Ainda que a prática do Serviço Social na saúde anteceda à Reforma Sanitária, é a partir desta, e no contexto de intensos debates dentro da categoria, que as vertentes teóricas do Serviço Social são postas em xeque, tendo a categoria, conseqüentemente, buscado novas fundamentações teóricas para avançar criticamente nas práticas profissionais na saúde. A partir da aproximação com a teoria marxista e do amadurecimento teórico, a categoria conseguiu se aproximar dos ideais defendidos pelo movimento de Reforma Sanitária, inserindo-se posteriormente nela.

Ainda que haja lacunas na implementação do SUS constitucional, advindas da consolidação do projeto neoliberal no país, é necessário destacar que houve mudanças significativas no panorama institucional e profissional, sobretudo nas novas demandas colocadas ao Serviço Social.

O projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã (BRAVO; MATOS, 2004, p. 37).

Assim, compreende-se que cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde e 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 da reforma sanitária” (BRAVO; MATOS, 2004 *apud* CFESS, 2010, p. 29-30).

O código de ética e a lei de regulamentação da profissão normatizam as atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social em todas as políticas públicas, sendo esses os principais norteadores dos procedimentos “que devem ser observados e respeitados, tanto pelos profissionais quanto pelas instituições empregadoras” (CFESS, 2010, p. 33). Ao examinar as obras do CFESS, “Parâmetros para atuação na saúde” e “Atribuições privativas do Assistente Social”, constatei que ambos chamam atenção para a impossibilidade de delimitar com precisão os campos profissionais em espaço ocupacional não exclusivo do Serviço Social. Contudo, ambas as obras ressaltam com a mesma intensidade a importância de se ter clareza ao norte de suas ações profissionais, que são bem delimitadas nos documentos que norteiam a atuação do Assistente Social. Tal observação se faz necessária para que haja o fortalecimento da política de saúde, vislumbrando o trabalho multidisciplinar aos olhares da noção ampliada de saúde, mas sem fragmentar o que é próprio de cada profissão, como princípios, competências e atribuições.

2 | DISCUSSÃO

O assistente social vem sendo requisitado para atuar em diversas frentes de trabalho, sobretudo a partir da disputa entre o “projeto privatista e de reforma sanitária” (CFESS, 2010, p. 22). Nesse caso, é preciso “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” (CFESS, 2010, p. 43). Além disso, faz-se necessário romper com as requisições institucionais que violem seus princípios e diretrizes, bem como transpor as ações emergenciais e burocráticas tão presentes dentro das políticas públicas.

Ao analisar as principais requisições direcionadas aos assistentes sociais na equipe de um centro especializado em oncologia ortopédica, identifiquei três frentes de atendimento, nas quais são operacionalizadas as atividades técnicas do Serviço Social:

1. atendimento ambulatorial;
2. acompanhamento assistencial durante a internação;
3. atividades coletivas dentro da equipe multidisciplinar.

O atendimento ambulatorial é um momento privilegiado, pois trata-se do primeiro contato da equipe multiprofissional com os usuários. Para o Serviço Social, as ações nesse

âmbito de trabalho têm por objetivo conhecer a realidade social dos usuários que serão submetidos ao diagnóstico e ao acompanhamento da equipe de oncologia ortopédica. Conhecer a realidade social individual de cada usuário é, sem dúvida, uma ocasião privilegiada para formular as técnicas de intervenção que serão utilizadas para cada caso, identificar as incidências da questão social sob o cotidiano dos usuários e apreender informações úteis que serão utilizadas no processo de tratamento de saúde. É nesse espaço ambulatorial que o assistente social identifica as demandas trazidas pelos usuários e define instrumentos que serão utilizados no acompanhamento social.

Assim como no atendimento ambulatorial, no acompanhamento social durante o processo de internação as ações sistematizadas pelo assistente social se assentam nos marcos legais da profissão² e buscam identificar as refrações da questão social e suas modificações ocorridas no decorrer no período entre o atendimento ambulatorial e a internação, uma vez que a identificação das expressões da questão social que precisam de intervenção podem sofrer mudanças dependendo da condição sócio-histórica e dos processos sociais a que estão submetidos os pacientes. Para isso é necessário ao profissional do serviço social ter clareza das suas competências, das suas atribuições e das requisições institucionais para identificar qual é seu objeto de intervenção e construir respostas que visem atender as demandas trazidas pelos usuários.

Este é um dos desafios presentes no campo de atuação profissional. Iamamoto (*apud* CFESS, 2001, p. 30) afirma que não há como delimitar com precisão os campos profissionais que são partilhados por outros profissionais especializados, movidos por interesses diversos, mas a sua atuação é necessária e deve trilhar caminhos cuja realidade seja possível de decifrar, a fim de analisar o objeto de trabalho e assim construir caminhos para conduzir o trabalho profissional.

O acompanhamento social durante a internação nos permite uma maior aproximação com a realidade do usuário, sendo possível trabalhar demandas que não foram sinalizadas pelo usuário no ambulatório. Nesse local, a atuação é mais ampla e perpassa diferentes caminhos, desde as demandas imediatas, como situações cotidianas institucionais, até demandas originadas a partir da dificuldade de acesso às políticas públicas. Segundo Matos (2017), é nas lacunas geradas pela não implantação efetiva do SUS que o profissional de Serviço Social vem sendo demandado a intervir. Portanto, na esfera do trabalho na saúde são sistematizadas ações transversais que perpassam a assistência durante o processo de cuidado dentro instituição e, para além dos muros institucionais, o profissional vem sendo requisitado para atuar na articulação entre a rede de serviços disponíveis dentro ou fora da instituição.

A atuação do assistente social no acompanhamento do usuário durante o processo de internação traz como demanda para esse profissional a necessidade de conhecimento

2 A Lei de Regulamentação da Profissão (Lei 8.662/93) e o Código de Ética estabelecem parâmetros para atuação profissional com os usuários e com os outros profissionais, bem como atribuem dimensão normativa às ações, suas competências e suas atribuições privativas.

nas diversas políticas públicas, uma vez que as orientações previdenciárias bem como as orientações de acesso à política de assistência e aos benefícios assistenciais são demandas presentes no dia a dia da profissão. Parte significativa das demandas que nos são atribuídas estão vinculadas às condições de vida do usuário, devido à ausência de vínculos familiares, à dificuldade e/ou desinformação acerca de outras políticas públicas e à suspeita ou confirmação de violação de direitos.

A identificação dessas demandas nem sempre acontece a partir do atendimento com a assistente social. Estas são algumas vezes identificadas por outros profissionais integrantes da equipe multiprofissional, e então são repassadas para o assistente social fazer a observação e intervenção apropriada para cada caso. Daí a importância de haver uma equipe articulada no processo de trabalho, na qual cada membro tenha clareza das atribuições de sua profissão no cuidado com o usuário. A comunicação pode ocorrer de forma verbal ou por meio dos prontuários, que são documentos oficiais de registro na saúde e que também servem de comunicação entre os profissionais da equipe, devendo estes ser preenchidos de forma clara e objetiva, para que sirvam como fonte de registro de todo o acompanhamento realizado dentro da instituição.

Portanto, o prontuário, nesse contexto, assume uma necessidade concreta, pois na ausência de um profissional que controle todo o processo de atenção à saúde existe a necessidade de se forjar um registro sobre esse atendimento e uma comunicação entre os profissionais. Tal comunicação é expressão cabal de que – mesmo que haja uma centralidade de um profissional sob o outro, como o caso, em geral, do profissional da medicina – é impossível a partir daí realizar um trabalho sem a cooperação de diferentes profissionais (MATOS, 2017, p.114).

Esses desafios colocados para uma equipe multiprofissional podem ser resolvidos a partir de uma interlocução entre os profissionais. Os prontuários não darão conta da complexidade dos casos atendidos e das observações completas de cada profissional acerca da situação individual de cada usuário. Por isso, advém a necessidade de um momento coletivo entre a equipe multiprofissional. No instituto em tela, todos os casos atendidos pelo CAE de oncologia ortopédica são encaminhados a uma reunião de equipe que busca utilizar-se do conceito de clínica ampliada³. O Serviço Social nesse espaço de atividades coletivas realiza ações predominantemente informativas das necessidades sociais dos usuários e também das redes de cuidados familiares existentes ou não. Sua observação técnica é muitas vezes apreendida pela equipe médica ao escolher o procedimento mais adequado, bem como a forma de cuidado que o usuário necessita dentro da instituição.

3 “A clínica ampliada foi proposta inicialmente por Campos (1997) como uma clínica capaz de lidar com a singularidade sem abrir mão da atenção às doenças, suas possibilidades de diagnóstico e intervenção (CUNHA, 2010). Em 2003, a clínica ampliada entrou como diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que a conceitua como uma ferramenta teórica e prática com finalidade de contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, considerando a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença, permitindo o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde na busca do equilíbrio entre danos e benefícios gerados pelas práticas de saúde (BRASIL, 2008).” (DELZIOVO; PEDEBÔS; MORETTI-PIRES, 2012, p. 11).

Estabelecer ações multidisciplinares é uma estratégia bastante eficaz para atuar diante das variadas e complexas demandas de saúde que atravessam o processo de saúde-doença, como fragilização de vínculos familiares, pauperização, violação de direitos por parte da integrante da rede de cuidados familiares ou institucional, entre outros. Entre os desafios e os avanços, é imprescindível que haja construções diárias de práticas que estimulem ações multidisciplinares, nem sempre consensuais, mas que integrem respostas coletivas e responsáveis no cuidado em saúde.

3 | CONCLUSÃO

As diversas intervenções feitas pelo Serviço Social no processo de trabalho multidisciplinar, seja em forma de ações individuais seja integradas com outros profissionais, são sem dúvida um dos grandes desafios enfrentados pela profissão, uma vez que não existem ações pré-estabelecidas. A realidade em movimento demanda diariamente qualificação da técnica e construção de novos caminhos possíveis para se chegar a um objetivo final.

O atual modo político e de organização social vigente tem como frente o desmantelamento das políticas públicas, reafirmando cada vez mais o caráter seletivo que segrega ao invés de incluir. Isso tem impacto direto no atendimento na ponta, pois, como aqui foi relatado, muitas demandas direcionadas ao Serviço Social esbarram na burocratização do acesso e no encerramento de programas, projetos e políticas, repercutindo por vezes na judicialização da saúde, daquilo que deveria ter acesso aberto a todos.

Diante desse contexto, as ações multidisciplinares possuem grande relevância por envolverem diversos olhares especializados buscando possibilidades de ações profissionais. O impacto desse modo de trabalho para o usuário é quase sempre muito benéfico, por se tratar de um cuidado com o todo e atendendo às necessidades reais do usuário, e não apenas realizando intervenções nas neoplasias.

As observações aqui trazidas se propõem a reforçar as potencialidades de uma equipe multidisciplinar, sobretudo a sua importância para o planejamento de um modelo de cuidado ampliado, mesmo em um contexto institucional que ainda prevaleça o modelo médico-hegemônico. Os desafios existem e são oriundos de diversas partes, como de embates burocráticos, do desmantelamento de políticas públicas ou profissionais e de questões pessoais, como a dificuldade de trabalhar com o coletivo e/ou a baixa adesão ao aperfeiçoamento continuado. Contudo, estes não são fins em si mesmos; a realidade possui formas de se contrapor aos desafios por meio de ações possíveis e efetivas que geralmente possuem grande grau de adesão do usuário quando transformadas em práticas integrativas entre a equipe, intervenções que antecedem debates coletivos que visem romper com ações individuais e segregativas.

Para finalizar, resalto que já avançamos muito enquanto categoria profissional no

ambiente hospitalar, devido ao trabalho de braços incansáveis que buscaram se aperfeiçoar de forma teórica e técnica para imprimir no espaço institucional direção conjunta e olhar diverso para o processo de adoecimento. Portanto, resta-nos continuar a implementação do cuidado multidisciplinar e construir novas respostas às demandas que recebemos e, sempre que possível, reforçar atuações coletivas em diferentes órgãos, instituições e movimentos dos trabalhadores.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 8.662/1993**. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRAVO, Maria Inês Souza & MATOS, Maurílio Castro. **Reforma Sanitária e o Projeto Ético- Político do Serviço Social: elementos para o debate**. In: BRAVO, Maria Inês Souza, VASCONCELOS, Ana Maria, GAMA, Andréa de Souza, MONNERAT, Gisele Lavinias (Orgs). Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004. Disponível em: <http://www.servicosocialesaude.xpg.com.br/texto2-3.pdf>.

CHAVES, Ana Raquel de Mello; SIQUEIRA, Kássia de Oliveira Martins; ALCANTARA, Luciana da Silva; LIMA, Renata Cristina Mendes (orgs.). **Diálogos em Saúde Pública e Serviço Social: a experiência do assistente social em oncologia**. 1. reimp. Rio de Janeiro: INCA, 2018.

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na política de saúde**. Brasília: CFESS, 2010.

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social. **Atribuições privativas do/a Assistente Social em questão**. Brasília: CFESS, 2012a.

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social. **Código de Ética do/a Assistente Social**. 10. ed. rev. e atual. Brasília: CFESS, 2012b.

DELZIOVO, Carmem Regina; PEDEBÔS, Lucas Alexandre; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. **Clínica ampliada**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1088>>. Acesso em: 03 maio 2020.

MATOS, M. C. de. **Serviço Social, Ética e Saúde: reflexões para o exercício profissional**. São Paulo: Cortez, 2017.

CAPÍTULO 11

IMIGRAÇÃO VENEZUELANA NO BRASIL UMA EXPRESSÃO DA QUESTÃO SOCIAL A SER ATENDIDA

Data de aceite: 01/03/2021

Data de submissão: 03/02/2021

Lena Lansttai Bevilaqua Menezes

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/
Hospital São Julião/Escola de Saúde Pública/
Secretária Estadual de Saúde (UFMS/HSJ/
ESP/SES)
Campo Grande – MS
ORCID iD: 0000-0001-6987-6383

Eli Fernanda Brandão Lopes

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/
Hospital São Julião/Escola de Saúde Pública/
Secretária Estadual de Saúde (UFMS/HSJ/
ESP/SES)
Campo Grande – MS
ORCID iD: 0000-0002-9322-5465

Rafael Alves Mata de Oliveira

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/
Hospital São Julião/Escola de Saúde Pública/
Secretária Estadual de Saúde (UFMS/HSJ/
ESP/SES)
Campo Grande – MS
ORCID iD: 0000-0002-0645-7461

Michele Terumi Yassuda

Universidade Católica Dom Bosco
Campo Grande – MS
ORCID iD: 0000-0001-7099-431X

Juliana Galete

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/
Hospital São Julião/Escola de Saúde Pública/
Secretária Estadual de Saúde (UFMS/HSJ/
ESP/SES)
Campo Grande – MS
lattes.cnpq.br/8893949021609404

Edivania Anacleto Pinheiro Simões

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/
Hospital São Julião/Escola de Saúde Pública/
Secretária Estadual de Saúde (UFMS/HSJ/
ESP/SES)
Campo Grande – MS
ORCID iD: 0000-0002-2559-9609

Maria de Fátima Bregolato Rubira de Assis

Hospital São Julião
Campo Grande – MS
ORCID iD: 0000-0002-2332-5815

RESUMO: O presente trabalho trata-se de um relato de experiência cujo objetivo descrever a atuação dos profissionais do Serviço Social e Nutrição na Unidade de Cuidados Continuados Integrados do Hospital São Julião em Campo Grande - MS, mediante a demanda apresentada por uma paciente, tendo em vista a imigração venezuelana no Brasil. A Venezuela tem passado por uma forte crise socioeconômica e política, que assola a população com a falta de alimentos e uma exacerbada inflação, promovendo sua imigração para outros países como o Brasil. A paciente em questão é imigrante venezuelana e foi acometida de Acidente Vascular Cerebral, ficando internada em um hospital de agudos, sendo posteriormente encaminhada a Unidade de Cuidados Continuados Integrados. Os Cuidados Continuados Integrados trabalham na perspectiva da reabilitação, readaptação e reinserção social e familiar, através de ações e intervenções conjuntas de saúde e apoio social.

PALAVRAS-CHAVE: Emigração e Imigração. Idoso. Legislação.

VENEZUELAN IMMIGRATION IN BRAZIL AN EXPRESSION OF THE SOCIAL ISSUE TO BE CARED FOR

ABSTRACT: The present study is an experience report whose goal is to describe the performance of professionals of the Social Work and Nutrition in the Integrated Continuous Care Unit of the Hospital São Julião in Campo Grande - MS, on demand by a patient in view of Venezuelan immigration in Brazil. Venezuela has been going through a strong socioeconomic and political crisis, which devastates the population with of lacking food and an exacerbated inflation, promoting its imigration to other countries such as Brazil. One patient in question is an important Venezuelan and was struck by a stroke, being admitted to a hospital in Agudos and subsequently referred to the Integrated Continuing Care Unit. The Integrated Continuous Care works with the perspective of rehabilitation, readaptation and social and family reintegration, through joint actions and analyzes of health and social support.

KEYWORDS: Emigration and Immigration. Old man. Legislation.

1 | INTRODUÇÃO

Mediante a crise instaurada em seu país, o atual governo da Venezuela, vem tomando medidas que violam os direitos humanos de seus cidadãos. O aumento da inflação, a falta de alimentos, e a escassa oferta de suprimentos médicos levaram a inúmeros protestos, que foram combatidos com a violenta repressão do governo, ocasionando mais de 120 mortos, prisões arbitrárias e culminaram em denuncia de torturas e maus-tratos. A política de repressão se utiliza se utiliza do sistema judicial para omitir e silenciar divergências atacando toda e qualquer forma de oposição (ANISTIA INTERNACIONAL, 2018, p. 29).

Esta crise tem impulsionado sua população a migrar e refugiar em países como Brasil, Colombia, Equador e Peru. No Brasil a porta de entrada para esses imigrantes é o Estado de Roraima, sendo este o único caminho por terra. A projeção é que cerca de 190.000 refugiados e imigrantes se concentrem no país até o final de 2019 (UNHCR, 2019, p. 16-27).

Pontua-se que a Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017, ao regulamentar a Migração no Brasil preconiza em seu art. 14, que o visto temporário poderá ser concedido ao imigrante que venha ao Brasil com o intuito de estabelecer residência por tempo determinado e que se enquadre em pelo menos uma das hipóteses, dentre elas, a acolhida humanitária, quando o país de origem estiver em situação de grave ou iminente instabilidade institucional, de conflito armado, de calamidade de grande proporção, de desastre ambiental ou de grave violação de direitos humanos ou de direito internacional humanitário. (BRASIL, 2017, s/n).

O envelhecimento populacional está crescendo rapidamente em todo o mundo, superando outras faixas etárias. Os idosos se caracterizam por ser um grupo vulnerável, em razão do processo fisiológico de envelhecimento, o que acarreta maiores custos aos serviços de saúde. As internações em unidades hospitalares são mais frequentes e a duração da ocupação dos leitos são maiores que a população mais jovem, perdurando

por muito tempo e exigindo assim, acompanhamento e intervenção contínua (BRITO et al., 2013).

Sendo um grupo de maior vulnerabilidade nutricional e maior dependência no cuidado, é de grande importância planejar adequadamente as necessidades nutricionais desta população, considerando também sua patologia de base, e que essa população tem alta prevalência de doenças crônicas, como a hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares, por exemplo (SCHMADER; SERES, 2018).

O diagnóstico, a terapêutica e controle da hipertensão arterial sistêmica são primordiais para a diminuição de distúrbios cardiovasculares, principalmente em idosos. No Brasil são raros os estudos que identificaram essas taxas em relação a população de idosos. Estudo em capital brasileira denotou que as taxas de prevalência foram altas e as taxas de tratamento e controle foram baixas, verificando associação entre hipertensão e sexo, idade e estilo de vida, revelando a necessidade de intervenções precoces e individuais (SOUSA et al., 2019).

Pacientes com doenças cardiovasculares frequentemente apresentam distúrbios eletrolíticos, sendo o mais frequente a hiponatremia. A hiponatremia é o distúrbio eletrolítico mais comum em pacientes hospitalizados, sendo associado com maior mortalidade em diferentes patologias. É definida como uma desordem quando o sódio está abaixo de 135 mEq/l (DIACONU et al., 2018).

O presente objetiva descrever a atuação dos profissionais de Serviço Social e Nutrição na Unidade de Cuidados Continuados Integrados do Hospital São Julião em Campo Grande - MS, mediante a demanda apresentada por uma paciente, tendo em vista a imigração venezuelana no Brasil.

2 | METODOLOGIA

Como metodologia utilizou-se o estudo com abordagem descritiva na forma de um relato de caso sobre a atuação de profissionais do Serviço Social e da Nutrição em um caso específico de uma paciente imigrante da Venezuela, admitida na Unidade de Cuidados Continuados e Integrados do Hospital São Julião, em Campo Grande – MS.

A paciente supracitada é do sexo feminino, tem 64 anos, solteira, natural da Venezuela, não fala português, reside no Brasil a um ano, possui Cédula de Identidade de Estrangeiro com validade para dezembro de 2019, está acompanhada do filho também egresso da Venezuela com Cédula de Identidade Estrangeira com vencimento em novembro do ano corrente.

A mesma foi acometida por um Acidente Vascular Cerebral e apresenta lesão por pressão em estágio 3 na região sacral, seqüelas de disartria, desvio de rima, paresia de membros inferiores e membro superior esquerdo, déficit de autocuidado necessitando de cuidados de terceiros em período integral.

O protocolo desta pesquisa foi aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco, sob parecer no 2.005.461e CAAE no 66113517.2.0000.5162 em atendimento à resolução CNS/MS no 466/2012 que trata de pesquisas que envolvem seres humanos.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A paciente em relação à Nutrição foi admitida com proteínas totais, albumina, potássio, creatinina e hemácias abaixo do valor de referência. Trata-se de uma paciente com difícil controle pressórico e glicêmico, com o diagnóstico de hipertensão e diabetes. Quanto a antropometria, devido a dificuldade de deslocamento da paciente fora do leito, o peso e a altura da paciente foi estimada por fórmulas: Peso: 72 Kg; Altura: 1,62 m; IMC (Índice de Massa Corporal) estimado: 27,43 Kg/m² (sobrepeso); Circunferência da Panturrilha: 32 cm (eutrofia); Circunferência do Braço: 32,5 cm; Adequação da Circunferência do Braço (%): 108,33% (eutrofia). Paciente durante a internação teve diversos episódios de constipação intestinal, com uso de dieta laxativa, óleo mineral e fibras em cápsulas. Paciente admitida na UCCI em dieta via oral pastosa, e após, avaliação da fonoaudióloga foi liberada dieta via oral em consistência branda, porém devido a má aceitação, tivemos que envolver a dieta para pastosa, onde apresenta boa aceitação alimentar. Paciente durante a internação, teve episódios de hiponatremia e hipopotassemia, sendo necessário restrição hídrica e reposição de potássio, o que por diversas vezes impossibilitou as sessões de fisioterapia.

Segundo relato do filho e equipe de saúde, a paciente encontrada-se em estado de confusão, reproduzindo discursos sem sentido. A incompreensão da língua portuguesa tem dificultado o trabalho dos profissionais, impossibilitando a comunicação constituindo-se num fator dificultador.

O contexto familiar e rede de apoio são compostos pelo filho, pelos netos e pela sogra da neta que também estão residindo no Brasil. O imóvel ao qual coabita com seu filho, é alugado e possui barreiras arquitetônicas, sendo este um prédio do qual não se dispõe de elevador. No que tange as questões financeiras, o filho relata que a paciente auferir 18,00 reais de aposentadoria e a renda mensal da família é de pouco mais de 1 salário mínimo. Como despesas da família tem-se o pagamento de condomínio, água, luz, internet, gêneros alimentícios, além do dinheiro que mandam aos familiares que ficaram na Venezuela.

Os assistentes sociais atuaram com base em todo seu arcabouço teórico-metodológico, ético-político e técnico-operatório da profissão, mas se fez necessário o aprofundamento nas legislações sociais pertinentes, e nos direitos e garantias estendidas aos estrangeiros.

Segundo Lacerda (2014) “É nesse chão de intensas contradições tensionadas pela luta de classes que o assistente social é chamado a cravar suas ações sobre as questões

trazidas e reconhecidas como sendo “direito do usuário” ao qual deve buscar materializar por meio de suas ações profissionais individualizadas”.

A imigração é considerada um fenômeno característico da formação social e econômica do Brasil, a mobilidade humana dentro do contexto do capitalismo é permeada de características particulares. Sua análise parte da desigualdade socioespacial e dos interesses imediatos e conjunturais do sistema capitalista, visto que elas se dão pela necessidade de trabalho (LANSA, RIBEIRO, FAQUIN, 2018, p. 272).

Ressalta-se que [...] “os processos migratórios vistos como expressão da questão social inserem-se no campo do debate cotidiano do Serviço Social, exigiu a apropriação de uma discussão bastante estruturada sobre o tema em outras áreas do conhecimento e pouco articulada no Serviço Social “ (SCHMITZ, 2019, p. 78).

O quadro clínico da paciente afeta sua capacidade funcional para atividades da vida diária, tanto básicas quanto instrumentais, impedindo que a mesma produza seu autocuidado, necessitando de um cuidador permanente. A família não tem condições de arcar com os custos de um cuidador e também não podem realizar os cuidados sozinhos, tendo em vista a necessidade de trabalhar para o seu próprio sustento.

E neste caso não foi possível a viabilização do Benefício de Prestação Continuada (BPC), uma vez que este benefício não abrange os estrangeiros, conforme o disposto no decreto 6.214/2017. Podendo apenas a família ser cadastrada no Cadastro Único para recebimento do Programa Bolsa Família, conforme o ofício circular conjunto nº 2/2014 SENARC/MDS e SNAS/MDS publicado em 11 de fevereiro de 2014 (MDS, 2014, p. 12).

Outro agravante para o caso é a questão da expiração do prazo do visto de permanência, que se dará ao final do ano, pois uma viagem ao país de origem tanto pelas questões políticas do mesmo se encontra, quanto pela questão do tempo de duração da vigem, colocam em risco a vida da paciente. E conforme a Lei nº 13.445/ 2017 (BRASIL, 2017, s/n) no seu parágrafo segundo “O visto temporário para tratamento de saúde poderá ser concedido ao imigrante e a seu acompanhante, desde que o imigrante comprove possuir meios de subsistência suficientes” não se aplicando ao caso da paciente de que se trata.

Foi solicitado ao CER APAE de Campo Grande-MS, dispositivos auxiliares tais como cadeira de banho e cadeira de rodas, contudo devido à falta de acessibilidade no prédio onde a paciente reside, por se tratar de um apartamento no quarto andar, sem elevadores, tendo acesso apenas pela escadaria, o uso destes dispositivos fica comprometido.

Tendo em vista a gravidade da situação foi enviado um relatório a SAS (Secretaria de Assistência Social), e outro relatório para a Defensoria Pública a fim de pleitear a inserção da paciente em uma Instituição de Longa Permanência - IPLI, que se efetivou posteriormente.

4 | CONCLUSÕES

Como resultado final deste relato de experiência, procurou-se enfatizar como a imigração na contemporaneidade capitalista pode ser vista como uma expressão da questão social, trazendo implicações para as políticas públicas tanto de cunho social, quanto de cunho econômico.

Os profissionais tiveram o desafio de desenvolver suas ações de saúde e apoio social, na perspectiva da política pública de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS, diante de uma demanda muito singular, levando em consideração fatores biopsicossociais e culturais.

Faz-se necessário pensar e repensar a práxis profissional, diante a complexidade da saúde vista como direito, trazendo novas discussões teóricas a cerca da singularidade e especificidade de cada caso concreto. Novas demandas estão sendo postas para a saúde a todo o momento, devido à dinamicidade da realidade, cabendo aos profissionais da saúde uma atuação compromissada com a recuperação destes pacientes, para que as respostas dadas sejam dotadas de efetividade.

Os Cuidados Continuados Integrados trabalham na perspectiva da reabilitação, readaptação e reinserção social e familiar, através de ações e intervenções conjuntas de saúde e apoio social.

REFERÊNCIAS

ANISTIA INTERNACIONAL. Informe 2017/2018: **O Estado dos Direitos Humanos no Mundo**. Relatório. Londres: Amnesty Internacional, 2018. Disponível em: <<https://anistia.org.br/wp-content/uploads/2018/02/informe2017-18-online1.pdf>> Acesso em: 02 de fev. 2019.

BRASIL. **Lei 13.445, de 24 de maio de 2017**. Institui a lei de Migração. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13445.htm> Acesso em: 17 de fev. 2019.

BRITO, M. C. C. et al. Envelhecimento populacional e os desafios para a saúde pública: análise da produção científica. *Revista Kairós: Gerontologia*, v. 16, n. 2, p. 161-178, 2013.

DIACONU, C. C. et al. **Hiponatremia in patients with heart failure**: a prognostic marker. *Revista de Chimie*, v. 69, n. 5, p. 1071-1074, 2018.

LACERDA, L. E. P. de. **Exercício profissional do assistente social**: da imediatividade às possibilidades históricas. *Serv. Soc. Soc.*[online]. 2014, n.117, pp.22-44.

LANZA, L. M. B.; RIBEIRO, P. B. A.; FAQUIN, E. S. **Imigrantes nos territórios**: problematizações sobre intervenções profissionais nas políticas de seguridade social. [*Rev. katálysis* online]. 2018, vol.21, n.2, pp.271-280.

MDS. Secretaria Nacional de Assistência Social. **O Papel do Assistente Social no Atendimento aos Migrante**. Brasília, 2016. Disponível em: <https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Guia/guia_migrantes.pdf> Acesso em: 17 de fev. 2019.

SCHMITZ, A. **A Migração Como Expressão da Questão Social**: Um Estudo a Partir da População Atendida no Núcleo de Apoio à Família - Rodoviário (Naf-R). 2009. 91 f. Trabalho de Conclusão de Curso. Departamento de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

SOUSA, A. L. L. et al. Prevalência, tratamento e controle da hipertensão arterial em idosos de uma capital brasileira. **Arq Bras Cardiol**, v. 112, n. 3, p. 271-278, 2019.

SPASOVSKI, G. et al. **Clinical practice guideline on diagnosis and treatment of hyponatraemia**. *Nephrology Dialysis Transplantation*, v. 29, n. suppl_2, p. i1-i39, 2014.4

SCHMADER, E. K;SERES, D;SULLIVAN, D. J. **Geriatric nutrition**: Nutritional issues in older adults. This topic last updated: 26 April, 2018. – **ARQUIVO UP TO DATE**.

CAPÍTULO 12

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: A JUDICIALIZAÇÃO E EFETIVIDADE DA ATENÇÃO INTEGRAL DA SAÚDE

Data de aceite: 01/03/2021

Zilda Cristina dos Santos

<http://lattes.cnpq.br/7329316363279580>

Agnaldo de Sousa Barbosa

<http://lattes.cnpq.br/7871008221742180>

RESUMO: A Justiça tem sido cada vez mais acionada para efetivar o direito à saúde, realidade essa que representa um impacto significativo na política de saúde. Para realização desta pesquisa será utilizada revisão de literatura, pesquisa de campo e entrevista semi-estruturada. Os objetivos específicos são: identificar e mapear as demandas judiciais das pessoas com doença onco-hematológicas e descrever o perfil sócio-demográfico deste público; analisar as decisões judiciais no atendimento às demandas em saúde. A relevância do trabalho se evidencia por buscar vislumbrar como a questão do direito à vida e efetivação do direito à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Serviço Social. Saúde. Judicialização

ABSTRACT: The courts have been increasingly triggered to implement the right to health, a reality that represents a considerable impact in the health policy. For the performance of this research will be used a literature review, field research and semi-structured interview. The specific objectives are: to identify and to map the legal demands of the people with onco-hematologic diseases and describe the socio-demographic profile of this crowd; to analyze the legal decisions in the

attendance of the health demands. The relevance of this work is evidenced by the study of the implement of the right to life and the right to health

KEYWORDS :Social Works. Health. Judicialization.

1 | INTRODUÇÃO

O acesso às políticas sociais, na atualidade, tem sido cada vez mais reivindicado por meio da judicialização, devido ao fato de elas serem pontuais e imediatas e não atenderem a totalidade social e a forma estabelecida pela Constituição Federal de 1988. Ao tratar sobre a judicialização, Barroso (2010, p. 4) esclarece que:

A Judicialização significa que algumas questões de larga repercussão política ou social estão sendo decididas por órgãos do Poder Judiciário, e não pelas instâncias políticas tradicionais: o Congresso Nacional e o Poder Executivo – em cujo âmbito se encontram o Presidente da República, seus ministérios e a administração pública em geral. Como intuitivo, a judicialização envolve uma transferência de poder para juízes e tribunais, com alterações significativas na linguagem, na argumentação e no modo de participação da sociedade. O fenômeno tem causas múltiplas. Algumas delas expressam uma tendência mundial; outras estão diretamente relacionadas ao modelo institucional brasileiro

A judicialização no Brasil é uma

circunstância da omissão do Poder Público em cumprir com as promessas constitucionais que são regidas por normas programáticas e diretrizes para o governo. Quando estas normas e diretrizes não são cumpridas permite que o Juiz, a partir do conhecimento da causa, decida sobre seu acesso. Isso acontece porque as normas constitucionais permitem interpretações diversas deduzindo a pretensão, subjetividade e objetividade. O papel da Constituição é defender os princípios e valores fundamentais da vida, e, com isso a judicialização não decorre do Judiciário e sim do Constituinte (BARROSO, 2010).

O acesso ao direito à saúde pela justiça envolve diversos serviços públicos e privados, tais como o fornecimento de medicamentos, disponibilização de exames e cobertura de tratamento de doenças. Devido à realidade de que o Sistema Único de Saúde (SUS) não consegue contemplar a perspectiva da universalidade e integralidade, o Poder Judiciário tem sido protagonista no acesso ao direito à saúde. O recurso à judicialização tem sido uma prática cada vez mais presente na realidade dos usuários do SUS, principalmente no tange às pessoas com doença oncológica. Nesse sentido, Asensi reflete sobre o fenômeno da judicialização no Brasil – em face da efetivação dos direitos – e aponta que:

Ao partir do pressuposto de que o direito existe para se realizar, a ideia de efetividade significa o desenvolvimento concreto da função social do direito. Ela representa a materialização, no mundo dos fatos, dos preceitos legais e simboliza a aproximação, tão íntima quanto possível, entre o dever-ser normativo e o ser da realidade social" [...]. Portanto, busca pensar o desenvolvimento dos direitos na prática, de modo a superar a perspectiva formalista que se traduz na mera eficácia jurídica. (ASENSI, p.25, 2010)

Com efeito, no Brasil não há uma padronização dessa atuação. Tem-se as recomendações do CNJ, mas cada estado atua de acordo com diretrizes regionalizadas. No entanto, existe características em comum das ações para efetivação do direito à saúde, tais como: foco curativo das demandas – ênfase nos medicamentos, tratamentos, próteses –, predomínio das ações individuais, tendência ao deferimento final e antecipação de tutela. Em razão de problemas envolvendo orçamento e gestão, o CNJ sugere evitar a reprodução de uma visão medicalizada de saúde e destaca a importância do trabalho multiprofissional, como os de assistente sociais, psicólogos e fisioterapeutas; de igual maneira, recomenda-se evitar a condição de refém do argumento econômico de restrição, em alusão às estratégias governamentais relacionadas ao contingenciamento de gastos, o que pode influenciar no condicionamento do direito à disponibilidade de recursos.

Diante deste cenário, recorrer à justiça tem sido a estratégia utilizada pelos usuários com doenças onco-hematológicas e seus familiares para reivindicar acesso a um tratamento oncológico diferenciado. Dessa forma são protocolados processos de medicamentos via judicial na expectativa que a justiça promova o acesso a medicamentos não padronizados pelo SUS. No caso das doenças onco-hematológicas não há nenhuma medicação incluída na Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC).

Neste contexto, parte-se do princípio de que a integralidade envolve a garantia do fornecimento de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos e coletivos em todos os níveis de assistência. Já o princípio de equidade envolve a intenção de reduzir as desigualdades sociais dos usuários do SUS. O princípio da universalidade *“exige que um único gestor responda por toda a rede assistencial em sua área de abrangência, conduzindo a negociação com os prestadores e assumindo a responsabilidade pelas políticas de saúde.”* (ASENSI,2010, p.42)

Destaca-se que os princípios constitucionais que estão ligados à dignidade da pessoa humana são uma tentativa de amenizar as “ressonâncias” da repressão do período militar. Contudo, a focalização das políticas de saúde e falta de estruturação constitucional do SUS podem ser considerados fatores intensificação da judicialização. Portanto, é a partir dos princípios constitucionais e políticas de saúde que o assistente social busca estratégias para contribuir para a melhor condição de vida e dignidade no processo saúde-doença-cuidado.

2 | DESENVOLVIMENTO

2.1 Justificativa

Visando nortear a atuação do assistente social nas demandas judiciais em saúde, o Conselho Federal de Serviço Social publicou em 2011 um documento com a finalidade de contribuir para a sistematização do trabalho do assistente social no Judiciário. O documento *“Atuação de assistente social no sistema sociojurídico: subsídios para reflexão”* permite ao profissional compreender qual sua contribuição e atuação no processo de demandas judiciais da saúde.

A reflexão sobre o direito à saúde se dá a partir do direito positivado; os direitos são construídos a partir das relações sociais concretas e das necessidades sociais historicamente construídas pela divisão de classes. A efetivação do direito na realidade depende das relações de forças, das formas de organização política, da força das tradições culturais e disputas ideológicas.

Na política de saúde a dinâmica de exploração *versus* dominação se expressa a partir das relações de trabalho existentes na operacionalização dos serviços, que conta com privatização e terceirização. E a partir dessa estrutura de limite da atuação social do Estado, ensejado pela Reforma do Estado iniciada em meados da década de 1990, que fatores como a burocratização impacta no acesso universal à saúde, bem a hierarquização interna da gestão dos serviços de saúde, que resulta numa sistematização dos serviços de saúde a partir da seleção de prioridade para serem tratadas. E ainda neste cenário, o artigo 199 da Constituição Federal de 1988 define sobre a assistência à saúde complementar a partir dos serviços privados de saúde e justifica a criação dos planos de saúde em razão do

SUS não dar conta da totalidade.

A ampliação e consolidação do poder fazem com que haja o agravamento das expressões da questão social, e isso reflete diretamente na atuação do assistente social também na atenção básica em saúde, já que este trabalha com as implicações dessas expressões. Martinelli (2006, p. 03) afirma que:

É fundamental que reconheçamos a importância de nossa profissão ao abrir espaços de escuta para estes sujeitos que, muitas vezes, nem, sequer são alcançados por outras profissões. Com frequência somos nós, assistentes sociais, os interlocutores deste segmento que praticamente já não mais interessa a quase ninguém. Homens de rua não votam, imigrantes estão sem trabalho, anciãos não são produtivos sob o ponto de vista do mercado, enfim este é o segmento pensado por muitos como uma população sobrando, sem inserção no mercado de trabalho.

Assim, como indica Iamamoto (2007, p. 20): “Um dos maiores desafios que o assistente social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano”.

A atuação do assistente social no Judiciário se dá na perspectiva de avaliação da realidade social a partir instrumentos e atribuições privativas, como o estudo social, conforme, CFESS (2011, p. 24):

Em consonância com o conceito de estudo social de Miotto (2001), Rey (2009) enfatiza que o estudo social precisa estar sedimentado como o agir profissional que dá origem ao relatório/laudo/avaliação e, por consequência, é ação privativa do/a profissional de serviço social. Lembra que a Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social (8.662/1993), em seu artigo 5º, estabelece quais são suas atribuições privativas e, no item IV, consta: “realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de

Serviço Social” (Coletânea de Leis, CRESS, 2009). Não é citado o termo ‘estudo social’ na lei, nem como competência (artigo 4º), nem como ação privativa (artigo 5º). Entretanto, concebendo-se o estudo social como ação interventiva que deverá produzir uma opinião técnica, em matéria de serviço social, e que sua materialidade se dá por meio de documento produzido pelo/a profissional, considera-se que está contemplada na lei a exclusividade ao/à assistente social.

E, ainda, de acordo com Martinelli (2006, p. 14):

Somos profissionais cuja prática está direcionada para fazer enfrentamentos críticos da realidade, portanto precisamos de uma sólida base de conhecimentos, aliada a uma direção política consistente que nos possibilite desvendar adequadamente as tramas conjunturais, as forças sociais em presença. É neste espaço de interação entre estrutura, conjuntura e cotidiano que nossa prática se realiza. É na vida cotidiana das pessoas com as quais trabalhamos que as determinações conjunturais se expressam. Portanto,

assim como precisamos saber ler conjunturas, precisamos saber ler também o cotidiano, pois é aí que a história se faz, aí é que nossa prática se realiza.

Neste sentido, Mota (2006) observa que o processo de cooperação envolve atividades especializadas, saberes e habilidades que mobilizam, articulam e põem em movimento unidades de serviços, tecnologias, equipamentos e procedimentos operacionais. E é partir desse processo que se observam as particularidades da inserção do trabalho dos (as) assistentes sociais no processo de trabalho coletivo no SUS.

Principalmente porque os direitos sociais deveriam ser ofertados e de acesso facilitado, conforme as necessidades forem surgindo, ou, numa melhor perspectiva, a de prevenção. No entanto, a realidade brasileira mostra que o direito para ser acessado precisa de imposição, considerando que isso só acontece porque o Estado não cumpre com os princípios constitucionais, imposição dada pela justiça para acesso dos direitos de forma individual, pois na perspectiva coletiva a resposta é dada por meio das políticas sociais que são imediatistas e seletivas, contribuindo para que os direitos sociais se tornam benefícios que percam a perspectivas de totalidade e universalidade.

