

Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti
(Organizadora)



O Caráter Sociopolítico e Interventivo do Serviço Social 4

Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti
(Organizadora)



O Caráter Sociopolítico e Interventivo do Serviço Social 4

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Camila Alves de Cremo

Daphynny Pamplona

Gabriel Motomu Teshima

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



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. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí

Prof. Dr. Alexandre de Freitas Carneiro – Universidade Federal de Rondônia

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

Profª Drª Ana Maria Aguiar Frias – Universidade de Évora

Profª Drª Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa



Prof. Dr. Antonio Carlos da Silva – Universidade Católica do Salvador
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. Arnaldo Oliveira Souza Júnior – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – Universidade Federal Fluminense
Prof^ª Dr^ª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof^ª Dr^ª 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
Prof. Dr. Humberto Costa – Universidade Federal do Paraná
Prof^ª Dr^ª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadilson Marinho da Silva – Secretaria de Educação de Pernambuco
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. José Luis Montesillo-Cedillo – Universidad Autónoma del Estado de México
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
Prof^ª Dr^ª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal do Paraná
Prof^ª Dr^ª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof^ª Dr^ª Lucicleia Barreto Queiroz – Universidade Federal do Acre
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Universidade do Estado de Minas Gerais
Prof^ª Dr^ª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof^ª Dr^ª Marianne Sousa Barbosa – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Prof^ª Dr^ª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Miguel Rodrigues Netto – Universidade do Estado de Mato Grosso
Prof. Dr. Pedro Henrique Máximo Pereira – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Dr. Pablo Ricardo de Lima Falcão – Universidade de Pernambuco
Prof^ª Dr^ª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^ª Dr^ª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^ª Dr^ª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^ª Dr^ª Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins



O caráter sociopolítico e interventivo do serviço social 4

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Mariane Aparecida Freitas
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadora: Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C262 O caráter sociopolítico e interventivo do serviço social 4 / Organizadora Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-910-0

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.100220903>

1. Serviço Social. 2. Questões sociais. 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; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.



APRESENTAÇÃO

A coletânea *O caráter sociopolítico e interventivo do serviço social 4* apresenta 04 (quatro) artigos decorrentes de ensaios teóricos, pesquisas qualitativas, dentre outros.

O primeiro artigo analisa os direcionamentos ético-políticos da prática profissional do Assistente Social no enfrentamento à violência contra a mulher discutindo as mediações ético-políticas construídas pelos Assistentes Sociais neste sócio ocupacional.

O segundo texto apresenta os resultados de pesquisa qualitativa desenvolvida no âmbito Laboratório de Pesquisas e Práticas Sociais na Amazônia, analisando os conflitos socioterritoriais produzidos a partir do processo de produção das cidades na Amazônia.

O terceiro artigo apresenta contribuições para a sistematização do trabalho do Assistente Social no contexto da assessoria de políticas públicas, especificamente junto aos Conselhos Tutelares.

E finalmente o último artigo discute os artigos: artigo 8 – Proteção contra a exposição à fumaça do tabaco; artigo 9 – Educação, comunicação, treinamento e conscientização; e artigo 14 – Medidas de redução de demandas relativas à dependência e ao abandono do tabaco da Convenção-Quadro para o controle do tabaco e os relaciona com as políticas públicas brasileiras vinculadas.

Assim, convidamos o leitor a acessar às contribuições para a discussão do caráter sociopolítico e interventivo do serviço social no contexto das políticas públicas na contemporaneidade.

Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
“EM BRIGA DE MARIDO E MULHER A GENTE METE A COLHER”: DIRECIONAMENTOS ÉTICO-POLÍTICOS DA PRÁTICA PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER	
Luise Maria Santos Santos Rosenária Ferraz de Souza	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.1002209031	
CAPÍTULO 2	13
PRODUÇÃO DAS CIDADES E INSURGÊNCIAS SOCIAIS NA AMAZÔNIA: UM DEBATE DA QUESTÃO TERRITORIAL EM BELÉM E SANTARÉM	
Ana Caroline dos Santos Ferreira Taynah de Nazaré Argolo Marinho Sandra Helena Ribeiro Cruz	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.1002209032	
CAPÍTULO 3	24
ASSESSORIA DO SERVIÇO SOCIAL JUNTO AOS CONSELHOS TUTELARES - UMA REALIDADE EM MOVIMENTO NO MUNICÍPIO DE MAGÉ	
Caroline do Nascimento de Abreu da Silva Denise Gonzaga Cardozo de Oliveira Ingrid Adame Moreira	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.1002209033	
CAPÍTULO 4	36
A CONVENÇÃO-QUADRO PARA O CONTROLE DO TABACO E A POLITICA DE CONTROLE DE TABAGISMO NO BRASIL	
Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.1002209034	
SOBRE A ORGANIZADORA	63
ÍNDICE REMISSIVO	64

CAPÍTULO 1

“EM BRIGA DE MARIDO E MULHER A GENTE METE A COLHER”: DIRECIONAMENTOS ÉTICO-POLÍTICOS DA PRÁTICA PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Data de aceite: 01/03/2022

Data de submissão: 20/01/2022

Luise Maria Santos Santos

Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais e Territórios – UFRB
Conceição do Almeida – BA
<http://lattes.cnpq.br/6462148257831461>

Rosenária Ferraz de Souza

Pós Doutora pela UFBA e Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Políticas Sociais e Territórios – UFRB
Cruz das Almas – BA
<http://lattes.cnpq.br/4951599371231579>

RESUMO: O presente artigo apresenta uma análise da prática profissional do Assistente Social no enfrentamento à violência contra a mulher no espaço sócio-ocupacional do CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social, no território do Recôncavo da Bahia; problematizando os direcionamentos ético-políticos destes profissionais, descortinando as mediações identificadas e construídas.

PALAVRAS-CHAVE: Prática Profissional. Violência. Ético-Político.

“IN HUSBAND AND WIFE STRUGGLE, WE MATCH THE HARVEST”: ETHICAL-POLITICAL DIRECTIONS OF THE SOCIAL WORKER'S PROFESSIONAL PRACTICE IN CONFRONTING VIOLENCE AGAINST WOMEN

ABSTRACT: This article presents an analysis of the professional practice of the Social Worker in confronting violence against women in the occupational social space of CREAS - Specialized Reference Center for Social Assistance in the territory of the Recôncavo da Bahia; problematizing the political ethical orientations of these professionals, revealing the identified and constructed mediations.

KEYWORDS: Professional Practice. Violence. Ethical-political.

1 | INTRODUÇÃO

O presente artigo apresenta uma sistematização que buscou analisar a prática profissional do Assistente Social no enfrentamento a Violência contra a mulher nos Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) no Recôncavo da Bahia; problematizando os direcionamentos ético-políticos e as mediações que esses profissionais têm construído em meio a esta interface da “questão social”.

É no âmbito das relações sociais produzidas e reproduzidas no “novo capitalismo-racismo-patriarcado” que buscaremos analisar as mediações ético-

políticas identificadas e construídas por este profissional; para isso aprofundamos no dever ser e no vir a ser de uma profissão que é convocada no seio de uma sociedade que gesta barbáries e reificações da vida humana a comprometer-se.

O percurso metodológico do presente artigo delinea-se com ênfase em sua natureza qualitativa, no universo dos significados; através do instrumento da entrevista semiestruturada, em que os sujeitos foram quatro Assistentes Sociais¹ que trabalhavam no CREAS, nos municípios de Cachoeira, Maragogipe, Santo Antônio de Jesus e Muritiba no território do Recôncavo da Bahia. Estes têm o CREAS como único órgão público direcionado a atender as demandas da violência contra a mulher. A pesquisa seguiu um caminho descritivo e explicativo, a luz do referencial da teoria social marxiana e da tradução marxista, dialogando com algumas epistemologias feministas.

No primeiro momento, o artigo apresenta os caminhos éticos políticos construídos pelos assistentes sociais em sua trajetória de profissionalização em meio a realidade da violência contra a mulher; e, no segundo momento, destacamos uma sistematização das entrevistas realizadas, tecendo reflexões a partir das mediações ético-político construídas e identificadas no cotidiano do real.

2 | CAMINHOS SÓCIO-HISTÓRICOS DA DIMENSÃO ÉTICO-POLÍTICA DO ASSISTENTE SOCIAL NO ENFRENTAMENTO A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

O estatuto profissional do Serviço Social insere-se no contexto da divisão social e técnica do trabalho que imperava na sociedade burguesa em amadurecimento e as demandas típicas da reprodução social dessa sociedade. Assim, a prática profissional do Assistente Social volta-se a:

[...] uma ação global de cunho socioeducativo ou socializadora, voltada para mudanças na maneira de ser, de sentir, de ver e agir dos indivíduos, que busca a adesão dos sujeitos; incide tanto sobre questões imediatas como sobre a visão do mundo dos clientes. O direcionamento dessa ação não é unívoco, embora, em sua trajetória histórica, a profissão tenha se orientado predominantemente na perspectiva de integração à sociedade. (IMAMOTO, 2013, p.119).

Os diferentes direcionamentos influem em como essa ação socioeducativa e socializadora se desenvolve. Nesse sentido, a trajetória dessa profissão, de continuidades e ruptura com o projeto conservador que cria as bases para a emergência da profissão e que a acompanha em seu desenvolvimento em meio a modernizações, reatualizações e intenções de ruptura; demarcam caminhos de diferentes direcionamentos éticos e

¹ Utilizamos para a identificação das entrevistas outros nomes como forma de preservar suas identidades, assim faremos referência as mulheres que são símbolos da luta pelos direitos das mulheres: Bertha Lutz (atuação pelo direito ao voto), Maria Quitéria (lutou para que as mulheres ocupassem os espaços que desejassem), Dandara (lutou pela libertação total das escravas no Brasil), Lara Lavelberg (jovem militante, que posicionou-se contra a ditadura militar e lutou pelos direitos que estavam sendo cerceados).

comprometimentos políticos.

Para Iamamoto; Carvalho (2011), a emergência do Serviço Social é demarcada pela iniciativa particular de grupos e frações de classe, que se manifestavam através do intermédio da Igreja Católica, em um contexto em que o Brasil passava pelo amadurecimento do mercado de trabalho, consolidação industrial, e o amadurecimento político do movimento operário. Este preocupava a burguesia que se uniu ao Estado e a Igreja para desmobilizá-lo. Com isso, o Serviço Social no solo brasileiro inicia sua caminhada de legitimação com “[...] sua natureza de projeto conservador, burguês”. (MARTINELLI, 2009, p.123).