Assim, a problemática a ser estudada visa compreender o processo de efetivação do direito a saúde de pessoas com doença onco-hematológica de um hospital federal de ensino por meio de encaminhamento de demandas judiciais em saúde. Para tanto, o primeiro passo será a descrição do perfil sociodemográfico das pessoas com doença onco-hematológica e suas percepções sobre as contribuições e/ou limitações dessas políticas para atender suas necessidades, bem como será abordado a contribuição do assistente social para efetivação do direito. Irá ser descrito ainda a experiência de pessoas com doença onco-hematológica que solicitaram medicamentos ou procedimentos via justiça para melhor efetividade do seu tratamento oncológico.

A temática é de grande relevância, pois visa conhecer atuação do assistente social junto às pessoas com doença onco-hematológica, assim como a contribuição da justiça na vida destas pessoas. Enquanto pesquisadora, destaca-se a preocupação com a realidade apresentada na área da saúde, num espaço em que culturalmente se tem como viés de práticas imediatistas e curativas, e que necessita cada vez de práticas intersetoriais.

2.2 Objetivos

2.2.1 Objetivo Geral

Compreender o processo pela efetivação do direito à saúde de pessoas com doença onco-hematológicas de um hospital ensino federal por meio do encaminhamento de demandas judiciais, no período de 2016 a 2018.

2.3 Metodologia

Trata-se de um estudo de caso em que serão empregados os métodos quantitativo e qualitativo com o objetivo de compreender o processo pela efetivação do direito à saúde, por meio da judicialização de medicamentos, de pessoas com doença onco-hematológicas de um hospital federal de ensino superior do Estado de Minas Gerais. Assim, espera-se que com a abordagem qualitativa os participantes possam trazer à tona o que pensam sobre os problemas a serem pesquisados a partir de sua realidade social, envolvendo dessa forma os seus sentimentos, valores, crenças, costumes e práticas sociais cotidianas. Para a coleta de dados quantitativos buscar-se-á identificar o perfil dos usuários e das demandas judiciais por medicamento para tratamento de doenças oncohematológicas. A combinação de dos dois métodos torna-se necessária nesta pesquisa pois oportunizará uma compreensão ampliada do objeto de pesquisa.

A combinação dos dois métodos (qualitativo e quantitativo) na investigação de mesmo objeto de estudo é definida, por Minayo (2010), por *triângulo de métodos* e seu objetivo consiste em proporcionar um olhar detalhado do fenômeno a partir de coletas de dados em diferentes momentos.

A pesquisa respeitará os princípios elencados na Resolução 510/16, resguardando a integridade do sujeito da pesquisa, desenvolvendo-se dentro dos padrões éticos. Deve assim, trabalhar para contribuir para o fortalecimento do trabalho multiprofissional na saúde, ampliar o acesso a informações e serviços, para produção de conhecimento do tema abordado e para dar visibilidade ao trabalho do assistente social em equipe multiprofissional.

2.4 Resultados esperados

1. Identificar o perfil sociodemográfico e seus determinantes sociais.
2. Possibilitar a reflexão acerca das contribuições e desafios postos pela justiça às pessoas com doença onco-hematológica.
3. Evidenciar a relevância e contribuição do Serviço Social para a atenção integral às pessoas com doença onco-hematológica.
4. Possibilitar reflexões acerca dos direitos sociais e a importância dos mesmos no processo saúde-doença-cuidado.
5. Problematizar a efetividade dos direitos e as contribuições das políticas públicas para a atenção integral às pessoas com doença onco-hematológica.

3 | CONCLUSÃO

Enfim este trabalho trata de uma pesquisa de doutorado do Curso de Pós Graduação em Serviço Social, que está em andamento no presente momento. Verificou-se a partir de leituras realizadas e também da prática profissional o aumento da busca do serviços da

justiça para a efetivação do direito à saúde.

Vale destacar que os fatores que envolve esta temática são: dicotomia, totalidade, realidade social, capital versus trabalho, direito, benefício, coletividade, individualidade, saúde, doença, o que exige um levantamento bibliográfico diverso que atenda principalmente as dimensões da complexidade, humanização, direitos sociais, política, economia e crítica desse processo de contribuição para o acesso ao direito a saúde.

Ao pensar sobre saúde devemos reportar que a mesma é um direito social, faz parte do tripé da seguridade social, e é direito fundamental para vida. A saúde está ligada em outros aspectos como educação, moradia, transporte, acesso à serviços públicos. E principalmente a saúde não é apenas ausência de doença, é conforme a Organização Mundial de Saúde, é bem estar físico, social, emocional e espiritual.

Portanto, a saúde enquanto direito não é apenas ter acesso a consultas e ao médico, inclui-se acesso a medicamentos necessários, o que envolve os padronizados pelo Sistema Único de Saúde- SUS ou não, como também acesso a exames e outros profissionais não médicos.

Longe de encerrar sobre a temática, considerando o contexto atual de redução gastos e investimentos nos serviços de saúde, a privatização dos recursos humanos que atuam no serviços públicos de saúde, realidade de SUS, como filas esperas, serviços não ofertados, lista desatualizadas dos medicamentos padronizado e posicionamento da justiça sobre esta temática, questiona-se sobretudo se a judicialização garante a efetividade do acesso à saúde?

REFERÊNCIAS

ASENSI, F. D. **Indo Além da Judicialização**: Ministério Público e a saúde no Brasil. Rio de Janeiro : Escola de Direito do Rio de Janeiro da Fundação Getulio Vargas, Centro de Justiça e Sociedade, 2010.

BARROSO, L. R. **Da falta de efetividade a judicialização excessiva**: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. *Revista Jurídica UNIJUS*, Minas Gerais, v. 15, p. 13-38, 2008.

BRASIL. **Constituição de 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. 48.ed. Rio de Janeiro: Escala, 2006.

CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Assistência Social**. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais Brasília (DF) – 2011.

CNJ. **Judicialização da Saúde no Brasil**: dados e experiências. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2015.

IAMAMOTO, M.V. **O Serviço Social na Contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

MARTINELLI, M. L. (orgs). **Pesquisa Qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras Editora, 2006.

MINAYO. M. C. et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 27 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MOTA, A. E. et al. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

CAPÍTULO 13

POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE: UMA ANÁLISE DO ACESSO A POLÍTICA DA SAÚDE

Data de aceite: 01/03/2021

Data de submissão: 02/01/2021

Nathália Pereira Paredes

Universidade Federal da Paraíba-UFPB
João Pessoa-PB
<http://lattes.cnpq.br/7914821930148661>

Millena dos Santos Cardoso

Universidade Federal da Paraíba-UFPB
João Pessoa-PB
<http://lattes.cnpq.br/2283905844002713>

Eryenne Lorraine Sayanne Silva do Nascimento

Universidade Federal da Paraíba -UFPB
Aliança-PE
<http://lattes.cnpq.br/1503796894912268>

Rúbia Célis Pereira de Lima

Universidade Federal da Paraíba -UFPB
Aliança-PE
<http://lattes.cnpq.br/0222696148256173>

Laianny Cordeiro Silva de Souza

Universidade Federal da Paraíba-UFPB
João Pessoa-PB
<http://lattes.cnpq.br/0241435670767628>

Maria Gabriella Florencio Ferreira

Universidade Federal da Paraíba-UFPB
Jacaraú-PB
<http://lattes.cnpq.br/5759333270088565>

Thayane de Vasconcelos Soares

Universidade Federal da Paraíba-UFPB
João Pessoa-PB
<http://lattes.cnpq.br/8442232725102327>

Mayra Hellen Vieira de Andrade

Universidade Federal da Paraíba-UFPB
Alagoinha-PB
<http://lattes.cnpq.br/2399545679135479>

Rafaela Leandro Pereira

Universidade Federal da Paraíba-UFPB
João Pessoa-PB
<http://lattes.cnpq.br/7335615300053865>

Kíssia Wendy Silva de Sousa

Universidade Federal da Paraíba-UFPB
João Pessoa-PB
<http://lattes.cnpq.br/5615185091948538>

Este trabalho foi apresentado e publicado nos Anais do **Congresso On-line Brasileiro de Serviço Social e Políticas Sociais**. Tendo sido realizadas algumas alterações necessárias.

RESUMO: O presente artigo tem o objetivo de analisar o acesso a Política de Saúde da população privada de liberdade, a fim de enfatizar quais os serviços e equipamentos direcionados para este seguimento, bem como, as assertivas e problemáticas. Nessa perspectiva buscar-se-á identificar de forma crítica e reflexiva, através da Lei de Execução Penal (nº 7.210 de 11 de julho de 1984) e do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), suas abrangências, diretrizes e estratégias para garantir o acesso à saúde dos apenados. Utiliza-se como metodologia a pesquisa bibliográfica e qualitativa pautada no modelo crítico-dialético e embasada em autores como Severino, Finkler,

Krüger, Lermen e Oliveira. Desse modo, o estudo explana as estruturas legais direcionadas para os apenados no setor saúde, além de visar a relação com o Sistema Único de Saúde (SUS), apreendendo e explicitando seus princípios, como também, sobretudo, seu caráter de universalidade e as problemáticas atuais.

PALAVRAS-CHAVE: Privação de Liberdade; Política de Saúde; Sistema único de Saúde.

PRIVATE POPULATION OF FREEDOM: AN ANALYSIS OF ACCESS TO HEALTH POLICY

ABSTRACT: This article aims to analyze the access to the Health Policy of the population deprived of their liberty, in order to emphasize which services and equipment are targeted for this follow-up, as well as the assertions and problems. From this perspective, an attempt will be made to critically and reflectively identify, through the Penal Execution Law (No. 7,210 of July 11, 1984) and the National Health Plan in the Penitentiary System (PNSSP), its scope, guidelines and strategies for ensure access to prisoners' health. Bibliographic and qualitative research based on the critical-dialectical model and based on authors such as Severino, Finkler, Krüger, Lermen and Oliveira is used as methodology. Thus, the study explains the legal structures aimed at prisoners in the health sector, in addition to focusing on the relationship with the Unified Health System (SUS), apprehending and explaining its principles, as well as, above all, its character of universality and the problems current.

KEYWORDS: Deprivation of Liberty; Health Policy; Health Unic System.

1 | INTRODUÇÃO

Considerando os entraves do Sistema Único de Saúde (SUS) para a viabilização do acesso à saúde enquanto um direito universal garantido constitucionalmente e, para além disso, o desafio de romper as barreiras sociais, econômicas e políticas e viabilizar condições físicas e mentais saudáveis a população privada de liberdade, apresentar-se-á uma análise acerca das condições de saúde da população privada de liberdade, tendo em vista as problemáticas observadas nas unidades prisionais.

A aproximação com a temática deu-se através de debates realizados no universo acadêmico, instigando o aprofundamento teórico do grupo, no conhecimento da realidade vivenciada por esta população. Tivemos como finalidade, a priori, explanar acerca dos antecedentes históricos do Plano Nacional, demarcando objetivamente a Lei de Execução Penal (nº 7.210 de 11 de julho de 1984), que proporcionou de fato grandes conquistas e avanços na área da saúde para a população privada de liberdade. Em seguida, nos debruçamos acerca do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), sua abrangência, diretrizes e estratégias, sendo demarcado também as objetivações, as contribuições e a significância do mesmo.

Por fim, diante das várias problemáticas acerca da referida temática, apresentamos uma análise crítica sobre a implementação da Política de Saúde e do Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional, relacionando paralelamente com os princípios do SUS.

1.1 Objetivos

Objetivamos tecer uma análise crítica acerca do acesso aos serviços de saúde pública pelas pessoas que se encontram privadas de liberdade, visando identificar e apontar acertos e problemáticas referentes as medidas tomadas para tratar da saúde desta parcela populacional. No mais, analisaremos o próprio Sistema Único de Saúde (SUS) e a conjuntura sociopolítica e econômica e como estes impactam diretamente na realidade pesquisada.

1.2 Metodologia

Metodologicamente este trabalho caracteriza-se como de natureza qualitativa, assim sendo, conforme os registros de Severino (2008, p. 123) que, “[...] além de registrar e analisar os fenômenos estudados, busca identificar suas causas, seja através da aplicação do método experimental/matemático, seja através da interpretação possibilitada pelos métodos qualitativos”. Tendo como público alvo de seus estudos a população privada de liberdade.

Desse modo, integra uma pesquisa de caráter bibliográfico, amparada em fontes secundárias, centrando-se na análise de texto, artigos acadêmicos e legislações que perpassam a área da saúde e regem o sistema prisional brasileiro. Considerando o objetivo de aproximar-se do conhecimento da realidade de acesso dos apenados aos serviços de saúde, todos os dados foram construídos a luz da criticidade, a fim de, observá-los em sua totalidade.

2 | ANTECEDENTES HISTÓRICOS AO PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO (PNSSP)

No que tange a assistência à saúde no sistema prisional no Brasil, observa-se que sempre houve uma grande negligência, e mais, antigamente não existia nenhuma legislação ou política voltada para esse âmbito. Na maioria das vezes as pessoas privadas de liberdade eram vistas como despossuídas de direitos, o que se constituía como um equívoco, pois o único direito lhe retirado foi o da liberdade.

É apenas na década de 1980 que esse quadro começa a passar por mudanças, com a implantação de políticas sociais de saúde no sistema prisional através da Lei de Execução Penal (LEP), nº 7.210 em 11 de Julho de 1984. A LEP foi a pioneira na garantia de direitos à saúde no sistema prisional brasileiro, considerando que “[...] a assistência à saúde de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico” (BRASIL a, 1984, p. 22). Além disso, a lei deixa claro que, nos casos em que o estabelecimento prisional não estiver preparado para prestar os atendimentos, o mesmo deverá ser oferecido em outro local, ou seja, a assistência deve ser garantida de outras formas.

É importante salientar o período histórico em que a LEP foi criada, no qual, o Brasil estava vivendo um momento de grande importância no âmbito político com a chegada do fim da Ditadura Militar e a efervescência dos movimentos sociais na luta pela democracia e por garantia de direitos. Dessa forma, não se pode negar a importância de tais movimentos e de suas influências para a regulamentação dessa lei.

Seguidamente, após alguns anos houve a regulamentação da nova Constituição brasileira em 1988. Assim, reforçou a garantia de saúde a todos com o caráter de universalidade, tendo em vista a reforma sanitária defendida pelo movimento sanitário, que lutava por um sistema único de saúde, descentralizado e universal, o SUS.

Contudo, logo após a todos esses acontecimentos, na década de 1990, iniciou-se no Brasil a implementação da agenda neoliberal, que se configura em políticas que visam à retirada do Estado interventor e a redução das políticas sociais, entre outros desmontes de direitos da classe trabalhadora. Com isso, como bem explica Kruger (2014, p. 3),

O processo de implementação do SUS no início dos anos de 1990 encontrou vários desafios. Os vetos à Lei 8.080 ilustram bem os parâmetros das ações do governo Collor. A partir da regulamentação do SUS (Lei 8.080 e 8.142/1990) e no enfrentamento destes desafios, houve um refluxo nas principais entidades que construíram o Movimento Sanitário nas duas décadas anteriores. Esse refluxo tem relação direta com as novas determinações da conjuntura internacional e nacional, a ênfase ideológica do neoliberalismo e a perspectiva de nossos governos que não pouparam esforços para desqualificar e neutralizar qualquer movimento contestatório. (KRUGER, 2014, p. 3).

Juntamente a essa nova conjuntura claramente desfavorável ao SUS e as demais políticas sociais, também foi constatado com o passar dos anos uma insuficiência da LEP de 1984. Isso se dá devido a diversos fatores, a exemplo, o descumprimento do que está previsto em legislação e a escassez de recursos para prestar os atendimentos aos apenados, tanto em condições físicas, quanto pela falta de profissionais da saúde.

À vista disso, a LEP apresenta-se insuficiente, contendo um caráter reducionista devido à restrita concepção de direito. Assim sendo, em 2003 é regulamentado o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), com vistas a preencher as lacunas da LEP e trazer avanços na saúde prisional.

3 | PLANO E POLÍTICA NACIONAL: DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS

O distanciamento do Estado das medidas socioeducativas, sua agressividade internalizada, ocasiona os condicionantes das situações em que se encontram as pessoas privadas de liberdade. Com o aumento do número da população penitenciária e a negligência na atenção à saúde, os problemas se intensificam, e as doenças transmissíveis e problemas físicos e mentais multiplicam-se.

Sendo assim, observando o direito à saúde e a necessidade de implementação

de uma política social de saúde integral para essa parcela da população, foi instituído o segundo marco fundamental das políticas sociais da saúde na esfera prisional, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), de 2003. O mesmo foi elaborado em um conjunto interministerial, composto pelo Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça.

O PNSSP, instituído pela Portaria Interministerial nº 1.777/2003, veio legitimar a garantia do acesso à saúde para as pessoas encarceradas, de acordo com o princípio de universalidade do SUS, ampliando as diretrizes anteriormente na LEP. (BRASIL, 2003 apud LERMEN et al, 2015, p. 910).

Desse modo, o PNSSP constituiu um conjunto de ações de saúde direcionadas ao sistema penitenciário e, pela primeira vez a população das unidades prisionais tem uma política de saúde específica que visa a atenção à saúde nas unidades prisionais de forma desenvolvida, através de equipe multiprofissional, com objetivo de promover a prevenção, promoção e assistência. Assim, configura as diretrizes e estratégias adotadas pelos ministérios no Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional.

O PNSSP estabelece que cada equipe de saúde é responsável por até 500 pessoas por unidades prisionais, caso o número de pessoas sejam até 100, a responsabilidade pelo atendimento dos serviços de saúde concerne a rede municipal em que está inserido o presídio. As equipes são compostas de profissionais da saúde, como médico, enfermeiro, odontólogo, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultoria dentária. Os profissionais devem ter uma jornada de trabalho de 20 horas/semanais.

Além de contribuir para a redução do agravamento das condições de saúde dos apenados, com base nos princípios de integralidade do SUS o plano visa, a inclusão social da população penitenciária. (LERMEN et al., 2015).

Compreendendo o princípio de equidade do SUS, e concordando com Lermen et al (2015), o PNSSP apresentou um marcante avanço, porém com lacunas. O plano não contemplava toda a população penitenciária, estando restrito aos apenados que se encontravam em condição de regime fechado, deixando assim descobertos da inclusão aqueles que se encontram em regime semi-aberto, recolhidos em cadeia de pequeno porte e provisórios.

Por conseguinte, os avanços em torno das políticas de saúde no âmbito do penitenciário emergiram na Política Nacional de Atenção Integral no Sistema Prisional (PNAISP) em 2014, que objetiva:

[...] garantir o acesso integral ao SUS da população privada de liberdade, através da qualificação e da humanização da atenção saúde no sistema prisional, com ações conjuntas nas áreas da saúde e da justiça, nas esferas federais, estaduais e municipais (BRASIL, 2014c apud LERMEN et al., p. 915).

A partir da política, o acesso dos serviços de saúde possibilita contemplar os apenados em outras condições, que não estejam em regime de reclusão, assim como as

suas famílias e os profissionais e trabalhadores inseridos no sistema penitenciário.

A forma de atendimento nas unidades prisionais organiza equipes de acordo com o número de apenados das unidades. A equipe tipo I são destinadas aos locais com até 100 pessoas, a tipo II de 101 a 500 pessoas, a tipo III de 501 à 1200 pessoas. As equipes são caracterizadas por uma relação multidisciplinar e composta por vários profissionais da saúde.

A definição da criação das equipes de saúde nacional no sistema prisional, pela PNAISP, foi de fundamental importância para levar aos detentos atendimento básico a saúde. Ela tinha o objetivo de obter um controle e contenção da proliferação de doenças, tendo em vista que como foi descrito por Oliveira (2015), ela estabeleceu a quantidade necessária de profissionais, tipos de serviços demandados por cada instituição carcerária, de acordo com suas características, necessidades particulares e a quantidade de detentos que abrigam.

[...] cabe ao Estado a responsabilidade de proteger e garantir o direito à vida e integridade pessoal de todas as pessoas privadas de liberdade, bem como fornece as condições mínimas compatíveis com sua dignidade durante todo o período da tutela estatal. (OLIVEIRA, 2015, p. 33).

A problemática encontra-se no fato de que o Estado não executa fielmente tais aparatos jurídicos. Dessa forma, embora o objetivo do sistema prisional seja a recuperação moral de seus integrantes, tal objetivo majoritariamente não é concretizado. Anualmente a população carcerária aumenta consideravelmente, chegando segundo INFOPEN (Dez/2014) há um aumento de 167,32%, entre 2000 e 2014. Por conseguinte, a precarização cada vez mais se intensifica e essa população vive em ambientes com condições sub-humanas, muitas vezes sem acesso a água, ou luz, em ambientes de superlotação, sem higiene, e consequentemente mais vulneráveis a doenças. Sua recuperação moral, muito menos sua integridade física e saúde não são corretamente mantidas.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS: UMA ANÁLISE CRÍTICA

Em observância as explicações anteriormente feitas, fica claro que todos os apenados, ou seja, todos aqueles que se encontram em situação de privação de liberdade em todo estado brasileiro, estão assegurados juridicamente por leis, decretos, planos e políticas, que têm a função de garantir seus direitos enquanto cidadãos.

Todavia, entende-se que desde a sua implantação, o SUS passou por vários desmontes e sucateamentos, não tendo seu projeto implementado da forma em que foi idealizado. Tal acontecimento se sucedeu devido a conjuntura neoliberal no Brasil, que se configurou em vários ataques e diversos retrocessos nos direitos conquistados pela classe trabalhadora.

Os pactos políticos que aconteceram pós Constituição, não sustentaram uma defesa

do projeto do SUS, o que conseqüentemente ocasionou e influenciou na desqualificação da gestão dos estados e municípios. Por conseguinte, faltam recursos para o orçamento da saúde, que compreende a efetivação de planos, programas e projetos. Diante disso, se fez necessário a elaboração da Norma Operacional Básica (NOB-SUS), com vista a orientar o processo de descentralização da gestão.

[...] o processo de descentralização e seu gerenciamento são negociados e deliberados por Comissões Intergestores e Conselhos de Saúde em cada esfera de governo. Todas as propostas para a implementação operacionalização do SUS passam por essas instâncias, nos níveis municipal, estadual (Comissão Intergestores Bipartite) e Nacional (Comissão Intergestores Tripartite). (BRASIL, 2016 apud FINKLER; RIBEIRO, 2014, p. 74).

Apesar de todas essas normatizações existe um grande desvio de verbas por parte dos gestores e foi nesse contexto que se deu a elaboração do Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional (PNSSP) e da Política Nacional de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional. Entretanto vale destacar que os supracitados se configuraram como um avanço em meio a essa transição política no país, sim, porém, a sua concretização não foi atingida em sua amplitude, assim como os princípios do SUS da integralidade, universalidade e equidade, portanto não abarcando todas as necessidades e demandas advindas do sistema prisional.

O poder público, em partes, falha em suas responsabilidades e o que predomina é uma lógica de saúde universal não efetiva, falta de financiamento adequado e desqualificação de gestão.

REFERÊNCIAS

BRASIL a. **Lei de Execução Penal**: nº 7.210, 11 de julho de 1984. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2008.

BRASIL b. Ministério da justiça. Departamento Penitenciário Nacional – DEPEN. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias** – INFOPEN/ Ministério da saúde, DEPEN. Dezembro de 2014. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/noticias/mj-divuldara-novo-relatorio-do-infopen-nest-terca-feira/relatorio-depen-versao-web.pdf>>. Acesso em 23 de abril de 2017.

FINKLER, Renata Ulrich; RIBEIRO, Elaine Rossi. **Controle Social da saúde no Brasil**. In: **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 4, n. 3, 2014.

KRÜGER, Tânia Regina. **Saúde pública no Brasil**: a radicalidade democrática ao novo desenvolvimentismo. 2014, p. 1-13.

LERMEN, Helena Salgueiro et al. **Saúde no Cárcere**: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. In: **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 25 [3]: 905-924, 2015.

OLIVEIRA, Luiz Eduardo. **Direito dos presos a saúde e as políticas públicas estabelecidas para o sistema penitenciário em Sergipe/Brasil**. 2015. 119 f. Dissertação de mestrado. (Mestrado em direitos humanos). Universidade Tiradentes, Aracaju: 2015, p. 21-64.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. Editora: Cortez, 2008.

ACESSO ÀS INFORMAÇÕES DE SAÚDE PELOS IDOSOS LONGEVOS NO MEIO RURAL: O CASO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SÃO GERALDO (MG)

Data de aceite: 01/03/2021

Data de submissão: 08/12/2020

Mariana de Paula Oliveira

Universidade Federal de Viçosa
Viçosa- Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/4004801887093260>

Simone Caldas Tavares Mafra

Universidade Federal de Viçosa
Viçosa- Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/7276765928582051>

Kátia de Lourdes Fraga

Universidade Federal de Viçosa
Viçosa- Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/0421937134298661>

Luana Fernandes Silva Paes

Universidade Federal de Viçosa
Viçosa- Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/5354604018477231>

RESUMO: No processo de envelhecimento que vem ocorrendo mundialmente, os órgãos responsáveis pelo desenvolvimento das políticas públicas enfrentam um grande desafio para acompanhar o rápido crescimento da população idosa. O referido artigo teve como objetivo verificar de que forma os idosos rurais longevos acessam as informações de saúde. Utilizou-se da abordagem quantitativa com caráter exploratório e descritivo através de estudo de caso. A população pesquisada constituiu-se de idosos longevos, que residiam no meio rural do município de São

Geraldo-MG e estavam cadastradas nas Equipes de Estratégia Saúde da Família. Na análise dos dados, foi utilizado o programa IBM SPSS (20.0). Identificou-se que o conjunto de mídias que os idosos pesquisados possuíam compreende o rádio, TV e o telefone celular. A televisão se destacou como o meio mais acessado, ocupando um lugar de destaque, sendo utilizada por 94,7% dos entrevistados. O rádio foi segundo meio de comunicação mais utilizado pelos idosos rurais; sendo usado por 73,7% dos entrevistados. Sobre as formas de utilização de telefone, pouco mais de 55% utilizava esse aparelho, para questões as relacionadas à saúde ele foi mais utilizado para marcações de consultas. Referente às informações de saúde todos os idosos afirmaram conhecer a ESF e as informações de saúde que eles recebem da ESF são sobre: campanhas de vacina, marcação de exames, consultas médicas, prevenção de doenças e medicação. No que concerne aos meios de comunicação utilizados para receber as informações de saúde municipais 5,3% dos idosos utilizam o rádio, 7,9 % o telefone fixo, 38,6 % o telefone celular e 50% utilizavam outras formas de comunicação, dentre elas os agentes comunitários de saúde. Espera-se que estes resultados possam contribuir para uma melhor compreensão da comunicação em saúde rural e que as políticas de saúde possam planejar o desenvolvimento de estratégias importante para o acesso às informações.

PALAVRAS-CHAVE: Envelhecimento. Meio Rural. Longevidade, Comunicação em Saúde.

ACCESS TO HEALTH INFORMATION FOR RURAL LONG-LIVED: THE CASE OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY IN THE MUNICIPALITY OF SÃO GERALDO (MG)

ABSTRACT: In the aging process that has been occurring worldwide, the agencies responsible for the development of public policies face a great challenge to accompany the rapid growth of the elderly population. The purpose of this article was to verify how long-lived rural elderly access health information. An exploratory and descriptive quantitative approach was used through a case study. The researched population consisted of long-lived elderly, who lived in the rural area of the municipality of São Geraldo-MG and were registered with the Family Health Strategy Teams. In the data analysis, the program IBM SPSS (20.0) was used. It was identified that the set of media that the elderly surveyed had comprised of radio, TV, and cell phone. Television stood out as the most accessed medium, occupying a prominent place, being used by 94.7% of respondents. Radio was the second most used means of communication by rural elderly people; being used by 73.7% of respondents. Regarding the ways of using the telephone, just over 55% used this device, for questions related to health it was more used for making appointments. Regarding health information, all the elderly said they knew the FHS and the health information they receive from the FHS is about: vaccination campaigns, scheduling tests, medical appointments, disease prevention, and medication. With regard to the means of communication used to receive municipal health information, 5.3% of the elderly use the radio, 7.9% use the landline, 38.6% use the cell phone, and 50% use other forms of communication, among them, are community health workers. It is hoped that these results can contribute to a better understanding of rural health communication and that health policies can plan the development of important strategies for access to information.

KEYWORDS: Aging. Rural Areas. Longevity. Health communication.

1 | INTRODUÇÃO

O mundo de uma forma geral vivencia o processo de envelhecimento acelerado. Os estudos revelam que o número de pessoas idosas cresce mais rapidamente do que o de pessoas que nasce, o que traz a necessidade de atenção na distribuição de recursos públicos para que as políticas sociais sejam mais assertivas no atendimento dos direitos sociais.

Estima-se que, no ano de 2050, o Brasil alcançará a sexta posição dos países com maior população de idosos e que este grupo populacional corresponderá a 16% da população, fator este que vai impactar diretamente nos serviços saúde (GARBACCIO et al., 2018). Isto influenciará não apenas no cotidiano dos idosos, mas em todos os ambientes nos quais eles estão inseridos, seja, na família, na comunidade, nas organizações sociais entre outros espaços.

Dentro do grupo das pessoas idosas, aquelas com idade igual ou superior a 80 anos, são denominadas longevas ou “muito idosas” e constituem o segmento populacional com maior crescimento em todo o mundo. De acordo com o Censo 2010, existiam cerca de 20.590.597 idosos no Brasil e o grupo de idosos com 80 anos ou mais representava 14% do

total de idosos, sendo o segmento populacional que mais cresce (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Esta tendência demográfica acarreta implicações políticas, sociais, médicas e econômicas para a sociedade e apresenta características fisiológicas, psicológicas e socioeconômicas diferenciadas dos outros grupos. Essa diferença é representada pelo aumento na incidência de doenças crônicas (DIPIETRO et al., 2012).

Sendo o grande desafio a dificuldade das políticas públicas em acompanhar o rápido crescimento da população idosa, trazendo como consequência a distorção das responsabilidades sobre o idoso (SANTOS e SILVA, 2013).

E juntamente com este cenário sobre o envelhecimento nota-se o desenvolvimento tecnológico vivenciado, principalmente no âmbito das tecnologias digitais, assim é importante compreender como o avanço das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) tem contribuído na melhoria nos sistemas de comunicação no cotidiano das pessoas seja no trabalho, no lazer e na saúde (FERREIRA; ALVES, 2011).

As TIC envolvem todos os aparatos tecnológicos que possibilitam a transmissão de informações das mais diversas formas e variados assuntos, podendo permitir ou apoiar os idosos no acesso às informações e aos serviços de saúde (ANTUNES; ABREU, 2017).

No que se refere ao meio rural os idosos podem sofrer impactos no acesso de informações devido a sua localização e às tecnologias disponíveis, como, por exemplo, sinais de rádio, sinais de internet, sinais digitais entre outros. Considerando o cenário socioeconômico e político com o significativo aumento do número de idosos nos países em desenvolvimento e, em particular o Brasil, é importante entender as particularidades do viver desse grupo populacional de acordo com seus espaços geográficos e sociais. Diversas situações como a precariedade dos serviços de saúde, a carência de políticas públicas, a falta de acessibilidade e de visibilidade para os idosos acabam interferindo diretamente na sua qualidade de vida (ALCÂNTARA, 2016).

Assim as TIC têm se tornado cada vez mais presentes na rotina dos profissionais de saúde. E são de grande importância contribuindo para os processos de divulgação de informações, de comunicação, de coleta de dados e nas metodologias do trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde (NYASULU; CHAWINGA, 2018).

Para os idosos rurais, as redes sociais e as novas tecnologias são essenciais nas trocas de informações com os amigos, vizinhos, familiares e principalmente com os profissionais da área de saúde. Dessa forma, essa interação pode ocorrer tanto em ambientes formais como em consultas nas unidades de saúde ou nas instituições públicas como também nos informais. (ALTIZER et al., 2014).

Assim o referido estudo faz parte do projeto de mestrado e teve como objetivo: verificar de que forma os idosos rurais longevos acessam e recebem as informações de saúde pelos diversos meios de comunicação as informações de saúde.

2 | METODOLOGIA

O presente artigo utilizou da abordagem quantitativa com caráter exploratório e descritivo por meio de estudo de caso. Os participantes da pesquisa foram os idosos rurais acima de 80 anos atendidos pelas Equipes Estratégia Saúde da Família-ESF de São Geraldo.

Os dados foram coletados no período de setembro a novembro de 2019, nos domicílios dos idosos que residiam no meio rural, por meio de aplicação questionário semiestruturado, foram pesquisados no total 38 longevos. Todavia, a pessoa idosa a ser pesquisada deveria preencher os seguintes requisitos: que não apresentasse déficits cognitivos e/ou mentais, que não estivesse institucionalizada e que concordasse por livre e espontânea vontade participar da pesquisa. Assim nesta pesquisa não foram contemplados os idosos em situação de tutela. A identificação das zonas rurais com os domicílios ocupados por idosos longevos em condições cognitivas e mentais de responderem ao questionário se deu com a participação dos Agentes Comunitários de Saúde, juntamente com os enfermeiros das Equipes Estratégia Saúde da Família (ESFs), que listaram quais os idosos tinham condições cognitivas e mentais para responder o questionário.

A pesquisa foi realizada na cidade de São Geraldo, na Microrregião de Saúde de Ubá, Mesorregião geográfica da Zona Mata, com área territorial de 188,8 km², tendo como limite os municípios: Coimbra, Guiricema, Paula Cândido e Visconde do Rio Branco. Na área da saúde, o município possuía quatro Unidades Básicas de Saúde (UBSs) de atendimento ambulatorial e quatro Equipes da Estratégia de Saúde da Família. As UBSs e as Equipes de ESF foram divididas através da localização dos bairros atendendo os bairros de zona urbana e da zona rural da cidade.

A análise foi realizada pelo software IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS20.0) por meio da análise descritiva exploratória dos dados que, para Triola (2005), consiste em explorar os dados visando, de forma preliminar, examinar sua qualidade técnica.

Os procedimentos metodológicos foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa (CEP/UFV), sob o parecer nº 3.484.902 e registro no CAAE:15778919.7.0000.5153.

3 | RESULTADOS

Quando se perguntou aos idosos rurais longevos sobre quais as informações que eles recebiam das Equipes de Saúde, as respostas foram as seguintes: marcação de exame, consultas médicas, campanhas de vacina, medicação e prevenção de doenças. Assim, De Macedo et al. (2018), afirmam que a ESF aproxima os idosos rurais dos serviços de saúde, contribuindo no acesso às consultas, aos medicamentos e aos exames, tornando-se também um apoio social para a pessoa idosa.

Os sinais disponíveis para a utilização dos meios de comunicação relatados pelos longevos pesquisados variaram, sendo que os sinais de rádio, de televisão e de telefone apareceram em todas as repostas. E a maior parte das residências dos idosos longevos rurais que correspondem a 55,3 % possuía sinal de rádio, de telefone celular e de TV por antena parabólica. Sobre o uso das TIC pelos idosos, apenas um longofo relatou não utilizar nenhum tipo de TIC, já sobre os demais idosos constatou-se a utilização do rádio, telefone fixo, telefone celular, TV via antena parabólica e TV por assinatura.

Sobre a mídia radiofônica, identificou-se que apenas quatro dos entrevistados não tinham rádio, e os demais possuíam. Esse resultado corrobora com o estudo de Fraga (2018), o qual evidenciou que o rádio continua presente no cotidiano rural, mesmo diante das inovações tecnológicas, todavia, se adaptando, se reconfigurando e dividindo espaço com outras mídias. Na atualidade da comunicação, conforme a autora, o rádio pode ser acessado por vários dispositivos como o celular, o computador e a televisão, o que foi comprovado em sua pesquisa quantitativa e nas entrevistas realizadas com rurais da Zona da Mata mineira.

A televisão também teve destaque dentre os meios de comunicação que os longevos pesquisados possuíam; dos 38 idosos entrevistados, apenas dois não a possuíam e, de acordo com os dados dessa pesquisa, ela foi apontada como o meio de comunicação mais utilizado pelos idosos longevos no meio rural da cidade de São Geraldo. Fraga (2018) ressalta que a televisão também se apresenta como um meio de comunicação de grande acessibilidade no Brasil atualmente não obtendo diferenças significantes de acesso e uso no meio rural.

Nota-se que o conjunto de mídias que os idosos possuem compreende o rádio, a TV e o telefone celular. A televisão se destacou como o meio de informação mais acessado, ocupando um lugar de destaque, sendo utilizada por 94,7% dos entrevistados. Eles assistem à televisão, sobretudo, como fonte de informação, de saúde e de lazer. Os programas de maior audiência são sobre saúde, sobre notícias, as novelas e os religiosos, com maior frequência no período noturno seguido pelo da tarde.

O rádio foi segundo meio de comunicação mais consumido pelos idosos rurais; sendo usado por 73,7% dos entrevistados, principalmente no período da manhã, com duração entre uma e duas horas. A maioria deles tinha o rádio como forma de informação e de lazer através de programas religiosos, programas musicais, notícias e informações sobre o comércio.

Quando questionados sobre formas de utilização de telefone móvel e/ou fixo rural, pouco mais de 55% utilizava esse aparelho somente para ligação que tinham duração de, no máximo, 15 minutos, com menor frequência na parte da manhã. Para questões as relacionadas à saúde ele foi mais utilizado para marcações de consultas.

Sobre as revistas, dois idosos apenas afirmaram que liam eventualmente, no máximo, por 60 min., com a finalidade de ler notícias de política, saúde, esportes e também receitas

culinárias. Nenhum dos idosos afirmou utilizar o computador como meio de comunicação; e, com referência à leitura de jornais, apenas dois liam, eventualmente, com objetivo de se informar sobre notícias de política, saúde, notícias policiais, receitas e artigos religiosos.

No que concerne aos meios de comunicação utilizados para receber as informações de saúde municipais 5,3% dos idosos utilizam o rádio, 7,9 % o telefone fixo, 38,6 % o telefone celular e 50% utilizavam outras formas de comunicação, dentre elas os agentes comunitários de saúde, a família, as igrejas entre outras.

Conforme os dados apresentados no presente trabalho, os idosos longevos residentes no ambiente rural utilizam várias formas de meios de comunicação para receber as informações de saúde. Assim, de acordo com Martinuzzo (2014), a utilização de diversos recursos de comunicação entre as organizações e seu público alvo segue sua rotina midiática, buscando articulações nas formas de comunicação e não prestigiando um único meio ou uma única forma de mídia, pois existem cenários de combinações dos meios de comunicação para a busca de informação, comunicação e entretenimento.

4 | CONCLUSÃO

O objetivo do artigo foi plenamente alcançado através da metodologia proposta juntamente com o uso do software estatístico SPSS principalmente para compreender quais as tecnologias utilizadas pelos idosos no acesso as informações de saúde neste estudo.

Entretanto, mesmo com a grande disseminação da televisão nos domicílios, o rádio ainda continua presente é utilizado pelos idosos no meio rural. O surgimento de novas mídias como, por exemplo, o telefone celular, sinaliza uma nova forma de acesso às informações de saúde no meio rural, situação essa que precisa ser estudada e trabalhada pelos profissionais de saúde durante o processo de comunicação e divulgação de informações de saúde para os idosos rurais. Por fim, no cenário das inovações tecnológicas as informações de saúde podem ser acessadas de diferentes formas, em distintos contextos e por diversos aparatos tecnológicos. Neste sentido espera-se que estes resultados possam contribuir para uma melhor compreensão da comunicação em saúde rural e que as políticas de saúde possam planejar o desenvolvimento de estratégias importante para o acesso às informações de saúde no meio rural.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, A. Envelhecer no contexto rural: a vida depois do aposento. In: ALCÂNTARA, A.O.; CAMARANO, A.A.; GIACOMIN, K.C. (Orgs.). **Política nacional do idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: IPEA, 2016. p. 323-342.

ALTIZER, K.P.; GRZYWACZ, J.G.; QUANDT, S.A.; BELL, R.; ARCURY, T.A. A qualitative analysis of how elders seek and disseminate health information. **Gerontol Geriatr. Educ.**, v. 35, n. 4, p. 337-353, 2014.

ANTUNES, M.C.; ABREU, V. As novas tecnologias na promoção do envelhecimento bem-sucedido. **Ensino e Tecnologia em Revista**, v. 1, n. 1, p. 3-15, 2017. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/index>. Acesso em: 30 dez. 2019.

DE MACEDO, E.; ULRICH, V.; BÓS, A.M.G.; BÓS, A.J.G. Fatores relacionados à autopercepção do estado de saúde em idosos residentes no meio rural do Brasil. **Sci. Med.**, v. 28, n. 3, p. ID29698, 2018.

DIPIETRO, L.; FIATARONE SINGH, M.; FIELDING, R.; NOSE, H. Successful aging. **Editorial. Journal of Aging Research**, v. 1, p. 1-2, 2012.

FRAGA, K.L. **O rural em rede: rádio, midiaticização e ruralidade no cotidiano da zona da mata mineira**. 2018. 145 p. Tese (Doutorado em Extensão Rural) - Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2018.

FERREIRA, M. A. S.; ALVES, V. P. Representação social do idoso do Distrito Federal e sua inserção social no mundo contemporâneo a partir da Internet. **REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL.**, RIO DE JANEIRO, 2011; 14(4):699-712. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000400009>. Acesso em: 20 de dez. de 2019.

GARBACCIO, J.L.; TONACO, L.A.B.; ESTÊVÃO, W.G.; BARCELOS, B.J. Aging and quality of life of elderly people in rural areas. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, n. 2, p. 724-732, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0149>. Acesso em 20 de dez. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Dados preliminares do censo de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 20 dez. 2019

MARTINUZZO, J.A. **Os públicos justificam os meios: mídias customizadas e comunicação organizacional na economia da atenção**. São Paulo: Summus, 2014.

MELO, L. A. de et al. Fatores socioeconômicos, demográficos e regionais associados ao envelhecimento populacional. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** Rio de Janeiro, v.20, n.4, p.493-501, ago. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000400493&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 09 mar. 2020.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. da C. G.; SILVA, A. L. A. da. Desafios das políticas públicas no cenário de transição demográfica e mudanças sociais no Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.21, n.61, p. 309-320, June 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000200309&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 Mar. 2020.