Estado, burguesia e Igreja, concebiam estrategicamente que a questão social era uma “questão moral e religiosa”: para a Igreja a moral reatualiza valores tradicionais – a exemplo às funções básicas da família e da mulher- através das Encíclicas *Rerum Navarum*² e *Quadragesimo Anno*, que estruturaram o direcionamento ético político da ação profissional; para o Estado funciona como instrumento ideológico favorecedor do consenso; retira os problemas sociais do âmbito político-econômico e ajusta-o como de ordem moral.

Com o fim da Primeira Guerra Mundial, no lugar das tradicionais atividades caritativas surgem instituições assistências, possibilitada pelo Estado, objetivando atender determinadas sequelas do desenvolvimento capitalista. Essas instituições, munidas de um conteúdo assistencial e paternalista, permitiu a expansão da Ação Social Católica e o surgimento das primeiras Escolas de Serviço Social; a base da formação profissional explicitava pressupostos teórico-políticos do neotomismo e do positivismo expressos no Código de ética da profissão que imperava³.

A década de 1960, marcada pela expansão econômica e pela ideologia desenvolvimentista; apresenta-se uma efervescência nas reivindicações que criaram bases de “potencialidades de ruptura ideológica com instituições, papéis sociais e princípios historicamente vinculados à moralização dos costumes: a família, o papel ‘feminino’, a tradição” (BARROCO, 2008 p.100). No final de 1960, o Estado se reorganiza no que tange a execução das políticas setoriais, passa a exigir do Assistente Social uma outra postura; reivindicava-se uma perspectiva modernizadora que “[...] se reporta aos seus valores e concepções mais “tradicionais”, não para superá-los ou negá-los, mas para inseri-los numa moldura teórica e metodológica menos débil, subordinando-os aos seus vieses “modernos” (ibid, p.155). Ocorreu nesse período a revisão do código de ética profissional de 1947, inserindo assim o código de ética 1965⁴.

2 No item 60 da parte III da Encíclica, apresenta: “Trabalhos há também que não se adaptam tanto à mulher, a qual a natureza destina, de preferência, aos arranjos domésticos, que, por outro lado, salvaguardam admiravelmente a honestidade do sexo, e correspondem melhor, pela sua natureza, ao que pede a boa educação e a prosperidade da família” (BARROCO, 2008 p. 93).

3 Dos deveres fundamentais é dever do Assistente Social: “1. Cumprir os compromissos assumidos, respeitando a lei de Deus, os direitos naturais do homem, inspirando-se, sempre em todos seus atos profissionais, no bem comum e nos dispositivos da lei, tendo em mente o juramento prestado diante do testemunho de Deus (ABAS, 1947, p, 2).

4 Alinha assim, aspectos neotomistas e liberais: democracia, justiça social e vida cívica a deveres profissionais relacionados ao respeito à dignidade humana, contribuição ao bem comum, zelo pela família, princípios Cristãos das bases neotomistas (BARROCO, 2008, p.126-128).

Entre 1970 e 1980 houve alguns seminários do CBCISS (Centro Brasileiro de Cooperação e Intercambio de Serviços Sociais), que contribuíram com o início da “reatualização do conservadorismo. Isso se torna amplamente visível, com a revisão do código de ética de 1965, introduzindo assim em 1975, um código de ética que “[...] reafirma o conservadorismo tradicional, mas o faz na direção de uma adequação as demandas da ditadura consolidada a partir de 1968.” (BARROCO, 2008, p.129-130).

Com o processo de redemocratização da sociedade brasileira evidencia-se; o adensamento marxista supera os equívocos das aproximações anteriores; a formação profissional passa a contar com um currículo orientado por uma formação crítica; o comprometimento com as classes subalternas; e o código de ética é reelaborado apresentando transformações frente aos anteriores, referente à nova moralidade profissional, culminando no código de ética de 1986 (BARROCO, 2008, p.168). As fragilidades deste código são revistas, pois não alcançou os avanços teórico-metodológico e políticos efetuados na década de 80, reelaborando-o em 1993⁵.

O Serviço social buscava um ethos profissional crítico, que proporcionasse um novo horizonte à profissão; eis aí “[...] as raízes de um projeto profissional novo, precisamente as bases do que se está denominando projeto ético-político.” (NETTO, 1999, p.1). Na contemporaneidade Iamamoto (2012, p. 222) avalia que vivemos um revigoramento da ação neoliberal, que se espalha na sociedade, reatualiza o conservadorismo de tal forma, que o projeto profissional que emergia, era, e ainda é, na contemporaneidade de seus 30 anos de construção e processos de luta, cercado por desafios.

2.1 Violência contra a mulher: uma das interfaces da “questão social”

É no contexto demarcado hegemonicamente pelo capital monopolista e pela sociedade burguesa, que se consolidava e amadurecia, que demarcava ao Estado burguês o enfrentamento da “questão social”, através das políticas sociais. Desta forma, para apreender a questão social⁶ “é preciso decifrar as desigualdades sociais- de classes- em seus recortes de gênero, raça, etnia, religião, nacionalidade, meio ambiente etc.” (IAMAMOTO, 2001, p.114).

As interfaces da questão social no Brasil têm algumas particularidades; nesse

5 Os princípios fundamentais presentes no Código de Ética de 1993, que indicam a direção apontada pelo Projeto Ético-Político da profissão são: o reconhecimento da liberdade como valor ético central, abarcando a autonomia e emancipação; a defesa intransigente dos direitos humanos; ampliação e consolidação da cidadania; defesa do aprofundamento da democracia; posicionamento em favor da equidade e da justiça social; empenho na eliminação de todas as formas de preconceito e respeito a diversidade; garantia do pluralismo; opção por um projeto profissional vinculado a construção de uma nova ordem societária, sem dominação-exploração de classe, etnia e gênero; articulação com os movimentos de outras categorias; compromisso com a qualidade dos serviços; e o exercício do Serviço Social sem ser discriminado no que se refere a classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual, idade e condição física. (ABAS, 1993).

6 Iamamoto (2012, p.160) indica que a “questão social”:[...] expressa, portanto, desigualdades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais [...] Dispondo de uma dimensão estrutural, ela atinge visceralmente a vida dos sujeitos numa “luta aberta e surda pela cidadania” (Ianni, 1992), no embate pelo respeito aos direitos civis, sociais e políticos e aos direitos humanos. [...]

sentido, Wanderley (2003, p.47), apresenta a relevância em discernir a questão social latino-americana e assim situar o Brasil; no que se refere à instituição da nacionalidade do Estado, da cidadania e dos modos de implantação do capitalismo. Desta forma, a questão social no Brasil “[...] vai emergir com o tema indígena e, logo após, com o tema da formação nacional [...] e vai desdobrando e se problematizando nas temáticas negra, rural, operária, da mulher” (WANDERLEY, 2003, p.48).

A violência contra a mulher situa-se nesta contextualização no âmbito das disparidades de gênero, que: “[...] mediante as diferenças construídas socialmente entre homens e mulheres, reproduzem desigualdades ao serem apropriadas e funcionalizadas pelo capital, favorecendo, portanto, a manutenção e o fortalecimento da classe dominante.” (CISNE [et al], 2008, p.144). Como no âmbito das relações sociais, estão também as relações de gênero, pois o “gênero é constitutivo das relações sócias” (SCOOT, 1983); é nesta articulação que se encontra o lugar da violência contra a mulher enquanto uma das interfaces da “questão social”.

No Brasil gênero adquiriu um lugar útil enquanto categoria de análise histórica, a partir da década de 1990 com as publicações de Joan Scott, que aborda gênero enquanto categoria de análise (dar uma dimensão explicativa ao gênero, tirando-o da exclusividade da descrição); que apresenta a construção sociocultural das representações das imagens construídas pela sociedade a propósito do masculino e do feminino, que se inter-relacionam. Devido à ordem patriarcal de gênero, essas representações se apresentam desigual e hierarquizada.

As relações de gênero expandem-se por todo corpo social, marcado pelo modo de produção capitalista, em seu atual estágio monopolista, em que quanto mais sofisticado o método de exploração do capitalismo, mais este utiliza da dominação de gênero que as mulheres já eram e ainda são alvos; assim, é possível demarcar que “não há, de um lado, a dominação patriarcal, e de outro, a exploração capitalista”. (SAFFIOTI, 2015, p.147).

Para Saffioti (2015, p. 80) a violência contra a mulher não é uma simples ruptura da integridade da mulher, é, pois, uma ruptura dos direitos humanos e assim nos intima a “[...] olhar a violência como todo agenciamento capaz de violar os direitos humanos”. A violência contra a mulher compreende-se enquanto: “[...] qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico da mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (BASTOS, 2013 apud CEDAW-ONU, 1979, p.1).

Essa violência deve ser analisada e enfrentada articulando gênero, classe e raça/etnia, para que se tenha a noção de totalidade que esta interface da “questão social” abarca. Saffioti (2015, p.133-135), propõe que analisemos a categoria gênero dentro de uma relação, a qual ela chama de nó; contempla subestruturas como capitalismo-patriarcado-racismo, cada uma com suas contradições; não se trata de soma-las, mas de perceber a realidade compósita e nova que resulta dessa fusão. Destacando assim

a herança escravocrata, em que a abolição da escravatura teve seu caráter humanitário subsumido pelo interesse do capital que afluía nessa transição⁷.

O enfrentamento à violência contra a mulher diz respeito a: “[...] implementação de política amplas e articuladas, que procurem dar conta da complexidade da violência contra as mulheres em todas as expressões” (BRASIL, 2011, p. 25). A Lei 11.340/2006 intitulada Lei Maria da Penha, prevê em seu art. 9º que:

A assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar será prestada de forma articulada e conforme os princípios e as diretrizes na Lei Orgânica da Assistência Social, no Sistema Único de saúde, no Sistema Único de segurança pública, entre outras normas e políticas públicas de proteção, e emergencialmente quando for o caso.

Nesse espaço das políticas públicas e do sistema de proteção social às mulheres vítimas de violência, situa-se também a prática profissional do Assistente Social que em sua trajetória, a partir do processo de redemocratização do país, tem construído e introduzido em sua agenda a luta pelos Direitos Humanos.