NYASULU, C.; CHAWINGA, W. The role of information and communication technologies in the delivery of health services in rural communities: experiences from Malawi. **Journal of Information Management**, v. 20, n. 1, 2018. Disponível em: <https://sajim.co.za/index.php/sajim/article/view/888/1312>. Acesso em: 28 mar. 2020.

SANTOS, N. F. dos e SILVA, M. do R. de F. e . As políticas públicas voltadas ao idoso: MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA OU REPRIVATIZAÇÃO DA VELHICE . **Revista FSA, Teresina**, v. 10, n. 2, art. 20, pp. 358-371, Abr./Jun. 2013. Disponível em< <http://dx.doi.org/10.12819/2013.10.2.20>>. Acesso em 5 de mar. de 2020.

TRIOLA, M.F. **Introdução à estatística**. Rio de Janeiro: LTC, 2005. 656 p.

A IMPLICABILIDADE DA FALTA DE SANEAMENTO BÁSICO NA QUALIDADE DE VIDA E NA SAÚDE DA MULHER

Data de aceite: 01/03/2021

Data de submissão: 15/01/2021

Andressa Caroline de Lima

GEPPAS/UNIOESTE/CNPq

Toledo

<http://lattes.cnpq.br/5458828426906793>

Marli Renate von Borstel Roesler

GEPPAS/UNIOESTE/CNPq

Toledo

<http://lattes.cnpq.br/8363023458604271>

RESUMO: O tema do artigo trata da construção histórica do saneamento básico no Brasil e de como sua ausência ou precário acesso implicam nas condições de vida das mulheres. Sobretudo, aquelas que vivem em condições de pobreza, sob a privação material de acesso a bens e serviços, que se agudizam em regiões de fronteiras. Sob essa perspectiva, destaca-se o saneamento básico imbricado ao conjunto de direitos humanos e sociais, cuja violação persistente, incide diretamente na saúde da mulher. Estas reflexões foram fundamentadas pela pesquisa bibliográfica, desenvolvida no Projeto de Iniciação Científica, vinculado ao Programa de Educação Tutorial – PET: Serviço Social – Meio Ambiente e o Uso Sustentável dos Recursos Naturais¹, intitulado: Relação da Desigualdade de Gênero, Saneamento Básico e Serviço Social. O mesmo problematiza a questão ambiental, muitas vezes ocultada em decorrência de interesses políticos,

mas que explicita a precarização das condições de vida da população, desencadeada pela violação do direito ao saneamento básico, e que, conseqüentemente, ocasiona a ampliação dos gastos com a saúde em decorrência da proliferação de doenças virais em regiões que apresentam uma fragilidade na gestão e execução de políticas sociais, de caráter público e de participação democrática da sociedade. Como resultado deste processo, o estudo denuncia que a falta de acesso ao saneamento básico, atinge prioritariamente as mulheres autodeclaradas pardas, indígenas e pretas no Brasil, exigindo respostas no âmbito do Estado na efetivação dos direitos fundamentais, conforme citado na Declaração de Direitos Humanos Emergentes, como o enfrentamento às desigualdades e violência de gênero.

PALAVRAS-CHAVE: Saneamento; Gênero; Violência.

THE IMPLICABILITY OF THE LACK OF BASIC SANITATION ON THE QUALITY OF LIFE AND WOMEN'S HEALTH

ABSTRACT: The theme of the article deals with the historical construction of basic sanitation in Brazil and how its absence or precarious access implies women's living conditions. Above all, those who live in conditions of poverty, under material deprivation of access to goods and services, which are aggravated in border regions. From this perspective, basic sanitation is intertwined with the set of human and social rights, whose persistent violation directly affects women's health. These reflections were based

¹ O referido PET está vinculado ao Curso de Serviço Social da Unioeste/Campus de Toledo-Pr.

on bibliographic research, developed in the Scientific Initiation Project, linked to the Tutorial Education Program - PET: Social Service - Environment and the Sustainable Use of Natural Resources, entitled: Relationship of Gender Inequality, Basic Sanitation and Social Service . The same problematizes the environmental issue, often hidden as a result of political interests, but which explains the precarious living conditions of the population, triggered by the violation of the right to basic sanitation, and which, consequently, causes the expansion of health spending as a result of the proliferation of viral diseases in regions that present a weakness in the management and implementation of social policies, of a public nature and of democratic participation by society. As a result of this process, the study denounces that the lack of access to basic sanitation affects primarily self-declared brown, indigenous and black women in Brazil, demanding responses within the State in the implementation of fundamental rights, as mentioned in the Declaration of Emerging Human Rights , such as tackling gender inequalities and violence.

KEYWORDS: Sanitation; Genre; Violence.

INTRODUÇÃO

O tema saneamento ou saneamento básico não diz respeito apenas a uma preocupação da sociedade moderna. Desde a antiguidade vem se desenhando o que conhecemos hoje pelo conjunto de serviços, infraestruturas e instalações operacionais, dentre eles, instalações de abastecimento de água, esgotamento sanitário, limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos e drenagem de águas pluviais urbanas, compreendidos como essenciais e fundamentais à seguridade vital.

Saneamento ou Saneamento Ambiental – é o conjunto de ações socioeconômicas que têm como objetivo alcançar níveis crescentes de salubridade ambiental, por intermédio de: abastecimento de água potável; coleta e disposição sanitária de resíduos líquidos, sólidos e gasosos; promoção da disciplina sanitária do uso e ocupação do solo; drenagem; controle de vetores e reservatórios de doenças transmissíveis, melhorias sanitárias domiciliares, educação sanitária e ambiental e demais serviços especializados com a finalidade de proteger e melhorar a condição de vida, tanto nos centros urbanos quanto nas comunidades rurais. (MINISTERIO DA SAUDE, 2002, p. 6)

Este, é apenas um dos conceitos que encontramos acerca do que entendemos hoje por saneamento ou saneamento ambiental. Percebe-se, que em especial no Brasil, este conceito foi construído através de embates e discussões que embasaram a fundamentação do saneamento básico, sendo que atualmente as discussões estão voltadas mais na luta à garantia de direitos humanos fundamentais, como esse, um direito que se vincula à condição de dignidade de vida, de seguridade vital, nas quais, em tempos vividos, se relativiza sua importância.

A Política de Saneamento Básico no Brasil, estabelecida em 2007 pela Lei nº 11.445 (BRASIL, 2007), institui as diretrizes nacionais para o saneamento básico e para

a política federal de saneamento básico, menciona o conjunto de serviços, infraestruturas e instalações operacionais afetas. Contudo, explicita que tais serviços públicos serão realizados de forma adequada à saúde pública e à proteção do meio ambiente, com controle social, com base nos seguintes princípios fundamentais: universalização do acesso e integralidade, compreendida como o conjunto de atividades e componentes de cada um dos diversos serviços de saneamento básico, tendo por propósito assegurar à população o acesso de acordo com suas necessidades, com eficácia das ações e dos resultados, dentre outros. (BRASIL, 2007).

O artigo, discorre assim, sobre avanços e desafios na conquista da universalização do acesso, na precariedade desse acesso e o que ele causa principalmente às mulheres que estão em um estado de pauperização extrema, da integralização dos serviços e discrepâncias entre os princípios fundamentais preconizados na legislação e a realidade vivida por milhões de brasileiros e cidadãos planetários, quanto a segurança, qualidade, regularidade e continuidade do saneamento básico, dentre outras ações.

Assim, reitera-se, nas notas introdutórias, a imprescindível articulação com as políticas de desenvolvimento urbano e regional, de habitação, de combate à pobreza e de sua erradicação, de proteção ambiental, de promoção da saúde, de recursos hídricos e outras imprescindíveis, concebidas como direitos fundamentais e constitucionais destinadas à melhoria da qualidade de vida, para as quais o saneamento básico é determinante.

CARACTERIZAÇÃO HISTÓRICA

O Saneamento Básico está vinculado as condutas higiênicas da população e as tecnologias disponíveis, políticas públicas, controle social, equilíbrio do meio e saúde ambiental (ARCHANJO, 2017). Seus principais componentes são abastecimento de água, esgotamento sanitário, limpeza urbana, manejo de resíduos sólidos e drenagem/manejo das águas pluviais urbanas. Em suma, sua precariedade ou total ausência faz com que ocorra a potencialização de proliferação de algumas doenças e a geração de alguns determinados desconfortos em relação a saúde da população. Com relação ao passado da humanidade, essa falta de atenção ao saneamento foi marcada por epidemias devastadoras que foram potencializadas, na época, pela falta de conhecimento científico sobre a relação das presentes enfermidades e a ausência de saneamento básico. (ARCHANJO, 2017)

No decorrer dos anos, as civilizações foram evoluindo e tornando-se mais complexas, o homem passa a intervir fisicamente no meio, onde passa dar mais importância ao seu conforto, bem-estar e proteção de sua salubridade. Começa, então, um conjunto de iniciativas que visam criar condições adequadas a vida, trazendo proteção à saúde humana, através de intervenções no meio ambiente, no sentido de torná-lo produtor de saúde e bem-estar. (BARROS, 2018). Durante a ditadura brasileira, formularam-se planos e programas voltados a esta área, mas a principal solução apresentada pelo governo federal residiu

na centralização e na sua auto sustentação. “A partir de 1968 o Sistema Financeiro de Saneamento é subordinado ao Banco Nacional de Habitação - BNH, que a partir de então passa a conduzir os destinos da política nacional de saneamento.” (JACOBI, 2017). Ao tentar a minimização dos problemas que foram surgindo ao longo do tempo, ocorre a criação de diretrizes de implementação, medidas e infraestrutura no Brasil.

A partir de 1971, instituiu-se o Plano Nacional de Saneamento (PLANASA), que definiu metas setoriais para todo o país e também instrumentos institucionais e financeiros para a sua implantação: a dinâmica a ser exercida pelas empresas estaduais de saneamento básico e o Banco Nacional de Habitação. (JACOBI, 2017). Mesmo assim, um de seus grandes obstáculos entraves, que gerou discussões por longos anos, foi a disputa de quem deveria gerenciar essas diretrizes (governos federal, estadual ou municipal). (BARROS, 2018). Depois de intensos embates e trazendo a visão do interesse local, os serviços públicos de saneamento básico, sua execução se tornou responsabilidade dos municípios, de forma direta por empresas autônomas municipais, de forma indireta ou ainda mediante concessão a empresas públicas estaduais ou privadas. Sendo esta decisão fundamentada pela Lei Federal nº 11.445 (BRASIL, 2007), chamada de Lei Nacional do Saneamento Básico – LNSB, que é sancionada no dia 05 de janeiro de 2007.

No Brasil, atualmente existe uma Política Nacional de Saneamento Básico, cuja fundamentação se dá a partir da Constituição Federal de 1988, no art. 21, inciso IX - elaborar e executar planos nacionais e regionais de ordenação do território e de desenvolvimento econômico e social (BRASIL, 2016). Juntamente à Constituição Federal de 1988, a fundamentação da Política Nacional de Saneamento encontra-se também na Lei 8080/90, Lei do SUS (Sistema Único de Saúde).

A Lei nº 8.080/1990, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), trouxe como obrigação desse sistema promover, proteger e recuperar a saúde, englobando a promoção de ações de saneamento básico e de vigilância sanitária. A noção de saúde contemplada na Lei considera como seus fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Em diversas de suas definições e determinações, o saneamento básico assume papel central na política de saúde pública. Ou seja, o SUS reconhece explicitamente a importância do saneamento básico para a melhoria das condições de saúde da população. Além disso, a Lei nº 9.433/1997, que estabelece a política nacional de recursos hídricos, define como objetivo a garantia da disponibilidade de água para gerações futuras (PLANSAB, 2013, p.10).

Assim sendo, a Política Nacional de Saneamento é fruto de uma construção histórica pautada nos direitos do cidadão brasileiro em consonância à conservação do meio ambiente, pois não é possível trazer em pauta a questão do saneamento sem sua vinculação à promoção da saúde.

POPULAÇÕES MAIS ATINGIDAS E PORQUE AS MULHERES?

As manifestações da questão ambiental têm um vínculo muito forte com o modo de produção capitalista, que traz arraigado em si a destrutividade ambiental e social, exacerbada pela necessidade de manter o consumo crescente fundada nos fenômenos da exploração do trabalho e da natureza, tendo como consequência o aumento da degradação da natureza em função da extração crescente e indiscriminada de matérias-primas, aumento de produção de resíduos e gases poluentes. (SOARES, 2013)

Alguns dados publicados pelo Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SINIS, 2017), relata que dez anos após o lançamento da Lei do Saneamento Básico no Brasil, somente a metade da população brasileira possui acesso a sistemas de esgotamento sanitário, ou seja, mais de 100 milhões de pessoas utilizam iniciativas particulares para solucionar o problema de escoamento sanitário (SINIS, 2018).

Em um país marcado por um conjunto de desigualdades sociais, nem todos possuem renda suficiente para viabilizar a construção de fossas sépticas, tendo como alternativas respostas construídas provisória e individualmente, de extrema precariedade e com impactos à saúde e ao meio ambiente. Uma destas soluções é o lançamento de águas vindas dos domicílios em vias públicas ou no meio hídrico (ARCHANJO, 2017). Dados publicados em 19 de setembro de 2018, traz a realidade de que mais de 3 mil municípios não possuem sequer algum tipo de planejamento para tratamento de água e esgoto, limpeza urbana e manejo dos resíduos sólidos, manejo e drenagem das águas pluviais urbanas. Neste contexto, é normal que nessas cidades ocorram surtos de verminoses, diarreias e dengues que são problemas intimamente relacionados às condições de saneamento. (SINIS, 2018)

A região onde mais se tem indicadores alarmantes pela falta de saneamento é a Norte, onde os números são extremamente preocupantes, pois somente 8,7% da população tem acesso a rede de esgoto, e somente 16,4% do esgoto é tratado antes de ser lançado ao ambiente. Nesta região, o número de abastecimento de água se sobrepõe ao de esgotamento sanitário, onde 291 municípios são beneficiados pelo abastecimento, mas somente 24 municípios tem seu esgoto tratado. (SINIS, 2017)

A falta de saneamento básico, vincula-se à condição de classe social, na qual à população que vivencia um conjunto de desigualdades: social, econômica, política e cultural, ou seja, as expressões da questão social, neste caso, inerente à questão ambiental, ou seja, à apropriação privada e indiscriminada dos recursos da natureza pelo capital, em detrimento ao direito de um meio ambiente saudável e equilibrado.

A população mais atingida pelas consequências da falta de saneamento são mulheres e crianças que vivem em condição de pobreza, sendo, na sua maioria, afrodescendentes, as populações rurais e as pessoas que vivem em assentamentos informais. (ONU, 2018)

No Brasil, as mulheres negras são as mais afetadas, pois, em sua maioria,

desempenham atividades domésticas e cuidados com pessoas, na qual a falta de água e outras estruturas condizentes ao saneamento, incidem sobre a sua saúde. (ONU, 2019). Assim, são acometidas, prioritariamente as mulheres autodeclaradas pardas, indígenas e pretas no Brasil. Nesses grupos, as taxas de incidência de escoamento sanitário inadequado foram de 24,3%, 33,0% e 40,9%, respectivamente. (ONU BR, 2019).

A incidência de mulheres na pobreza é particularmente elevada nas populações de mulheres autodeclaradas pretas, pardas e indígenas. Nesses grupos, estavam quase $\frac{3}{4}$ das brasileiras em estado de pobreza: 15,766 milhões de um total de 21,325 milhões de mulheres (73,9%). Entre as mulheres pretas, pardas e indígenas em estado de pobreza, a maior parcela (44,3%) era de jovens com menos de 30 anos. A incidência de pobreza nas faixas etárias mais jovens confirma essa tendência: 36,4% das jovens pretas, 42,0% das jovens pardas e 48,5% das jovens indígenas moravam em domicílios abaixo da linha de pobreza em 2016. (TRATA Brasil, 2016)

As estatísticas de mulheres que não recebem água tratada por faixa etária são alarmantes e preocupantes, pois vivemos em um país que tem uma política que justamente traz a garantia deste direito como universal;

As estatísticas da PNADC de 2016 indicam que, dos 90,8 milhões de mulheres brasileiras que moravam em habitações ligadas à rede geral de distribuição de água, apenas 78,8 milhões de mulheres declararam receber água diariamente. Isso significa dizer que apenas 74,4% das mulheres brasileiras tinha acesso regular à água tratada, uma proporção 11,4 pontos percentuais menor que a de mulheres que moravam em habitações ligadas à rede geral de distribuição de água. (TRATA Brasil, 2016)

No decorrer da pesquisa, identificamos a quão precária está a política nacional de saneamento, principalmente em se tratando de saúde, uma vez que muitas mulheres deixam de trabalhar e gerar renda para sua família, tendo como justificativa o mal-estar de saúde, ocasionado pela falta de água ou de saneamento. Muitas chegam aos postos de saúde ou hospitais desidratadas, com anemia, diarreia e vômitos.

Em 2013, segundo dados da PNS, 576.213 pessoas indicaram ter se afastado de suas atividades rotineiras por motivo de diarreia ou vômito (infecções gastrointestinais presumíveis). Desse total 304.076 eram mulheres (ou 52,8% do total) e 272.137 eram homens (ou 47,2% do total). Com base nesses dados, estima-se que houve 7,906 milhões de casos de afastamento por diarreia ou vômito entre as mulheres ao longo do ano de 2013. (TRATA Brasil, 2016)

Das mulheres que se afastaram de suas atividades rotineiras em razão de diarreia ou vômito, 3,608 milhões ficaram acamadas pelo menos um dia durante o afastamento. Isso significa que em 45,6% dos casos de afastamento as infecções foram graves o suficiente para requerer acamamento. Nessa estatística de gravidade das infecções, os índices masculinos também foram mais reduzidos: apenas 40,7% dos homens que se afastaram de suas atividades rotineiras em razão de diarreia ou vômito ficaram acamados. (TRATA Brasil, 2016)

A ocorrência de doenças e situações de saúde acima mencionadas, são graves ao ponto de exigir internação/acamamento e afastamentos dos espaços domésticos e de trabalho, principalmente em mulheres.

Ao analisarmos as informações apresentados acima, incluímos a reflexão acerca do saneamento, aos direitos humanos e sociais, e como tal, se apresenta de forma pontual e fragmentada, não garantindo a universalidade na cobertura, e nem o financiamento público para a sua efetivação em todo território nacional, evidenciando o desmonte das políticas pública, a destituição e violação destes direitos, sobretudo à saúde da mulher, preta, pobre e periférica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Refletimos o quão ainda deve-se avançar para que o direito ao bem-estar e a saúde sejam prioridades na efetivação dos direitos humanos e sociais, e o como a mulher é acometida pelas desigualdades sociais, tendo os seus direitos à saúde e vida digna violados, revelando-se como manifestação da violência de gênero no âmbito do Estado e da sociedade.

Sabe-se que, as principais dificuldades e obstáculos que impediram e impedem o desenvolvimento pleno e o crescimento da área de saneamento em qualquer lugar, são: a falta de planejamento adequado; o volume insuficiente de investimentos; deficiências na gestão das companhias de saneamento e a baixa qualidade técnica dos projetos e a dificuldade para obter financiamentos e licenças para as obras.

Implica dizer que os desafios não são isolados, e requer a mobilização e organização política das mulheres, associadas aos movimentos sociais, que sujeitos das lutas sociais historicamente vem construindo a cidadania no país, o que requer também o aprimoramento teórico-intelectual para processar as rupturas dos padrões culturais e sociais estabelecidos e determinados à mulher pela sociedade capitalista.

REFERÊNCIAS

ARCHANJO, Paulo Cesar Vieira. O insistente descaso com o saneamento básico no Brasil. 2017. Disponível em: <<https://www.sabedoriapolitica.com.br>>. Acesso em: 27 março de 2019.

BARROS, Rodrigo. História do Saneamento Básico e tratamento de água e esgoto. 2018. Disponível em <<http://www.eosconsultores.com.br>>. Acesso em: 26 de março de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Saneamento Básico. Brasília: 2002. Disponível em <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saneamento.pdf>>. Acesso em 08 abril de 2019.

BRASIL. Lei nº 11.445, de 05 de jan. de 2007. Lei do Saneamento Básico, Brasília, DF jan 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20072010/2007/Lei/L11445.htm>. Acesso em 22 março de 2019.

BRASIL. Plano Nacional de Saneamento Básico, de 06 dez. de 2013. PLANSAB, Brasília, DF dez 2013. Disponível em: <http://www.cecol.fsp.usp.br/dcms/uploads/arquivos/1446465969_BrasilPlanoNacionalDeSaneamentoB%C3%A1sico-2013.pdf>. Acesso em 05 abril de 2020.

DEMOGRÁFICO, IBGE Censo. Disponível em: <[http://www. IBGE. gov. br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 26 março de 2020.

IBAMA. Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis. Como o IBAMA exerce a educação ambiental. Disponível em:<<http://www.ibama.gov.br/>>. Brasília: Edições IBAMA, 2002.

JACOBI, Pedro. Movimentos sociais e políticas públicas: demandas por saneamento básico e saúde; São Paulo 1974-1984, editora Cortez: 1993.

LIMA, A. C. de. Relação da desigualdade de gênero, saneamento básico e serviço social. (Projeto de Iniciação Científica). Marli Renate von Borstel Roesler (Orientadora). Unioeste, Toledo, 2019..

TRATA Brasil. Conheça a política de saneamento básico no brasil. 2018. Disponível em:< [www. tratabrasil.org.br](http://www.tratabrasil.org.br)>. Acesso em: 27 março de 2020.

CAPÍTULO 16

OS IMPACTOS DA PANDEMIA PELO CORONAVÍRUS (SARSCOV-2) EM MÚLTIPLAS DIMENSÕES DA VIDA SOCIAL E SEU O ENFRENTAMENTO NO BRASIL

Data de aceite: 01/03/2021

Rebel Zambrano Machado

Professora e pesquisadora da Faculdade São Francisco de Assis
<https://orcid.org/0000-0002-8599-546X>
<http://lattes.cnpq.br/5476188943900107>

Priscilla da Silva Lunardelli

Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/5946417544897559>

RESUMO: As reflexões provocadas pelo impacto de uma pandemia no quadro brasileiro exigem olhares em diferentes dimensões da vida social. Optou-se aqui, por considerar-se a pandemia, reveladora do aprofundamento das refrações da questão social no contexto das diferenças cristalizadas historicamente em nossa sociedade. Entende-se ser fundamental situar a pandemia no contexto de uma profunda polarização política com repercussões evidentes na crise sanitária vivida no País. Abordam-se ainda o modelo de governança no setor público e a necessidade de se repensar o papel do Estado na perspectiva da pandemia.

PALAVRAS-CHAVE: Refrações da questão social; Polarização política; Governança no setor público; Pandemia.

THE IMPACTS OF THE PANDEMIC ON THE CORONAVIRUS (SARSCOV-2) IN MULTIPLE DIMENSIONS OF SOCIAL LIFE AND ITS COPING IN BRAZIL

ABSTRACT: The reflections provoked by the impact of a pandemic in the Brazilian context demand looks in different dimensions. It was decided here to consider it as revealing the deepening of the refractions of the social question in the context of historically crystallized differences in our society. It was considered fundamental to situate the pandemic in the context of a deep political polarization with evident repercussions in the health crisis experienced in the country. Still, it was about the governance model in the public sector and the need to rethink the role of the State and society in the perspective of pandemic.

KEYWORDS: Refractions of the social question; Political polarization; Governance in the public sector; Pandemic.

1 | INTRODUÇÃO

Este artigo pretende analisar o impacto da pandemia do novo coronavírus no contexto brasileiro em relação ao aprofundamento da questão social, expressa na piora dos padrões de empobrecimento da classe trabalhadora. Naturalmente, a questão social revela a contradição existente entre o modo de produção e a apropriação dos rendimentos dessa mesma produção. Observa-se que, com a crise sanitária, ficam mais evidentes a polarização política, a frágil qualidade das políticas públicas

e a incipiente governança pública em relação à agenda de direitos humanos, tudo isso com importantes impactos na vida dos sujeitos em suas múltiplas dimensões.

As efêmeras interpretações a respeito da pandemia utilizadas pelos governantes têm levado parcelas da população a também minimizar, ou negar a sua gravidade. Com muitas dúvidas os sujeitos sociais dividem-se, assim como as correntes dentro do próprio governo, variando entre a negativa absoluta da emergência sanitária internacional e sua relativização. Para alguns, em especial os muito empobrecidos, o isolamento social e a utilização de equipamentos de proteção individual nunca sequer foram uma possibilidade real, dada sua vulnerabilidade imediata diante da realidade de “trabalhar pela manhã para comer a noite”.

A primeira parte deste artigo apresenta a contextualização da pandemia de uma maneira geral, com o número de casos, sua complexidade e o potencial do vírus. Na sequência, discute-se a polarização cada vez mais acirrada no Brasil e que acaba por ter repercussões importantes no quadro sanitário. Esse cenário torna-se ainda mais complexo pelo frágil papel de governança e o difícil fluxo operativo do Sistema Único de Saúde (SUS), o que contribui para os efeitos negativos em termos de organização de respostas no enfrentamento ao COVID19, aquisição de insumos e credibilidade junto à população.

Para atender os princípios do SUS quanto à universalidade, equidade e integralidade, o sistema deve se organizar observando as suas diretrizes de descentralização, regionalização e hierarquização com participação da comunidade. Esse processo que promove operacionalidade e consistência ao SUS é complexo e difícil, pois necessita planejamento ascendente com diferentes sujeitos sociais. Esse modelo organiza-se através de uma responsabilidade solidária entre os gestores dos três níveis de governo, com suas instâncias de governança.

2 | A PANDEMIA EM 2020

A COVID-19 é uma doença infecciosa causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), identificado pela primeira vez em dezembro de 2019, em Wuhan, na China. Na atualidade, atinge todos os continentes e todos os países, tendo sido importado para o Brasil no início de 2020.

É preciso considerar-se que ela compreende um significativo arranjo de diversos fenômenos e processos, implicando diferentes elementos para seu entendimento, análise e intervenção. Apresenta amplo espectro clínico variando de infecções assintomáticas a quadros graves¹. Há distintos processos e diversas possibilidades ou modos de intervenção em várias dimensões - biológica, clínica, epidemiológica, social, tecnológica, econômica, política, simbólica - e suas respectivas interfaces (FRENTE PELA VIDA, 2020).

1 De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a maioria (cerca de 80%) dos pacientes com COVID-19 podem ser assintomáticos ou oligossintomáticos (poucos sintomas), e aproximadamente 20% dos casos detectados requer atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória, dos quais aproximadamente 5% podem necessitar de suporte ventilatório (<https://coronavirus.saude.gov.br>).

Os números disponibilizados pela Organização Mundial da Saúde² no mundo, até 29 de janeiro de 2021, são: 101.053.721 casos da COVID-19 (570.976 novos em relação ao dia anterior) e 2.182.867 mortes (15.716 novas em relação ao dia anterior). Os números pelas grandes regiões definidas pela OMS são: Região Africana com 2.539.795 casos confirmados e 61.355 mortes; Região das Américas com 44.765.625 casos confirmados e 1.031.770 mortes; Região Europeia com 33.929.775 casos confirmados e 735.449 mortes; Região do Mediterrâneo Oriental com 5.624.974 casos confirmados e 133.088 mortes; Região do Pacífico Ocidental com 1.396.042 casos confirmados e 24.216 mortes; Região do Sudeste Asiático com 12.796.765 casos confirmados e 196.976 mortes.

Desagregando-se os dados do Brasil, com uma população de 210.147.125 de habitantes, os resultados da COVID 19 divulgados³ eram: 9.118.513 casos e 222.666 óbitos confirmados e 8.066.603 recuperados.

A cena é complexa e heterogênea como é também a vida em cada canto do planeta. O vírus pode ser o mesmo, mas muda todo o resto: condições ambientais, demografia, estrutura e organização das cidades, cultura, economia, regime político, hábitos, políticas públicas e serviços de saúde. A pandemia compõe-se de inumeráveis surtos e epidemias, perdas individuais e familiares semelhantes nos aspectos biológicos e incomparáveis em outros sentidos (HENRIQUES, VASCOCELOS, 2020), significando inflexões relativas a diferentes variáveis desse processo.

É preciso considerar que algumas das dimensões da pandemia apresentam importância singular. Na perspectiva epidemiológica, os determinantes sociais podem ampliar os grupos considerados de risco e a vulnerabilidade. As medidas de vigilância devem direcionar-se para a redução da incidência e o controle da transmissão. Na perspectiva tecnológica, é preciso aportar os recursos necessários para que os órgãos de pesquisa possam responder ao controle da pandemia. Do ponto de vista econômico, é fundamental reduzir-se e compensarem-se desigualdades e iniquidades (FRENTE PELA VIDA, 2020).

Cabe ao Governo Federal, pelo potencial de contaminação do coronavírus, o papel de coordenar e de garantir ações planejadas em conjunto com os demais entes federados, respeitando-se a autonomia de cada um. É incontestável que a gravidade da crise sanitária exige, no Brasil, um esforço interfederativo para propor políticas públicas de ordem econômica e social.

Simultaneamente ao combate em busca da prevenção, da cura e da produção de insumos para a pandemia, há uma outra luta que se trava no campo das narrativas. As disputas têm se centrado em um cenário de desconfianças e incertezas diretamente vinculado a um comportamento social distante daquele preconizado pela ciência, resultado do embate entre comunidade científica e autoridades políticas.

2 Acesso em: 30/01/2021 e disponível em: 30/01/2021 no <https://www.paho.org/pt/covid19>.

3 Fonte: JHU CSSE COVID-19 . Repositório de dados COVID-19 pelo Centro de Ciência e Engenharia de Sistemas (CSSE) da Universidade Johns Hopkins.

Uma resposta mais efetiva no combate à COVID19 só ocorrerá se o SUS tiver os diferentes recursos necessários para o enfrentamento da pandemia. Em relação aos níveis de atenção, deverá focar no alinhamento estratégico da atenção primária, da secundária e da terciária, assim como organizar seus fluxos operativos definidos, articulando as redes de atenção.

3 | A POLARIZAÇÃO: VELHA CONHECIDA

A intensa polarização assimétrica entre esquerda e direita no Brasil é histórica e tem ditado a forma de fazer política ao longo dos tempos, por consequência, interfere nos mais diferentes aspectos da vida cotidiana. A luta democrática traz à tona os projetos de poder e interesses individuais das pessoas, que se envolvem em um jogo de pensamentos em massa, deixando-se influenciar pelo grupo de ideias que representa a sua declaração de interesse político (BRUGNAGO, CHAIA, 2015). Por outro lado, a participação política por associativismo, normalmente responsável por mobilizar a opinião pública, também se apresenta enfraquecida (FERREIRA, 2000).

Essa conjuntura de polarização exacerbada não está sendo diferente na compreensão e na condução da COVID 19 no Brasil, reverberando de diferentes formas e interferindo diretamente no cotidiano das pessoas. Essa realidade colocou em disputa, dentre outros, o falso dilema apresentado à sociedade quanto ao que deve ser priorizado nesse momento de crise, ou seja, a vida ou a economia, ou, ainda, se existe realmente uma emergência sanitária, ou não.

Nesse sentido, o falso dilema induz à banalização da pandemia, minimizando seus impactos em diferentes dimensões à medida que a narrativa oficial se volta para a defesa da retomada da economia em detrimento da vida. Portanto, uma posição explícita que deixa clara as posições em disputa nesse contexto.

A conjuntura da pandemia, tem mostrado importantes mudanças na sociedade, tanto em âmbito de valores como quanto de comportamentos. Nesse momento de crise, quando a economia estagnou e apresentou uma importante queda do PIB os países precisaram encontrar estratégias de garantir renda para significativa parcela da população, no Brasil não está sendo diferente. Essa realidade de incertezas agudiza as expressões multifacetadas da questão social, e as inflexões da pandemia ficam ainda mais evidentes.

Dentro desse quadro, observa-se também a formação de uma ideologia radicalizada da direita com uma forte onda conservadora, intensificada em uma imediatista e impaciente sociedade contemporânea que utiliza as redes sociais como um forte dispositivo viabilizador dessa radicalização (BRUGNAGO, CHAIA, 2015).

Sobre as causas da polarização política, chama atenção o papel determinante da insatisfação das políticas públicas sobre as mudanças da opinião pública. Entre as principais consequências da polarização está a desigualdade de representação política motivada

pelo agravamento dos conflitos entre os grupos políticos e sociais. Tal desigualdade na representação política deve-se ao fato de que os governantes respondem às suas bases de apoio prioritariamente, a fim de fortalecer os laços pessoais e buscar adesão para as ações políticas (BELLO, 2019).

A mitigação dos efeitos perversos dessa crise e seus desdobramentos, assim como a prevenção de futuros riscos de magnitude equivalente, deve ser fundada em intensos processos de mobilização solidária e engajamento da sociedade como um todo, que requerem, necessariamente, dispor de recursos que permitam a todas as pessoas exercerem seu direito às medidas epidemiológicas de proteção, além da preservação e ampliação da democracia como regime político (FRENTE PELA VIDA, 2020).

4 | GOVERNANÇA NO SETOR PÚBLICO

A pandemia deixou mais visível a desarticulação e a polarização em um cenário de acirradas disputas com a Câmara e no próprio governo em âmbito federal, mas, acima de tudo, descortinou o despreparo de lideranças. A falta de uma forte coordenação nacional pelo Ministério da Saúde para conduzir as estratégias no sentido de enfrentar o coronavírus causador da COVID-19 desde o início de 2020 implicou em que outros órgãos assumissem tal papel. Sob outra perspectiva o Presidente da República tem interferido na condução do enfrentamento à epidemia contrariando as condutas e orientações preconizadas pelo Ministério da Saúde e demais organismos internacionais. Isso é demonstrado pela passagem meteórica de três ministros de março de 2020 até o mês de setembro do mesmo ano. Os dois ministros anteriores, com formação em medicina, não poderiam adotar outra orientação que não fosse consenso internacional, assim, foram substituídos por outro que não é da área da saúde.

A procrastinação tem sido a marca do governo federal nas iniciativas mais importantes no cenário em que nos encontramos da pandemia. As pesquisas evoluíram e as vacinas já são uma realidade. Portanto, muitos países já compraram e iniciaram suas campanhas de vacinação e já estão com parte importante da população imunizada.

Nesse sentido, o Brasil por sua marca de protelar comprou até janeiro do corrente ano uma quantidade insuficiente para vacinar os primeiros grupos de maior risco. Isso sem contar que os principais insumos necessários não foram previstos e no momento da licitação não existiu acordo entre as partes, como foi o caso das seringas. Ainda, os hospitais de campanha foram fechados e os leitos de unidades de tratamento intensivo reduzidos.

Com a segunda onda de casos e a continuidade da circulação do vírus em todo País, ocasionada pela flexibilização de medidas de controle, está levando a um colapso já esperado do sistema de saúde. Esse movimento levantou a discussão sobre o conceito de

imunidade coletiva⁴, questionando seu significado.

O governo federal vem apresentando uma política internacional que tem provocado desconforto com aliados e/ou farmacêuticas que estão produzindo as vacinas. As comunicações oficiais ocorrem quando provocadas, com duplicidade de informações, confundindo e aumentando a polarização política.

Considerando a Portaria nº 1.565, de 18 de junho de 2020, no parágrafo único do seu artigo 1^a, que destaca que “Cabe às autoridades locais e aos órgãos de saúde locais decidir, após avaliação do cenário epidemiológico e capacidade de resposta da rede de atenção à saúde, quanto à retomada das atividades”, o CONASS e o CONASEMS, com apoio da OPAS/OMS, tornam-se instrumento de apoio à tomada de decisão. Essa iniciativa visa dar suporte aos gestores de estados e municípios na adoção de medidas de saúde pública no sentido de reduzir a velocidade de propagação da doença para evitar o esgotamento dos serviços de saúde, especialmente de terapia intensiva.

Entretanto, essa conjuntura não foi suficiente para alinhar os mais de 5.000 municípios e 23 estados da Federação no que concerne à gestão técnica, administrativa e financeira. Resumo disso, observa-se a recorrente intervenção dos órgãos de controle na perspectiva de garantir que os princípios da administração pública sejam atendidos, o que sugere aqui também as fragilidades de gestão no setor.

Por essas razões, é preciso reafirmar-se a concepção do Estado gestor, que deve perquirir a excelência na execução e no resultado da Administração Pública (SOUZA, FARIA, 2017). Seja na prestação de serviços públicos, na implantação e acompanhamento das políticas públicas, no planejamento e na execução orçamentária, seja em qualquer função administrativa, a efetividade constitucional deve ser o norte.

A governança corporativa no setor público deve ser encarada como instrumento de gestão importante no combate à corrupção, à improbidade administrativa, ao prejuízo ao erário, às necessidades sociais e ao déficit das contas públicas. Enfim, ela estimula melhores condutas e políticas públicas, pautadas na transparência, na informação, na responsabilidade, na probidade, na ética, na equidade, na *accountability* e na eficiência (SOUZA, FARIA, 2017, p. 16).

A governança, sob essas perspectivas, trata também de questões relacionadas: (a) à coordenação de ações; (b) ao exercício do controle em situações em que várias organizações estão envolvidas; (c) às estruturas de autoridade; (d) à divisão de poder e responsabilidade entre os diversos atores; (e) à alocação tempestiva e suficiente de recursos; enfim, (f) à governança das ações, aqui entendida como a capacidade de o governo coordenar a ação de atores com vistas à implementação de políticas públicas. (RHODES, 1996).

No Brasil, o Decreto nº 9.203, de 2017, instituiu a política de governança da

⁴ Também chamada de imunidade de rebanho, significa que quando o limiar dos casos é alcançado não significa que a doença vai desaparecer e sim que os casos não vão crescer tão rapidamente como na primeira onda.

administração pública federal direta, autárquica e fundacional, compreendendo-a a partir das diretrizes de valor público, alta administração e gestão de riscos. O decreto, preconiza os princípios de capacidade de resposta, integridade, confiabilidade, melhoria regulatória, prestação de contas, responsabilidade e transparência.

As contradições da ação do Estado em meio à grave crise político-institucional e a resistência ao conhecimento científico num ambiente de conflito político e crescimento do autoritarismo são representadas na disputa por narrativas que se têm sustentado em propostas antagônicas para enfrentar a crise (HENRIQUES et. Al., 2020). A pandemia tem sido minimizada, banalizando a preocupante realidade vivenciada pela crise sanitária, o que é reproduzido pela população. Tal negação da seriedade da situação evita que a população tenha a real compreensão da gravidade do momento. Ela recebe uma carga de informações contraditórias que dificultam o entendimento da circunstância.

É fundamental, portanto, o Estado brasileiro informar, ser transparente e resgatar a confiança da população para que ela se sinta parte da Administração, ajudando a minimizar os riscos de má gestão individualista e potencializando os resultados positivos ao interesse público, subentenda-se ao bem comum (SOUZA, FARIA, 2017). Tornam-se necessários princípios como equidade e responsabilidade dos agentes.

O princípio da responsabilidade, no que se refere ao Direito Sanitário, estende-se a todas as pessoas, sendo fundamental para a segurança sanitária. Seu pressuposto é a premissa de que todos possuímos deveres com relação à proteção da saúde: sejam eles individuais, sejam eles coletivos e sociais. Ele atinge tanto os comportamentos privados e íntimos do indivíduo quanto os sociais e públicos. Aplica-se a todos os agentes públicos estatais e a todos os cidadãos que exerçam as atividades por ele reguladas. Portanto, toda ação ou omissão de um agente público que contrariar o ordenamento jurídico sujeitará o mesmo às sanções previstas em lei.

O Centro Latino-Americano de Administração para o Desenvolvimento (CLAD), quando discutiu a Gestão Pública Iberoamericana para o século XXI⁵, apresentou os principais pontos sobre avanços e problemas na gestão e que apontam para a sua necessária democratização, profissionalização da função pública, novas tecnologias de gestão e gestão por resultados orientados. Seu objetivo principal deve ser construir um Estado capaz de produzir desenvolvimento em termos tanto econômicos como sociais, políticos e ambientais. E isso só será possível com uma administração pública efetiva, eficiente e democrática. Nessa lógica, é indiscutível a necessidade da presença do Estado durante e pós-pandemia com transferência de renda, repensando o seu papel em relação à sociedade.

5 Carta Iberoamericana de Calidad em la Gestión Pública, 2008.

5 | UM NOVO PAPEL DO ESTADO: POR QUÊ?

O enfrentamento de uma pandemia numa época ultra globalizada fez aflorar diversas questões que exigem a discussão acerca do papel do Estado. Nesse sentido, é imprescindível a reflexão sobre as suas funções de estabilizador da economia, investidor em infraestrutura física-social, protetor, provedor de serviços e empreendedor (Carvalho, 2020).

A crise sanitária que se soma à crise econômica revigora a importância da teoria econômica de John Maynard Keynes, segundo a qual os mercados não seriam capazes de se corrigir diante de uma crise aguda e sequer a política monetária (taxa de juros, inflação, crédito) bastaria, sendo fundamental o suporte fiscal do Estado, o fomento ao gasto público, o incentivo à demanda e medidas contracíclicas para reativar a economia (Pinho, 2020). Isso implica aparelhar a sociedade no sentido de garantir sua funcionalidade, assegurando o emprego, o consumo e a renda, não necessariamente nesta ordem.

Ao compreender-se, ainda, que a crise no capitalismo moderno é permanente desde a ofensiva neoliberal sobre os países em desenvolvimento, observada na década de 90 (BENJAMIN, 1998), têm-se os elementos centrais que permitirão entender-se a reconstrução das políticas públicas e a consequente repactuação do papel do Estado não mais mínimo e enxuto, mas pós-pandemia, absolutamente indispensável na regulação do mercado e da especulação financeira.