3 | DIRECIONAMENTOS ÉTICO-POLÍTICOS DO ASSISTENTE SOCIAL NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NOS CREAS DO RECÔNCAVO DA BAHIA

A prática profissional do assistente Social constituiu-se como tal, devido uma trajetória desenvolvida em meio às condições sócio-históricas que possibilitaram a sua institucionalização; os espaços sócio-ocupacionais em que atua demarcam o mercado de trabalho destes profissionais, que se desenvolvem em diferentes espaços; o Estado ainda se constitui como principal empregador, no âmbito das Políticas Sociais setoriais.

Elegemos neste estudo, o espaço sócio-ocupacional do CREAS (Centro de Referência Especializado da Assistência Social), em municípios do Recôncavo Baiano. O CREAS é uma unidade pública estatal, que está inserido na Proteção Social Especial da Política de Assistência Social; esta política é não contributiva, compõe o Sistema de Seguridade Social. É executada através do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, que organiza a proteção social por níveis; a Proteção Social Especial de média e alta complexidade, tem o objetivo de: “Contribuir para a reconstrução de vínculos familiares e comunitários, o fortalecimento de potencialidades e aquisições e a proteção de famílias e indivíduos para o enfrentamento das situações de risco pessoal e social por violações de direitos.” (BRASIL, 2011, p.17).

São vastas e complexas as violações de direitos apresentadas no CREAS pelas famílias e indivíduos referenciados, estas violações são objeto de trabalho da prática profissional do assistente social. Dentre essas violações, a violência contra a mulher tem

⁷ “[...] o que poderia ser considerado como história ou reminiscência do período colonial permanece, entretanto, vivo no imaginário social e adquire novos contornos e funções em uma ordem social supostamente democrática que mantém intacta as relações de gênero segundo a cor ou a raça instituída no período da escravidão (CARNEIRO, 2003, p. 49)

sido uma das mais frequentes; as assistentes sociais sinalizaram essa demanda em algumas de suas falas: “A violência contra a mulher é uma das demandas mais frequentes sim, logo após vem à questão dos idosos.”(Maria Q.); e “É, assim, é uma demanda frequente, mas graças a Deus, ultimamente diminuiu um pouco. Ainda assim, esse município está dentro dos 114 municípios em que o índice de violência contra a mulher é alto.” (Iara I.).

Para compreender os direcionamentos ético-políticos da prática profissional do assistente social junto à violência contra a mulher, faz-se necessário entender as escolhas realizadas nessa dimensão. Barroco (2010, p.17), enfatiza que “[...] a práxis-ética- enquanto crítica da moral dominante e prática de defesa de direitos e valores emancipatórios é possível e necessário.” A moral é «[...] um sistema de normas, princípios e valores, segundo o qual são regulamentadas as ações mútuas entre os indivíduos ou entre estes e a comunidade”(CFESS,2007; p.21). A ética é o movimento de reflexão a cerca dessas normas, princípios e valores; é o espaço de reflexão da moral, que busca compreender a totalidade das objetivações desses valores, como também ir as raízes destes.

Nesse caminho, Dandara nos apresenta o processo em que o conhecimento crítico contribuiu nesse desvelar dos mecanismos ideológicos:

[...]eu acho que o primeiro papel enquanto assistente social e da equipe toda é que a gente conscientize ela de que a culpa não é dela pra que ela perceba o machismo que existe. Porque a gente nem se dá conta do que são atos de machismo na nossa vida e é coisas que a gente sofre diariamente seja um “pssiu” na rua um “gostosa” que a gente se sinta inibida. Então eu acho que a gente tem que trabalhar aqui primeiramente pra que ela perceba quem é o culpado dessa história e porque ele é o culpado. Eu acho que é o primeiro passo.

Os mecanismos ideológicos que são reproduzidos socialmente no âmbito da violência contra a mulher, correspondem a um real típico da ideologia neoliberal, que reforça mecanismo como o machismo. A escolha político-pedagógica em desvelá-los junto a essas mulheres, demandam um conhecimento crítico. O exercício ético-profissional está presente nas ações concretas: atendimentos, visitas domiciliares, relatórios e pareceres, na formulação de políticas sociais. Assim conhecer o campo das mediações ético políticas são importantes nesse processo.

3.1 Mediações ético-políticas identificadas e construídas pelas Assistentes Sociais

A categoria mediação tem uma dupla natureza, é onto-reflexiva: é ontológica, pois está presente na realidade, independente que as percebam; reflexiva pois necessita do movimento da razão (do imediato ao mediato) para reconstruir o próprio movimento da realidade concreta. (PONTES,1999, p.9). É composta pela tríade categorial: singularidade, universalidade e particularidade, que compõem dinamicamente o movimento dialético da totalidade social. Aquela situação, que se afigurava no plano da singularidade como problema isolado, mediatiza-se pelas leis societárias tendenciais e particulariza-se

pelas determinações históricas, ganhando, por aproximações sucessivas, concretude no entrecruzamento dos complexos sociais. É possível dialogar com Carvalho (2007, p.53) no fato de que as atividades desenvolvidas pelo assistente social se traduzem em mediações de dois níveis:

[...] a passagem da exclusão, do não-uso ou usufruto de bem e serviços da sociedade, para a inclusão e usufruto efetivo; e a apreensão, a nível da consciência, das relações e determinantes existentes entre o destino singular sentido e vivido por cada um e o destino de classe social a que pertencem. Essa apreensão faz a passagem singular/ coletivo.

A partir dessas mediações é possível capturar o movimento das violações de direitos das mulheres vítima de violência em sua historicidade, que está oculta pela singularidade da situação. Analisando assim de que forma essas mediações estão sendo identificadas pelos assistentes sociais, iniciemos pela reflexão realizada por uma das entrevistadas:

Eu acho que... não se tornar indiferente, assim... isso é uma coisa pra o profissional... porque quando você acha que aquilo é natural "ah, separou do marido três vezes, ele bate e continua então é porque gosta" né, não naturalizar aquilo e... compreender que cada história é uma né, cada pessoa que chega aqui vem com uma dor diferente, vem com um histórico [...] você perceber que esse outro apesar de vir com um problema em comum que é a violência contra a mulher, é uma outra pessoa, é uma outra história... "oh menina, mas a história de Maria é igual a de Ana". Não é igual, "Maria não depende de João, financeiramente falando", mas e emocional? E o que foi construído de que Maria tinha que casar, ter filhos, morar num castelo... isso tá dentro de Maria né. (Dandara).

Realizar esse movimento, que Dandara nos alerta, possibilita ao profissional desenvolver um atendimento e encaminhamentos direcionados a violência contra a mulher descortinando os mecanismos ideológicos do neoliberalismo, que individualiza e isola os problemas sociais e ou retiram sua relevância com o discurso daquilo que já é comum e por assim ser não precisa de intervenções.

A violência contra a mulher envolve vários tipos de violência, mas nem sempre as mulheres as percebem enquanto violências, na maioria das vezes só consideram que são agredidas quando acontece uma violência física; no entanto, há outros tipos. Iara I. (uma das entrevistadas) nos apresentou um relato nesse sentido:

A maioria dos casos que a gente atende aqui, ela vem já quando já partiu pra física. Então assim, quando a gente vai conversando e vai atendendo, a gente vai né?! Falando pra elas que desde o momento em que ele começa a agredir ela verbalmente aquilo ali já se configura uma violência e elas vão relatando: "há começou ele me chamando disso (desculpa a palavra) de puta, vagabunda, que traio e eu não saio nem de casa, que eu faço isso, que eu faço aquilo, até que depois de certo tempo ele começou a me bater.

Demonstrar para a mulher como o seu lugar de sujeito de direito foi sendo negado, e como esse lugar tem a possibilidade de ser (re)apropriado; torna claro as vivências de

opressões⁸; “[...] tornar transparente, ao sujeito que busca os serviços, as reais implicações de suas demandas_, para além das aparências e dos dados imediatos_, assim como os meios e condições de ter acesso aos direitos”. (IAMAMOTO,2012, p427). Eis a função pedagógica do assistente social que contribui na desconstrução e construção dos modos de pensar e agir das mulheres referenciadas pelo CREAS.

No diálogo sobre o espaço institucional, as investidas conservadoras e correlações de forças, e suas interferências nos modos operandi do assistente social no enfrentamento a essa realidade; Dandara apresenta um contexto importante, que demarcou o autoritarismo da gestão institucional frente ao seu posicionamento ético e político, na direção da garantia dos direitos da mulher vítima de violência.

[...] falar dessa casa de passagem é tocar num problema para o CREAS, para a gestão né, porque quando pensamos em uma mulher que não pode ficar em casa e precisa ser encaminhada... cria-se um alvoroço e não se falam dessa casa e não tem um encaminhamento, e a mulher continua correndo risco. E aí já teve situações de eu ir pro ministério público pra fazer denúncia do próprio...da própria gestão e houve uma reunião só comigo né, de falar que o contrato pode não ser renovado e eu disse que eu tinha convicção disso, mas que eu não podia diante de uma situação de violência a qual o CREAS se responsabiliza por essas mulheres tem a obrigação de fazer alguma coisa por essa mulheres e não é alguma coisa, ouvir e mandar ela pra casa né, é encaminhar, é tentar efetivar o que ela já tem garantido pelo estado... que é o direito de estarem vivas, então... o problema é que são assistentes sociais também, e aí você fica num embate dentro da própria categoria.[...] eu sei que eu preciso do dinheiro e tal, mas eu sei que eu to fazendo alguma coisa certa porque gerou um incomodo e eu vou seguindo essa linha, eu acho que no momento que a gente perder essa capacidade não só crítica, mas de enfrentamento mesmo... a gente pode abandonar a profissão.

O direcionamento ético e político que essa assistente social escolheu, demonstrou uma ação consciente - nem heroica, nem fatalista, mas sim, uma consciência política das correlações de força no espaço sócio-ocupacional em que esta, e de como atuam. Assim, [...] a partir do jogo de forças presentes nas circunstâncias de seu trabalho, reorienta a prática profissional a serviços dos interesses e necessidades dos segmentos majoritários da população. (IAMAMOTO e CARVALHO,2011, p122). Sobre os direcionamentos políticos e sociais do Estado brasileiro que se reflete nas formulações e implementações das políticas sociais provoca algumas inquietações: “as demandas da instituição aqui impedem um pouco que a gente consiga chegar na defesa mesmo disso. As vezes a gente se sente um pouco impotente de não ta conseguindo fazer com que aquela mulher saia daquele ciclo de violência.” (Bertha L.). Assim, Iamamoto (2012, p.162) nos alerta:

Não temos de ser necessariamente levados ao imobilismo, à descrença, à desilusão profissional. Há que superar essa posição fatalista, como também aquelas visões idealizadas [...] se a sociedade fosse igualitária, se houvessem

8 Saffioti(1994, p.453) analisou que: “uma parcela das mulheres consegue romper com a relação dominada/dominante, [...] Sua consciência perde as características de dominada e passa a ter uma visão de conjunto das relações de gênero.”

recursos abundantes, se não existissem relações de poder nas instituições, se tivéssemos completa autonomia em nosso campo de trabalho... aí, sim, poderíamos realizar “aquele” Serviço Social com que sonhamos.