Mesmo antes da pandemia, já existia a inquietação com a expectativa de um baixo crescimento econômico. O panorama tornou-se mais complexo com o aumento do desemprego e do emprego informal e precarizado, assim como com as refrações da questão social, gerando um abismo social e a concentração de renda.

A diferença entre os rendimentos dos brasileiros obtidos pelo 1% mais rico e dos 50% mais pobres no ano de 2018 é recorde na série histórica da PNADC (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua) do IBGE, iniciada em 2012. A desigualdade aumentou porque o rendimento real do trabalho da metade mais pobre caiu ou subiu bem menos se comparado ao dos mais ricos, sobretudo nos últimos anos (COSTA, 2020, p.3).

No último trimestre de 2018, a PNAD Contínua Trimestral do IBGE apresentava dados de que, se os pobres e miseráveis fossem somados aos pobres intermediários, seria atingido um contingente de 77,3 milhões de trabalhadores, alcançando o espantoso nível de 80,4% dos ocupados (Quadros, 2019). Nessa perspectiva, no Brasil, com a emergência sanitária, ficou evidenciada a necessidade do debate da desigualdade social e a premência de implementação de políticas públicas sob uma nova perspectiva, bem como a revogação do teto de gastos (Mendes, 2020), alterando a política fiscal conservadora.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vive-se um momento singular que tem desorganizado a “normalidade” da vida cotidiana, afetando as certezas existentes até então. A pandemia tem desnudado as fragilidades e condições de vulnerabilidade de uma sociedade injusta e desigual como a brasileira.

A única convicção que é consenso é de que a sociedade não será mais a mesma depois da pandemia. Ainda que seja assim, os ricos seguirão ricos, posto que a concentração de riqueza aumentou na pandemia como demonstra o relatório “Poder, Lucros e Pandemia” da Oxfam, “[...] as grandes corporações do mundo estão priorizando lucros em detrimento da segurança dos trabalhadores e do enfrentamento ao coronavírus” (OXFAM, 2021).

A combinação das diferentes crises sanitária, política, social, econômica, ambiental e ética no Brasil é entendida como uma crise orgânica (GRAMSCI, 2002). Por conta disso, vem impactando e aprofundando as questões sociais, podendo este período ser mais prolongado do que o esperado, para além das “ondas” de novas contaminações.

Para muitos cientistas sociais, vive-se hoje um cenário de pós-guerra, o que desenha um panorama de profundas dificuldades. Dentre outras medidas adotadas, o orçamento de guerra que foi encaminhado e aprovado pelo Congresso foi no montante de R\$ 182 milhões. Entretanto, o Congresso Nacional acredita que será necessário ampliar muito os gastos, particularmente se forem considerados a realidade brasileira e os patamares gastos por outros países, que giram em torno de muitos R\$ trilhões.

Sob outro ponto de vista, é preciso repensar-se o papel do Estado, o que significa uma nova relação entre Estado e sociedade. Não é possível manter-se a concepção de Estado mínimo, exigindo outros padrões de ingerência, com recortes de Estado de Bem-Estar social. Para tanto, é preciso uma análise crítica e o envolvimento da classe trabalhadora na busca de uma hegemonia. Isso se refere a disputas reais por uma sociedade com novos patamares de consciência e, particularmente, mais justa.

REFERÊNCIAS

AITH, Fernando Mussa Abujamra. **Manual de direito sanitário com enfoque em vigilância em saúde**. Brasília: CONASEMS, 2019. 116p.

BELLO, André. Origem, Causas e Consequências da Polarização Política. Programa de Pós-Graduação em Ciência Política. **Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade de Brasília Doutor em Ciência Política**. Universidade de Brasília. Instituto de Ciência Política, 2019.

BENJAMIN, César (et. al.). **A Opção Brasileira**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1998.

BRUGNAGO, Fabrício. CHAIA, Vera. A nova polarização política nas eleições de 2014: radicalização ideológica da direita no mundo contemporâneo do Facebook. **Aurora: revista de arte, mídia e política**, São Paulo, v.7, n.21, p. 99-129, out.2014-jan.2015

CARVALHO, Laura. **Curto-circuito**. O vírus e a volta do Estado. São Paulo: Todavia, eBook Kindle, 2020.

COSTA, Fernando Nogueira da. Dimensões da desigualdade social. Que País é este? **Texto para discussão 370**. Instituto de Economia, Unicamp, nov. 2019.

CENTRO LATINO-AMERICANO DE ADMINISTRAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO. **Documento aprobado por la XL Reunión Ordinaria del Consejo Directivo del CLAD**. Santo Domingo, República Dominicana, 8-9 de noviembre de 2010. Acesso em: 17/03/2017. Disponível em: <http://old.clad.org/documentos/declaraciones/gestion-publica-iberoamericana-para-el-siglo-xxi/view>.

FERREIRA, Marcelo Costa. Participação e comportamento político no Estado de São Paulo, 1990. Campinas: **Opinião Pública**, v. 6, n.2, out. 2000.

FRENTE PELA VIDA. **Plano Nacional De Enfrentamento à Pandemia da Covid-19**. 03 de julho de 2020.

GRAMSCI, Antônio. **Cadernos do cárcere**. Vol. 5. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

HENRIQUES, Cláudio Maierovitch Pessanha. VASCONCELOS, Wagner. Crises dentro da crise: respostas, incertezas e desencontros no combate à pandemia da Covid-19 no Brasil. **Estudos avançados**. vol.34 no.99. São Paulo, Mai-Ago, 2020. Epub July 10, 2020. <http://orcid.org/0000-0002-1461-7082>

OLIVIERI, Cecília. NESTLEHNER, Julianne. PAIVA JR, Paulo Cesar de Abreu. Governança, governança corporativa e governança pública: os diferentes debates de um conceito em construção. **Revista Eletrônica de Administração** (Online) ISSN: 1679-9127, v. 17, n.2, ed. 33, Jul-Dez 2018. Acesso em: 15/09/2020. Disponível em: <http://periodicos.unifacel.com.br/index.php/rea>

OXFAM BRASIL. RELATÓRIO PODER, LUCROS E PANDEMIA. Acesso em: 20/01/2021. Disponível em: <https://www.oxfam.org.br/justica-social-e-economica/poder-lucros-e-pandemia/>.

PINHO, Carlos. E. S. Desafios das forças democráticas em tempos de automação tecnológica, desindustrialização, retração de direitos sociais e austeridade fiscal. **Instituto Humanitas Unisinos (IHU)**, São Leopoldo, 07/03/2020. Acesso em: 31/03/2020. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/78-noticias/596664-desafios-das-forcas-democraticas-em-tempos-de-automacao-tecnologica-desindustrializacao-retracao-de-direitos-sociais-e-austeridade-fiscal>.

RHODES, R. A. W. **The new governance**: governing without government. *Political Studies*, XLIV, p. 652-667, 1996.

SOUZA, Livia Maria Cruz Gonçalves de. FARIA, Edimur Ferreira de. Governança Corporativa na Administração Pública: Um processo em construção! **Revista Jurídica Direito & Paz**. Issn 2359-5035. São Paulo: Lorena | Ano IX | n. 37 | p. 273-292 | 2º Semestre, 2017.

STOKER, G. Governance as theory: five propositions. **International Social Science Journal**, v. 50 (155), p. 27-28, 1998.

A EXPERIÊNCIA DO MONITORAMENTO DE SINAIS E SINTOMAS DA COVID19 NO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE CHAPECÓ

Data de aceite: 01/03/2021

Hilton de Souza Zeferino

Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais da UNOCHAPECÓ

Fabiane Ribeiro

Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais da UNOCHAPECÓ

Anderson Medeiros Sarte

Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS

RESUMO: O mundo, na atualidade, vem sendo impactado em todos os sentidos em decorrência da persistente proliferação do coronavírus SARS-CoV-2, que acabou sendo mais conhecido como COVID-19. Sua rápida expansão, aliada a um significativo índice de mortalidade e, sobretudo, a não existência ainda de uma vacina eficiente que interrompa o fluxo de contaminação, tem sido objeto de inúmeras pesquisas e modificado a rotina e o convívio social até então dito como “normal” da humanidade. A adaptação as novas rotinas sanitárias e ações de prevenção são essenciais e, até agora, o único componente assertivo como medida mitigatória visando reduzir o número de infectados nos países. O Brasil, Santa Catarina e Chapecó não estão alheios, ou mesmo isolados, deste processo endêmico que a cada dia contamina milhares de indivíduos e assustadoramente, ceifa a vida de outros tantos. Destarte nossa única

e mais eficiente arma contra a COVID-19 é a informação e as medidas de prevenção para que possamos diminuir o contágio, mantendo um índice de contaminação dentro das capacidades instaladas de atendimento junto a rede pública de saúde. O Objetivo deste artigo é apresentar como um formulário remoto de controle de sinais e sintomas da COVID-19, aplicado no Corpo de Bombeiros Militar de Chapecó-SC, têm contribuído no processo de mitigação do contágio, possibilitando que as atividades laborais na corporação, mesmo com altos índices de contaminação na cidade de Chapecó, possam ser mantidas dentro da normalidade. A ação inovadora junto ao Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina, tem possibilitado que esse serviço essencial seja mantido e os índices de afastamento dos trabalhadores sejam mínimos demonstrando, com isso, que uma ação proativa, baseada em medidas de prevenção, resultam na manutenção da saúde do trabalhador e, por consequência, na disponibilização do serviço realizado pelos bombeiros a toda a população.

PALAVRAS – CHAVE: COVID-19, prevenção, formulário remoto, saúde, segurança.

ABSTRACT: The world, today, has been impacted in every way due to the persistent proliferation of the SARS-CoV-2 coronavirus, which ended up being better known as COVID-19. Its rapid expansion, coupled with a significant mortality rate and, above all, the lack of an efficient vaccine to interrupt the flow of contamination, has been the subject of numerous researches and has modified the routine and social life hitherto said to be “normal” of humanity. Adapting to new health

routines and preventive actions is essential and, until now, the only positive component as a mitigation measure aimed at reducing the number of infected in the countries. Brazil, Santa Catarina and Chapecó are not unaware of, or even isolated from, this endemic process that contaminates thousands of individuals every day and, frighteningly, takes the lives of so many others. Thus, our only and most efficient weapon against COVID-19 is information and preventive measures so that we can reduce contagion, maintaining a rate of contamination within the installed care capacities with the public health network. The objective of this article is to present as a remote form of control of signs and symptoms of COVID-19, applied in the Military Fire Brigade of Chapecó-SC, they have contributed in the process of mitigation of the contagion, making possible that the work activities in the corporation, even with high levels of contamination in the city of Chapecó, can be kept within normal limits. The innovative action with the Military Fire Brigade of Santa Catarina has enabled this essential service to be maintained and the removal rates of workers are minimal, thus demonstrating that a proactive action, based on preventive measures, results in the maintenance of workers' health and, consequently, the provision of the service provided by firefighters to the entire population.

KEYWORDS: COVID-19, prevention, remote form, health, security.

1 | METODOLOGIA

Como todo trabalho científico de pesquisa, há necessidade de amparar o mesmo sobre o método que será utilizado e que será o norteador ao longo do processo de estudo sobre determinado tema e/ou fenômeno.

O presente artigo utilizará como metodologia a aplicação de uma pesquisa qualitativa, baseada na bibliografia acerca do tema.

Segundo Gerhardt; Silveira (2009, p.32) “a pesquisa qualitativa procura-se, portanto com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais”

Sobre pesquisa bibliográfica Gil (2002, p. 44) descreve que “A pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”

Destaca-se ainda que além das produções científicas, a base de dados referentes a COVID-19, disponíveis nas bases de pesquisa acadêmica e informações oficiais dos órgãos de governo, disponíveis na internet, foram utilizadas para ancorar as informações aos dados mais fidedignos e atuais acerca do tema, obtendo com isso os subsídios necessários ao desenvolvimento e análise deste artigo.

2 | INTRODUÇÃO

Estamos vivenciando momentos em que grande parte da humanidade está sendo afetada por um fenômeno de contaminação viral de alcance global, visto em raros momentos da história contemporânea. Trata-se da pandemia provocada pelo COVID-19.

A COVID-19 é uma doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, que apresenta

um quadro clínico que pode variar de infecções assintomáticas a quadros graves que podem provocar a morte.

Conforme dados produzidos pelo Centro de Ciências e Engenharia de Sistemas, no painel COVID-19, da Universidade John Hoppinks de Baltimore, localizada no Estado de Maryland / Estados Unidos, em 16 Jul 2020, por volta das 20:15h, tínhamos no mundo 13.734.518 pessoas infectadas pela COVID-19, das quais 518.149 morreram em decorrência desta doença, o que representa uma taxa de mortalidade de 3,77%.

No Brasil, conforme o mesmo painel de acompanhamento da evolução mundial da COVID-19, estávamos com 2.012.151 de pessoas contaminadas e 76.688 mortos, o que coloca o país na 2ª posição global em relação ao número de infectados e mortos.

Conter a evolução da doença de forma a estabilizar e/ou achatar a curva de crescimento dos contaminados e reduzir o número de mortos é o grande desafio do sistema de saúde do Brasil.

Ações de isolamento social, medidas de prevenção e assepsia adequada tem-se mostrado até o presente momento o caminho mais acertivo, até que seja ofertado em grande escala vacinas capazes de proporcionar a defesa imunológica perseguida por empresas e pesquisadores em uma desenfreada corrida mundial contra o tempo.

Enquanto isso não se mostra factível, a curto ou médio prazo, as ações de prevenção e monitoramento de sinais e sintomas da COVID-19 na população representam a única ação proativa no efetivo combate a doença.

Todavia, muitas atividades essenciais a segurança e saúde da população, entre elas a realizada pelo Corpo de Bombeiros Militar, não podem se permitir isolar do convívio social, ou mesmo, executar suas atividades laborais na modalidade “home office”, uma vez que sua função constitucional é a salvaguarda da população, através do trabalho em prontidão operacional e de suas rotinas administrativas.

Entender como ações de controle podem contribuir para evitar o processo de disseminação da COVID-19 é o objeto deste artigo que pretende descrever a estratégia de monitoramento e prevenção ao Covid-19 aplicada no contexto do Corpo de Bombeiros Militar de Chapecó, de forma inédita no Estado de Santa Catarina.

3 | DESCRIÇÃO DA ESTRATÉGIA DO MONITORAMENTO DE SINAIS E SINTOMAS DA COVID-19

A Política Nacional de Saúde, apresentada ao país após a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 representou um significativo avanço aos anseios de universalização da saúde no país.

Conforme Bravo (2010, p. 205) alguns aspectos materializados na carta magna, como universalidade, descentralização, integralidade e participação popular foram conquistas resultantes do movimento sanitário articulado aos demais movimentos sociais

que se mobilizaram, desde meados dos anos 1970, em defesa do acesso a saúde como direito de todos e dever do Estado.

De la pra cá, o grande desafio posto foi apresentar aos brasileiros de forma inequívoca, o funcionamento universal da rede de saúde pública e, principalmente, sua eficácia.

Segundo Dias et al (2018, p. 107), as normativas estabelecidas pela Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS estão juridicamente consolidadas, ou seja, sob o escopo legal maduras, o que demonstra o avanço no desenvolvimento institucional do Estado brasileiro. Todavia, apenas o arcabouço legal não garante sua aplicabilidade, sendo necessárias ações voltadas a promoção de saúde em todo o território nacional com acompanhamento firme e constante da sociedade, pois é a ela que a PNPS deve proteger.

Diversos foram os momentos de qualificação e estruturação da rede pública de saúde nos governos, que se sucederam, após a Constituição de 1988. Em todos eles o tema saúde sempre orbitou com destaque na apresentação de propostas a população brasileira, mas com efeitos práticos pouco visíveis além do discurso. É verdade que o Brasil tem o reconhecimento internacional quando se fala no acesso universal ao Sistema de Saúde Pública, todavia, ainda há muito que se fazer para que, de fato, a população brasileira tenha acesso universalizado da rede de saúde em todas as regiões.

Importante destacar que ao se falar em rede universalizada, fazem parte deste conjunto aqueles que também tem a missão de assistir a população no atendimento de saúde. Os trabalhadores da saúde e aqueles que tem atividades de atendimento emergencial onde o risco a sua integridade está presente, devem ter do Estado a garantia da saúde e bem estar para o desenvolvimento de suas atividades laborais.

Quando falamos em riscos a saúde do trabalhador, certamente, umas das profissões que mais destaca neste quesito é a realizada pelos profissionais dos Corpos de Bombeiros Militares no Brasil. A condição de risco é inerente a profissão pois, o desafio diário nos atendimentos emergenciais demonstra bem as peculiaridades e as potenciais consequências a saúde dos trabalhadores desta atividade.

Importante questão é observada por Natividade (2009, p. 415), ao destacar os fatores que levam os bombeiros a escolherem a sua profissão, onde se destacam itens relacionados ao conteúdo da profissão como: “atender e ajudar as pessoas”, “gostar da vida militar” e “sempre quis ser bombeiro (sonho de criança)”. Mesmo com toda esta realização entre o sonho de criança e a vontade de ajudar ao próximo, a condição de risco a saúde destes trabalhadores é muito presente em decorrência dos atendimentos realizados.

Isto pode ser confirmado no estudo realizado por Pires; Vasconcelos e Bonfatti (2017, p. 581-584), com Bombeiros Militares do Rio de Janeiro, onde em um universo de pesquisa envolvendo 2.454 Bombeiros Militares trabalhadores, exclusivamente, da capital do Estado, foi registrado no ano de 2015, 1.818 afastamentos, que ocasionaram pelo menos 1 dia de afastamento de suas atividades laborais. Um dado que chama a atenção no trabalho é

o resultado decorrente do número total de dias de afastamento registrado, dividido pelo efetivo objeto do estudo, o que permitiria um afastamento médio das atividades laborais de 23 dias para cada Bombeiro Militar ao longo de 1 ano.

Entre as principais causas que oportunizaram mais de 50% dos afastamentos dos profissionais, por ordem decrescente de registros estão: Doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo; Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas; Transtornos mentais e comportamentais; Doenças do aparelho circulatório e doenças do aparelho digestivo.

Com relação a COVID-19, pelas características dos atendimentos prestados, o serviço de Atendimento Pré-Hospitalar – APH, é o que representa o maior risco potencial de contaminação aos Bombeiros Militares.

A pesquisa realizada por Maia e De Paula (2018, p. 59-66), realizada junto ao Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais, ratifica esta informação ao destacar que os Bombeiros Militares atuam em uma vasta gama dentro do contexto do Atendimento Pré-Hospitalar (APH), sendo que, em todos eles há algum risco de contaminação por intermédio do contato com fluidos corpóreos infectados.

As autoras ainda destacam os dados do anuário estatístico do Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais onde, em 2017, foram registrados 96.732 atendimentos de APH, nos quais os socorristas estiveram expostos a algum tipo de secreção corporal com potencial risco de contaminação.

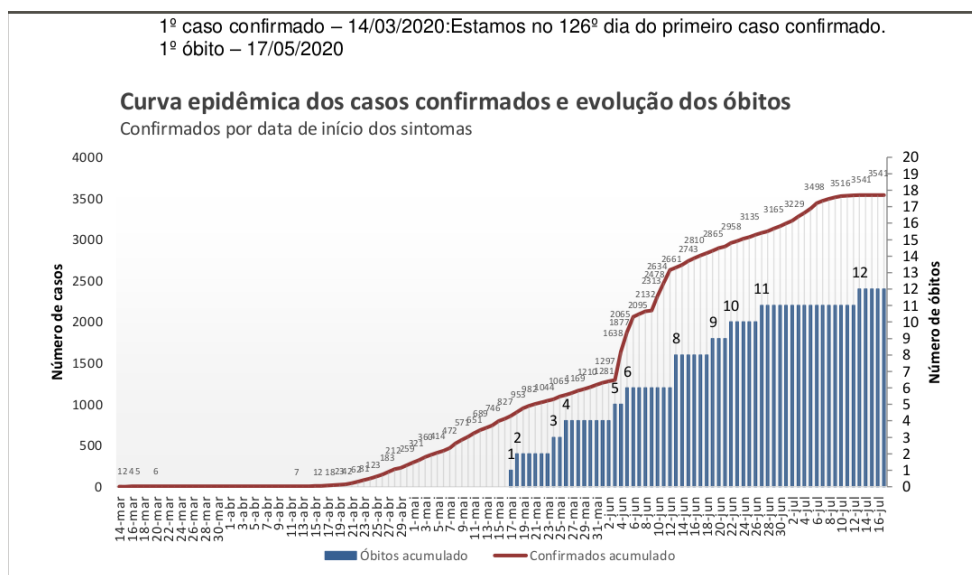
Assim, a proteção e os cuidados dos trabalhadores dos Corpos de Bombeiros Militares do país é condição essencial para a mitigação dos riscos de contaminação nos atendimentos operacionais realizados.

Em Santa Catarina, os primeiros casos diagnosticados da COVID-19, ocorrem no dia 12 de março, envolvendo pacientes que haviam retornado de viagens internacionais. No dia 17 de Março, o Governo do Estado de Santa Catarina publica o Decreto nº 509, estabelecendo medidas restritivas de contato social, funcionamento de estabelecimentos de ensino, transporte público, entre outros com o objetivo principal de achatar a curva de contaminação, com isso permitindo que a rede pública de saúde pudesse se estruturar para a recepção dos pacientes em graves se gerar o colapso de todo o sistema.

A cidade de Chapecó, com população estimada pelo IBGE (dados 2019) de 220.367 habitantes, registrou o 1º caso de COVID-19, no dia 14 março de 2020. Segundo dados da vigilância epidemiológica do município, até o início de maio os números de contaminados demonstravam uma ação positiva de achatamento da curva de contaminação. No início do mês de maio o número de casos confirmados era de 101 pessoas. Em 30 dias este quantitativo cresceu quase 10 vezes, sendo registrado no dia 31 de maio, 1001 casos de COVID-19, o que colocou o município como na 1ª colocação entre os 295 catarinenses em casos confirmados de contaminação.

Atualmente, o município, de acordo com o boletim apresentado pela vigilância

epidemiológica, possui 3.541 casos confirmados de COVID-19, com 2.976 pacientes recuperados. Abaixo podemos observar um gráfico que demonstra a evolução de contaminados e o número de mortos no município, desde o registro do 1º caso:



Fonte: Boletim epidemiológico do município de Chapecó/SC apresentado em 18.07.20.

Com relação ao Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina, no dia 17 de março, foi publicado pelo Comando-Geral da Corporação a Portaria 118-2020-COVID-19, cujo o objetivo foi estabelecer o regramentos, em caráter temporário, das ações sanitárias com vistas a mitigar os riscos de contaminação do efetivo, composto por: bombeiros militares, bombeiros comunitários, estagiários, servidores admitidos em caráter temporário (ACT), guarda-vidas civis e demais colaboradores da Corporação, que estivessem desempenhando funções nas áreas administrativas e operacionais.

Atenção especial foi dada aos integrantes considerados dos grupos de risco, os quais passaram a ser preventivamente afastados de suas funções para desempenho de trabalho remoto. O Art. 7º da Portaria 118-2020-COVID-19, assim definiu que deveria ser afastado:

Art. 7º Devem desempenhar, em domicílio, em regime excepcional de trabalho remoto, as funções determinadas pela chefia imediata, os seguintes bombeiros militares:

- I – que apresentam doenças respiratórias crônicas;
- II – que coabitam com idosos que apresentam doenças crônicas;
- III – gestantes;

IV – com 60 anos ou mais;

V – que viajaram ou coabitam com pessoas que estiveram em outros países nos últimos 7 (sete) dias;

VI – portadores de imunossupressão.

Em alinhamento ao preconizado e definido pela Secretaria de Estado da Saúde foi amplamente divulgado, junto as redes eletrônicas da Corporação, o fluxograma de orientações ao efetivo para definição das ações a partir do momento em que os sinais e sintomas da COVID-19 fossem percebidos de maneira individualizada como se observa abaixo:



Fonte: Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina.

Destaca-se que, desde o início da pandemia, com o consequente isolamento social regrado em Santa Catarina a partir de meados de março/2020, as ações de orientação e mitigação dos riscos relacionados a transmissão foram estabelecidos ao efetivo do Corpo de Bombeiros Militar, mas não havia nenhum instrumento de controle que oportunizasse o acompanhamento do efetivo através da mensuração de sinais e sintomas da COVID-19, para oportunizar a tomada de decisão referente ao afastamento preventivo e a consequente mitigação da transmissão viral.

Inserido na estrutura organizacional do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina, o 6º Batalhão de Bombeiros Militar, localizado na cidade de Chapecó, possui entre Bombeiros Militares, colaboradores civis e estagiários, 128 trabalhadores.

Acompanhar, diariamente, a evolução dos sinais e sintomas da COVID-19 nos profissionais em serviços operacionais, realizados em escalas de prontidão e os que desempenhavam os serviços administrativos foi o desafio proposto para ser desenvolvido, de maneira inédita junto a corporação, em uma plataforma digital de acesso remoto com uma definição de parâmetros que pudessem viabilizar a tomada de decisão, por parte do comando local, com relação aos afastamentos preventivos se assim fossem necessários.

Neste sentido foi desenvolvido, com base nas informações coletadas pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina e orientações do Comando do Corpo de Bombeiros Militar, um formulário de preenchimento individualizado na plataforma no “google forms”, com base nas principais informações preconizadas com relação a sinais e sintomas da COVID-19, estabelecendo parâmetros de análise, para a tomada de decisão, assim definidos:

- 1- Presença de tosse (sim ou não);
- 2- Presença de coriza (sim ou não);
- 3- Dor de garganta (sim ou não);
- 4- Dificuldade de respirar (sim ou não);
- 5- Sente gosto/cheiro (sim ou não);
- 6- Dor nas costas (sim ou não);
- 7- Temperatura (aferida na hora do preenchimento)
- 8- Saturação O2 (aferido na hora do preenchimento)

A dinâmica de coleta de informações e aferição de temperatura e saturação de O2, foi estabelecida para todos os bombeiros militares, colaboradores civis e estagiários que chegassem para iniciar suas atividades laborais, sendo a autorização para a inserção dos dados coletados realizadas por algumas pessoas, previamente definidas, de forma a ratificar, presencialmente, as informações inseridas, em especial, as relacionadas a temperatura e saturação de O2, de forma a não gerar a inserção e/ou adulteração dos dados necessários para a avaliação e tomada de decisão junto ao comando local.

Todas as equipes operacionais, em escala de plantão, passaram a ter a coleta de informações realizadas a cada 3 dias (de acordo com suas escalas de 24h de serviço por 48h de folga) e as equipes administrativas coleta diária, nos dias úteis, de acordo com os seus turnos de trabalho.

Importante destacar que os mesmos parâmetros de controle de sinais e sintomas da COVID-19 foram utilizados na a avaliação dos prestadores de serviço esporádicos, para autorizar sua na experiência entrada nas edificações pois haveria o potencial risco de contato direto com algum dos profissionais da atividade operacional e/ou administrativa.

Os parâmetros de análise de dados definido no formulário, de forma automatizada,

e que evidenciariam o afastamento temporário do efetivo, foi definido em cores, onde assim se estabeleceu:

- Para cada resposta “sim” dos itens 1, 2, 3, 4 e 6, a cor do parâmetro inserido no dia ficaria na cor “vermelha”. Se as respostas fossem “não”, a cor do parâmetro ficaria “verde”.
- Para cada resposta “não” no item 5, a cor do parâmetro inserido no dia ficaria na cor “vermelha”. Se as respostas fosse “sim”, a cor do parâmetro ficaria “verde”.
- Para temperatura superior a 37,5° C, a cor do cor do parâmetro inserido no dia ficaria na cor “vermelha”. Para temperaturas abaixo de 37,5° C, a cor do parâmetro ficaria “verde”.
- Para resultados de saturação: Acima de 95%, a cor do parâmetro ficaria “verde”. Igual a 95% a cor do parâmetro ficaria “amarela”. Abaixo de 95%, a cor do parâmetro ficaria “vermelha”.

Com base nos dados estabelecidos, se 3 parâmetros diários ficassem na cor vermelha, necessariamente, o profissional seria afastado temporariamente, por 7 dias, e no 8º dia seria realizado um teste rápido de detecção da COVID-19.

Caso não fosse detectado alteração o profissional retornaria as suas atividades laborais. Se detectado, o mesmo permaneceria em isolamento por 14 dias sendo monitorado e, após este período o mesmo retornaria as funções laborais. Conforme descreve ISER, et al (2020, p. 7), o desenvolvimento de uma resposta sorológica à infecção viral é dependente do hospedeiro e leva tempo. No caso da SARS-CoV-2, estudos iniciais sugerem que a maioria dos casos soroconverte entre 7 e 11 dias após a exposição ao vírus. Assim a definição de 14 dias seria um período adequado ao retorno das atividades laborais do paciente com confirmação da contaminação viral.

O acesso aos dados do formulário para preenchimento era possível através de qualquer dispositivo móvel, sendo a confirmação dos dados inseridos autorizada por algumas pessoas previamente definidas, como já citado, e que tinham a responsabilidade de realizar a avaliação de todo o grupo no início de cada turno administrativo ou escala operacional, como se observa na sequencia abaixo:

Fonte: 6º Batalhão de Bombeiros Militar de Chapecó

4 | ANÁLISE DOS DADOS DO MONITORAMENTO DE SINAIS E SINTOMAS DA COVID-19 APLICADO NO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE CHAPECÓ

O controle dos sinais e sintomas da COVID-19, aplicado aos 128 trabalhadores entre Bombeiros Militares, colaboradores civis e estagiários, teve início no dia 29 de Abril.

Até o dia 18 de Julho, foram efetivados 4122 inserções nos formulários de monitoramento de sinais e sintomas da COVID-19, conforme turno/escala de prontidão de cada trabalhador.

A avaliação dos dados inseridos e resultados de acordo com parâmetros de análise estabelecidos pelo Ministério da Saúde, estavam disponíveis em uma planilha geral que oportunizava uma fácil visualização das cores para a tomada de decisão inerente aos afastamentos temporários dos profissionais, se assim fosse necessário, como se observa abaixo:

Carimbo de data/hora	MÊS	DIA	SATURAÇÃO O2 (%)	TEMPERATURA	TOSSA	CORIZA	DOR DE GARGANTA	DIFICULDADE PARA RESPIRAR	SENTE GOSTO/CHEIRO	DOR NAS COSTAS	RESPONSÁVEL PELA INSERÇÃO DOS DADOS	Qual o setor que você trabalha?
30/04/2020 08:33:23	Abril	30	99	36,6	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Simone Biondo	OPERACIONAL
30/04/2020 08:36:12	Abril	30	98	36,5	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Simone Biondo	OPERACIONAL
30/04/2020 08:38:15	Abril	30	98	36,3	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Simone Biondo	OPERACIONAL
30/04/2020 09:01:10	Abril	30	97	36,5	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Simone Biondo	OPERACIONAL
30/04/2020 09:02:24	Abril	30	98	36,6	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Simone Biondo	ADMINISTRATIVO
30/04/2020 09:09:44	Abril	30	97	36,7	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Simone Biondo	ADMINISTRATIVO
30/04/2020 09:11:59	Abril	30	97	36,5	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Simone Biondo	OPERACIONAL
30/04/2020 09:51:38	Abril	30	96	36,7	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Valter Luciano HUNING	ADMINISTRATIVO
30/04/2020 10:18:27	Abril	30	97	36,7	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Simone Biondo	ADMINISTRATIVO
30/04/2020 10:39:49	Abril	30	98	36,9	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Simone Biondo	OPERACIONAL
30/04/2020 13:13:50	Abril	30	97	36,6	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Valter Luciano HUNING	ADMINISTRATIVO
30/04/2020 13:13:51	Abril	30	98	36,3	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Valter Luciano HUNING	ADMINISTRATIVO
30/04/2020 13:14:44	Abril	30	97	36,5	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Valter Luciano HUNING	ADMINISTRATIVO
30/04/2020 13:17:15	Abril	30	96	36,3	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Valter Luciano HUNING	ADMINISTRATIVO
30/04/2020 13:18:38	Abril	30	95	36,5	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Valter Luciano HUNING	ADMINISTRATIVO
30/04/2020 13:32:44	Abril	30	98	36,7	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Valter Luciano HUNING	OPERACIONAL
30/04/2020 13:40:50	Abril	30	96	36,5	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Valter Luciano HUNING	ADMINISTRATIVO
30/04/2020 13:46:12	Abril	30	96	36,5	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Valter Luciano HUNING	ADMINISTRATIVO
30/04/2020 13:53:27	Abril	30	97	36,4	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Valter Luciano HUNING	ADMINISTRATIVO
30/04/2020 13:56:40	Abril	30	95	36,8	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Valter Luciano HUNING	ADMINISTRATIVO
30/04/2020 15:04:48	Abril	30	96	36,7	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Valter Luciano HUNING	Aeroporto/COBOM
30/04/2020 15:06:50	Abril	30	97	36,8	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Valter Luciano HUNING	Aeroporto/COBOM
30/04/2020 15:12:03	Abril	30	96	36,5	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Valter Luciano HUNING	Aeroporto/COBOM
30/04/2020 15:14:58	Abril	30	97	36,5	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Valter Luciano HUNING	Aeroporto/COBOM
30/04/2020 15:17:50	Abril	30	96	36,5	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Valter Luciano HUNING	Aeroporto/COBOM
30/04/2020 15:20:58	Abril	30	97	36,6	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Valter Luciano HUNING	Aeroporto/COBOM
30/04/2020 15:26:58	Abril	30	97	36,6	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Valter Luciano HUNING	Aeroporto/COBOM
30/04/2020 15:31:56	Abril	30	96	36,7	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Valter Luciano HUNING	ADMINISTRATIVO
30/04/2020 15:32:50	Abril	30	96	36,9	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Valter Luciano HUNING	OPERACIONAL
30/04/2020 15:35:41	Abril	30	97	36,5	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Valter Luciano HUNING	ADMINISTRATIVO
30/04/2020 19:53:33	Abril	30	96	36	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não	Valdir CARVALHO	Aeroporto/COBOM

Fonte: Setor de pessoal do 6º Batalhão de Bombeiros Militar de Chapecó

Desde o início do controle de sinais e sintomas da COVID-19, dos 128 colaboradores entre Bombeiros Militares, civis e estagiários foi registrado no período de 29 de abril até o dia 18 Jul (81 dias), o afastamento de apenas 1 Bombeiro Militar, decorrente de contato familiar com um paciente positivo para a COVID-19, sem nenhuma relação com sua atividade laboral, o que representou 0,78% do efetivo monitorado.

Importante destacar que, no período destacado (29 Abr a 18 Jul), a cidade de Chapecó (conforme dados do boletim epidemiológico) apresentou um crescimento significativo no número de casos confirmados de COVID-19, passando 212 casos confirmados para 3.618 (um crescimento de mais de 1700%). O município ainda manteve a 1ª posição em número de casos confirmados de COVID-19 em Santa Catarina até o dia 07 de Julho, quando foi superada em números gerais pelo município de Joinville, maior cidade catarinense em número de habitantes.

Os números apresentados no Corpo de Bombeiros Militar de Chapecó demonstram que o efetivo controle de sinais e sintomas da COVID-19 dos trabalhadores, aliados as ações de segurança, amplamente, divulgadas de assepsia e proteção, contribuíram na manutenção de todas as atividades laborais da Corporação, sem nenhum registro de transmissão decorrente do contato direto entre os trabalhadores, ou por contato decorrente nos atendimentos administrativos ou operacionais.

A aplicação de uma ferramenta remota de controle de sinais e sintomas da COVID-19, através do preenchimento de um formulário individualizado, no início do turno de trabalho e/ou plantão operacional, se mostrou adequada para mitigar os riscos de uma exposição dos trabalhadores a potenciais pacientes sintomáticos.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso da tecnologia, de forma simples e de acesso facilitado tem-se mostrado como mais uma ferramenta de pronto emprego no enfrentamento a contaminação da COVID-19. Através do mapeamento e acompanhamento de trabalhadores, como no caso descrito junto ao Corpo de Bombeiros Militar de Chapecó, foi possível integrar todos os colaboradores em uma única plataforma de acesso remoto, ofertando uma tomada rápida de decisão pelos gestores e, principalmente, a mitigação da transmissão viral, caso constatado sinais e sintomas sintomáticos da COVID-19, para o afastamento, conforme “modus operandi” definido pelo Ministério da Saúde nos casos de suspeita de contaminação pelo COVID-19.

Mesmo com uma atividade de alto risco de contaminação, como a exercida pelos Bombeiros Militares e os demais colaboradores civis que, diariamente, circulavam no mesmo espaço físico, a aplicação do sistema remoto de controle e monitoramento de sinais e sintomas da COVID-19, se mostrou adequado e ampliou a sensação de segurança coletiva para o trabalho conjunto.

Outro fator a destacar, diz respeito a manutenção de um extenso banco de dados

que se observa, através da inserção diária e/ou turno de serviços dos colaboradores no Corpo de Bombeiros Militar de Chapecó. Com ele é possível acompanhar se sinais e sintomas são situações específicas e isoladas, ou se o conjunto observado vem sendo modificado com o registro de mais fatores dentro dos parâmetros de risco definidos. Tudo de forma simples e de fácil visualização por quem acompanha os dados gerais planilhados.

O cuidado com os trabalhadores envolvidos nos grupos de maior risco de contaminação pela COVID-19, durante este extenso e persistente processo de evolução da doença no território brasileiro, representa a manutenção da muralha protetora da sociedade. Cabe as Corporações o provimento de ações que ofereçam mais segurança e, principalmente, sejam capazes de mitigar os riscos de contágio, através da percepção simplificada do conjunto de sinais e sintomas da COVID-19.

A dinâmica de controle remoto apresentada pelo Corpo de Bombeiros Militar de Chapecó, mesmo em um município catarinense com elevados registros de contaminação, no período, se mostrou eficiente e com resultados que ampliaram a segurança coletiva de seus trabalhadores mesmo em uma atividade de risco envolvendo potencial contaminação nos atendimentos emergenciais.

REFERÊNCIAS

BRAVO, Maria Inês Souza. A saúde no Brasil e em Portugal na atualidade: o desafio de concretizar direitos. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 102, p. 205-221, junho de 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000200002&ln=en&nrm=iso> Acesso realizado em: 15 Jul 2020.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE SANTA CATARINA. Comando Geral. Portaria nº 118-2020-COVID19, publicada em 17 Mar 2020.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE SANTA CATARINA/ 6º Batalhão de Bombeiros Militar. Formulário sede Chapecó – Monitoramento de Sinais e Sintomas COVID-19. Disponível em: <<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSee4lesPFSDUPlud5bqyp86bPRT9zS7r6pSYrPY1TZxwi3G4A/viewform>>. Acesso realizado em 15 Jul 2020.

DIAS, Maria Socorro de Araújo et al. Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. *Revista Ciência saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 103-114, jan. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000100103&lng=pt&nrm=iso>. Acesso Realizado em 10 Jul 2020.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de Pesquisa**: (Organizadoras). Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. 120 p. ISBN 978-85-386-0071-8.

GIL, Antônio Carlos, 1946 – **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª Ed – São Paulo: Atlas, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/chapeco/panorama>>. Acesso realizado em: 12 Jul 2020.

ISER, Betine Pinto Moehlecke et al. Definição de caso suspeito da COVID-19: uma revisão narrativa dos sinais e sintomas mais frequentes entre os casos confirmados. **Revista Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 29, n. 3, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000300401&lng=en&nrm=iso>. Acesso realizado em: 18 Jul 2020.

MAIA, Brunno Leonardo de Castro, DE PAULA, Pablo Peron. Estudo sobre o uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) pelos socorristas da Unidade de Resgate (UR) da sede do sétimo Batalhão de Bombeiros Militar e sua relação com os riscos de contaminação biológica. **Revista Multidisciplinar das Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros**, ano 16, n. 30, p. 59-66, 2o semestre de 2018.

NATIVIDADE, Michelle Regina da Vidas em risco: uma identidade profissional dos bombeiros militares. *Revista Psicol. Soc.*, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 411-420, dezembro de 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822009000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso realizado em: 10 de Jul 2020.

Painel de acompanhamento mundial da COVID-19. Centro de Ciência e Engenharia de Sistemas - Universidade John Hoppinks – Baltimore – Maryland – EUA. Disponível em: <<https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>> Acesso realizado em: 16 Jul 2020.

PIRES, Luiz Antonio de Almeida, VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de, BONFATTI, Renato José. Bombeiros militares do Rio de Janeiro: uma análise dos impactos das suas atividades de trabalho sobre sua saúde. **Revista Saúde Debate**. Rio de Janeiro. v. 41, n. 113, p. 577-590, Abr-Jun 2017.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CHAPECÓ. Boletim Epidemiológico. Disponível em: <<https://www.chapeco.sc.gov.br/documentos/54/documentoCategoria>>. Acesso realizado em 18 Jul 2020.

SANTA CATARINA – Secretaria de Estado da Saúde. Decretos publicados sobre a COVID-19. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/coronavirus/decretos.html>>. Acesso realizado em: 15 Jul 2020.

POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL: DISCUTINDO OS DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS

Data de aceite: 01/03/2021

Data de submissão: 04/12/2020

Danila de Jesus

Universidade Federal da Bahia (UFBA)
Valença, BA
<http://lattes.cnpq.br/1245830715152583>

Laila Martins de Oliveira

Universidade Federal da Bahia (UFBA)
Salvador, BA
<http://lattes.cnpq.br/6745506952843545>

RESUMO: O presente artigo aborda os retrocessos em curso na Política de Saúde Mental no Brasil. Buscamos elucidar como mudanças na legislação dessa política retomam o modelo de institucionalização manicomial e o fortalecimento das Comunidades Terapêuticas, ameaçando os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e os direitos conquistados a partir dela.

PALAVRAS-CHAVE: Política de Saúde Mental; Retrocessos; Reforma Psiquiátrica

MENTAL HEALTH POLICY IN BRAZIL: DISCUSSING CONTEMPORARY CHALLENGES

ABSTRACT: The present article aims to address the prevailing retrogressions happening in the Mental Health Policy in Brazil. We seek to elucidate how those changes that are happening in the legislation of said policy tend to strengthen Therapeutic Communities and resume the

institutionalization of asylums and, threatening the rights and principles conquered through the Brazilian Psychiatric Reform.

KEYWORDS: Mental Health Policy; Setback; Psychiatric Reform.

1 | INTRODUÇÃO

A política de saúde mental avançou de forma expressiva nos últimos 30 anos: saímos de um modelo de atendimento manicomial, com perfil excludente, expropriante de liberdade e de direitos – com histórico de crueldade –, para um modelo de atendimento humanizado, pautado em serviços abertos, comunitário e promotor de cidadania, que reconhece a pessoa com transtorno mental como sujeito de direitos. Entretanto, todo o avanço do movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), que teve seu principal marco com a criação da Lei nº 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica), que redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental e outras normativas, tem dado lugar ao retrocesso.

O movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil teve início no final dos anos 70, reuniu trabalhadores e usuários que passaram a denunciar os abusos e violações cometidas nos hospitais psiquiátricos. Esse movimento é fruto de um amplo processo de reflexão crítica do modelo de tratamento, do saber teórico-científico e das práticas invasivas instituídas

para pessoas em sofrimento psíquico, a partir dos princípios dos Direitos Humanos, na noção de cidadania e dignidade para esses indivíduos. Nesse sentido, o movimento de RPB representado pela organização de movimentos sociais, profissionais de saúde, familiares e usuários, reivindicava um novo modelo na forma de intervenção psiquiátrica, com uma assistência em saúde mental que substituísse os “manicômios e hospícios” e promovesse um tratamento capaz de ampliar a vivência comunitária e familiar do indivíduo. Além disso, buscava-se também a ampliação e contribuição de outros conhecimentos específicos para a promoção e recuperação em saúde mental – era necessário que o saber científico não fosse exclusivamente centrado no médico, mas que outros profissionais também atuassem nesse cuidado.

Podemos dizer que uma das importantes pautas de luta do movimento de RPB foi a criação de um tratamento que compreendesse o indivíduo além do rótulo estigmatizante de “doente mental” e que o percebesse enquanto uma pessoa em sofrimento mental, levando em consideração seus aspectos sociais, biológicos e psíquicos. Nessa perspectiva,

A Reforma Psiquiátrica no Brasil deve ser entendida como um processo político e social complexo, tendo em vista, ser o mesmo uma combinação 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, 2005).

Os esforços da luta antimanicomial e da RPB foram materializados com a Lei nº 10. 216/01 que dispõe sobre a proteção da pessoa com transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental. Destaca-se que a aprovação desta legislação se soma a conquistas sociais anteriores, tal como a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Lei 8.080/90, e a criação de espaços vitais para o exercício do controle social do SUS, através dos Conselhos e das Conferências de Saúde, regulamentados pela Lei Orgânica da Saúde - 8.142/90. É oportuno dizer que as Reformas Psiquiátrica e Sanitária Brasileiras ocorrem de forma interligada e são consubstanciadas pelos mesmos princípios da universalidade e da integralidade no atendimento aos usuários, cujos serviços são organizados de forma comunitária e territorial.

Reiterando; com a aprovação da Lei 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, formalizou-se uma nova concepção de tratamento e uma ruptura com o modelo anterior, passando a ganhar alicerces sólidos, veiculados e bem fundamentados no sentido de substituir gradativamente os hospitais psiquiátricos, priorizando as instituições com caráter terapêutico psicossocial. A partir disso, a lei suscitou as bases estruturantes para a constituição do que hoje representa uma rede integralizada de atenção à saúde mental. Essa rede foi inicialmente regulamentada pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, que passou a integrar os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Centros de

Atenção Psicossocial (CAPS), e outros tipos de serviços substitutivos que foram surgindo no país à rede do Sistema Único de Saúde, o SUS. (BRASIL, 2004).

É importante não perdermos de vista que os avanços estão longe de seguir uma sequência linear, isto é, na construção e afirmação da Reforma Psiquiátrica há constantes resistências e desafios (há, pois não é um processo acabado, mas em curso ainda) que comprometem princípios que limitam sua materialização.

A propósito dessas afirmações, apenas 17 anos depois da Portaria nº 336/GM, que ocorre uma ampliação na concepção de um atendimento integralizado em saúde mental, com a criação da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS implementada pela Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. A estrutura do trabalho na Política de Saúde Mental e na RAPS baseia-se na interdisciplinaridade e multidisciplinaridade, envolvendo diferentes áreas do conhecimento e profissionais específicos, com o objetivo de ofertar um cuidado integral, humanizado e qualificado de acordo com a necessidade do usuário. Esses serviços são de base territorial e comunitária, que visam fortalecer o vínculo do indivíduo com a comunidade e a possibilidade de sua inserção no meio social, em substituição ao modelo hospitalocêntrico e manicomial. Neste sentido os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dentre os dispositivos de atenção em saúde mental, ocupam um lugar estratégico no processo da Reforma Psiquiátrica.

A Portaria nº 3.088/2011 institui sete componentes que formam a RAPS: atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. Esses componentes devem atuar territorialmente e de forma articulada, o que propicia um modelo de saúde mental interdisciplinar e integral, defendido pela RAPS.

Nessa direção, a partir do processo de Reforma Psiquiátrica, o contexto sócio-histórico e político que emergiu a Saúde Mental no Brasil vêm ganhando novos rumos, contudo este não é um processo efetivamente consolidado; precisa-se de constante reafirmação do modelo de saúde mental que é amplamente pautado por este movimento, isso porque o contexto social, político e econômico sempre interferem nos rumos que o Estado emprega a essa política.

Ainda que ao longo dos últimos trinta anos tenham sido criados diversos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos (os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as residências terapêuticas, os hospitais-dias, o serviço de trabalho protegido, centros de convivência e cultura, dentre outros), o Estado brasileiro tem realizado ações que vem causando um desmonte na política de saúde mental. Esse quadro pode ser visto a partir da Resolução nº 32/2017, aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do SUS, que regulamenta a chamada nova Política de Saúde Mental. As principais mudanças previstas nesta resolução trazem como retrocesso a centralidade nos Hospitais Psiquiátricos (manicômios), a ampliação do financiamento e legitimação das Comunidades Terapêuticas.

Segundo Prudêncio e Senna (2018, p.86) as mudanças aprovadas pela Resolução nº 32/2017 “parecem contraditórias, com forte tendência ao reforço do cuidado asilar, através da ampliação dos pontos de atenção que tratam diretamente de conteúdos como especialização da atenção e hospitais psiquiátricos”. A partir disso, buscamos elucidar alguns pontos extremamente problemáticos desta resolução e de outras normativas, que de fato representam um retrocesso para a Política de Saúde Mental.

2 | OS CAMINHOS DOS RETROCESSOS

Desde 2016, ano em que a presidenta eleita Dilma Rousseff sofreu deposição, forte tendência ao retrocesso já se apresentava para a Política de Saúde Mental. Podemos citar, nesse mesmo ano, a nomeação do médico psiquiatra Valencius Wurch para a Coordenação Nacional de Saúde Mental, o qual nos anos 1990 foi diretor da Clínica Dr. Eiras, situada em Paracambi (RJ), um dos maiores hospícios do Brasil. Como aponta Prudêncio e Senna (2018, p.85) “essa nomeação gerou uma onda de protestos por parte de amplos setores dos movimentos em defesa da Reforma Psiquiátrica Brasileira, haja vista a associação da trajetória desse profissional a práticas e interesses asilares, manicomial e isolacionistas”.

É inegável que vivemos um cenário de contrarreformas e desmonte de políticas sociais, marcado pelas perdas de direitos sociais em determinantes variados, entre eles a saúde, inclusive a Saúde Mental, matéria abordada neste estudo.

Com a ascensão do governo de Michel Temer, medidas regressivas foram sendo sistematicamente tomadas, o que ameaçou os avanços alcançados com a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Essas mudanças alteram a lógica da política de saúde mental na forma de financiamento, na expansão dos hospitais psiquiátricos e na ampla defesa das comunidades terapêuticas, em detrimento da ampliação dos serviços substitutivos. Neste processo, chamamos atenção para a Portaria GM/MS n.º 3588/2017 e a Resolução CIT n.º 32/2017, que alteraram sensivelmente as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), indo na contramão dos princípios que nortearam a luta antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Contudo, essas medidas vêm sendo tomadas paulatinamente, o que agrava o quadro de retrocessos.

No ano de 2018, ocorreram significativas mudanças nas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas (Resolução CONAD nº 1/2018); segundo o Conselho Federal de Psicologia, à aprovação da resolução foi feita “[...] com limitação do debate, obscurantismo e distorções da Política de Redução de Danos e da própria Política Nacional sobre Drogas”. Esta Resolução tem como eixo “[...] a defesa do modelo de abstinência e das comunidades terapêuticas, em detrimento da Política de Redução de Danos e dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps AD), e deixa evidente a articulação dessa medida com as alterações da Política de Saúde Mental”. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018).

Já em fevereiro de 2019, foi divulgada a Nota Técnica nº 11/2019 da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGMAD/DAPES/SAS/MS). O documento é lançado como um apanhado de esclarecimentos, que justificam as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas; a nota ratifica os retrocessos expostos nas portarias e decretos que já vinham sendo implementados no país desde 2017. Entre os principais itens, o documento destaca: o financiamento para compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia, incentivo às comunidades terapêuticas, aumento de leitos psiquiátricos e a possibilidade de internação de crianças e adolescentes.

Conforme posicionamento da Abrasme em 18 de maio de 2019¹, a “Nota Técnica nº 11/2019” é considerada a mais grave tentativa de subverter conquistas históricas da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A “nota” reflete a prioridade de espaços restritivos, historicamente desconectados do funcionamento em rede, os quais são reificados pelas portarias publicadas desde dezembro de 2017.

Nesse sentido, é importante demarcar que essas mudanças vêm sendo efetivadas, mas não sem enfrentamentos, pois desde que se avizinhava esses desmontes na política, muitas entidades e organização posicionaram-se de maneira adversa. Em 2017, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) publicaram notas de repúdio acerca da aprovação da Portaria nº 3.588/2017. As entidades expõem o caráter regressivo desta Portaria, que pretende retomar a cultura da hospitalização, através do aumento do valor da diária de internação paga aos hospitais psiquiátricos, além de ampliar de 15% para 20% o número de leitos psiquiátricos nessas unidades.

Nessa mesma corrente, muitas categorias profissionais, através de suas entidades, têm se estabelecido contra estas medidas do governo, que vêm diretamente ferindo os avanços conquistados com o Movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira. Nesse sentido, além da Abrasme e Abrasco, têm se posicionado os Conselhos Federais de Serviço Social (CFESS), Fonoaudiologia, Psicologia, Enfermagem, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e o Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH).

2.1 A materialidade dos retrocessos na política de saúde mental

Conforme o Ministério da Saúde, a Política Nacional de Saúde Mental compreende as estratégias e diretrizes adotadas pelo país com o objetivo de organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em Saúde Mental. Essa política, em consonância com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), busca promover uma maior integração social, fortalecer a autonomia, o

¹ Posicionamento crítico da ABRASME: 18 de maio de 2019. Disponível em: https://www.abrasme.org.br/informativo/view?TIPO=&ID_INFORMATIVO=412

protagonismo e a participação social do indivíduo que apresenta transtorno mental. Os usuários dessa política recebem atendimento, no âmbito do SUS, através da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

O estabelecimento da RAPS está associado à conformação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), criadas pela Portaria nº 4.279/2010, que passam a ser implementadas para exercer uma maior eficácia e eficiência na gestão dos sistemas organizacionais de saúde, buscando a integralidade do cuidado. No Sistema Único de Saúde, as RAS, são conceituadas, como “[...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).

Desse modo, fazendo referência às reflexões de Mendes (2011), Prudêncio e Senna afirmam que: “a implantação das RAS parte do reconhecimento de que a ação em rede no âmbito da saúde aumenta a possibilidade de cuidado e acesso aos serviços, melhora a qualidade da atenção, reduz custos e diminui a fragmentação das ações e, sobretudo, avança em termos de acesso a uma intervenção integral e no território” (2018, p.83). Nessa perspectiva, a RAPS, além de representar os esforços em torno da Reforma Psiquiátrica Brasileira, soma-se a esta concepção de rede na saúde.

A organização da RAPS, a disposição dos seus componentes e serviços, bem como os princípios e diretrizes que regem sua concepção, expressam os avanços alcançados com a luta pela Reforma Sanitária, que é a própria materialização de um modelo de atendimento em saúde mental amplamente defendido por essa luta.

A partir daí, antes mesmo de tocar nos pontos específicos das mudanças sofridas na Política de Saúde Mental, chamamos atenção para a RAPS, pois ela reúne todos os elementos que dão forma à Política de Saúde Mental, preconizada na Lei 10.2016/2001; e os retrocessos que têm ocorrido na Política que se fazem por dentro da RAPS, a partir do que já se tem instituído, não há, por parte do governo, um banimento ou extinção da Rede, mas a descaracterização através da retomada de ações conservadoras, que achávamos que já tinham sido superadas ou que pelo menos estávamos no caminho de sua superação.

Nessa direção, embora o governo assuma que a construção de uma rede de assistência segura, eficaz e humanizada às pessoas com transtornos mentais seja um processo contínuo, ele passa a imprimir mudanças extremamente regressivas no atendimento em saúde mental, sob o discurso de tornar a política mais acessível, eficaz, resolutiva e humanizada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Contudo, as mudanças operadas “não se tratam de uma “Nova” Reforma Psiquiátrica, mas de uma contrarreforma Psiquiátrica, ou seja, um retrocesso, uma vez que a principal instituição que garante a perpetuação do modelo manicomial é recolocada na rede de atenção, a saber, o hospital psiquiátrico ou a “comunidade terapêutica” (ABRASCO, 2019).

A portaria 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que altera a Portaria 3.088/2011, responsável por instituir a Rede de Atenção Psicossocial, traz como mudança preocupante

a centralidade para as internações, através da integração dos hospitais psiquiátricos à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Conforme Leonardo Pinho, presidente do Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH) e vice-presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme)²:

“É importante destacar que a Reforma Psiquiátrica nunca se colocou contrária às internações. Era um dispositivo a ser usado em um momento muito específico do projeto terapêutico. O que a gente precisa é que a Raps e os seus dispositivos sejam melhor financiados e ampliados, para se recorrer cada vez menos aos leitos.”

Com essa nova investida do governo nos hospitais psiquiátricos, a lógica de financiamento da política de saúde mental é alterada, principalmente no que tange à manutenção dos serviços substitutivos. Com a instituição da Lei Federal nº 10.216/2001, há uma reformulação no financiamento da saúde mental; os recursos antes destinados apenas aos hospitais e clínicas psiquiátricas passam a ser destinados também aos serviços substitutivos (Centros de Atenção Psicossocial, Residências Terapêuticas, Consultórios na Rua etc.).³

Essa promoção dos hospitais psiquiátricos se traduz numa ameaça aos serviços e tratamentos da RAPS, que são pensados de forma territorializada, próximos dos usuários e de suas famílias, sem que haja a privação de liberdade e do convívio social. Conforme avalia Leonardo Pinho, a partir do momento em que o governo aumenta em 60% os valores das diárias pagas aos hospitais que realizam internamentos por mais de 90 dias⁴, há um estímulo propício para que as pessoas com transtornos mentais permaneçam confinadas por mais tempo. Nesse caso, Pinho pondera que “volta àquela visão de que as pessoas podem ser retiradas do convívio social e serem colocados em lugares de internação, já que começa a se receber mais verbas por isso”.

Também em oposição a essa retomada por parte do governo, o Conselho Federal de Serviço Social pontua: “Propor ampliar os serviços hospitalares psiquiátricos é retornar a um passado sombrio, a um passado que lutamos para superar. Não devemos e não queremos produzir novamente desassistência e morte. Pelo contrário, queremos ampliar a cidadania e a autonomia dos usuários/as da política de saúde mental”. (CFESS, 2017).

Assim, problematiza-se também a Resolução nº 32/2017, aprovada pela Comissão

2 Fala proferida sobre as principais implicações da nova política de saúde mental que se desenha no país durante um seminário realizado no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA), em 22 de fevereiro de 2019.

3 A partir de 2001, quando um leito psiquiátrico era fechado, ou seja, quando um/a usuário/a de longa permanência recebia alta do hospital, para morar com sua família ou na residência terapêutica, os recursos gastos com a manutenção daquela vaga passavam diretamente para a rubrica dos serviços substitutivos. Com o avanço da reforma psiquiátrica, foram fechados mais de 13 mil leitos psiquiátricos e parte desses recursos foi destinada para os serviços substitutivos. Contudo, o repasse não ocorreu na sua totalidade para os serviços substitutivos pelos sucessivos governos, o que acarretou a precarização dos serviços. (CFESS, 2017).

4 A portaria nº 2.434, de 15 de agosto de 2018, altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos. (BRASIL, 2018).

Intergestores Tripartite (CIT) do SUS – instância de pactuação de gestores das três esferas do governo em torno da política nacional de saúde. Transmutada na ideia de que as mudanças visam ampliar e fortalecer a RAPS, essa resolução apresenta objetivos contraditórios, como sinaliza Prudêncio e Senna (2018, p.85, grifos nossos):

Assim, enquanto o **artigo 5º veda “[...] qualquer ampliação** da capacidade já **instalada de leitos psiquiátricos em hospitais especializados**, conforme registro do CNES nesta data, reafirmando o modelo assistencial de base comunitária [...]” (BRASIL, 2017, não paginado), o **artigo 9º da mesma Resolução determina a ampliação da “[...] oferta de leitos hospitalares** qualificados para a atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas” (BRASIL, 2017, não paginado). Portanto, ao passo que veda a ampliação dos serviços de base hospitalares e asilares, a Resolução abre caminhos para a ampliação, expansão, financiamento e qualificação especializada dos leitos hospitalares, indo, assim, em direção contrária à Lei Federal nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001) e à Portaria GM/MS nº 3.088/2011 (BRASIL, 2011).

Além disso, está presente nesta resolução um retorno e reforço dos ambulatórios multiprofissionais de saúde mental/unidades ambulatoriais especializadas. Essa alteração também requer avaliação, pois traz prejuízos para a lógica de atendimento da RAPS, que preconiza, além do atendimento nos serviços substitutivos (como CAPS), uma integração com as outras redes do SUS. Conforme posicionamento do CFESS em avaliação a essa alteração:

A proposta do governo é criar um serviço intermediário entre o Caps e atenção básica. Contudo, com a ampliação dos serviços substitutivos, especialmente os Caps, os antigos ambulatórios de saúde mental foram sistematicamente desmontados, para que o atendimento aos transtornos psiquiátricos leves fosse incorporado na atenção básica, principalmente no Programa de Saúde da Família e Nasf, que estão localizados mais próximos dos/as usuários/as. Já os casos de transtornos graves são de responsabilidade dos Caps, que se constituem no coordenador da rede de saúde mental. Cabe ao Caps realizar o matriciamento e orientar as clínicas da família, ofertando suporte técnico para que elas executem o acompanhamento dos/as usuários/as. (CFESS, 2017)

Nesse sentido, há uma desestruturação na organização dos serviços de saúde mental com o retorno e reforço da lógica ambulatorial, “pois demonstra a intenção do governo de retornar a um modelo assistencial, que proporcionou a segregação e a desassistência de usuários/as” (CFESS, 2017).

Outro aspecto de grande retrocesso na resolução 32/2017 diz respeito à inclusão das comunidades terapêuticas como serviços de saúde. A resolução traz, no seu artigo 11, “fortalecer a parceria e o apoio intersetorial entre Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, Ministério do Desenvolvimento Social e Ministério do Trabalho em relação às Comunidades Terapêuticas” (BRASIL, 2017). Segundo Prudêncio e Senna (2018, p.87), as Comunidades Terapêuticas (CTs) têm seu surgimento e expansão no Brasil “associados à ineficiência

estatal para lidar com a questão, representando um *braço* para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, em especial diante do fenômeno do crack”. Estas instituições possuem o histórico de denúncias, críticas e medidas judiciais por violarem os Direitos Humanos, devido ao perfil de tratamento empregado (maus-tratos, abuso religioso dentre outras), práticas contrárias àquelas propostas pela Política de Redução de Danos e pelo atendimento e abordagem dos CAPS AD. (PRUDENCIO; SENNA, 2018)

Ainda conforme Trindade (2017, p. 84), os tratamentos designados por essas instituições, além de possuírem um viés religioso e moralista, muito se assemelham ao caráter isolador e segregador de hospitais psiquiátricos, visto que essas Comunidades se localizam em cidades pequenas, sobretudo em áreas isoladas na zona rural, limitando a permanência e a interação destes indivíduos com o seio comunitário.

Diante de tantos aspectos regressivos, reiteramos que a Reforma Psiquiátrica é um processo que necessita ser construído paulatinamente e mantido com vigilância. As resoluções aqui mencionadas deveriam constituir o progresso da Reforma psiquiátrica, reforçar a defesa de um cuidado baseado na inclusão social, no fortalecimento de vínculos com a comunidade, família e trabalho, incentivando o exercício da cidadania, autonomia e o reconhecimento da sua capacidade de sujeito político e de direito. Contudo, as medidas implementadas pelo governo caminham no sentido oposto.

3 | CONCLUSÃO

Os limites para a consolidação e manutenção de uma Rede de Atenção Psicossocial são reais e surgem a partir de uma lógica macro, no sentido da própria forma de estruturação da dinâmica capitalista, trazendo como consequências uma série de desmontes das políticas e dos direitos sociais conquistados. Essas transformações também se reverberam nos serviços públicos, em especial no setor da saúde mental.

Nessa esteira, cumpre destacar o avanço e consolidação do ideário neoliberal que tem implicado a precarização dos serviços públicos e o corte de investimentos sociais, no sentido de enfraquecer as políticas públicas e sociais, sustentados por uma lógica assistencialista e de mercantilização da saúde, especialmente através dos planos privados e da desassistência do Estado na garantia dos direitos sociais. Os desmontes podem ser vistos no déficit do quadro profissional, na fragilidade dos vínculos empregatícios, na ausência de educação permanente, na falta de concursos públicos, no déficit de recursos físicos, humanos e financeiros, que se constituem enquanto obstáculos objetivos para o desenvolvimento dos processos de trabalhos na Política.

É notória a fragilidade da Rede de Atenção Psicossocial, que embora implementada, ainda permanece com muitas lacunas. É fato que a continuidade e a ampliação da Política de Saúde Mental carecem de esforços múltiplos e coletivos em prol de uma política que amplie os direitos dos usuários, sua autonomia e liberdade.

Nesse sentido, mudanças efetivas só podem ser refletidas, debatidas e implementadas a partir da ampla participação da sociedade civil, com usuários, familiares e trabalhadores que vivenciam dramáticos empecilhos no que tange à efetivação da integralidade e universalidade dos atendimentos em saúde, e que acessam (ou tentam acessar) a Política de Saúde Mental no Brasil.

A partir de tantas medidas que se configuram como um retrocesso à Política de Saúde Mental faz-se necessário refletir e problematizar como a ascensão de um governo conservador de extrema-direita tem repercutido no campo das políticas sociais, ferindo direitos conquistados, além da própria democracia, tornando o cenário social, econômico e político do país cada vez mais desafiador.

Dessa forma, o Serviço Social enquanto categoria profissional, engajada com o Projeto Ético Político e com os princípios e valores expostos no Código de Ética profissional, tem endereçado sua ação profissional e luta política a fim de preservar e ampliar os direitos sociais conquistados e fortalecer a política de redução de danos, defendendo um atendimento nas esferas bio-psíquico-social e, além disso, colocando-se na luta pela defesa intransigente dos direitos humanos, isto é; evidenciando a emancipação, liberdade e dignidade da população usuária que acessa esses serviços, além da postura profissional que se coloca contra a exploração/discriminação, privação de liberdade, violação da dignidade desses indivíduos, como também no combate a limites institucionais que visam tão somente o lucro. Este é o caminho profissional urgente e necessário para fazer frente a tanto conservadorismo e retrocessos.

Para tanto, apreciar esta pauta, alicerçados pelo processo histórico e a atual conjuntura, é umas das formas de ampliar as lutas em favor da cidadania e da democracia, colocando em evidência o reconhecimento dos usuários da política de saúde mental como sujeitos de direitos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Assunto: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.** Brasília (DF), 2019. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 05 de maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília (DF), 2011. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 20 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 3.588, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.** Brasília (DF), 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acessado em: 05 de maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.434, DE 15 DE AGOSTO DE 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos.** Brasília (DF), 2018. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2434_20_08_2018.html. Acessado em: 05 de maio 2019.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Brasília (DF), 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 20 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução CIT/SUS nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).** Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 22 dez. 2017. Seção 1, p. 239. Disponível em: http://www.lex.com.br/legis_27593248_resolucao_n_32_de_14_de_dezembro_de_2017.aspx. Acesso em: 05 de maio 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). **Os retrocessos da Política de Drogas no Brasil. Nota Sistema Conselhos de Psicologia sobre recentes ações do Conad.** Brasília (DF), 2018 a. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/os-retrocessos-da-politica-de-drogas-no-brasil/>. Acessado em: 05 maio de 2019.

PRUDÊNCIO, Juliana Desiderio Lobo; SENNA, Mônica de Castro Maia. **Retrocessos na atenção a usuários de álcool e outras drogas/Setbacks in Care for users of alcohol and other drugs.** Argumentum, v. 10, n. 3, p. 79-93, 2018.

TRINDADE, Rosa Lúcia Prêdes et al. **Saúde Mental e Sociedade: reflexões a partir do Serviço Social.** Maceió: EDUFAL: Imprensa Oficial Graciliano Ramos, 2017.

Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Disponível em: <http://portalmms.saude.gov.br/politica-nacional-de-saude-mental-alcool-e-outras-drogas>. Acessado em: 05 de maio 2019.

Sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/saude-da-populacao/sobre-as-mudancas-na-politica-nacional-de-saude-mental-e-nas-diretrizes-da-politica-nacional-sobre-drogas/39619/>. Acessado em: 05 maio 2019.

Mudanças na Política Nacional de Saúde Mental: mais uma ameaça do governo ilegítimo - CFESS divulga nota pública sobre a questão. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1439>. Acessado em: 20 abr. 2019.

“É um retrocesso de 30 anos na saúde mental”, critica presidente do Conselho Nacional de Direitos Humanos. Disponível em: <http://www.edgardigital.ufba.br/?p=11701&fbclid=IwAR2bgKNb9OYFndUrdFFcsMMcd6LYzTh6FnhLjRA4f5NvngvNFpteHQL98>. Acessado em: 05 maio 2019.

CFESS Manifesta reafirma a defesa de uma política de saúde mental que garanta direitos para os/as usuários/as. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1573>. Acessado em 30 maio 2019.

SERVIÇO SOCIAL E A SUA INSERÇÃO NA SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Data de aceite: 01/03/2021

Maria Guadalupe de Araújo Veloso Lima Freitas

Universidade Federal do Piauí (UFPI)
Teresina-PI/Brasil
<http://lattes.cnpq.br/1921790449571278>

Raimunda Maria Vieira do Nascimento

Faculdade Evangélica do Piauí (FAEPI)
<http://lattes.cnpq.br/9624799946911705>

RESUMO: Este artigo objetiva identificar a atuação do Serviço Social na área da saúde mental no contexto brasileiro. Para tanto, a metodologia utilizada foi uma pesquisa bibliográfica, com base teórica em livros, artigos e revistas, na qual foram utilizadas publicações de teóricos do Serviço Social. Os resultados do estudo apontam que a pessoa com deficiência mental, durante muito tempo teve um tratamento desumano; hoje o atendimento dessa população tem sido mais humanizado, em razão da movimentação de muitos profissionais, entre eles, o Assistente Social, que deve estar em sintonia com as necessidades dos usuários, de forma a proporcionar autonomia e emancipação dos indivíduos sociais na democracia e na luta pela efetivação dos direitos.

PALAVRAS-CHAVE: Serviço Social. Política de Saúde. Saúde Mental.

SOCIAL WORK AND ITS INSERTION IN MENTAL HEALTH IN BRAZIL

ABSTRACT: This article aims to identify the role of Social Work in the area of mental health in the Brazilian context. For that, the methodology used was a bibliographic research, with theoretical basis in books, articles and magazines, in which publications of Social Service theorists were used. The results of the study indicate that the person with mental disability, for a long time had an inhuman treatment; today the care of this population has been more humanized, due to the movement of many professionals, among them, the Social Worker, who must be in tune with the needs of users, in order to provide autonomy and emancipation of social individuals in democracy and society. struggle for the realization of rights.

KEYWORDS: Social Service. Health Policy. Mental health.

1 | INTRODUÇÃO

Pode-se inferir a loucura como uma questão social, já que é encarada de diferentes formas, tanto por grupos sociais como no decorrer da história. Na Grécia Antiga, a loucura era considerada uma manifestação divina. Os loucos eram vistos como profetas, circulavam, nessa época, livremente pela cidade. Já na Era Medieval, o louco era visto como uma associação demoníaca, um ser maligno. Se o louco fizesse a confissão de que era bruxo, poderia ser exorcizado ou punido. Ele era submetido à ordem religiosa. Caso o louco fosse

rico, poderia comprar a Santa inquisição e ser considerado apenas “excêntrico”. A loucura era encarada como uma heresia, e os loucos eram heréticos.

Salienta-se que a imagem que a sociedade faz das pessoas com transtornos mentais vem desde essa época. Hoje, na sociedade capitalista, os “loucos” são vistos como improdutivos, pois não podem vender sua força de trabalho, o que é próprio desse sistema, muito embora muitos adoçam mentalmente por causa dele (capitalismo).

Assim, o presente trabalho tem como questão central a inserção do Serviço Social no campo da saúde mental, tratando de forma mais abrangente acerca do trabalho do Assistente Social nessa área, frente às mazelas provocadas pela sociedade capitalista. Para tanto, a metodologia adotada foi uma pesquisa exploratória com uma abordagem qualitativa, na qual o procedimento metodológico utilizado foi o estudo bibliográfico e documental, com base em publicações de teóricos do Serviço Social.

Desta feita, o trabalho está dividido em duas partes. A primeira aborda os aspectos históricos do Serviço Social no Brasil, evidenciando o seu percurso metodológico para a atuação em favor da classe trabalhadora; e a segunda, o Serviço Social na área da Saúde Mental, objetiva fazer uma reflexão sobre a necessidade de a profissão atuar nessa área, considerando que o tratamento das pessoas com transtorno mental, desde a Antiguidade, era considerado como uma ameaça social e um problema moral, excluindo essas pessoas da sociedade. Nesse sentido, o Serviço Social se faz necessário, considerando que é uma profissão que busca garantir direitos para suprimir tal exclusão.

Como resultado do estudo, observou-se que as pessoas com transtorno mental, nas sociedades, ao longo da história, eram consideradas loucas e colocadas em asilos e hospícios, com tratamentos desumanos, que foram sendo modificados com a reforma psiquiátrica no Brasil, que implantou a Política de Saúde Mental, também no tratamento terapêutico e psicossocial, em que o trabalho Social atua com instrumento para diagnosticar a realidade da conjuntura vivenciada pela pessoa com deficiência, baseado no compromisso ético e político junto à equipe multidisciplinar, no sentido de reinserir a demanda na sociedade, tendo como desafio a falta de interdisciplinaridade entre os profissionais, ou seja, a intervenção do Assistente Social no campo da saúde não deve ter o papel de subsidiariedade aos outros profissionais da saúde, no caso médicos psiquiatras, psicólogos, entre outros, mas estar em sintonia com as necessidades dos usuários, de forma a proporcionar autonomia e emancipação dos indivíduos sociais na democracia e na luta pela efetivação dos direitos.

2 | A HISTÓRIA DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL

O Serviço Social é uma das profissões que lida com o campo Social. Surgiu, na década de 1930, no processo de consolidação do sistema capitalista, na fase monopolista, marcada pelo afloramento da questão social, objeto de intervenção do Serviço Social.

Essa profissão foi criada pela própria burguesia e sob influência europeia, com suas raízes orientadas pela Igreja Católica e seu conservadorismo. Desta forma, o Serviço Social “é uma profissão que se particulariza na divisão social e técnica do trabalho pelo seu trato com a questão social, expressão da desigualdade do modo de acumulação capitalista (MATOS, 2013, p.56).

É importante ressaltar que o Brasil era um país que, até pouco tempo, sua mão de obra era escrava. No seu processo de industrialização e urbanização, necessitou de mão de obra especializada, fato que o fez “importar mão de obra especializada dos trabalhadores europeus, em especial da Itália” (CARDOSO, 2013, p. 111). Esses trabalhadores possuíam uma organização de classe adquirida da experiência do processo de industrialização e urbanização da Europa, que imprimiu aos brasileiros a organizar-se enquanto classe e a lutar por seus direitos que, até então, eram vistos como “caso de polícia” pelo Estado. A partir daí, as demandas da classe trabalhadora passam a ser reconhecidas como “questão social” e, portanto, como necessidade de política pública.

O Serviço Social no Brasil surge como profissão no início do processo de industrialização do país que, movido pelas profundas alterações sociais através do processo de transição do modelo agrário-comercial para o modelo industrial, atua frente à “questão social” que é apresentada diante de todos, e, segundo Yamamoto (2011, p. 18) “o debate sobre a ‘questão social’ atravessa toda a sociedade e obriga o Estado, as frações dominantes e a Igreja a se posicionarem diante dela”.

A primeira Escola de Serviço Social no Brasil foi fundada pela Igreja Católica, através do Centro de Estudos e Ação Social (CEAS), sob a coordenação de Maria Kiehl e Maria Albertina Ramos. Cabe salientar que, nesse período, a questão social, objeto de intervenção do Serviço Social, era conceituada “a partir do pensamento social da Igreja Católica” (YAZBEK, 2009, p. 131), interpretada como uma questão moral, o que significa dizer que os problemas enfrentados pelas pessoas eram analisados como responsabilidade delas próprias e não como resultado das relações sociais emergidas com a nova estrutura de sociedade (YAZBEK, 2009).

A relação entre a profissão e o ideário católico, no início do surgimento do Serviço Social brasileiro, seu *modus operandi* é orientado por uma abordagem de ideias conservadoras por “posicionamentos de cunho humanista conservador contrários aos ideários liberal e marxista na busca de recuperação da hegemonia do pensamento social da Igreja em face da “questão social” (YAZBEK, 2009, p. 131).

Até a década de 1940, a atuação do Serviço Social era influenciada pela visão conservadora da Igreja, que caracterizava a questão social enquanto problema moral do indivíduo. Somente a partir desse período foi que o exercício profissional do Assistente Social passou “a ser tecnicado ao entrar em contato com o Serviço Social norte-americano e suas propostas de trabalho permeadas pelo caráter conservador da teoria positivista” (YAZBEK, 2009, p. 146).

A influência do Serviço Social norte-americano imprimiu ao Serviço Social brasileiro, um projeto profissional que (YAZBEK, 2009, p. 147) “lamamoto denomina de arranjo teórico doutrinário, caracterizado pela junção do discurso humanista cristão com o suporte técnico-científico de inspiração na teoria social positivista, reitera para a profissão o caminho do pensamento conservador”. Esse projeto da profissão é denominado de Serviço Social Tradicional.

É nesse contexto histórico, compreendido entre 1940 e 1950, que o Serviço Social vai se estabelecendo, tendo sua regulamentação profissional orientada por discurso com práticas metodológicas e teorias próprias para cada processo interventivo (MATOS, 2013).

Nos anos 60, novas configurações, que caracterizam a expansão do capitalismo mundial, impõem à América Latina um estilo de desenvolvimento excludente e subordinado. A profissão assume as inquietações e insatisfações deste momento histórico e direciona seus questionamentos ao Serviço Social tradicional, através de um amplo movimento, de um processo de revisão global, em diferentes níveis: teórico, metodológico, operativo e político.

O Movimento de Reconceituação teve uma significativa relevância para o Serviço Social porque ansiava por uma renovação da prática profissional, que representou uma verdadeira revolução dos agentes sociais por uma nova forma de atuação. Segundo Netto (2011), o processo de renovação do Serviço Social se deu em três direções: a perspectiva modernizadora, a perspectiva de reatualização do conservadorismo e a perspectiva de intenção de ruptura, sendo que cada uma dessas direções representa um momento pela qual passou a discussão das matrizes – conservadora e crítica – na construção da ação profissional do Assistente Social.

No pós-64, mais precisamente na década de 70, no Brasil inicia-se um processo de democracia, com a abertura política durante o Governo Geisel. Nesse período, o Serviço Social, num processo de renovação crítica de sua atuação, aproxima-se da teoria marxista, rompendo com os fundamentos teóricos do Serviço Social Tradicional, passando a se posicionar por um projeto de profissão, Projeto Ético-Político, com “valores voltados para transformação da sociedade, sendo a liberdade o valor ético central do nosso projeto” (TEIXEIRA; BRAZ, 2009, p. 189-190). A partir dessa data, surgem diferentes posicionamentos sobre o dever ser da profissão.

Neste lapso de tempo, através de encontros e discussões da categoria, são aprovados vários documentos, tais como: os Códigos de Ética Profissional de 1986 e de 1993 e a Lei de Regulamentação da Profissão de 1993, sendo esses uns dos principais instrumentos metodológicos que dão bases à prática e formação profissional do Serviço social.

3 I O SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL

Antes do movimento de renovação do Serviço Social e da reforma sanitária que instituiu a Política Nacional de Saúde no Brasil, os profissionais de Serviço Social atuavam sob uma perspectiva de controle Social, com o intuito de desenvolver atividades correlacionadas às doenças transmissíveis. Assim, a profissão, na saúde, foi impressa por uma visão estreita e como um apoio complementar à atividade do médico, desenvolvendo uma ação ligada à caridade, busca da recuperação e integração do indivíduo à vida útil (IAMAMOTO, 2011).

Nessa época, na área da saúde, a profissão do Serviço Social no Brasil se caracterizou com o nome de paramédico, ou seja, tinha uma ação complementar, direcionada por uma ação vertical, em que o médico designava ao Assistente Social tarefas que não cabiam a ele exercer, devido ao não conhecimento da Saúde que, *a priori*, estava se estruturando (IAMAMOTO; CARVALHO, 2013).

Neste caminho, a inserção do Serviço Social nos serviços de saúde se deu por meio de uma construção do exercício profissional a partir do modelo Médico, no qual o Assistente Social passa a ser identificado, em conjunto com as outras profissões, no contexto da cooperação vertical, como aquele que podia contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho médico. A relação era pautada numa perspectiva de complementaridade, em que o gestor era o médico (MATOS, 2013).

A partir de 1945, o Serviço Social se expande no país e a ação profissional na área da saúde também se amplia. É a partir desse momento que o setor saúde transforma-se numa das áreas que mais absorvem profissionais do Serviço Social; além disso, é a partir dessa década, como já afirmado anteriormente, que a profissão substitui a influência europeia pela norte-americana, alteração que trouxe como ponto principal na ação profissional a substituição do julgamento moral por uma análise de cunho psicológico da população-cliente.

A política de saúde foi dividida em dois campos de ação: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O primeiro objetivava criar condições sanitárias mínimas para a população, e o segundo surgiu a partir da criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), como estratégia do poder público para antecipar as reivindicações, lutas e greves dos trabalhadores (BISNETO, 2007).

Assim, Bravo e Matos (2004) asseveram que:

O fato que motivou a ampliação do espaço profissional para o Assistente Social na área da saúde teve seu marco no novo conceito de saúde elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, no qual os enfoques dos aspectos biopsicossociais determinam a requisição de outros profissionais no setor da saúde, entre eles o Assistente Social. Esse novo conceito buscou, já nessa época, a abordagem de conteúdos preventivistas e educativos, criando programas prioritários com segmentos da população

em função da inviabilidade ainda de universalizar a atenção médica Social (BRAVO; MATOS, 2004 apud MOTA *et al.*, 2009, p. 199).

Com base, ainda, nesse novo conceito, os Assistentes Sociais passaram a enfatizar, na prática cotidiana, as ações educativas com intervenção normativa no modo de vida da chamada “clientela”. Essa intervenção estava relacionada principalmente aos hábitos de higiene e saúde da população. A partir de 1950, o Brasil passou a sofrer influências da “medicina integral”, a “medicina preventiva”, influência oriunda dos Estados Unidos. Essa proposta, identificada como proposta racionalizada na saúde, teve uma série de desdobramentos a partir da década de 1960. Entre esses rebatimentos, o surgimento da medicina comunitária (BRAVO, 2001).

Contudo, ao mesmo tempo em que havia uma discussão interna da profissão, em busca de crescimento, fundamentação e consolidação teórica, houve um movimento, na área da saúde, que passava por uma crise, com aumento das desigualdades no atendimento à população, fazendo com que alguns estudantes, pesquisadores, profissionais da área, instituições acadêmicas e sociedades científicas se juntassem e passassem a questionar o Sistema de Proteção Social garantido pelo Estado (NETTO, 1999). Esse contexto beneficiava apenas uma pequena parcela da população, havendo reivindicação por uma reestruturação do sistema de serviços públicos de saúde no Brasil, que fosse de forma democrática e universal.

Essa luta ficou conhecida como Movimento pela Reforma Sanitária ou Movimento Sanitário, tomando uma direção mediante três aspectos: a universalização da saúde; a ampliação de seu conceito e a reforma de seu Sistema Nacional (BRAVO, 2001, p. 95). Nessa perspectiva, ainda de acordo com essa autora, a saúde assumiu uma dimensão política, deixando de ser interesse apenas de técnicos; agora estava diretamente vinculada à democracia, ou seja, com a participação da sociedade civil nas discussões sobre as condições de vida da população brasileira. As principais propostas debatidas por esses sujeitos foram:

[...] a universalização do acesso a saúde; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da Estratégia do Sistema Único de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (BRAVO, 2001, p. 96).