É preciso estar atento as mudanças da realidade e processos econômicos, políticos e culturais e assim perceber os desafios e possibilidades que estão presentes na realidade. Nesse sentido, Martinelli (1995, p.149) enfatiza: “sempre há caminhos críticos, vias de superação a serem trilhadas, porém a verdade é que só são encontradas por quem procurar pacientemente, por quem as constrói corajosamente”. Com isso, pontuamos alguns desafios da materialização do Projeto ético-políticos, mas em meio aos desafios, estes profissionais construíram também estratégias de possibilidades.

A construção de grupos de mulheres como meio de provocar a reflexão nas mulheres vítimas de violência e de mostrar a construção coletiva de alternativas a esta violação dos direitos humanos, tem se apresentado uma constante no espaço institucional dos CREAS em questão. Todas as assistentes sociais com quem obtivemos contato sinalizaram essa questão; uma das falas das assistentes sociais foi elucidativa quanto a isso:

[...] o que tem hoje aqui no CREAS de atendimento pra elas além do atendimento psicológico e individual que é o que dá início, tem o grupo, onde elas dividem, e a gente percebeu que quando elas se juntam pra contar as experiências elas percebem que não é só elas que passam por isso, a gente percebeu que elas dividindo essas experiências parece que fica um pouco mais leve.[...] Então eu acho que o grupo surtiu, tá surtindo um efeito, tá provocando mudanças na vida dessas mulheres. (Bertha L.).

Construir um espaço com as mulheres, possibilita que estas se percebam em meio à violência, e apreendam a partir da sua realidade que a violência contra a mulher tem determinações históricas e culturais, e que há possibilidades de luta e enfrentamento que podem ser construídas coletivamente; há, pois, uma abertura a perspectiva emancipatória em meio aos desafios profissionais e societários de materialização do código de ética e do projeto ético político.

4 | CONSIDERAÇÕES

Com a construção do presente artigo apresentamos algumas aproximações que foram possíveis através da pesquisa; o exercício que realizamos foi o de retornarmos à superfície, cientes que alcançamos algumas determinações de uma realidade complexa da prática profissional e suas objetivações ético políticas no enfrentamento a violência contra a mulher no espaço da Política de Assistência Social.

Adentrando assim na trajetória da profissionalização da prática profissional analisando-a em meio aos caminhos da dimensão ético-política frente às condições sócio-históricas que possibilitaram que a prática profissional se constituísse assim como o é atualmente; trilhando caminhos de ruptura com o conservadorismo que se reatualiza em

meio à conjuntura política e econômica.

Nas reflexões a partir das entrevistas com as assistentes sociais, identificamos que é possível objetivar direcionamentos no horizonte do Projeto ético-político e do projeto societário emancipatório no enfrentamento a violência contra a mulher mesmo com limites concretos de uma sociedade marcada pelo “novo- patriarcado- capitalismo- racismo. Efetivar esses direcionamentos não depende apenas da consciência ética do assistente social. Faz-se necessário apreender os determinantes que incidem no cotidiano da prática profissional: redução dos recursos sociais, precarização do trabalho, violação dos direitos trabalhistas.

REFERÊNCIAS

ABAS (Associação Brasileira de Assistentes Sociais). **Código de ética profissional**, 1948

BARROCO, Maria Lucia Silva. **Ética e Serviço Social: Fundamentos Ontológicos**. 7. Ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BASTOS, Tatiana Barreira. **Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher: Análise da Lei Maria da Penha (Lei nº11. 340/2006): um diálogo entre a teoria e a prática**. 2. ed.- Porto Alegre: Verbo Jurídico,2013.

BRASIL. **Lei Maria da Penha**: Lei nº 11.340/2006 - Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010.

BRASIL. Política Nacional de Enfrentamento à violência contra as mulheres. Brasília, 2011. **Secretaria de Políticas para as Mulheres** – Presidência da República. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/politicanacional>

CARNEIRO, Sueli. **Enegrecer o feminismo**: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero. In: Racismos contemporâneos. Rio de Janeiro: Takano Editora, p. 49-58, 2003.

CARVALHO, José Murilo de Carvalho. **Cidadania no Brasil**: o longo caminho. 16ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.

CFESS (Conselho Federal de Serviço Social). **Código de Ética Profissional do Assistente Social**, 1993.

CISNE, Mirla ; RUSSO, Glauca; BRETTAS, Tatiana. **Questão Social e mediação de gênero**: a marca feminina na Assistência Social. SER. Social, Brasília, V.10, n.22, p 129-159, jan/jun.2008.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**: Capital financeiro, trabalho e questão social. 7. Ed – São Paulo: Cortez, 2012.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raúl de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 35. ed – São Paulo: Cortez, 2011.