Podemos dizer, então, que essas reivindicações serviram como pressupostos para várias instituições dedicarem seus estudos e pesquisas no campo da Saúde Pública, bem como subsidiaram um fato marcante– a 8ª Conferência de Saúde–, que resultou na implantação do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e os governos

estaduais; porém, o mais importante foi ter formado as bases para a seção “Da Saúde”, da Constituição brasileira de 5 de outubro de 1988 (BRASIL, 1988).

Desta feita, salientamos que esses dois movimentos (Reconceituação do Serviço Social e Reforma Sanitária) trouxeram avanços para a atuação na área da saúde. Vale ressaltar que até os anos 60, os Assistentes Sociais tinham uma linha de trabalho voltada para o Serviço Social de Casos, ou Serviço Social Médico. Tal orientação era passada pela Associação Americana de Hospitais e pela Associação Americana de Assistentes Médico-Sociais (BISNETO, 2007). Nos anos pós-1964, o Serviço Social sofreu algumas transformações, que tiveram rebatimento direto no trabalho do Assistente Social na área da saúde. No debate interno da profissão, questionava-se a forma conservadora com que eram realizadas as ações na área da saúde.

Contudo, a atuação do Serviço Social na área de Saúde Mental se deu a partir da década de 1970, mais precisamente no ano de 1978, como assinala Vasconcelos (2002), com o Movimento da Reforma Psiquiátrica, movimento que revela uma significativa importância da profissão nessa área, pois considerando o momento de renovação em que ela se encontrava, apresentava como discussão a busca pela garantia de direitos das pessoas com transtornos mentais, em substituição a antigos modelos manicomial por instituições inovadoras, que possibilitem um atendimento humanizado e que esteja voltado para a efetivação de direitos das pessoas com transtornos mentais.

Já a década de 1990, com a conjuntura ideológica do projeto neoliberal em implantação no país, trouxe consideráveis rebatimentos para o Serviço Social na área da saúde, que passava a apresentar dois projetos políticos em disputa: o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária; ambos apresentaram requisições diferentes para o Serviço Social.

Conforme Bravo (2004), o projeto privatista requisitou e continua requisitando ao Assistente Social ações que seguem na contramão da proposta da Reforma Sanitária, ou seja, os profissionais voltaram a atuar realizando aconselhamento psicossocial, fiscalização de usuários, Assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de abordagens individuais. Os Assistentes Sociais se veem em meio a uma formação voltada para a equidade, justiça social e democracia, tendo que atuar em uma área anteriormente marcada pela luta por equidade e universalidade no acesso, e agora transpassada por projetos diferentes, antagônicos e que disputam espaço dentro da política de saúde brasileira.

Assim, nos anos 90 o Serviço Social assumiu algumas posturas diferenciadas dentro do cotidiano das unidades de saúde. Apesar das inúmeras publicações e discussões promovidas dentro dos espaços acadêmicos, a interlocução com o espaço prático de atuação profissional demonstrava pouca aproximação, o que favoreceu para que o desenvolvimento das atividades e ações profissionais, em muitas unidades de saúde, assumissem um caráter empírico, promovendo certa desqualificação da ação profissional e, em muitos casos, a dificuldade de identificação do papel profissional a ser desenvolvido

pelo Assistente Social no espaço multidisciplinar da saúde (IAMAMOTO, 2009).

Essa crise profissional passou a ser reavaliada ao longo dos anos 90, o que proporcionou, aos dias atuais, novas posturas de trabalho por parte dos Assistentes Sociais em diversas unidades de saúde. Os Assistentes Sociais voltaram a buscar qualificação profissional, através dos cursos de especialização, extensão e supervisão. Nesse cenário, Bravo (2004) ressalta que a implantação e o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) no país vêm requerendo a atuação do Assistente Social no processo de reorganização dos serviços, nas ações interdisciplinares e intersetoriais, no controle social, nas demandas que expressam a abrangência do conceito de saúde vigente, especialmente nos municípios, onde se concretizam as ações e serviços de saúde, buscando fortalecer a perspectiva da universalização do acesso a bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais.

Visando atender às necessidades e demandas desse Sistema, a profissão vem produzindo conhecimento e alternativas para enfrentar as dificuldades vivenciadas no cotidiano, provocando o alargamento da prática profissional que, associado à produção de conhecimentos e à qualificação profissional, tem ampliado a inserção do Assistente Social na área da saúde mental e, ao mesmo tempo, vem legitimando o seu trabalho, ampliando as possibilidades de acesso e de inclusão social.

Assim, o Assistente Social, na área da saúde mental, consegue se destacar em relação aos demais profissionais de saúde, por ter conhecimento teórico e técnico dos fatores condicionantes e determinantes da saúde da população. Dito de outra forma, ele é o profissional que tem em sua formação conhecimento sobre as demandas políticas e sociais que precisam estar atreladas à política de saúde para dar conta de fatores como trabalho, renda, alimentação, moradia, educação, saneamento básico, assistência e total acesso a bens e serviços essenciais à população que sofre as diversas expressões da questão social.

Para conhecimento das novas formas de produção e reprodução da questão social é necessário que o Assistente Social tenha como suporte a contribuição científica e o uso de tecnologias em saúde, que se apresentem como caminho para desenvolver o hábito da práxis, a leitura e a constatação empírico-teórica da realidade dos usuários que frequentam diariamente as unidades de saúde pública em nosso país, bem como da própria sociedade. A política de Saúde Mental, no Brasil, foi se consolidando a partir da aprovação da Lei nº 10.216, de abril de 2001, que foi resultado das mobilizações organizadas pelo movimento de reforma psiquiátrica no país.

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra (BRASIL, 2001, p.2).

Neste sentido, o Serviço Social passa a ter uma importância na luta pela efetivação dos direitos sociais, haja vista que o profissional está sempre em contato permanente com o usuário. Dessa forma, o reconhecimento do Serviço Social como profissão da área da saúde vem se construindo através da inserção nas políticas e programas de saúde desde o seu surgimento, visto que essa relação é constitutiva na construção da identidade da profissão no país e fortalecida na defesa do SUS como política social pública que apresenta princípios semelhantes aos preconizados pelo Serviço Social (IAMAMOTO, 2007).

Deste modo, o Serviço Social tem grandes desafios ao longo da sua gênese e atuação na área da saúde mental, uma vez que em seu campo de atuação se manifesta na intervenção das demandas da questão social que permeiam a vida da pessoa com transtorno mental e sua família, nas diversas formas de violação dos direitos. A atuação pauta-se no compromisso com os usuários, que demandam da prática profissional que atende às necessidades deles para viabilizar acesso aos direitos e à cidadania.

4 | CONCLUSÃO

Com base na pesquisa, percebeu-se que o Serviço Social é uma profissão em que a atuação dos seus profissionais requer análise dentro de um contexto histórico, político e econômico.

Nesse caminho, observa-se que a história do Serviço Social como profissão passou por diversas alterações, com uma atuação acrítica ligada a valores humanísticos e de conservação da ordem social vigente que explorava cada vez mais a classe trabalhadora, até chegar a um posicionamento crítico de sua intervenção junto ao público e buscar novos fundamentos teóricos que orientassem o fazer profissional.

Infere-se que o posicionamento da profissão em defesa dos direitos da classe trabalhadora emergiu com o movimento de renovação da profissão, não foi construído de forma linear, portanto, hoje na profissão existe uma pluralidade de atuação no Serviço Social.

Observa-se, ainda, que ao longo do tempo e, mais precisamente, no período pós-64, a profissão foi adquirindo uma maturidade que a fez construir um projeto profissional denominado de Projeto Ético-Político, voltado aos interesses da classe trabalhadora, porém, por existir uma pluralidade na profissão, precisa estar em constante reafirmação.

No tocante à saúde, aponta-se dois movimentos importantes para o avanço nesse campo. Um foi o Movimento pela Reforma Sanitária, que através de um conjunto de ideias buscou a melhoria das condições de vida da população na área da saúde; e o segundo, a Reforma Psiquiátrica, que trouxe mudanças na regulação e nas formas de atendimento à pessoa com transtorno mental.

Salienta-se que com a Reforma Psiquiátrica brasileira, houve uma mudança, na Política de Saúde Mental, em que se destaca como uma das grandes conquistas a

implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Com os CAPS, os tratamentos foram mais humanizados nos hospitais psiquiátricos, reduzindo ou mesmo acabando com os tratamentos convencionais que eram praticados há décadas, bem como trabalhando a ressocialização da pessoa com transtorno mental.

Dessa forma, ressalta-se a importância da implementação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na Rede de Atenção à Saúde Mental como dispositivo que se articula com outras redes sociais para incluir as pessoas com transtorno mental na sociedade, contemplando as necessidades dos mesmos, uma vez que as complexidades da saúde mental precisam ser tratadas e superadas.

Percebeu-se, no estudo, que o Serviço Social, enquanto profissão, pode produzir conhecimentos e alternativas para enfrentar as dificuldades vivenciadas no cotidiano, provocando o alargamento do trabalho profissional que, associado à produção de conhecimento e à constante qualificação, tem ampliado a inserção do profissional na área da saúde, em especial, na saúde mental.

Assim, compreende-se que o Serviço Social na saúde mental, a partir da instituição do Centro de Atenção Psicossocial, é relevante, por se tratar de uma profissão capacitada para articular políticas públicas em favor dos usuários e das famílias; garantir a eles a inserção social; buscar conhecer a realidade objetiva do grupo a ser atendido e, assim, dar respostas às demandas apresentadas pelos os usuários com transtorno mental.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas emendas constitucionais nos 1/1992 a 105/2019, pelo Decreto legislativo nº 186/2008 e pelas emendas constitucionais de revisão nos 1 a 6/1994. 55. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2019. (Série legislação; e-book).

BRASIL. **Lei nº 10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Presidência da República, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: 16 maio 2020.

BISNETO, J. A. **Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. São Paulo: Cortez, 2007.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e reforma sanitária**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2001.

BRAVO, M. I. S. **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2004.

CARDOSO, P. F. G. **Ética e projetos sociais: os diferentes caminhos do serviço social no Brasil**. Campinas, SP: Papel Social, 2013.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 25. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

IAMAMOTO, M. V. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

IAMAMOTO, M. V. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social**. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 25. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: Esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 38. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

MATOS, A. M. C. O debate do Serviço Social na saúde nos anos 90. *In: Revista Serviço Social e Sociedade*, n.74, São Paulo: Cortez, 2013.

MOTA, A. E. S. da; BRAVO, Maria Inês Souza; UCHÔA, Roberta; NOGUEIRA, Vera; MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni; GOMES, Luciano; TEIXEIRA, Marlene. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2009.

NETTO, J. P. **A construção do projeto ético político do Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1999.

NETTO, J. P. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço social no Brasil pós-64**. 16 ed. São Paulo: Cortez, 2011

TEIXEIRA, J. B.; BRAZ, M. O projeto ético-político do Serviço Social. *In: Serviço Social: direitos e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 189-190.

VASCONCELOS, E. M. **Saúde mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

YAZBEK, M. C. O significado sócio-histórico da profissão. *In: Serviço Social: direitos e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 131

CIDADANIA E SAÚDE MENTAL: POTENCIALIZANDO A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Data de aceite: 01/03/2021

Paulo Vitor Moreira da Silva

Universidade Federal de Juiz de Fora – MG

Patrícia da Silva Coutinho

Universidade Federal de Juiz de Fora, Assistente Social no CAPS III Casa Viva Juiz de Fora – MG

Ednéia Alves de Oliveira

Universidad Complutense de Madrid. Professora do Programa de Pós Graduação em Serviço Social e da Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Mercado de Trabalho e Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da UFJF

RESUMO: O presente estudo consiste em uma análise da atuação do assistente social na saúde mental, compreendendo como instrumento potencializador a promoção de discussões e debates sobre a cidadania e as políticas públicas. Para tanto, busca-se viabilizar nesta reflexão recortes da realidade do cotidiano de atuação profissional do assistente social, que a partir de oficinas temáticas e proposição de espaços de debates críticos, trabalha para que seja possível estimular a (re)construção da autonomia e do protagonismo das pessoas em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial Casa Viva em Juiz de Fora/MG.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental; Cidadania; Serviço Social; Residência Multiprofissional em Área da Saúde.

ABSTRACT: The present study consists of an analysis of the social worker's role in mental health, including as a powerful tool the promotion of discussions and debates about citizenship and public policies. In order to do so, it seeks to make feasible in this reflection the reality of the daily routine of the social worker, who, based on thematic workshops and proposing spaces for critical debates, can be used to stimulate the (re) construction of autonomy and the protagonism of people in treatment at the Casa Viva Psychosocial Care Center in Juiz de Fora / MG.

KEYWORDS: Mental Health; Citizenship; Social Service; Multiprofessional Residency in Health Care.

1 | INTRODUÇÃO

O objetivo desse artigo é construir um relato de experiência sobre a intervenção do Serviço Social no campo da Saúde Mental, tendo como referência os pressupostos e valores da Reforma Psiquiátrica brasileira. Buscamos também refletir sobre o potencial de uma práxis orientada à objetivação de processos de ampliação de consciência, protagonismo e autonomia dos sujeitos usuários de um CAPS III, elementos indissociáveis ao exercício da cidadania.

Este estudo tem fundamentação na teoria social crítica, em autores da tradição marxista e do campo do Serviço Social.

Identificamos com este estudo que o trabalho com grupos no dispositivo CAPS III

pode potencializar a apreensão da dimensão coletiva dos problemas e necessidades que atravessam os sujeitos e que de forma aparente se apresentam como questões individuais, viabilizando assim a possibilidade de organização, mobilização social e o exercício da cidadania.

De acordo com Machado (2009), o campo da Saúde Mental é marcado por um dilema que articula, de forma complexa, as conquistas no campo social e no campo psicossocial, com o desenvolvimento de processos de subjetivação que buscam a autonomia e a reinvenção da sociabilidade, trabalho, moradia, lazer, educação etc. Nessa perspectiva, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são considerados um dispositivo estratégico da política de saúde mental, e um dos elementos centrais nas propostas da Reforma Psiquiátrica.

O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira se constitui como principal eixo norteador da conquista e exercício da cidadania das pessoas acometidas com transtorno mental, se constituindo como premissa dos serviços substitutivos, ou seja, um dos eixos do trabalho no CAPS é o desenvolvimento de ações que têm como objetivo fomentar a participação dos usuários nos processos de tomada de decisões acerca dos seus direitos e proporcionar a construção de sua autonomia.

O conceito de cidadania deve ir além do conhecimento de direitos e deveres, deve ser entendido a partir de uma perspectiva política. Dessa forma, o cidadão é aquele indivíduo que possui autonomia para decidir sobre ele mesmo e sobre assuntos relacionados à sociedade como um todo.

A cidadania é conquistada no dia a dia, nas ações, discussões e criação de possibilidades, não podemos deixar de registrar que a inclusão do termo cidadania e seus pilares se constituíram como um importante pressuposto da política nacional de saúde mental. Nesse sentido, foi observada a necessidade de trabalhar com as pessoas acometidas pelo transtorno mental que frequentam o CAPS, o conceito de cidadania através de uma oficina, tendo como pressuposto debater e discutir temas como direitos e deveres, políticas públicas, cultura, dentre outros, fomentando os usuários à construção efetiva de seus direitos, através de participação em espaços de tomada de decisões como assembleias, conselhos, associações, entre outros, como configura nacionalmente a Política de Saúde Mental.

Este estudo salienta que deve ser premissa de atuação profissional a troca de conhecimentos entre profissionais e usuários do CAPS sobre a cidadania e participação política nos diversos espaços de debate acerca das políticas públicas. Afirma-se que através do trabalho em oficina com grupos de usuários do CAPS Casa Viva são debatidos diversos temas que incidem sobre a cidadania e os direitos na sociedade.

Nessa perspectiva, são levantados questionamentos diários em torno da garantia da proteção social da sociedade, pois entende-se que se torna imprescindível debater a defesa dos direitos sociais, políticos e civis previstos nas diversas normativas.

21 O SERVIÇO SOCIAL E A CIDADANIA

Os debates e estudos sobre cidadania com usuários de saúde mental, têm, portanto, como proposta, debater de forma crítica com essas pessoas assuntos relacionados aos direitos sociais e políticos, a fim de fomentar a autonomia e reinserção social, contribuindo na construção de cidadãos críticos e reflexivos acerca de seus direitos. Nesse sentido, através do uso da prática de socialização de informações e da reflexão crítica, é possível favorecer a troca de saberes e de experiências entre esses sujeitos, promovendo um espaço de discussão e reflexão acerca dos assuntos debatidos relacionados à cidadania.

Compreender que a necessidade de espaços de diálogo, escuta e reflexão, que permita aos sujeitos pensar sobre o exercício de cidadania, possibilita a participação ativa e crítica nos espaços sociais, bem como o compartilhamento de experiências e interação no que se refere às expressões sociais, favorecendo a integralidade entre usuários e profissionais, contribuindo assim para o fortalecimento da atenção integral e humanizada, e a inclusão dessas pessoas.

A relação histórica construída pelo Serviço Social brasileiro com as políticas sociais se materializa nas análises e na produção teórico-crítica referente ao tema e, também, pela participação de assistentes sociais e de suas entidades representativas nos movimentos em defesa dos direitos sociais e do Estado democrático (BOSCHETTI, 2004). De acordo com o código do Serviço Social um dos princípios fundamentais da profissão é a “ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras” (CFESS, 1993)

É a partir da vinculação histórica e direcionado pelo projeto Ético Político Profissional que o Serviço Social tem se constituído como uma profissão que desenvolve análises e problematizações acerca das políticas sociais bem como em relação aos espaços de controle social democrático. Os estudos desenvolvidos pela profissão têm constituído material de referência tanto para os sujeitos que integram os espaços de controle social e das políticas públicas, quanto para outras categorias profissionais.

O capitalismo na atualidade sob a égide do neoliberalismo orquestra um ataque aos direitos sociais o que decorre em prejuízos nefastos a toda classe trabalhadora.

Nesse sentido, é fundamental aprofundar o debate sobre a importância das políticas sociais e dos direitos sociais. Ressalta-se também que o CAPS deve utilizar linguagem e metodologia que possibilitem a real compreensão por parte dos sujeitos acerca da importância que esses direitos representam. Desse modo, há uma exigência clara da realidade desses sujeitos a recursos que vão além da linguagem como instrumento da atuação. É importante ressaltar as contribuições de Iamamoto e Carvalho (2002) que apontam que o conhecimento e a linguagem são imprescindíveis instrumentos de trabalho do assistente social.

Entendemos que o Serviço Social é uma profissão que intervém nas expressões

da questão social e é preciso considerar que a legitimidade social da profissão é conferida pelas respostas oferecidas às demandas profissionais, estas, em sua maioria, configuradas enquanto demandas imediatas e emergenciais. Consideramos que é preciso ultrapassar a imediaticidade cotidiana para conhecer a realidade em suas múltiplas determinações, principalmente, porque segundo Coelho (2013, p.90) “a essência se oculta cada vez mais na imediaticidade da vida cotidiana”.

Faz-se necessário debater sobre os conceitos de cidadania, uma vez que esta importante categoria percorre o imaginário social e as legislações do campo da saúde. A cidadania está articulada ao conceito de democracia, que se refere a soberania popular, ou seja, presença das condições sociais e institucionais que possibilitam aos cidadãos a participação ativa na formação do governo e no controle da vida social. Deste modo, a cidadania é entendida como capacidade conquistada por alguns indivíduos de se apropriarem dos bens socialmente criados, de atualizarem todas as potencialidades da realização humana abertas pela vida social em cada contexto historicamente determinado. Nesse sentido, a cidadania resulta de uma luta permanente, construída socialmente.

O debate sobre a cidadania é perpassado por sua vez pela compreensão dos direitos na sociedade capitalista. O “direito natural” enquanto ser humano teve um papel revolucionário na medida em que afirmava a liberdade individual e negava a desigualdade oriunda da hierarquia, porém seus seguidores defendem assim o direito à propriedade. Os direitos são fenômenos sociais e as demandas sociais só são satisfeitas quando assumidas pela instituição que assegura a legalidade positiva, o Estado. Os direitos têm sempre sua primeira expressão na forma de expectativas de direito.

Em termos marxistas a democracia pode ser compreendida como uma tentativa de superação da alienação na esfera política, é a construção coletiva do espaço público, com a plena participação consciente de todos na gestão e no controle da esfera política. Compreendida ainda como sinônimo de soberania popular, participação ativa de todos os cidadãos na formação do governo e em consequência no controle da vida social.

As conquistas da democracia enquanto afirmação efetiva da soberania popular, o que implica necessariamente o direito ao voto e à organização (em suma, o direito à participação), têm resultado sistematicamente nas lutas dos trabalhadores contra os princípios e as práticas do liberalismo excludente.

Como todos os âmbitos da vida social, também a esfera das políticas sociais é determinada pela luta de classes. Através dessas lutas, os trabalhadores postulam direitos sociais que, uma vez materializados, são sua indiscutível conquista – isso não anula a possibilidade de que, em determinadas conjunturas, a depender da correlação de forças, a burguesia use as políticas sociais para desmobilizar a classe trabalhadora, para tentar cooptá-la.

Através da conceituação de cidadania é visível o aspecto antagônico na relação entre cidadania plena e o capitalismo, que expressa a contradição entre cidadania e

classe social. Pois a universalização da cidadania é, em última instância, incompatível com a existência de uma sociedade de classes, ou seja, a divisão da sociedade em classes constitui limite intransponível à afirmação consequente da democracia. (COUTINHO, 1997)

No entanto, a cidadania, que está em constante construção, muitas vezes é confundida com o direito de exercer o poder político através do voto. Maria de Lourdes Manzini Covre, em seu livro intitulado “O que é Cidadania?”, deixa claro que cidadania está longe de ser o ato de votar, que isso não garante nenhuma cidadania, se não vier acompanhado de determinadas condições de nível econômico, política social e cultural. (COVRE, 1992, p. 8-9). O direito político se constitui em apenas um dos itens referentes à cidadania, ela é muito mais abrangente. Ser cidadão é ter consciência de que se é um sujeito possuidor de direitos: direitos à vida, à liberdade, à propriedade, à igualdade, aos direitos civis, políticos e sociais etc.

3 I RELATO DA EXPERIÊNCIA DO CAPS III CASA VIVA

As Oficinas de Cidadania acontecem, semanalmente, nas manhãs das terças-feiras e tem como público-alvo as e os assistidos do Centro de Atenção Psicossocial que estão no serviço em atenção diária ou para aquelas e aqueles que estão acolhidos em leitos.

A equipe de trabalho que coordena e facilita as Oficinas é composta por uma Assistente Social, um Assistente Social Residente e uma estagiária.

A temática das oficinas é sempre proposta pelo coletivo de participantes na semana que antecede sua realização. Nesse sentido, a equipe tem uma semana para refletir e planejar a metodologia e a execução das atividades da Oficina. As e os participantes das Oficinas de Cidadania compõem um grupo heterogêneo de pessoas adultas. O grupo também é composto por pessoas idosas, sendo todas e todos usuários do serviço.

Para além de abordar a temática proposta pelo coletivo, a equipe de trabalho busca correlacionar o tema proposto com os direitos sociais, civis e políticos e ainda com as questões relacionadas à condição de saúde dos indivíduos e das coletividades. Objetiva-se que as oficinas sejam um espaço para o compartilhamento de saberes o que pode potencializar processos de reflexões e de ampliação de consciência, de protagonismo e mesmo de aprofundamento da autonomia dos sujeitos.

Por se tratar de uma Oficina, a metodologia empregada é participativa, o que demanda o envolvimento direto dos partícipes. A cada encontro, a equipe de facilitadores e os participantes constroem, de forma colaborativa, um material informativo sobre a temática trabalhada. Dessa forma o resultado da Oficina alcança um público indireto, mais extenso, composto por outros usuários do Serviço, já que o material produzido é afixado na sala onde acontece a maior parte das outras Oficinas do Serviço. Durante as Oficinas construímos cartazes, varais, murais, panfletos, entre outros recursos informativos. A escassez de recursos no cenário de prática profissional se apresenta como um dos desafios para a

realização da Oficina, demandando da equipe estratégias criativas no sentido de contornar tal condição.

Temas como Diversidade e Tolerância Religiosa, Saúde, Políticas, Programas, Equipamentos e Serviços Públicos, dentre outros, foram abordados na Oficina de Cidadania no primeiro semestre de 2019.

A Oficina de Cidadania do CAPS Casa Viva é um espaço privilegiado onde se potencializa, junto aos sujeitos, a defesa e a promoção dos Princípios da Reforma Psiquiátrica, do Sistema Único de Saúde público, gratuito, de qualidade e de acesso universal e o caráter terapêutico da liberdade.

Em 2018, a professora e assistente social, Sabrina Pereira Paiva, tutora em Serviço Social do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade Federal de Juiz de Fora, propôs parceria aos profissionais preceptores da residência para a execução de um projeto de extensão construído coletivamente por profissionais e alunos. Com o título “PARTICIPAÇÃO POPULAR E CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL EM JUIZ DE

FORA/MG: construindo estratégias e enfrentando desafios”, este importante projeto tem potencializado a ação do Serviço Social na RAPS em Juiz de Fora-MG, demarcando espaços profissionais e notoriedade às ações de cidadania e controle social.

Na perspectiva do fortalecimento do controle dos usuários sobre os serviços de saúde, acreditamos que o controle e a participação devem se dar no sentido possibilitar a atuação de setores organizados da sociedade civil na gestão das políticas públicas, no sentido de controlá-las, para que atendam, cada vez mais, às demandas e aos interesses dessas classes. Neste sentido, o „controle social” envolve também a capacidade que as classes subalternas têm, em luta na sociedade civil, para interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos seus interesses de classe, tendo em vista a construção de sua hegemonia. Nesse sentido, a concepção de controle social, que aqui utilizamos, consiste na participação social dos cidadãos na construção e regulação das políticas públicas. Tal noção baseia-se na premissa de que é importante garantir que os diferentes segmentos da sociedade e as representações da população, de um modo geral, possam participar desde as formulações das políticas públicas (sob a forma de planos, programas e projetos), acompanhamento e avaliação da execução das mesmas até a definição da organização de recursos para que estas se conformem de acordo com interesses da coletividade. Neste sentido, o controle social pode ser entendido como uma conquista jurídica e institucional da participação social. (PAIVA, s/p, 2018)

No Brasil os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, vinculados as instituições de ensino e de prestação de serviços, públicas e privadas, absorvem anualmente parte dos profissionais graduados na área de saúde. Tais programas são intersetoriais, assim com suas fontes de financiamento.

A Residência Área Profissional da Saúde foi regulamentada recentemente por meio da Lei Federal 11.129 de 2005, mais de duas décadas depois da Residência Médica.

De acordo com artigo 13 da Lei 11.129 (BRASIL, 2005), a Residência em Área Profissional da Saúde é definida como [...] “modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica”.

O Programa de Residência Multiprofissional em Área da Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora – MG, existente desde 2012, contempla diversas profissões e tem como cenário de atividades práticas e teórico- práticas vários equipamentos compostos, na esfera municipal, pelas as Unidades Básicas de Saúde, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II Leste; CAPS AD III; CAPS III - Casa Viva; CAPS I – Liberdade e CAPS IJ - Gentileza) e Hospital de Pronto Socorro Doutor Mozar Teixeira (HPS); no âmbito estadual o programa tem como cenário o Hospital Regional Doutor João Penido e na esfera federal as duas unidades do Hospital Universitário e o Centro de Atenção Psicossocial Liberdade, instituições estas vinculadas a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

O projeto apresenta como proposta

Refletir e atuar no sentido de estimular a participação e controle social no contexto da saúde mental em Juiz de Fora é tarefa fundamental para todos aqueles sujeitos envolvidos com a concretização dos princípios basilares da Reforma Psiquiátrica em curso, quais sejam: a cidadania, a autonomia e a reinserção social. Esse projeto de extensão, que tem como proposta a dinamização/renovação dos espaços de participação existentes na saúde mental do município e a construção coletiva de formas alternativas de participação e controle social, envolvendo todos os sujeitos (usuários, familiares e trabalhadores) presentes no cotidiano dos serviços de atenção psicossocial em Juiz de Fora/MG. (PAIVA, s/p, 2018)

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível notar que o Projeto, além de integrar as ações do Serviço Social nos CAPS, estimula a organização e mobilização para a participação e o controle social junto aos usuários em um contexto a favor dos preceitos da reforma psiquiátrica, possibilitando a construção de caminhos, na busca da superação do modelo asilar e de possibilidade de autonomia, protagonismo e consciência crítica. Além disso, o Projeto em tela contribui para a formação de quadros profissionais qualificados para atuarem no Sistema Único de Saúde tendo em vista que mesmo é realizado em um cenário de prática para o Programa de Residência Multiprofissional em Área da Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora – MG e também campo de estágio para graduandas e graduandos das áreas da Saúde e Humanidades.

REFERÊNCIAS

BOSCHETTI, I. Seguridade social e projeto ético-político do Serviço Social: que direitos para qual cidadania? *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n.79, Ano XXV, p.108- 132, esp.2004.

COELHO, M. Imediaticidade na prática profissional do Assistente Social. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Código de Ética do/a Assistente Social*. Lei 8.662/93. Brasília, 1993.

COUTINHO, C. N. Notas sobre cidadania e modernidade. Praia Vermelha, São Paulo, ano, n. 1, p. 145-165, 1997.

COVRE, M. L. M. O que é cidadania. São Paulo, Brasiliense, 1999

IAMAMOTO, M, V. e CARVALHO, R. de. Relações Sociais e Serviço Social no Brasil – Esboço de uma interpretação histórico-metodológica. São Paulo: Cortez, 2008.

MACHADO, G. F. O trabalho do Serviço Social nos CAPSs. Revista Textos & Contextos Porto Alegre v. 8 n.2 p. 241-254. jul./dez. 2009.

PAIVA, S. P. PARTICIPAÇÃO POPULAR E CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL EM JUIZ DE FORA/MG: construindo estratégias e enfrentando desafios. Projeto de Extensão..

CAPÍTULO 21

PROCESSO DE TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL E SUA INSERÇÃO NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PROFESSOR SEVERINO LOPES

Data de aceite: 01/03/2021

Data de submissão: 07/12/2020

Jadna Kelly da Silva

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Cruz das Almas/BA
<http://lattes.cnpq.br/6071198965254030>

Maria Tereza de Oliveira

Centro Universitário Facex – UNIFACEX
Natal/RN
<http://lattes.cnpq.br/4461076698786705>

Elisângela Feitosa de Souza

Faculdade Unyleya
Natal – RN
<http://lattes.cnpq.br/7575641565639038>

RESUMO: Refere-se à inserção do Serviço Social na Saúde Mental e ao processo de trabalho dos/as Assistentes Sociais no âmbito do Hospital Psiquiátrico Professor Severino Lopes-HPPSL. O objetivo é reforçar a importância do fazer profissional na perspectiva de promover uma escuta qualificada. A formação dos profissionais tem se mostrado insuficiente para atender às demandas postas pela reforma psiquiátrica.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência psiquiátrica. Serviço Social. Saúde Mental. Escuta qualificada. Acolhimento.

WORK PROCEDURE OF THE SOCIAL WORKER AT THE PSYCHIATRIC HOSPITAL PROFESSOR SEVERINO LOPES

ABSTRACT: Refers to the insertion of Social Work in Mental Health and working process of Social Workers within the Psychiatric Hospital Professor Severino Lopes-HPPSL. The main purpose is to reinforce the importance of professional do that operates within a perspective of promoting a qualified hearing. The training of professionals, including social worker, has proved insufficient to meet the demands placed on psychiatric reform.

KEYWORDS: Psychiatric care. Social Work. Mental Health. Qualified Listening. Embracement.

1 | INTRODUÇÃO

Para a Organização Mundial de Saúde – OMS - não existe uma definição única de “saúde mental”, uma vez que há Julgamentos subjetivos, diferenças culturais e uma diversidade de teorias relacionadas a significados e práticas nessa área.

Saúde mental é um termo usado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional. A saúde mental ode incluir a capacidade de um indivíduo de apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica.¹

Segundo Vasconcelos (2007, p. 26) a loucura, o trato com as pessoas “diferentes” e os

¹ Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1059>> Acesso em: 15 fev. 2016.

locais onde as mesmas eram tratadas sempre existiu, porém como doença e especialidade médica em psiquiatria são bem recentes, foi a partir do século XVIII que se estabeleceu a “instituição psiquiátrica” e a nova forma de vivenciar a condição humana, com o trato do “diferente”, aquele que não se adaptava aos padrões normais e que deveria ser excluído do convívio dos normais e da sociedade.

Serviço Social e Saúde Mental são campos desafiadores para os/as assistentes sociais e exige do profissional, além do conhecimento técnico, postura crítica e inovadora, requer também uma compreensão da realidade social com a qual trabalha.

Para Bisneto (2007), cabe ao profissional assistente social superar determinadas fragilidades ainda existentes no campo de saúde mental:

É necessário ao assistente social reconhecer seu próprio valor, saber o que está fazendo, criar um discurso profissional, publicar ideias, lutar por seus princípios, fazer alianças, se expor profissionalmente em Saúde Mental. É claro que o profissional de campo precisa contar com a colaboração de seus colegas de academia (...) (BISNETO, 2007, p. 145).

O Hospital Psiquiátrico Professor Severino Lopes (HPPSL)² antes denominado Casa de Saúde de Natal, fundado em 02 de junho de 1956, é pioneiro, no Rio Grande do Norte, no tratamento psiquiátrico especializado e teve como fundadores os médicos Severino Lopes da Silva, Otto Júlio Marinho e Aldo Xavier da Costa. É uma instituição de natureza filantrópica, sem fins lucrativos, mantida pela Sociedade Professor Heitor Carrilho, conveniada ao Sistema Único de Saúde - SUS e a outros planos de saúde do setor privado (Confederação Nacional das Cooperativas Médicas UNIMED, Sul América, Caixa Econômica, e outros) que se destina ao tratamento de pessoas com transtornos mentais e dependentes químicos, através da atuação de uma rede integrada de cuidados composta por uma equipe multidisciplinar com foco na interdisciplinaridade composta por médicos, enfermeiros, psicólogas, assistentes sociais, farmacêutica, terapeuta ocupacional, nutricionista, pedagoga, educador físico, músico, yogoterapeuta, cinoterapeuta e comunicador. Tem como objetivo:

O diagnóstico, tratamento e a recuperação dos doentes mentais, atuando de forma integrada no sentido de obter a sua reestruturação psíquica e a reintegração sócio-familiar, referenciando-os sobre a necessidade da continuidade e adesão aos demais serviços em saúde mental que dão suporte ao tratamento extra-hospitalar³.

Nesse contexto, o trabalho desenvolvido pelo setor de Serviço Social⁴ do HPPSL

2 Os avanços dos tratamentos em psiquiatria, ao longo da história, têm-se apresentando como um complexo de assistência em saúde mental, oferecendo internação em tempo integral, semi-internamento em hospital-dia, pronto socorro psiquiátrico e atendimento ambulatorial em psiquiatria. <http://www.hppseverinolopes.org.br/index.php> Acesso em: 20 fev. 2016.

3 Disponível em:< <https://www.hospitalseverinolopes.org/equipe-interdisciplinar/>> Acesso em: 25 mar. 2019

4 O setor de Serviço Social do HPPSL conta atualmente com quadro funcional de 02 profissionais, com Especialização, (Saúde mental e Atenção Psicossocial e em Serviço Social) e três voluntárias. Funciona de segunda a sexta-feira no horário 7h30min às 19h.

se desenvolve junto aos familiares e pacientes destacando-se pela busca constante de melhoria na prestação dos serviços, considerando as limitações e possibilidades que permeiam a prática, pautada na ética, respeito, assegurando o acesso e direito social dos pacientes. O mesmo ocupa um espaço estratégico, estando presente desde a internação até a alta hospitalar, acolhendo e partilhando com os familiares a importância da manutenção dos vínculos no processo saúde/doença.

Para realizar a pesquisa foram utilizados como procedimentos metodológicos, revisão bibliográfica e documental, onde foi possível traçar o perfil do trabalho do/a assistente social no âmbito do HPPSL, e estudo exploratório e descritivo, com abordagem quanti-qualitativa. A demanda pesquisada abrangeu elementos básicos sobre o campo da saúde mental, apontando para o fato de que a formação dos profissionais na área de saúde mental, entre eles o/a assistente social, tem-se mostrado insuficiente para atender às demandas postas pela Política Nacional de Saúde Mental, Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, preconizada pela Reforma Psiquiátrica.

A proposta do HPPSL é promover a assistência integral e a ressocialização das pessoas com transtornos mentais, manter serviços e parcerias com entidades educacionais e outras da comunidade, com o objetivo de garantir o constante intercâmbio e novas vinculações que possibilitem a melhoria da qualidade de vida do usuário e de seu grupo familiar, aprimorando cada vez mais a qualidade do serviço prestado.

No cotidiano da prática profissional do/a assistente social suas ações têm como foco central promover a escuta qualificada, ao mesmo tempo em que busca acolher e conhecer a realidade de cada paciente respeitando as condutas discutidas na equipe, o tratamento e os cuidados em saúde mental, além do acompanhamento prestados através de centros de cuidados e por sua família.

Considerando que a internação é uma situação transitória e que o paciente retornará ao convívio sócio familiar, o objetivo específico é otimizar as informações junto aos pacientes e seus familiares, mostrando os instrumentos sociais que podem ser acionados para auxiliar na convivência, na garantia do tratamento e dos direitos, etc. Já é mantido cotidianamente contato com os Centros de Referência da Assistência Social - CRAS, os Centros de Referência Especializada da Assistência Social CREAS, Promotorias de Justiça, Ministério do Trabalho, Previdência Social, entre outros.

A prática do Serviço Social no HPPSL é realizada em consonância com a equipe multidisciplinar com foco na interdisciplinaridade, buscando a abordagem global do usuário e o acompanhamento da família durante o tratamento e orientando para a convivência após a alta. Esta abordagem com a família e com o paciente se dá de forma individual ou em grupo, buscando compreender e identificar as representações por eles construídas a respeito do fenômeno saúde/doença mental, sua convivência com a doença, face às mudanças no modelo de atenção que estão a orientar o campo da saúde mental.

21 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL

A intervenção do Serviço Social tem se ampliado e se consolidado diante da concepção de que o processo saúde-doença é determinado socialmente. Assim, o/a assistente social como profissional de saúde tem como competência intervir junto aos fenômenos socioculturais e econômicos para melhorar a eficácia dos programas de prestação de serviço em promoção, proteção e ou recuperação da saúde⁵.

Este profissional atua nos hospitais, colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios. Nesse trabalho o profissional tem sua ação por um "conjunto de instrumentos e técnicas e uma determinada capacidade ou propriedade constitutiva que a profissão vai adquirindo na medida em que concretiza objetivos" (GUERRA, 2000, p. 53).

Trata-se da instrumentalidade inerente a profissão que ao longo do processo sócio-histórico vem sendo construída e reconstruída e, segundo Guerra (2000), abrange as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa. No trabalho em saúde mental, em geral, o/a assistente social ao instrumentalizar sua ação faz uso da entrevista social – um dos recursos mais utilizados pelo profissional de Serviço Social no âmbito de suas atribuições, na possibilidade de conhecer o cotidiano do paciente e sua família para então realizar as intervenções que julgar necessárias a um tratamento mais eficaz.

Cabe pensar a ética como pressuposto teórico-político que remete para o enfrentamento das contradições postas à profissão, a partir de uma visão crítica, e fundamentada teoricamente, das derivações ético-políticas do agir profissional. O Código de Ética profissional (1993) apresenta ferramentas fundamentais para a atuação profissional no cotidiano, ao colocar como princípios:

Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional; posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com luta geral dos trabalhadores; defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo (CFESS, 2009, p.19).

Esses instrumentos legais são fundamentais para a delimitação das atribuições e competências dos/as assistentes sociais. De acordo com Costa (2000), a inserção dos assistentes sociais nos serviços de saúde é mediada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se define a partir das condições históricas sobre as quais a saúde pública se desenvolve no Brasil. Nesse contexto, cabe ao assistente social

5 A saúde e os serviços de saúde, na Constituição Federal, são considerados de relevância pública cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros, e também, por pessoa física ou jurídica de direito privado, integrando uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um Sistema Único de Saúde-SUS (BRASIL, 1988, p.131).

construir mediações que legitime sua prática explicitada nas competências e atribuições consolidadas no âmbito do projeto ético-político, fortalecendo a atitude reflexiva e crítica da profissão.

É nesse cenário que se configuram as recentes práticas do/a assistente social, de modo que seu exercício profissional esteja voltado para uma práxis⁶ pautada na ética para melhor responder às expectativas dos usuários.

[...] O Serviço Social como uma especialização do trabalho coletivo, inscrito na divisão social e técnica do trabalho, colocando em relevo o caráter contraditório do exercício profissional, porquanto realizado no âmbito de interesses e necessidades de classes sociais distintas e antagônicas (IAMAMOTO, 2006, p.10).

O/a assistente social no âmbito do processo de trabalho em saúde tem enfrentado cotidianamente uma série de dificuldades quanto a garantia dos direitos dos usuários como está preconizado no SUS. Um dos mais graves se refere a regulação, à falta ou demora em ter acesso aos serviços de saúde, especialmente os exames de média e alta complexidade, bem como as especialidades médicas. Uma das atribuições desse profissional é orientar, esclarecer e contribuir com o processo de defesa dos direitos de cidadania, sobretudo, os direitos constitucionais referentes à saúde através do contato direto com os Pacientes e sua família, tornando-se instrumento importante para o sucesso do tratamento e recuperação da saúde. Com relação a mediação entre o usuário e a instituição:

A mediação é uma das categorias centrais da dialética, inscrita no contexto da ontologia do ser social e que possui uma dupla dimensão: ontológica - que pertence ao real, está presente em qualquer realidade independente do conhecimento do sujeito e reflexiva - elaborada pela razão, para ultrapassar o plano da imediatividade (aparência) em busca da essência, necessita construir intelectualmente mediações para reconstruir o próprio movimento do objeto (MARTINELLI, 1993, p. 137).

O trabalho do/a assistente social no contexto do HPPSL e suas intervenções junto aos Pacientes e familiares tem como objetivo realizar uma ação de acolhimento e orientações estimulando-os a retomarem uma vida mais saudável e com melhores condições de adquirir novas habilidades para lidar com a doença e os problemas advindos de todo contexto social, cultural e econômico, utilizando-se de uma linguagem clara e objetiva.

Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/ populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/

6 Na filosofia marxista, a palavra grega *práxis* é usada para designar uma relação dialética entre o homem e a natureza, na qual o homem, ao transformar a natureza com seu trabalho, transforma a si mesmo (JAPIASSÚ; MARCONDES, 2006, p. 224).

equipes e usuário com sua rede socioafetiva⁷.

No Serviço Social a comunicação, o diálogo e a escuta, habilidades próprias dos seres humanos, são meios imprescindíveis para a atuação do profissional junto a familiares e pacientes, pois é o princípio de um trabalho que visa esgotar todas as possibilidades de enfrentamento da problemática existente.

Para Bisneto (2007),

O assistente social em saúde mental trabalha de forma pluralista quando usa as explicações do marxismo para entender a exclusão do louco, para sustentar a demanda por direitos sociais e cidadania de pessoas com sofrimento mental e, ao mesmo tempo, usa as explicações da medicina e da psicologia para conceber a loucura como doença mental (BISNETO, 2007, p. 52).

Enfim, no âmbito de suas atribuições o/a assistente social instrumentaliza suas ações com a finalidade de responder e qualificar as demandas que lhes são encaminhadas no cotidiano institucional. Serviço Social e Saúde Mental são campos desafiadores para os/as assistentes sociais e exige do profissional, além do conhecimento teórico acerca da Reforma Psiquiátrica, da Política Nacional de Saúde Mental, técnico, postura crítica e inovadora, requer também uma compreensão da realidade social com a qual trabalha.

3 | REFORMA PSIQUIÁTRICA E O SERVIÇO SOCIAL

A partir da segunda metade do século XIX, a psiquiatria coloca-se como um imperativo de ordenação dos sujeitos. Seguirá a orientação das ciências naturais, constituindo-se num modelo centrado na medicina biológica que se limita em observar e descrever os distúrbios nervosos. Tal modelo foi tão amplamente difundido que influencia a prática psiquiátrica até hoje.

Para Amarante (1995), se na história a loucura se constituiu enquanto doença mental, na própria história ela mesma pode ganhar novo estatuto. Se na história ela passou a ser anormalidade, na própria história ela pode ser restituída à condição inerente às sociedades. E esta é, em essência, a proposta do histórico Movimento de Reforma Psiquiátrica, que surge na Itália, nos anos de 1970, com Franco Basaglia e que vai inspirar vários outros países, inclusive o Brasil. Com Basaglia inicia-se um processo crítico sobre a natureza da instituição psiquiátrica e sobre a inviabilidade de sua mera reorganização. (ROTELLI; AMARANTE, 1992).

O que entendemos hoje como Reforma Psiquiátrica Brasileira congrega este questionamento do modelo asilar com o esforço de promoção de cidadania de sujeitos tradicionalmente tutelados. Tomou força na segunda metade da década de 1970, em consonância com os movimentos democráticos (Movimento de Reforma Sanitária), mais

⁷ Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf> Acesso em: 25 mar. 2019.

amplios que o país vivia, e fundamentou-se principalmente na concomitante experiência da Reforma Italiana capitaneada por Franco Basaglia.

Neste contexto, um novo paradigma⁸ se impõe: o da atenção psicossocial. Este amplia a noção e o conceito de loucura, traz modificações na abordagem, nos conceitos e formato da assistência. Se por um lado surgiram no Brasil, no final dos anos de 1980, serviços descentralizados de assistência em saúde mental, considerados substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, por outro lado, questiona-se as transformações destes em relação ao antigo modelo de tratamento (manicomial). A proposta da Reforma Psiquiátrica além da ruptura com o ambiente segregador, propõe novos serviços e busca envolver a sociedade (profissionais, familiares, usuários dos serviços, etc.) na construção de uma nova forma de conceber, olhar, tratar e de se relacionar com o sujeito, até então conhecido como “doente mental”, na tentativa de possibilitar um atendimento para além de remédios e internações.

De acordo com o Ministério da Saúde (2005), o ano de 1978 é o marco referencial do início do movimento social em defesa dos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país, cuja finalidade era uma reforma psiquiátrica,

Através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005, p. 6).

Segundo Bezerra Jr (2007, p. 61), a universidade tem um papel fundamental na formação profissional do/a Assistente Social. O grande desafio é formar profissionais tendo como referência, além da filosofia humanista, a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde - PNH - HumanizaSUS, capazes de atuar numa perspectiva integral e interdisciplinar, em consonância com os princípios defendidos pela Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária impressos no SUS.

4 | SERVIÇO SOCIAL E PROCESSO DE TRABALHO NO HOSPITAL PSQUIÁTRICO PROFESSOR SEVERINO LOPES

Diferentemente dos antigos asilos ou manicômios, os hospitais psiquiátricos defendidos pelos especialistas, oferecem atendimento digno àqueles pacientes que necessitam de tratamento especializado e local preparado especificamente para a internação de casos mais graves. Os que defendem a tese dizem que a reforma psiquiátrica implantada no país, em 2001, tende a acabar com estes estabelecimentos sem oferecer

⁸ Etimologicamente, este termo tem origem no grego *paradeigma* que significa modelo ou padrão, correspondendo a algo que vai servir de modelo ou exemplo a ser seguido em determinada situação. Normas orientadoras de um grupo que estabelecem limites e que determinam como um indivíduo deve agir dentro desses limites. Disponível em: <<http://www.significados.com.br/paradigma/>> Acesso em: 24 fev. 2016.

uma alternativa apropriada quando existe a necessidade de internação.

O HPPSL é uma instituição que, desde o seu surgimento, teve como um dos princípios dar continuidade ao trabalho desenvolvido pela Casa de Saúde Natal nas últimas seis décadas de existência. O cotidiano do Serviço Social no HPPSL ocupa um espaço estratégico, estando presente desde a internação até a alta hospitalar, acolhendo e partilhando com os familiares a importância da manutenção dos vínculos no processo saúde/doença.

O hospital especializado em psiquiatria como parte integrante da rede de atenção em saúde mental, deve ofertar o acolhimento integral ao paciente em crise e estar articulado e em diálogo constante com outros dispositivos da Rede de Atenção em Saúde, de acordo com as diretrizes da PNH - HumanizaSUS, objetivando o encaminhamento para continuidade do tratamento após alta, considerando para isto a questão do território onde está inserido e sua patologia.

A PNH é uma política pública de saúde que reafirma além dos princípios da universalidade, equidade e integralidade do SUS, outros princípios com vistas a resolutividade e qualidade da atenção à saúde: a transversalidade, a indissociabilidade entre atenção, gestão e protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos.

O HPPSL apesar da crise recente afirmada pela Diretoria, recebe para internamento usuários do SUS⁹ procedentes do Pronto Socorro do Hospital Psiquiátrico “Dr. João Machado”, como também de alguns convênios particulares encaminhados por médicos psiquiatras ou pelo serviço médico de urgência do próprio Hospital. Em todos os casos, o paciente é reavaliado pelo médico plantonista e, se constatada a real necessidade de internação, será a mesma procedida, sendo ele medicado e encaminhado a enfermaria ou apartamento. Após sua admissão, o usuário será acolhido pela equipe de enfermagem. E, seus familiares, são encaminhados ao Serviço Social e Psicologia, onde serão acolhidos e orientados a respeito do tratamento. É realizada uma entrevista enfocando aspectos relacionados à situação socioeconômica do usuário, cuja intencionalidade é revisitar sua história de vida e enfatizar a responsabilidade de cada membro da família na construção e manutenção dos vínculos. A entrevista busca proporcionar uma reflexão com vistas a melhorar a qualidade de vida do usuário e de sua família.

A proposta de trabalho do profissional de Serviço Social no âmbito da instituição hospitalar caracteriza-se como um elo entre o hospital, a família e os usuários, em consonância com a equipe interdisciplinar, buscando a abordagem global do usuário desde sua admissão até sua alta. O contato inicial é através da realização de entrevista

⁹ A instituição dispõe de 240 leitos dos quais 160 cadastrados ao SUS, distribuídos em 10 enfermarias femininas e 22 enfermarias masculinas. Atualmente a estrutura do hospital compreende: Sala de atendimento médico 06; Sala de atendimento de enfermagem 04; Sala dos profissionais 06; Posto de enfermagem 07; Farmácia 01; Auditório 01; Biblioteca 01; Secretaria 01; Diretoria Geral 01; Diretoria Médica-Técnica 01; Setor Pessoal/RH 01; Tesouraria 01; Sala da Administração 01; Sala da Admissão 01; Suporte Técnico em Informática 01. Disponível em: <<http://www.hppseverinopolos.org.br/estrutura.php>> Acesso em: 20 fev. 2016.

cuja finalidade básica é dialogar sobre a dinâmica familiar e refletir sobre percepções e sentimentos dos familiares e usuários dos serviços em relação à situação-problema (paciente-internação-família). Recebe também orientação sobre o tratamento, sendo encaminhados para o Programa Integrado de Atenção às Famílias, o qual tem objetivo de proporcionar o acolhimento aos familiares no momento em que antecede a visita, preparando estes para o encontro com o paciente, como também informar aos familiares sobre os direitos e serviços pertinentes aos Pacientes com Transtorno Mental.

O Assistente Social, assim como os demais profissionais participam das reuniões, levando informações através de palestras, onde são abordados temas como o papel da família no tratamento da pessoa com transtorno mental, assim como outros assuntos relevantes ao caso. Pretende-se ao escutar o usuário e a família, parceira fundamental no tratamento, poder contribuir para identificação dos aspectos que vem interferindo no tratamento, culminando na necessidade da internação, objetivando evitar reinternamentos.

Neste contato busca-se focar a cultura de vida, desfocando a ideia da doença, buscando que ele passe de sujeito à protagonista do tratamento construindo o Projeto Terapêutico Singular, a ser desenvolvido durante a internação. Procura também identificar acontecimentos que possam ter desencadeado o internamento direcionando a intervenção para os pontos detectados como críticos, traçando com ele estratégias de enfrentamento da situação.

A perspectiva do Projeto Terapêutico do hospital visa, conforme relatório¹⁰ de 2008,

O tratamento e a recuperação das pessoas com transtornos mentais, no sentido de obter a sua reestruturação psíquica e a reintegração sóciofamiliar, referenciando-os sobre a necessidade da continuidade e adesão aos demais serviços em saúde mental que dão suporte ao tratamento extra-hospitalar (RELATÓRIO ANUAL, 2008, p.3).

As principais doenças e transtornos mentais dos internos do HPPSL são: esquizofrenias, transtorno bipolar do humor, dependências de álcool e outras substâncias psicoativas, neuroses graves, depressão maior, e todas são tratadas de acordo com o perfil clínico e psicopatológico, sendo liberada a alta quando o usuário melhora, e tem condições de continuar o tratamento em casa.

A mudança no perfil dos usuários internados devido ao aumento do número de internações de dependentes químicos vem modificando a rotina da instituição, com o crescente aumento de ocorrência de atritos e agressões físicas entre os internos, como também o abandono do tratamento, o que tem levado a equipe buscar novas estratégias para a implementação de um trabalho que contemple os dependentes químicos e seu contexto sócio familiar, orientando um projeto terapêutico, que considere tanto a sua singularidade quanto a problemática que envolve a dependência química nos dias atuais.

Diante desta constatação busca-se a abordagem que incentive a redução de danos

10 Disponível em: <www.hppseverinolopes.org.br/relatorio_anual_2008.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2016.

na vida do usuário tentando com isso que continuem o tratamento no Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS AD)¹¹ ou Ambulatório Especializado em dependência química.

Uma parcela de usuários ao qual direciona-se atendimento distinto e diferenciado são os pacientes com internação de longa permanência, pois muitas vezes trata-se de cidadãos em cujo início da patologia não tiveram acesso a medicação que pudesse evitar o curso da doença e hoje dispõe de reduzida capacidade para se autogerir e de dificuldade de conviver com os familiares. A equipe de intervenção do HPPSL está voltada para acompanhar as visitas dos que tem familiares, fortalecendo junto aos cuidadores, a importância da presença, mesmo diante do quadro muitas vezes apático ou de agressividade do paciente.

Quanto aos pacientes sem vínculos familiares ou sociais, direciona-se intervenção na busca pela sua inclusão em Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)¹² através da parceria com o poder público, representado pela instância da área de saúde, visto que, à luz da Lei 10.216/2001 em seu art. 5º:

O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário (BRASIL, 2001, p. 2).

O trabalho desenvolvido pelo setor de Serviço Social do Hospital Psiquiátrico Professor Severino Lopes, se desenvolve junto aos familiares e usuários, destacando-se pela busca constante de melhoria na prestação dos serviços, considerando as limitações e possibilidades que permeiam a prática, pautada na ética, respeito, assegurando o acesso e direito social dos usuários.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inserção dos profissionais que trabalham na área de saúde mental deve ter como propósito a transformação das práticas profissionais na perspectiva de um novo modelo de atenção à saúde mental. Os princípios do SUS e da reforma psiquiátrica foram construídos para superar um modelo hospitalocêntrico e centradas em procedimentos médicos já ultrapassados, tido como desumano, baseado em medidas que excluíam os usuários. Isso

11 No âmbito do município de Natal, o problema do crack e de outras drogas é enfrentada pela Secretaria Municipal de Saúde, que disponibiliza Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPs (AD). Geralmente nos CAPS AD a maior demanda é de usuários de álcool e crack, mas atende-se usuários de inúmeras outras drogas. Disponível em: <<http://www.natal.rn.gov.br/noticia/ntc-17666.html>> Acesso em 24 de fev. de 2016.

12 O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) – ou residência terapêutica ou simplesmente “moradia” – são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não. O número de usuários pode variar desde 1 indivíduo até um pequeno grupo de no máximo 8 pessoas, que deverão contar sempre com suporte profissional sensível às demandas e necessidades de cada um (BRASIL, 2004, p. 6).

ainda nos mostra que implica na necessidade de um processo de formação profissional mais contextualizado, com medidas de promoção, prevenção e reabilitação, levando em conta as demandas sociais, econômicas e culturais da população que precisa do atendimento.

Apesar dos avanços, na prática, os profissionais, nem sempre conseguem deixar de ter como foco principal o controle dos sintomas, dos corpos e das vontades de pessoas diagnosticadas com transtornos mentais e a mudança de tal postura passa pela universidade, grande responsável pela formação profissional e que também precisa rever seu papel.

Serviço Social e Saúde Mental são campos desafiadores para os/as assistentes sociais e exige do profissional, além do conhecimento técnico postura crítica e inovadora requer também uma compreensão da realidade social com a qual trabalha. O cotidiano do Serviço Social no HPPSL ocupa um espaço estratégico, estando presente desde a internação até a alta hospitalar, acolhendo e partilhando com os familiares a importância da manutenção dos vínculos no processo saúde/doença.

O grande desafio enfrentado pela equipe multiprofissional do HPPSL é garantir a interdisciplinaridades das ações, a troca dos saberes entre os profissionais na perspectiva da construção de novas propostas de processo de trabalho, investigando e orientando os pacientes/usuários e seus familiares com a participação de todos. “Pois a democracia na saúde não se faz tratando a todos como iguais, mas sim a cada um de acordo com suas especificidades e sua necessidade, como sujeito e cidadão¹³.”

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: DF, Senado, 1998.

_____. **Lei 10.216 de 06 de abril de 2001**: Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Planalto, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção a Saúde**. A Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. 1. ed. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretária 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.

BEZERRA, JR. B. **Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil**. Physis. Revista Saúde Coletiva, v. 2, n. 17, 2007.

¹³ Disponível em: < http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa38_saude.htm>. Acesso em: 11 mar. 2016.

BISNETO, José Augusto. A Inserção do Serviço Social na Saúde Mental nos anos de 1970. In: **X Congresso Brasileiro de Serviço Social**, 2001, Rio de Janeiro.

_____. **Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática**. São Paulo: Cortez, 2007.

COSTA, Maria D. H. da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos assistentes sociais. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 62 p. 41, mar. 2000.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de Assistência Social**. Brasília; CFESS/CFP, 2009.

GUERRA, Iolanda. Instrumentalidade no trabalho do assistente social. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo 4: Brasília: UNB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, 2000.

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SEVERINO LOPES. **Documento Institucional**. Natal, 2012.

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, RAUL de. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico metodológico**, 19. Ed. São Paulo: Cortez, 2006.

JAPIASSÚ, Hilton; MARCONDES, Danilo. **Dicionário básico de filosofia**. 4. ed. atual. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 2006.

MARTINELLI, M. L. Notas sobre mediações: alguns elementos para sistematização da reflexão sobre o tema. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 14, n. 43, p. 136-141, dez. 1993.

REVISTA DA FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS. **Federação Brasileira de Hospitais**. Brasília: FBH. 2015

RELATÓRIO ANUAL 2008 DO HOSPITAL PSIQUIATRICO PROF. SEVERINO LOPES. Disponível em: www.hppseverinolopes.org.br/relatorio_anual_2008.pdf. Acesso em 11 de mar de 2016.

ROTELLI, F.; AMARANTE, P. **Reforma psiquiátrica na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos**. In: BEZERRA JR., B. *Psiquiatria sem hospício*. Rio de Janeiro: Relume/Dumará, 1992.

VASCONCELOS, E. M. **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2007.

ENTRE A SAÚDE E A JUSTIÇA: A REALIDADE DAS PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI NO ESTADO DO PARÁ

Data de aceite: 01/03/2021

Solange Silva Souza

Universidade da Amazônia
Belém-PR

Laryssa Sayury Garcia

Universidade da Amazônia
Belém-PR

Michelle Christina de Souza Matos

Universidade da Amazônia
Belém-PR

Lilian Mendes Pereira Barros

Universidade da Amazônia
Belém-PR

Brenda Luana Ribeiro Souza

Universidade da Amazônia
Belém-PR

Iris Tarcila da Conceição Baia

Universidade da Amazônia
Belém-PR

RESUMO: O artigo aborda os desafios enfrentados pela Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei-EAP/PA, na desinstitucionalização de pessoas com transtorno mental que cumpriram medida de segurança, buscando garantir a reinserção social, retorno ao ambiente familiar e comunitário e o acesso às demais políticas sociais.

PALAVRAS-CHAVE: Desinstitucionalização. Medida de Segurança. Reinserção Social.

Transtorno Mental.

ABSTRACT: The article discusses the challenges faced by the evaluation and monitoring of therapeutic measures Applicable to the person with Mental Disorder in conflict with the law-EAP/PA, the deinstitutionalisation of people with mental disorders who complied as of security, seeking to ensure the social reintegration, return to family and community environment and access to other social policies.

KEYWORDS: Deinstitutionalization. Security measure. Social Reintegration. Mental Disorder.

1 | INTRODUÇÃO

O Código Penal Brasileiro (CPB) Lei 2848/1940 em seu artigo 96, instituiu a Medida de Segurança que é uma sanção penal aplicada à pessoa inimputável, ou seja, aquela acometida de doença mental (ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado) que cometeu um delito (crime).

No Estado do Pará a pessoa considerada como “louco infrator” geralmente é internado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), localizado no município de Santa Izabel-Pará. Indo de encontro ao CPB tem a Lei 10.216/2001- Lei da Reforma Psiquiátrica, que redireciona a atenção e o cuidado dispensado à pessoa com sofrimento mental.

O parágrafo único do art. 2º, inciso IX da referida lei enfatiza que a pessoa com sofrimento mental deve ser tratada, preferencialmente,

em serviços comunitários de saúde mental. Frente ao exposto surgem os seguintes questionamentos: O que leva a maioria dos magistrados do Estado do Pará, impor a medida de internação em HCTP à pessoa com sofrimento mental em conflito com a lei, não considerando o inciso II do artigo 96 do CPB? Por que o tratamento ambulatorial é desconsiderado? Por que o “louco infrator” é considerado como caso de segurança pública e não de saúde? Por que a Lei 10.216 não é considerada no momento da aplicação da medida de segurança?.

A Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, a mesma apresentou inovações quanto ao tratamento de pessoas portadoras de transtornos mentais, porém o Estado parece que ficou a deriva em relação ao tratamento dispensado ao sujeito com transtorno mental em conflito com a lei.

Em 2011 o HCTP/PA era a oitava unidade em população de pessoas internadas dos Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTP's), o que correspondia a 4% da população total dos 26 estabelecimentos do país e 73% da população de pessoas internadas dos ECTPs da Região Norte (DINIZ, 2011).

Para Venturini (2016) a assistência prestada ao doente mental infrator em todo o Brasil é nefasta. Entidades representativas de classe, órgãos de defesa dos direitos humanos, pesquisadores da área de saúde mental, estão sempre investigando e denunciando tal realidade. Assim, as medidas de segurança que é destinado ao indivíduo que não dispõe de aptidão para responder pelas consequências jurídico-penais de sua infração devido a um transtorno mental, têm sido aplicadas sem dar ao paciente qualquer perspectiva de recuperação, trazendo consigo apenas um viés de segregação.

Objetivando assegurar os parâmetros da Lei 10.216, o Estado do Pará aderiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) em outubro de 2014, bem como constituiu a Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), instituída pela Portaria nº 94 de janeiro de 2014 do Ministério da Saúde.

A EAP tem por objetivo maior, favorecer o processo de reinserção social dos pacientes desinternadas do HCTP/PA a uma desinternação com qualidade, visando o acompanhamento terapêutico do paciente, através de atividades ocupacionais que permitam a reinserção dos pacientes desinternados do HCTP na sociedade e no seio familiar quando possível, coibindo toda e qualquer forma de desigualdade e exclusão social.

As atividades da EAP consistem em redirecionar os modelos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, através das ações: avaliações biopsicossociais para posterior desinternação, articulação com os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e demais políticas, no sentido de pleitear atendimentos na área de saúde, benefícios sociais, direito e cidadania e emissão de documentos pessoais a este público alvo.

A EAP visa também estabelecer processos de comunicação com gestores e equipes

de serviços do SUS e SUAS, apoiar a capacitação dos profissionais de saúde, da justiça e programas e serviços sociais, contribuindo para a realização de desinternação progressiva de pessoas que cumprem medida de segurança, acompanhar a execução da medida de segurança, dentre outros.

2 | PARA COMPREENDER O TRANSTORNO MENTAL

O conceito de loucura sofreu inúmeras mudanças ao longo da história. De acordo com o livro *“O que é loucura”*, Frayse Pereira (não consta na lista de referências) diz que:

Ao final da Idade Média o homem europeu estabelece relação com alguma coisa que confusamente designa Loucura, Demência, Desrazão. Mas essa relação é experiência da em estado livre, isto é, a loucura circula, faz parte da vida cotidiana e é uma experiência possível para cada um, antes exaltada do que dominada (FRAYSE-PEREIRA, 1984, p. 49).

Segundo Jabert (2001), na época do Renascimento, os loucos eram colocados em naus. Esse costume estava ligado à prática comum do “escorraçamento” do louco. Através do escorraçamento, os loucos eram expulsos de suas cidades, algumas vezes sob pedradas ou bastonadas, ou simplesmente deixados a vagar pelos campos, outras vezes, ainda, eram entregues a marinheiros ou mercadores para que fossem levados para longe de sua vila de origem:

Em Frankfurt, em 1399, encarregaram-se marinheiros de livrar a cidade de um louco que por ela passeava nu; nos primeiros anos do século XV, um criminoso louco é enviado do mesmo modo a Mayence. [...] Frequentemente as cidades da Europa viam essas naus de loucos atracar em seus portos” (Foucault, 1972, p. 9).

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS) entendem-se como transtornos mentais e comportamentais as condições caracterizadas por alterações mórbidas do modo de pensar e/ou do humor (emoções), e/ou por alterações mórbidas do comportamento associadas à angústia expressiva e/ou deterioração do funcionamento psíquico global. Os transtornos mentais e comportamentais não constituem apenas variações dentro da escala do «normal», sendo antes, fenômenos claramente anormais ou patológicos.

No Brasil, a criação do Hospício de Pedro II, criado pelo decreto nº 82, de 18 de julho de 1841, foi o marco no tratamento de pessoas com transtorno mental, sendo o primeiro estabelecimento no Brasil a dedicar-se ao tratamento dos alienados.

De acordo com Fernandes e Moura (2011), durante o período da ditadura militar, houve as primeiras manifestações dos trabalhadores de saúde, no sentido de reivindicar atenção diferenciada as pessoas em sofrimento mental, merecendo destaque o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e o Movimento de Renovação Médica (REME) enquanto espaços de discussão e produção do pensamento crítico na área. Com a realização do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em outubro de 1978, tem-se o início

de uma discussão política que não se limita ao campo da saúde mental, estendendo-se para o debate sobre o regime político nacional.

Em março de 1986 foi inaugurado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial do Brasil (CAPS), na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva (BRASIL, 2004). Em 1987 aconteceu em Bauru, SP o II Congresso Nacional do Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) que adotou o lema “Por uma sociedade sem manicômios” (BRASIL, 2005).

Entre 1987 e 1993, observamos um amplo processo de reivindicação na defesa do sujeito com sofrimento mental, merecendo destaque o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), que prima por uma radical transformação na sociedade em relação ao tratamento dispensado ao sujeito com transtorno mental.

A partir da promulgação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001 o Brasil passou a instaurar as diretrizes da Organização Mundial da Saúde e seu escritório regional para as Américas, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A Lei indica uma direção para a assistência psiquiátrica e estabelece uma gama de direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais; regulamenta as internações involuntárias, colocando-as sob a supervisão do Ministério Público, órgão do Estado guardião dos direitos indisponíveis de todos os cidadãos brasileiros.

Nesse contexto e a partir da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, a política de saúde mental do governo federal, obedecendo a Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade. Linhas específicas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país (BRASIL, 2005).

A Portaria nº 52 de 20 de janeiro de 2004 institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. Propõe que o processo de mudança do modelo assistencial deve ser conduzido de modo a garantir uma transição segura, onde a redução dos leitos hospitalares possa ser planejada e acompanhada da construção concomitante de alternativas de atenção no modelo comunitário.

O Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/ Psiquiatria); o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH); a instituição do Programa de Volta para Casa e a expansão de serviços como os Centros de Atenção Psicossocial e as Residências Terapêuticas, permitiram a redução de leitos psiquiátricos no país e o fechamento de vários hospitais psiquiátricos.

Mas apesar de todas as mudanças e conquistas nessa temática, os pacientes ainda vivem em uma espécie de “nau”, pois o hospital de custódia não atribui o formato esperado em lei, sendo um local de cárcere que mantém as pessoas em situações de vulnerabilidade, longes da sociedade e da família, nada muito diferente do que faziam na idade média.

3 I MEDIDA DE SEGURANÇA: PUNIÇÃO X SAÚDE

Segundo Freitas (2014), a medida de segurança é uma providência do Estado, fundamentada no *jus puniendi*, imposta ao agente inimputável ou semi-imputável que pratica um fato típico e ilícito, com base no grau de periculosidade do mesmo. Medida de segurança é toda a reação criminal, detentiva ou não detentiva, que se liga à prática, pelo agente, de um fato ilícito típico, tem como pressuposto e princípio de medida a sua periculosidade e visa finalidades de defesa social ligadas à prevenção especial, seja sob a forma de segurança, seja sob a forma de ressocialização.

Conforme Basileu (1975), as medidas de segurança têm uma finalidade diversa da pena, pois se destina para a “cura” ou, pelo menos, ao tratamento daquele que praticou um fato típico e ilícito. Assim, aquele que for reconhecidamente declarado inimputável, deverá ser absolvido, pois o art. 26, caput, do Código Penal diz ser isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardo, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

O art. 96 do Código Penal enfatiza o tipo de tratamento dispensado a medidas de segurança que são: *I- internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado; II- sujeição a tratamento ambulatorial*. A primeira constitui espécie de medida de segurança detentiva, dada à privação de liberdade que é imposta ao paciente. Destina-se, obrigatoriamente, aos indivíduos inimputáveis (aqueles que não são responsáveis por suas ações) ou semi-imputáveis (aqueles que têm ainda alguma noção dos seus atos, mas não totalmente) que praticarem crimes puníveis com pena de reclusão e, facultativamente, aos indivíduos inimputáveis ou semi-imputáveis que houverem cometido crimes puníveis com pena de detenção.

A segunda espécie dirige-se aos crimes com menor potencial lesivo, puníveis com detenção cumprida sem a privação da liberdade do doente mental. O tratamento ambulatorial também é realizado no hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, nos dias em que lhe for determinado pelos médicos, submetendo-se à modalidade terapêutica prescrita, como se dá no art.101 da Lei de Execuções Penais: “O tratamento ambulatorial, previsto no art. 97, segunda parte, do Código Penal, será realizado no hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou em outro local com dependência médica adequada” (BRASIL,1940, on-line).

A finalidade da medida de segurança seria a adequada reintegração social de um indivíduo considerado perigoso para a própria sociedade. O Código Penal Brasileiro de 1940 instituiu e sistematizou a aplicação da medida de segurança. No seu início, foi adotado o sistema duplo binário (pena + medida de segurança), onde a medida de segurança poderia ser aplicada em concomitância com a pena.

De acordo com o Código Penal Brasileiro, medida de segurança é caracterizada por aplicar condições de imposição às pessoas que não tem o entendimento sobre suas

próprias ações ao realizar um crime, ou, quando a pessoa aparenta ter consciência do que fez, quando na verdade sofre de distúrbios comportamentais oriundos de patologias que não foram diagnosticadas e, portanto, não tem a plena noção da realidade. Essas medidas existem para promover a recuperação do indivíduo e em consequência, a reinserção do mesmo no convívio social.

Dispõe o art. 97, parágrafo 3º do Código Penal: “A desinternação, ou a liberação, será sempre condicional devendo ser restabelecida a situação anterior se o agente, antes do decurso de 01 (um) ano, pratica fato indicativo de persistência de sua periculosidade”(BRASIL, 1940, on-line). A desinternação será sempre em fase de liberdade condicional, nessa o sujeito inicia o tratamento ambulatorial e deixa o tratamento em regime de internação.

Pode ocorrer, caso a internação foi suficiente para o restabelecimento do paciente do mal que lhe afligia, que é comprovado através de exames psiquiátricos, o juiz determinará sua liberação, ou seja, não será necessária a continuação do tratamento, seja em regime de internação, seja em regime de tratamento ambulatorial. Essas desinternações poderão ser realizadas também quando completa a condenação do acusado.

Permitindo uma breve analogia entre a Lei 10.216 e a realidade dos pacientes que cumprem medida de segurança e que se encontram “internados” no HCTP, percebemos a violação dos direitos dos pacientes com transtorno mental em conflito com a lei, pois o tratamento disponibilizado aos mesmos não segue as diretrizes da lei, sendo um “tratamento” pautado nos parâmetros do cárcere, onde a saúde é relegada a um segundo plano, prevalecendo o exercício do poder de punir.

4 | EAP: UMA PROPOSTA POSSÍVEL DE REINserÇÃO SOCIAL

Segundo o Plano de Ação Estadual/Municipal para a PNAISP (2014), considerando os dados coletados junto ao Sistema Integrado de Informações Penitenciárias (INFOPEN) e do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), órgão vinculado ao Ministério da Justiça, em dezembro de 2013, havia no país, 416.175 pessoas custodiadas em unidades penitenciárias. No Estado do Pará, segundo dados da Superintendência do Sistema Penitenciário do Estado do Pará (SUSIPE) o montante de pessoas presas em 2013 totalizava 10.001.

Não distante dos demais Estados da Federação, o plano deixa claro a escassez de vagas na maioria dos presídios no Estado, fato esse que contribui para a individualização de atendimentos para os apenados. Dentre as diversas problemáticas do sistema penitenciário, merece destaque a assistência à saúde dos detentos.

Objetivando criar mecanismos de assistência à saúde às pessoas privadas de liberdade, o Ministério da Saúde por meio da Portaria Interministerial nº 01, de 02 de janeiro de 2014, lança em âmbito nacional a PNAISP, tendo como objetivo ampliar as ações de

saúde no âmbito do SUS às pessoas privadas de liberdade, fazendo com que cada unidade básica de saúde prisional passasse a ser visualizada como ponto de atenção da Rede de Atenção à mesma. Atendendo as normativas da PNAISP, no dia 06 de outubro de 2014 a EAP foi constituída.

No Estado do Pará as primeiras ações da EAP consistiram no acompanhamento de 06 (seis) pacientes desinternados do HCTP em agosto de 2014. Vale ressaltar que os mesmos saíram do HCTP com os vínculos familiares destituídos (devido o crime ter acontecido em ambiente familiar) sem documentos pessoais, sem local de moradia.

A priori, por determinação judicial, e devido à ausência de vagas nas Residências Terapêuticas, 04 (quatro) destes pacientes passaram a residir provisoriamente em 02 (dois) CAPS e 02 (dois) foram direcionados para uma Residência Terapêutica (RT). A EAP então passou a acompanhar o processo de desinstitucionalização dos mesmos.

A partir das primeiras ações a EAP obteve-se os seguintes resultados: emissão de documentos pessoais para os pacientes; retorno de 02 (dois) ao convívio familiar, sendo 01(um) da RT e 01(um) do CAPS. Considerando as reivindicações dos funcionários do CAPS em “abrigar” os usuários (por entenderem que o serviço não se destina a moradia), somado a ausência de RT’s disponíveis para abriga-los, a EAP passou a intensificar o diálogo com a Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CESMAD), objetivando identificar alternativas de acolhimento.

Em fevereiro de 2015 a EAP conseguiu junto a CESMAD, moradia para os 03 (três) usuários que estavam no CAPS, sendo que os mesmos passaram a residir na Unidade de Reabilitação Psicossocial (URPS), espaço que abrigava os usuários egressos do antigo Hospital Juliano Moreira (desativado em 1984). Em janeiro de 2016, foram inauguradas 02 (duas) RTs e os usuários remanescentes do URPS passaram a residir nas mesmas. Assim, o espaço do URPS foi readaptado, transformando-se em uma República Terapêutica de Passagem (RTP), destinada em acolher os usuários desinternados do HCTP, sem vínculo familiar.

A EAP também acompanha 46 (quarenta e seis) usuários desinternados do HCTP que não perderam o vínculo familiar, seguindo as mesmas diretrizes de atendimento. Vale ressaltar que a EAP, conseguiu vaga em abrigo para 01(um) paciente desinternado, além de promover o retorno de 01 (uma) paciente do sexo feminino ao convívio familiar, a mesma cumpriu medida de segurança durante 16 anos no HCTP, após sua desinternação a EAP conseguiu localizar seus familiares no município de Marabá-Pará, promovendo o retorno da mesma ao convívio familiar e comunitário.

Outro exemplo, ocorrido em outubro de 2016, foi o retorno para a família de um paciente, no Estado de Goiás, onde a equipe realizou a busca ativa pela família e estabeleceu o contato, realizando o retorno do paciente para a família. Além disso, EAP também direciona suas ações a 40 (quarenta) pacientes desinternados, porém com vínculos familiares preservados.

Quanto à rede de serviços, temos mapeado em âmbito estadual os seguintes serviços: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Estratégia Saúde da Família (ESF), além das parcerias com o Tribunal de Justiça do Estado do Pará (TJPA), Defensoria Pública do Estado do Pará (DPU/PA), Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e Secretaria de Estado de Assistência Social, Trabalho, Emprego e Renda (SEASTER).

Devido às desinternações de alguns usuários do HCTP, somado a necessidade de atendimento ambulatorial de alguns usuários que cumprem medida de segurança em meio aberto, a EAP passou a dialogar com os trabalhadores dos CAPS e do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no sentido de sensibilizá-los para importância de acompanhamento desse público alvo na RAP's.

A partir da constatação das dificuldades que envolviam o processo de inclusão social de pessoas oriundas de HCTP's, passamos a estabelecer processos de comunicação com instituições como INSS e Companhia de Habitação do Estado do Pará (COHAP/PA), a fim de sensibilizar as instituições para o atendimento desta demanda, conseguindo êxito nesta empreitada. Hoje temos um fluxo estabelecido de pessoas que são encaminhadas ao INSS e conseguem acessar benefícios como o Benefício de Prestação Continuada (BPC). No caso da COHAB, estamos iniciando diálogo, para inclusão de alguns usuários no programa de Cheque Moradia e no Programa Minha Casa Minha Vida.

Objetivando restituir os vínculos familiares dos usuários, a EAP realiza visitas domiciliares aos familiares, no sentido de prestar as orientações necessárias quanto aos acolhimentos desses sujeitos. No que tange as reuniões, as mesmas são realizadas periodicamente e seguem o calendário do Grupo Condutor da PNAISP. Geralmente a EAP recebe informações quanto à implementação da PNAISP, além de repassar os informes referentes às suas ações.

Considerando a necessidade de identificarmos os pacientes com transtorno mental que cumpre medida de segurança em meio aberto, realizamos visita à equipe do Setor de Fiscalização de Benefício e Desenvolvimento Social do Tribunal de Justiça do Estado do Pará (SEFIS/PA) e tivemos acesso à relação dos usuários. A partir da relação, passamos a verificar se os usuários estão sendo acompanhados nos serviços através de visitas periódicas aos CAPS. Assim como diálogo constante com a equipe do HCTP e discussão para construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS), se configura como um dispositivo que articula interdisciplinarmente a discussão de forma ampla e coletiva do planejamento das ações de saúde dos desinternados do HCTP, para que ao saírem já o levem para a Rede Básica de Saúde (RAPS).

Desde a sua implementação a EAP contribui com a reinserção social de 51 pessoas, desse montante, 28 retornaram ao ambiente familiar, 11 estão na RTP, 06 estão residindo só, 05 estão em situação de rua e apenas 01 foi reinternado devido à falha na execução

do PTS. Ao longo desses quatro anos, a EAP ratifica que a reinserção de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei é possível, fato que até então era impensado no Estado do Pará. Frente ao exposto a EAP se move por um comprometimento ético-político que permite ir além do ôntico, acreditando nas diretrizes da lei da Reforma Psiquiátrica, coadunando com o Movimento de Luta Antimanicomial que prima por uma sociedade sem manicômios.

5 | CONCLUSÃO

Compreender o processo de reinserção social de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei é mergulhar em um universo marcado por contradições e conflitos de cunho social, cultural, político e econômico cujos rebatimentos se configuram nas mais variadas formas de expressão da questão social, merecendo destaque: o medo, insegurança, vulnerabilidade social, debilidade de políticas públicas, dentre outros.

No âmbito social o processo de reinserção social de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei encontra sérias dificuldades para sua efetivação devido a ao estigma do “medo” que persiste tanto no âmbito dos profissionais quanto na própria sociedade, porém a atuação da equipe vem contribuindo para a progressiva desmistificação, construindo uma nova cultura nos diversos segmentos envolvidos no processo de desinstitucionalização.

No que tange ao aspecto político, nota-se que tanto a correlação de força entre movimentos sociais e governo produziu diversas políticas públicas que possibilitou o atendimento de grande parte das demandas das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, porém a prática desenvolvidas ao longo dos anos nos mostra que apesar dos avanços, muitos profissionais envolvidos no cuidado, ainda não se apropriaram de tais políticas, e, por conseguinte, reproduzem práticas e discursos que remontam ao período da plena atividade dos manicômios, se concebido como estruturas arquitetônicas construídas para enclausuramento, se configurando enquanto conjunto de práticas e discursos segregativos e punitivos transmitidos culturalmente.

A experiência vivenciada pela EAP/PA, nos últimos 04 (quatro) anos ratifica os parâmetros da Lei 10.216, onde é possível afirmar que a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei possuiu todas as possibilidades de viver no ambiente familiar e comunitário, onde o território deve ser considerado o lugar de tratamentos dos mesmos. A EAP/PA legitima seu compromisso ético-político de garantir os direitos dos usuários, não hesitando em combater discursos e práticas que desejam cercear os direitos garantidos através de leis e portarias. Seguimos inventando novas tecnologias, realizando parcerias com outros movimentos sociais, Instituições de ensino superior, órgãos ligados à comunicação, etc. Afirmando sempre que é possível termos uma sociedade sem manicômios.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940**. In: Código Penal. Rio de Janeiro, 31 dez. 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7210compilado.htm. Acesso em: 05 de abr. 2019.

BRASIL. **Lei nº 10216 de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 9 de abr. 2001. Disponível em: <https://hpm.org.br/wp-content/uploads/2014/09/lei-no-10.216-de-6-de-abril-de-2001.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 94/GM/MS, de 14 de janeiro de 2014**. Institui o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), Brasília, 2014. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PORTARIA_N_94_14_01_14.pdf. Acesso em: 14 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: **Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília: CGMAD, 2005. p. 6 - 9. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf Acesso em: 15 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em: 08 maio 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde no Sistema Prisional. **Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 58 p.

DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Brasília: Letras Livres: Editora UNB, 2013.

FERNANDES, Flora; MOURA, Joviane A. **A instituição da loucura: enquadramento nosológico e políticas públicas no contexto da saúde mental (parte II)**, 2009. Disponível em: <https://psicologado.com.br/psicopatologia/psiquiatria/a-institucionalizacao-da-loucura-enquadramento-nosologico-e-politicas-publicas-no-contexto-da-saude-mental-parte-ii>. Acesso em: 14 abr. 2019.

FOUCAULT, M. **A história da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

FREITAS, Ana Clélia de. **Medida de segurança: princípios e aplicação**, 2014. Disponível em: <http://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/8536/Medida-de-segurancaprincipios-e-aplicacao>. Acesso em: 01 de mar. 2019.

GARCIA, Basileu. **Instituições de Direito Penal**. São Paulo: Max Lomonard, 1975.

JABERT, Alexander. **Da nau dos loucos ao trem de doido: As formas de administração da loucura na Primeira República – o caso do estado do Espírito Santo**. 2001. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/5355/2/532.pdf>. Acesso em: 05 de abr. 2019.

CAPÍTULO 23

A INTERFACE ENTRE JUSTIÇA CRIMINAL E DEPENDÊNCIA QUÍMICA: PROJETO JUSTIÇA TERAPÊUTICA EM PORTO VELHO / RO

Data de aceite: 01/03/2021

Data de submissão: 08/12/2020

Ana Paula Baldez Santos

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, PUCRS
Tribunal de Justiça do estado de Rondônia
<http://lattes.cnpq.br/4008704711430643>

Liliane Flores de Freitas Gonçalves

Tribunal de Justiça do estado do Paraná
<http://lattes.cnpq.br/0454144609248726>

Camila Sibely Ferreira Moura Macedo

Faculdades Integradas Aparício Carvalho
FIMCA/RO
<http://lattes.cnpq.br/7307259833157897>

Alice Silva da Cunha

Faculdades Integradas Aparício Carvalho
FIMCA/RO
<http://lattes.cnpq.br/7733242373482155>

RESUMO: O presente estudo teve como objetivo analisar a interface da justiça criminal e a dependência química através do Projeto Justiça Terapêutica em Porto Velho/RO que se refere a medidas alternativas para pessoas que cometeram atos delitivos em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, sendo este um dos condicionantes para a inserção da criminalidade.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental. Dependência Química. Justiça Terapêutica.

THE INTERFACE BETWEEN CRIMINAL JUSTICE AND CHEMICAL DEPENDENCE: THERAPEUTIC JUSTICE PROJECT IN PORTO VELHO / RO

ABSTRACT: The objective of this study was to analyze the interface between criminal justice and chemical dependency through the Therapeutic Justice Project in Porto Velho / RO, which refers to alternative measures for people who have committed delinquent acts as a result of abusive use of alcohol and other drugs. this is one of the conditions for the insertion of criminality. In the results, the hypothesis was denied.

KEYWORDS: Mental health. Chemical dependency. Therapeutic Justice.

INTRODUÇÃO

A dependência química é considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma doença biopsicossocial, com sintomas e características divergentes para cada indivíduo, considerando a droga e a quantidade usada, podendo chegar a uma lista de onze sintomas, com distúrbios patológicos que afetam a vida social, biológica e mental dos indivíduos. Pela Classificação Internacional de Doenças, elaborado pela OMS e utilizado pelo SUS, existem critérios para indicação de diagnósticos que servem para ajudar o profissional de saúde a classificar os problemas relacionados ao uso de substância, atualmente é o CID-10 com variações entre o F10 à F19 - Transtornos mentais e comportamentais devido

ao uso de substâncias psicoativas (SOARES *et al*, 2016).

No Brasil, a partir de 2003, com a criação da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, a dependência e o uso abusivo de álcool e outras drogas é considerado um problema de saúde pública e como tal repercute de forma negativa em diversos âmbitos da vida social, desde os gastos com o tratamento de saúde até aqueles com repressão ao tráfico e aumento do número de vagas nos presídios.

Há interface com a justiça quando se refere ao cometimento de atos delitivos em decorrência do uso abusivo de drogas, sendo este um dos condicionantes para a inserção a criminalidade. Somente a partir de 1998, passa-se a ter outro olhar sobre o uso abusivo de drogas, até então as ações somente eram focadas na repressão ao tráfico de drogas ilícitas, sendo aplicada a mesma sanção ao usuário, ao traficante, bem como aqueles que cultivavam, sem distinção na aplicação da pena Com a Lei 11.343/2006 (SISNAD), passa-se a distinguir usuário de traficante e definir atividades em atenção a reinserção social de usuários e dependentes de drogas. A Lei estabelece a aplicação de advertência, socioeducação (comparecimento a programas educativos), prestação de serviços à comunidade e internações para tratamento de desintoxicação, para esses que não se classificam traficantes. Entretanto, ainda há muita polêmica social no que tange a considerar, ou não, o usuário como criminoso.

No que tange à Justiça Criminal, encontra-se em execução, há quase 20 anos em vários estados brasileiros, o Programa Justiça Terapêutica. A Justiça Terapêutica é uma medida jurídica adotada com foco no encaminhamento de infratores ao tratamento, ou seja, indivíduos que por ocorrência do uso abusivo de drogas cometeram contravenções penais, onde é aplicado a sanção de uma intervenção terapêutica através da rede de atenção à saúde mental como: CAP'S, comunidades terapêuticas, hospitais etc. O Poder Judiciário de Rondônia, desde 2015, através da equipe psicossocial da Vara de Execução de Penas e Medidas Alternativas, em parceria com a rede de atenção à saúde mental de Porto Velho, executa o Projeto Justiça Terapêutica com o objetivo de “viabilizar oportunidade de tratamento para pessoas em uso abusivo de drogas que tenham, por isso cometido atos delitivos.”

A pesquisa teve como hipótese indivíduos infratores que tem suas penas substituídas por tratamento de desintoxicação na rede de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – CAPS ad e abandonam o tratamento por se perceberem discriminado pela equipe de atendimento. No entanto, o resultado negou a hipótese inicial adotada.

METODOLOGIA

A pesquisa é de natureza exploratória, quali-quantitativa, com instrumentos documental, bibliográfica e de campo. Os participantes da pesquisa foram a equipe multidisciplinar do judiciário que encaminhou os apenados ao serviço de saúde CAPS ad, no período de

março/2016 a agosto/2017, durante a vigência da portaria que instituiu o projeto Justiça Terapêutica em Porto Velho, a equipe que os recebeu no CAPS ad e os apenados que tiveram mais de 50% de frequência nas atividades desenvolvidas no referido serviço de saúde. Os apenados participantes da pesquisa foram aqueles relacionados pela equipe multiprofissional da Vara de Penas e Medidas Alternativas, de ambos os sexos, maiores de 18 anos e residentes em Porto Velho. Os instrumentos utilizados foram: a escala de avaliação SATIS-BR, (Escala de Avaliação da Satisfação em Serviços de Saúde Mental), entrevista com a equipe multiprofissional da VEPEMA/TJRO e do CAPS ad e levantamento de dados sociodemográficos e permanência dos apenados no projeto Justiça Terapêutica. De acordo com a análise dos dados, a hipótese inicial foi negada na análise dos resultados da escala SATIS-BR, composta por perguntas objetivas, ou seja, optativas, porém a partir dos dados apresentados em resposta às perguntas abertas, composta na escala, percebeu-se que estes não se sentem estimulados pela equipe no que se refere a busca ativa constante, ou seja, aqueles que desistem, não são procurados pela equipe para darem continuidade ao tratamento, desse modo deve-se buscar uma articulação dos mecanismos sociais, culturais, econômicos, entre outros, que venham somar a este enfrentamento, possibilitando assim uma resposta estatal e social benéfica e eficaz.

MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL

Dos transtornos psíquicos tratados na Saúde Mental, o uso abusivo de SPA é um deles. A legislação que instituiu o atendimento a todos os indivíduos com transtornos psíquicos, a Política Nacional de Saúde Mental, acrescentou em seu dispositivo o reforço na criação de ambientes comunitários, interdisciplinares e de cuidado terapêutico de forma a garantir o serviço assistencial em saúde mental.

Um dos maiores marcos da reforma foi a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). O primeiro CAPS inaugurado no Brasil data de 1986, na cidade de São Paulo, fruto do movimento social citado anteriormente, onde se expandiu para vários outros estados e municípios do país, se tornando um dispositivo eficaz para a diminuição de internações.

O Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) foi criado a partir da Portaria GM 224/92, entretanto a Portaria nº 336/GM de fevereiro de 2002, rege as normas atuais dos centros e integram a rede ao SUS, que atende pessoas que sofrem com transtornos mentais, onde oferece atendimento clínico e de reabilitação. De acordo com Schneider (2015), para a efetividade da atenção à saúde mental, a rede deve estabelecer interligação com outras instituições, associações cooperativas, centros culturais e esportivos para além do dispositivo de saúde. Para que esses espaços criem vínculos de produção de vida nos territórios dos usuários, articuladas de forma intersetorial com a rede educacional, de assistência social, cultura, segurança pública entre outros.

A Rede de Serviços e Atenção Psicossocial (RAPS) foi criada para atender as diversas necessidades do usuário, de forma plural, com acesso irrestrito ao SUS. Essa rede é composta pelos seguintes serviços: CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), em suas diferentes modalidades; Serviço Residencial Terapêutico (SRT); Unidade de Acolhimento (adultos e infanto-juvenil); Enfermarias Especializadas em Hospital Geral; Hospital Psiquiátrico; Hospital-Dia; Atenção Básica; Urgência e Emergência; Comunidades Terapêuticas; Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental.

A POLÍTICA DE DROGA NO BRASIL E O SISTEMA DE JUSTIÇA

Somente a partir de 1998, passa-se a ter outro olhar sobre o uso abusivo de drogas e a dependência química, até então as ações somente eram focadas na repressão ao tráfico de drogas ilícitas, sendo aplicada a mesma sanção ao usuário e ao traficante, bem como aqueles que cultivavam plantas destinadas a preparação de pequenas quantidades para o consumo próprio, sem distinção na aplicação da pena. O I Fórum Nacional Antidrogas, “foi o primeiro passo para a criação da Política Nacional Antidrogas (PNAD), que apenas foi instituída em 2002, através do Decreto nº4.345 de 26 de agosto de 2002” (FONSÊCA, 2017, p.124-125).

Como instrumento de execução da Lei de Drogas, é instituído Sistema Nacional de Política Pública Sobre Droga (SISNAD), que tem por finalidade articular e integrar atividades sistemáticas, transdisciplinar, consagrando a responsabilidade compartilhada, abrangendo todas as dimensões relacionais dos indivíduos que se encontram em tratamento terapêutico. Assim sendo, o SISNAD preceitua medidas para prevenção do uso indevido, a reinserção social de usuários e dependentes de drogas, adotada no tocante à situação da saúde pública.

Após ser reconhecida a dependência química como um problema de saúde mental, ocasiona-se uma mudança de paradigma entre a justiça criminal e a política de saúde mental, sendo implementado nos Tribunais do Brasil um conjunto de medidas e ações que possibilitem aos usuários e dependentes de drogas a compreenderem e refletirem sobre as suas realidades, na perspectiva de efetivar sua reinserção social.

Em 2006, o provimento nº 04/2010 da Corregedoria do Conselho Nacional de Justiça, definiu medidas com vistas à eficácia e ao desempenho do judiciário na implantação de atividades em atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, nos termos do art.28, § 7º da lei 11.343/2006. O sistema de justiça passa então a julgar e punir traficante e usuário de forma diferenciada, ou seja,

USUÁRIO: Não poderá ser preso em flagrante, como acontecia antes, e sua pena é alternativa: advertência, prestação de serviços à comunidade ou medidas educativas, o intuito é mudar essas pessoas do âmbito penal para o âmbito da saúde pública. O usuário deve assinar um termo, uma espécie de boletim de ocorrência para crimes de menor gravidade, diante de um juiz ou,

na falta deste, na frente da autoridade policial no local da abordagem.

TRAFICANTE: é punido com pena de prisão de 5 a 15 anos. Importar, exportar e guardar drogas e cultivar matéria-prima para o tráfico causam a mesma, as ordens anteriores à Lei de Drogas, como a Constituição e a Lei de Crimes Hediondos, determinam que os condenados por tráfico não devem ser favorecidos com a extinção de suas penas anistia, graça ou indulto (BARBOSA, 2017, p.20).

Com essas determinações legais, anula-se a pena de prisão em flagrante aos usuários de drogas e aplicam-se medidas educativas, como: advertência sobre os efeitos da droga, prestação de serviços à comunidade e participação em programas ou cursos educativos.

JUSTIÇA TERAPÊUTICA: BRASIL E PORTO VELHO

Partindo do termo Justiça Terapêutica, faz-se necessário entender o sentido epistemológico das palavras, “Justiça” conceito que engloba aspectos dos direitos legais e sociais enquanto “Terapêutica” é relativo as ciências médicas, definida em tratamento e reabilitação em uma situação patológica, consagrando assim direitos, ou seja, a inter-relação entre saúde e os direitos dos cidadãos na busca da resolução de conflitos com a lei associados ao uso, abuso e a dependência de substâncias psicoativas (BACELLAR, 2011)

Para tanto, a Justiça Terapêutica busca evitar os danos sociais e a reincidência criminal, preocupando-se em tratar a raiz do problema. A legislação atual possibilita esta nova forma de trabalho com infratores usuários de drogas, oportunizando um tratamento terapêutico especializado. Assim, conseqüentemente contribuirá para a redução do superencarceramento, diminuição dos casos de reincidências e a redução dos custos sócio financeiros, sendo o encarceramento muito mais oneroso para o infrator, para sociedade e para o Estado. (SILVA¹; QUEROZ²; QUEIROZ³; BARBOSA, 2009)

O público alvo desta intervenção são pessoas que tenham cometido infrações penais de menor potencial ofensivo como crimes de trânsito, furtos entre outros, sob o efeito de álcool e outras drogas. Esses por sua vez, devem ser acompanhadas pelas equipes multiprofissionais das varas especializadas e pela equipe de saúde da rede de atendimento a usuários de álcool e outras drogas, composta por assistentes sociais, psicólogos e pedagogos entre outros profissionais que elaboram relatórios, avaliações para o juiz da situação (VERGARA, 2011).

Para tanto, a inclusão no programa Justiça Terapêutica é menos danoso do que um processo criminal ou uma pena de privação de liberdade, considerando que o programa possibilita a redução de danos individuais e sociais. Faz-se necessário a execução dessas medidas específicas, pelo aumento do uso de substâncias estarem cada vez mais atreladas à violência e à criminalidade, tornando-se uma problemática complexa.

No Brasil, a Justiça Terapêutica começou a ser propagar nos anos de 1990 no Rio

Grande do Sul, inicialmente pelos operadores do Direito, seguido dos trabalhadores sociais e especialistas das mais diversas áreas, posteriormente implementado no Rio de Janeiro, Pernambuco e no Distrito Federal nos juizados da infância e da juventude, “uma mudança de paradigma em relação a aplicação de penas a estes sujeitos, ou seja, a interface das ciências jurídicas com outras ciências (VERGARA, 2011, p. 174).”

No Brasil, sob a visão do programa Justiça Terapêutica, a inclusão do indivíduo infrator ao tratamento de desintoxicação não é obrigatória, podendo o mesmo optar em responder o processo criminal ou submeter-se ao tratamento, este último viabiliza o processo ressocializador como preconizam as legislações. (TRINDADE, 2009).

As principais críticas tecidas à Justiça Terapêutica no Brasil, se dão justamente por conta da concepção que o uso abusivo de drogas está ligado a um problema moral, ou seja, culpabilizando o sujeito, dissociando-os da doença “dependência química”, objetivando apenas a questão pessoal, como se usuário ou dependente de drogas ao cometer delitos tivesse total escolha (FERREIRA, 2005)

Já Fensterseifer (2009) afirma que, os defensores dessa vertente sustentam a implantação de políticas de cunho social, as quais desconstruem a estrutura classista exigida pelo capitalismo e estimulam o desenvolvimento da social democratização, como a abordagem mais adequada ao comportamento tido como desviante.

Os magistrados que atuam em consonância com a vertente defensora da aplicação do Justiça Terapêutica, reconhecem a existência de uma enfermidade biopsicossocial que acomete essa clientela, necessitando assim se adaptarem a esse novo enfoque (LIMA, 2009).

Em Porto Velho, “O Projeto Justiça Terapêutica” iniciou-se em 2015, executado pelo Poder Judiciário do Estado de Rondônia, na comarca de Porto Velho, pela a Vara de Execução de Pena e Medidas Alternativas – VEPEMA, norteadas pela Portaria Conjunta n 03, de 06 de julho de 2015, que dispõe sobre as normas de inclusão dos prestadores participantes ao Projeto Piloto Justiça Terapêutica, visando a democratização e o acesso a cidadania. Sendo essa política criminal adotada pelo juiz no tocante à grave situação de saúde pública, envolvendo a reincidência criminal, como uma forma de enfrentamento à violência relacionada ao uso abusivo de drogas (TJRO, 2015) e atendendo ao disposto na Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Sobre Drogas (SISNAD), e prevê no parágrafo sétimo, do artigo 28 que: “O juiz determinará ao Poder Público que coloque à disposição do infrator, gratuitamente, estabelecimento de saúde, preferencialmente ambulatorial, para tratamento especializado (BRASIL, 2006).”

Segundo Relatório do Núcleo Psicossocial (2010), uma das problemáticas levantadas pela VEP/VEPEMA-TJ/RO, foi a dificuldade de encaminhar e manter prestadores para o cumprimento das alternativas penais nas instituições cadastradas, bem como a existência de uma restrição a inclusão de prestadores que fossem drogaditos, assim como a falta de instituições cadastradas com capacidade técnica em receber este público. Diante do

exposto surgiu a necessidade de cadastrar instituições localizadas em Porto Velho que atendessem esse perfil psicossocial.

O atendimento no Projeto Justiça Terapêutica se dar por pedido do próprio apenado durante a audiência admonitória ou de justificação, ou através Advogado/Defensor Público/família. Caso o apenado (prestador de serviços ou em Sursis) preencha os requisitos suficientes de inclusão no projeto o Juiz do Ministério Público/RO, é encaminhado ao Núcleo Psicossocial da VEPEMA, onde a equipe realiza um estudo psicossocial. A equipe se utiliza dos seguintes instrumentos: ASSIST (Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool e Substâncias Psicoativas), para averiguação do estágio da dependência química, entrevista motivacional e levantamento sociodemográfico.

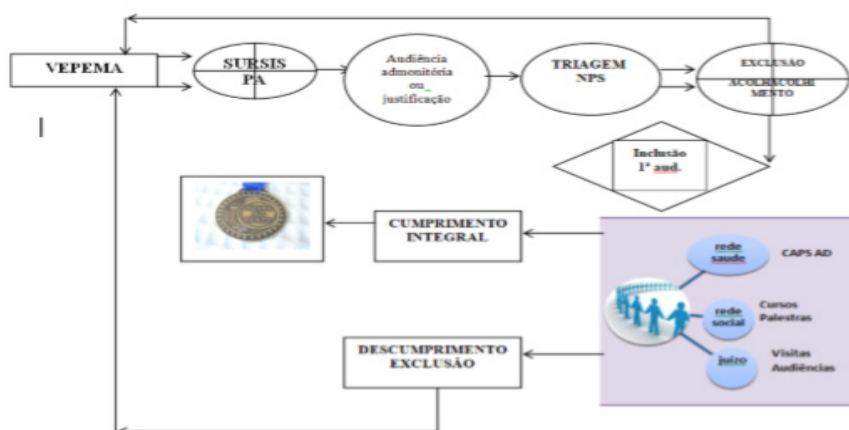


Figura - 3 Fluxo de encaminhamento

Fonte: Projeto Piloto Justiça Terapêutica - NUPS/VEPEMA/RO/2016.

Periodicamente são realizadas reuniões e eventos com a rede de apoio municipal na execução deste Projeto, a fim de articular e elaborar estratégias que melhor respondam a esse enfrentamento, possibilitando a redução da reincidência criminal associada ao uso de droga, na perspectiva de viabilização da reinserção social.

Nos casos de interrupção ao tratamento, são dadas duas oportunidades para o paciente uma vez que o projeto considera a recaída como parte do tratamento. Realiza-se busca ativa aos beneficiários, a fim de estimulá-los na continuidade do tratamento, bem como a informação ao magistrado e as autoridades competentes da interrupção e/ou dificuldades apresentadas por estes na execução do tratamento.

Todas as informações acerca da execução das atividades realizadas pelo paciente devem ser encaminhadas para a VEPEMA, pelas entidades que ministram o tratamento aos

encaminhados, para serem anexados no processo do paciente como demonstração da evolução deste, bem como para a remissão da pena, considerando que a frequência nas atividades estipuladas no PTS é quantificada em detrimento do deferimento penal.

A captação de vagas na rede de atendimento se dá partir do momento em que os beneficiários começam a participar das capacitações e a entender a proposta do projeto, assim iniciam-se as tratativas através de reuniões com a equipe do CAPS Ad, quanto ao acompanhamento ao tratamento por parte da VEPEMA realiza-se através de entrevistas agendadas e visitas técnicas institucional e/ou residência, bem como atendimentos psicológicos nas dependências da VEPEMA.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DA PESQUISA

A abordagem da pesquisa foi com triangulação de dados, contemplando uma investigação quali-quantitativa, com intenção de avaliação de um serviço de saúde na temática de álcool e outras drogas na interface com o sistema da Justiça Criminal, a partir do Projeto Justiça Terapêutica de Porto Velho. O desenvolvimento da pesquisa envolveu os seguintes participantes: equipe multiprofissional da Justiça que encaminhou os apenados aos serviços de saúde de mental, no período de março/2016 a agosto/2017, bem como a equipe que os recebeu no CAPS ad (um Assistente Social, uma Psicóloga, um Enfermeiro e um Médico Clínico Geral) e aqueles pacientes relacionados pela equipe multiprofissional do NUPS/VEPEMA que tiveram mais de 50% de frequências nas atividades desenvolvidas nos serviços, de ambos os sexos, maiores de 18 anos e residentes em Porto Velho .

Para a amostra de participantes encaminhados pela Justiça composta por 5 (cinco) pacientes, aplicou-se uma escala de avaliação SATIS-BR (Escala de Avaliação da Satisfação em Serviços de Saúde Mental), elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como instrumento de avaliação, que visa aferir os serviços de saúde mental, escala esta elaborada para avaliação de satisfação dos três agentes envolvidos nos serviços – pacientes, familiares e profissionais –, assim como a sobrecarga sentida pelos profissionais e familiares. Nesta pesquisa utilizou-se especificamente a que coleta a satisfação dos pacientes dos serviços.

Para a análise dos dados coletados foi utilizado a técnica de Análise de Conteúdo de Lawrence Bardin (2009), considerando a necessidade de ultrapassar as incertezas consequentes das hipóteses e pressupostos, pela necessidade de enriquecimento da leitura por meio da compreensão das significações e pela necessidade de desvelar as relações que se estabelecem além das falas propriamente ditas.

Os dados sociodemográficos dos encaminhados para o tratamento no CAPS ad, considerando os critérios de inclusão na pesquisa foi composta por 5 (cinco) participantes, sua composição foi de 20% do Gênero Feminino e os outros 80% do Gênero Masculino. Os mesmos se declararam 20% preto, 20% branco e outros 60% consideraram-se pardos.

Perante a apresentação das estratégias da execução do Projeto Justiça terapêutica, que foram externadas de forma equânimes pelos profissionais, estas mostram-se como “uma mudança de paradigma em relação a aplicação de penas a estes sujeitos, ou seja, a interface das ciências jurídicas com outras ciências (VERGARA, 2011, p. 174)”. Neste prisma a adesão a novas alternativas penais, em observância a particularidade do infrator, propiciam a possibilidade de elaborar respostas concretas.

Ao indagarmos como se estabelece a relação da equipe do CAPS ad com a Justiça diante dos pacientes encaminhados pelo Núcleo Psicossocial da VEPEMA/TJRO, obtivemos as seguintes respostas: 50% dos profissionais relatou a relação de receptividade e a articulação entre os órgãos; 25% reconhece a resistência dos atendimentos nos serviços aos dependentes químicos encaminhados pela Justiça e os outros 25% não reconhecimento da relevância da prestação destes serviços a essa clientela.

Diante dos relatos apresentados pelo profissional da existência da rotulação e do preconceito produzido na sociedade perante aos pacientes que são dependentes químicos estes acarretam a resistência dos serviços, por esse prisma o uso de álcool e outras drogas acabou propagando uma cultura que associa à criminalidade, tendo como consequência inúmeras implicações, sendo elas sociais, psicológicas, econômicas e políticas.

Referente a maneira que os apenados se sentiram tratados em termos de respeito e dignidade perante a oferta dos serviços de saúde, de acordo com a escala SATIS-BR, 80% responderam sempre nos serviços prestado pelo o CAPS ad se sentirem respeitados e outros 20% disseram geralmente se sentirem respeitado. Alcançando este item média = 4,8 a partir da soma de todos os valores respondidos pela amostra.

De acordo com o grau de avaliação dos encaminhados referente a pessoa que os admitiu ao tratamento, este mostrou-se ouvinte a sua problemática e suas necessidades, responderam 80% destes quase sentiram ouvidas o bastante e outros 20% sentiu-se muito ouvida pela pessoa que o admitiu. A média deste item = 4,2 diante da soma total da amostra. Como eles classificaram a acolhida dos profissionais do CAPS ad responderam 20% amigável e 80% muito amigável, soma da média = 4,4.

Ao conforto e a aparência da unidade de saúde CAPS ad do Município de Porto Velho, 20 % dos respondentes da pesquisa afirmaram estarem satisfeitos e outros 80% score 5 estarem muito satisfeito. Estes classificaram as condições gerais como (Banheiro, cozinha, refeições, prédio, etc.) da unidade com score = 4 ser boas, quantificando 80% e os outros 20%excelentes.

Em relação ao ambiente físico, a política nacional de humanização relata que deva ser acolhedor, possuir tecnologias e outros componentes estéticos ou sensíveis ao olhar, alfado e audição, por exemplo, a luminosidade, os ruídos, a temperatura etc. Para melhor comodidade e prestação dos serviços (BRASIL,2004).

A partir dos dados levantados quanto ao percentual de permanência dos apenados no projeto Justiça Terapêutica, observou o seguinte resultado 40% destes permaneceram

acima de 50% das atividades desenvolvidas no tratamento do CAPS ad e 40% frequentaram 80% do tratamento e outros 20% concluíram.

CONSIDERAÇÕES

A partir das experiências apresentadas na pesquisa em outros estados como Pernambuco e Goiás, as medidas adotadas no programa JT são implementadas de forma articulada na perspectiva intersetorial, com a rede de serviços consistente, mostrando-se um paradigma de enfrentamento eficaz, na resolução de conflitos com a Lei associado ao uso de álcool e outras drogas, atingindo a raiz do problema.

Partido dessa análise, percebeu-se que a rede local de Porto Velho não atende os objetivos do programa, uma vez que precisa adaptar-se a execução intersetorial que visa o sujeito em sua totalidade e singularidade, e a sua inserção em todas as políticas sociais para que venha reintegrá-lo em um todo.

Os resultados da pesquisa revelaram que essa interface entre a Justiça Criminal e a Política de Saúde Mental em Porto Velho-RO, ainda não se dar neste viés de intersectorialidade e integralidade, não havendo articulação com a rede social, ou seja, os encaminhamentos aos serviços profissionalizantes, educacionais entre outros, não pode ser observado, tendo em vista que estes possibilitam a reintegração na sociedade.

Mediante a análise dos resultados da escala SATIS – BR, foi possível observar algumas dificuldades e possibilidades vivenciadas pelos pacientes, respectivamente a entrega da medicação, o tempo de espera, curto espaço destinado aos grupos e a não busca ativa dos faltosos. É sabido que a pessoa acometida por esta patologia está sujeita a recaídas, necessitando de estímulos cotidianamente. Portanto é possível inferir que existem vários fatores envolvidos nesse processo que influenciam o desenvolvimento da dependência de drogas, tais como fatores: ambientais, comportamentais (personalidade) e genéticos.

REFERÊNCIAS

BACELLAR, Roberto Portugal; MASSA, Adriana Accioly Gomes. **Integração de competências no desempenho de atividades judiciário com usuários e dependentes de drogas**/ organização de Paulina do Carmo A. Vieira e Arthur Guerra de Andrade Brasília: Ministério da Justiça, Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011.

BANDEIRA, M. e Silva, M.A. (2012). **Escala de satisfação dos pacientes com os serviços de saúde mental (SATIS-BR): estudo de validação**. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61(3): 124-132.

BARBOSA, R. **“Lei de Drogas: A distinção entre usuário e traficante, o impacto nas prisões e o debate no país.** 2017. Disponível em: <https://www.nexojournal.com.br/explicado/2017/01/14/Lei-de-Drogas-a-distincao-A7%CA3o-entre-usu%C3%A1rio-e-trafficante-o-impacto-nas-pris%C3%B5es-e-o-debate-no-pa%C3%ADs>. Acesso em 16/10/2018.

BARDIN, Lawrence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. Câmara dos Deputados. Comissão Parlamentar de Inquérito Destinada a Investigar a Realidade do Sistema Carcerário Brasileiro. **CPI– sistema carcerário brasileiro** [recurso eletrônico]: relatório final Edições Câmara, 2017. – (Série comissões em ação ; n. 57 PDF)Disponível em: www.livraria.camara.leg.br. Acesso em 15 de janeiro de 2018, às 10:30.

_____. 2017. **Justiça Terapêutica goiana recupera réus dependentes de drogas**. Disponível em:<http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/84646-justica-terapeutica-goiana-recupera-reus-dependentes-de-drogas>. Acesso em: 24 de outubro de 2018.

_____. LEI N.10.216, 6 DE ABRIL DE 2001.Dispõe sobre a proteção e os direitos, das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em ssaúde mental. Diário Oficial[da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 19, set,1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso: 12 de out, 2018.

_____. 11.343 /2006. Sistema Nacional de Políticas públicas Sobre Drogas. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/L11.343.htm. Acesso em: 12 de setembro de 2018.

_____. Ministério da Justiça/Secretaria Nacional sobre Drogas. **Efeitos de substâncias psicoativas: módulo 2**. – 7. ed. – Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014. (SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento / coordenação. Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni) Disponível em: https://www.supera.org.br/wp-content/uploads/2016/03/SUP7_Mod2.pdf. Acesso em: 11/11/2018.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, 2004. Disponível em: www.crpsp.org.br. Acesso em: 25 de novembro de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Política de Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília. DF. Ministério da Saúde. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Clínica ampliada, Equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2.ª edição. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

_____. 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. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em 11 de agosto de 2018

_____.Ministério da Saúde. **Portaria 336/ 2002. Gabinete. Ministério da Saúde**.Disponível em :http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 10 de agosto de 2018.

_____. SENAD. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS: **CID-10 E DSM**. Disponível em: <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-094920-001.pdf>. Acesso em: 06/11/2018. CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Provimento nº 04/2010. Define medidas com vistas à eficácia e ao bom desempenho da atividade judiciária na implantação das atividades de atenção e de reinserção social de usuários ou dependentes de drogas**, nos termos do artigo 28, §7º, da Lei nº 11.343/2006, e dá outras providências. Disponível em: www.cnj.jus.br/atos-normativos?documento=1306. Acesso em: 10 de março.2018.

DIEHL, Alessandra. **DEPENDÊNCIA QUÍMICA: prevenção, tratamento e políticas públicas/ et al.].** - Porto Alegre: Artmed, 2011.

FENSTERSEIFER, Daniel Pulcherio. **Justiça terapêutica e drug treatment courts: perspectivas de uma contextualização do sistema canadense ao brasileiro sob alguns aspectos funcionais e criminológicos.** / Daniel Pulcherio Fensterseifer. – Porto Alegre, 2009. 148 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Criminais) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Criminais, PUCRS. Disponível em: <http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/1829/1/000421793-Texto%2bParcial-0.pdf>. Acesso em: 15 de setembro de 2018.

FERREIRA Pedro Luciano Evangelista **“JUSTIÇA TERAPÊUTICA” E O CONTEÚDO IDEOLÓGICO DACRIMINALIZAÇÃO DO USO DE DROGAS NO BRASIL.** Paraná 2005 Disponível em: egov.ufsc.br/sites/default/files/anexo32563-39701-1-PB.pdf. Acesso em: 13 de agosto de 2018.

FONSÊCA, Alexandre Barbosa da. **Justiça Terapêutica: Uma nova Medida de Combate às Drogas.** Revista da ESMAL / Alagoas-AL / ano 2017 / n.º 6 / Novembro 2017 / ISSN 1678-0450

LIMA, Flavio Augusto Fontes de Tese de doutorado: **Justiça terapêutica em busca de um no paradigma.** Universidade São Paulo, 2009. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2136/tde-09062011-142923/pt-br.php. Acesso em 10 de maio.2018, às 09:00

NÚCLEO PSICOSSOCIAL VEPEMA/TJ/RO. **Relatório de Acompanhamento da Execução do Projeto Justiça Terapêutica.** Disponível em: NUPS/VEPEMA. Acesso em: 17 de outubro de 2018.

OLIVEIRA, Alice G. Bottaro. **Saúde Mental da Família: Subsídios para o trabalho assistencial/** Alice G. Bottaro Oliveira, Marcos A. Moura Vieira, Socorro de Maria R. Andrade. – São Paulo: Olho d' água, 2006. 72 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos Mentais e Comportamento CID10.** Porto Alegre. Artes Médicas Sul, 1993.

_____. **Transtorno devido ao uso de Substâncias (orgs): Relatório sobre a Saúde Mental no Mundo: Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança.** Brasília: Gráfica Brasil, 1981.

RELATÓRIO SOBRE A SAÚDE NO MUNDO, 2001: **Saúde Mental, nova concepção, nova esperança.** Genebra, 2001. Disponível em: <https://www.dgs.pt/.../relatorio-mundial-da-saude-2001--saude-mental-nova-concepção...> Acesso em: 30 de agosto de 2018.

RIBEIRO et al. **Reforma psiquiátrica e atenção primária à saúde: o processo de implantação do sistema municipal de saúde mental de Juiz de Fora-MG.** Revista APS, v.6, n.1, p.19-29, jan./jun. 2003. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Gerencia.pdf>. Acesso em: 20 de outubro de 2018.

RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo (Org.). **O tratamento do usuário de crack.** 2ª ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2012.

SILVA¹, Luciana Castro Roque; QUEROZ², Meire Cristina; QUEIROZ³, Simone Martin; BARBOSA; Telma Vieira de Paula. **JUSTIÇA TERAPÊUTICA, Direito e Sociedade,** ano 9, nº1 ISSN 1518 9783 – Rio de Janeiro, dezembro de 2009. Faculdades Integradas de Três Lagoas – AEMS.

SCHNEIDER, Daniele Ribeiro. **Da saúde mental à atenção psicossocial**: trajetórias da prevenção e da promoção de saúde. In Murta, S. G., Leandro-França, C., Santos, K. B. & Polejack, L. (Org.). *Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção*. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2015.

SOARES, J.; VARGAS, D.; FORMIGONI, M. L. O. S. Atitudes e conhecimentos de enfermeiros frente ao álcool e problemas associados: impacto de uma intervenção educativa. *Rev Esc Enferm USP*. São Paulo, v. 47, n. 5, p. 1172-9, 2013.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE RONDÔNIA. Portaria Conjunta n 03, de 06 de julho de 2015. **As normas de inclusão dos prestadores participantes do Projeto Piloto Justiça Terapêutica**, Disponível em: www.tjro.jus.br. Acesso em: 13 de abril.2018.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE RONDÔNIA. **Projeto Piloto Justiça Terapêutica**. Núcleo Psicossocial – VEPEMA/RO, 2012. Disponível em: VEPEMA/TJ/RO.

TRINDADE, Jorge. Manual de Psicologia Jurídica. 2ª Ed. **Revista ampliada**, 2007. Porto Alegre, RS. Manual De psicologia Jurídica para Operadores do Direito. 3ª Livraria do Advogado. Porto Alegre, 2009.

VERGARA, Alcides José Sanches: **Justiça Terapêutica, Drogas e Controle Social**. VI Jornada de Psicologia, Unisc - Santa Cruz do Sul. 2011. Disponível em: www.unisc.br/anais/jornadapesquisapsicologia/2011/.../A12.pdf .Acesso em: 15 de maio.2018.

SOBRE A ORGANIZADORA

SORAYA ARAUJO UCHOA CAVALCANTI - Doutorado (2015) e Mestrado (2001) em Serviço Social pela UFPE, Especialista em Serviço Social, Direitos Sociais e Competências Profissionais pela UNB. Atua na Saúde Pública há duas décadas no Sistema Único de Saúde – SUS, acompanhando Discentes e Residentes em Saúde. Coordena a Residência Multiprofissional na Rede de Atenção Psicossocial da Secretaria de Saúde da Cidade do Recife, exercendo a docência em nível de Pós Graduação na modalidade de Residência nas disciplinas de Bioética, Promoção da Saúde, Política de Saúde e Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Em 2016 enquanto devolutiva do processo de doutorado implantou o Projeto de extensão Pode Respirar! Discutindo Promoção da Saúde no SUS (em vigência) na Universidade de Pernambuco – UPE, orientando discentes e Residentes na área de saúde na modalidade de extensão universitária, desenvolvendo atividades formativas – cursos, grupos de estudos, oficinas e outros – voltadas para a qualificação de recursos humanos e melhoria da qualidade dos serviços prestados à população usuária do SUS.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Alta qualificada 70, 71, 76, 78

Arranjos familiares 75

Assistente social 19, 20, 27, 28, 29, 31, 32, 34, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 46, 47, 55, 57, 59, 60, 61, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 76, 78, 80, 83, 86, 87, 88, 90, 91, 92, 93, 95, 99, 101, 105, 106, 107, 108, 115, 167, 168, 169, 170, 171, 173, 174, 178, 180, 182, 183, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 194, 197, 215

C

Centro de terapia intensiva (CTI) 38, 39

Contrarreforma 2, 8, 9, 10, 16, 161

Coronavírus 133, 134, 135, 137, 141, 143, 144

Covid-19 16, 134, 135, 137, 142, 143, 144, 145, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155

Crise sanitária 133, 135, 139, 140

D

Dependência química 194, 195, 208, 211, 213, 214, 219

Desfinanciamento 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 15, 17

Determinantes sociais de saúde 60

Direito à saúde 4, 5, 27, 28, 58, 103, 104, 105, 107, 108, 109, 114

Direitos humanos 28, 29, 97, 101, 117, 125, 126, 131, 134, 157, 160, 162, 164, 165, 166, 189, 199

Direito social 91, 109, 172, 188, 195

Doação de órgãos 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 67, 68, 69

Doula 23

E

Envelhecimento 97, 101, 118, 119, 120, 124

Ética 28, 29, 32, 37, 40, 47, 49, 55, 56, 59, 60, 62, 65, 68, 79, 84, 87, 91, 92, 95, 99, 121, 138, 141, 165, 170, 176, 185, 188, 189, 190, 195

F

Família 21, 34, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 45, 46, 50, 52, 54, 55, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 69, 74, 75, 78, 100, 102, 118, 119, 121, 123, 130, 162, 163, 164, 174, 175, 188, 189, 190, 193, 194, 201, 204, 205, 214, 219

I

Idoso 79, 84, 96, 120, 122, 123, 124

Imigração 96, 98, 100, 101

Isolamento social 134, 145, 149

J

Judicialização 94, 103, 104, 105, 108, 109

Justiça terapêutica 208, 209, 210, 212, 213, 214, 215, 216, 218, 219, 220

L

Longevos 118, 120, 121, 122, 123

Luta antimanicomial 6, 157, 159, 201, 206

M

Movimento de reconceituação 60, 170

Mulheres negras 129

N

Neoliberalismo 10, 12, 17, 114, 180

P

Pandemia 16, 58, 59, 133, 134, 135, 136, 137, 139, 140, 141, 142, 144, 149

Parto humanizado 19, 20, 24, 29

Pessoas com transtorno mental 168, 176, 198, 200, 206

Política de saúde 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 27, 30, 32, 42, 46, 52, 54, 55, 59, 68, 78, 84, 85, 89, 90, 91, 95, 103, 105, 111, 112, 115, 128, 156, 158, 159, 160, 161, 162, 164, 165, 166, 167, 168, 171, 173, 174, 175, 179, 196, 201, 207, 211, 217, 218, 221

Política nacional de humanização (PNH) 73, 93

População privada de liberdade 111, 112, 113, 115

Postura crítica 49, 187, 191, 196

Precarização 3, 5, 8, 15, 63, 72, 81, 85, 116, 125, 162, 164

Prevenção 9, 20, 31, 58, 107, 115, 118, 121, 135, 137, 143, 145, 196, 202, 211, 219, 220

Projeto ético político 27, 46, 47, 59, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 165, 177

Q

Questão social 8, 10, 29, 37, 39, 41, 47, 55, 57, 59, 61, 66, 68, 71, 72, 76, 84, 85, 88, 92, 96, 100, 101, 102, 106, 129, 133, 136, 140, 167, 168, 169, 174, 175, 181, 206

R

Rede de atenção psicossocial (RAPS) 161, 162, 166

Reforma psiquiátrica 6, 16, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 164, 165, 168, 173, 174, 175, 178, 179, 183, 184, 186, 188, 191, 192, 195, 196, 197, 198, 201, 206, 207, 218

Reinserção social 96, 101, 180, 184, 198, 199, 203, 205, 206, 209, 211, 214, 218

Relato de experiência 32, 33, 44, 78, 88, 96, 101, 178

Representações sociais 57, 61, 62, 63, 64, 66, 67

S

Saneamento básico 45, 125, 126, 127, 128, 129, 131, 132, 174

Saúde integral 20, 115

Serviço social 1, 4, 10, 17, 18, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 60, 62, 68, 69, 70, 71, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 98, 100, 102, 103, 105, 106, 108, 109, 110, 111, 125, 132, 154, 160, 162, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 173, 175, 176, 177, 178, 180, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 195, 196, 197, 221

Sistema único de saúde (SUS) 2, 9, 17, 33, 58, 89, 91, 104, 112, 113, 128, 134, 157, 160, 165, 174, 199, 207

T

Trabalho interdisciplinar 42, 46, 89

Trabalho multidisciplinar 49, 88, 90, 91, 94

Transplante cardíaco 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 52, 53, 54, 55, 56

V

Violência obstétrica 19, 20, 21, 22, 23, 24, 29, 30, 31

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 



O Caráter Sociopolítico e Interventivo do Serviço Social

 **Atena**
Editora

Ano 2021

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 



O Caráter Sociopolítico e Interventivo do Serviço Social

 **Atena**
Editora

Ano 2021