IAMAMOTO, Marilda Vilella. **A questão social no capitalismo**. Temporalis _ ABEPSS N° 3. Brasília: ed: Grafine, p.10-30, 2001

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social: rompendo com a alienação**. In: Serviço Social: Identidade e alienação. 14. Ed. São Paulo: Cortez, 2009. Cap. III, p.93-152.

NETTO, José Paulo. **A construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social**. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social, 1999, Brasília. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional, 1999, modulo 1, p. 1-22.

NETTO, José Paulo. **A Renovação do Serviço Social sob a autocracia burguesa**. In: Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. São Paulo: Cortez, 2011. Cap. II.p.117-305

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. **Gênero Patriarcado Violência**. 2. Ed. São Paulo: Expressão Popular: Fundação Perseu Abramo, 2015

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. **A mulher na sociedade de classes: mito e realidade**. 2. Ed. Vozes Ltda: Petropolis,1979.

SCOTT, Joan Wallich. "**Gênero**: uma categoria útil de análise histórica". Educação e Realidade. Porto Alegre, vol. 20, nº 2 jul./dez. 1995, 71-99 p.

WANDERLEY, Luiz Eduardo W. **A particularidade da questão social na América Latina**. Serviço Social e Sociedade, São Paulo: Cortez, n. 76, p. 46- 48, 2003

CAPÍTULO 2

PRODUÇÃO DAS CIDADES E INSURGÊNCIAS SOCIAIS NA AMAZÔNIA: UM DEBATE DA QUESTÃO TERRITORIAL EM BELÉM E SANTARÉM

Data de aceite: 01/03/2022

Data de submissão: 07/02/2022

Ana Caroline dos Santos Ferreira

Mestranda em Planejamento Urbano,
Universidade Federal do Paraná - UFPR
Curitiba - PR
<http://lattes.cnpq.br/5413487674642807>

Taynah de Nazaré Argolo Marinho

Mestra em Serviço Social, Universidade
Federal do Pará - UFPA
Belém - PA
<http://lattes.cnpq.br/6117612679516969>

Sandra Helena Ribeiro Cruz

Docente da Faculdade de Serviço Social,
Universidade Federal do Pará - UFPA
Belém - PA
<http://lattes.cnpq.br/6427847823348453>

RESUMO: Este artigo tem como centralidade analisar os conflitos socioterritoriais produzidos a partir do processo de produção das cidades na Amazônia. O estudo se desenvolveu nos municípios de Belém e Santarém, no estado do Pará, onde constatando-se alterações socioterritoriais estimuladas, sobretudo pela lógica capitalista de apropriação do território, que têm despontado conflitos pela permanência na terra por parte da população nativa, seja em áreas urbanas ou *periurbanas*. Nesse sentido, pretende-se trazer uma reflexão sobre

as modificações no território amazônico e os seus rebatimentos para a população local e compreender como estes sujeitos têm se organizado em defesa dos direitos sociais.

PALAVRAS-CHAVE: Território, Conflitos, Amazônia.

PRODUCTION OF CITIES AND SOCIAL INSURGENCES IN THE AMAZON: A DEBATE ON THE TERRITORIAL ISSUE IN BELÉM AND SANTARÉM

ABSTRACT: This article focuses on analyzing the socio-territorial conflicts produced from the production process of cities in the Amazon. The study was carried out in the municipalities of Belém and Santarém, in the state of Pará, where socio-territorial changes stimulated, especially by the capitalist logic of territorial appropriation, have emerged conflicts over the permanence on the land by the native population, whether in urban or peri-urban areas. In this sense, it is intended to bring a reflection on the changes in the Amazon territory and its repercussions for the local population and to understand how these subjects have organized themselves in defense of social rights.

KEYWORDS: Territory, Conflicts, Amazon.

1 | INTRODUÇÃO

Este artigo resulta de duas Pesquisas realizadas no âmbito do Laboratório de Pesquisas e Práticas Sociais na Amazônia (LABPSAM)¹,

¹ O Laboratório de Pesquisas e Práticas Sociais na Amazônia (LABPSAM) foi criado em 2015 e reuniu pesquisadores da temática urbana e rural. Em 2017, o LABPSAM foi transformado no Grupo de Pesquisa em Políticas Urbanas e Movimentos Sociais na Ama-

vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Pará (PPGSS/UFGPA). O objetivo central do artigo é evidenciar a emergência de conflitos socioterritoriais no contexto contraditório de produção das cidades amazônicas. Nesta região, as cidades têm sido uma das bases para o processo de acumulação capitalista, alterando as estruturas sociais e culturais da organização espontânea das populações locais, provocando os conflitos e os movimentos de resistência pela posse e permanência na terra (CRUZ, 1994, 2012; COSTA, 2012).

O estudo elegeu as cidades de Belém e Santarém, no estado do Pará, como *lócus* da pesquisa, em que cada uma delas apresenta diferentes implicações em seus processos econômicos, políticos, culturais e sociais. No entanto, identificam-se semelhanças em ambas as cidades, em vista de estarem entrelaçadas por uma lógica capitalista de apropriação do território, mercantilizando-o em benefício do capital, com o fim último de subjugar suas potencialidades para fins financeiros.

A pesquisa foi referenciada teórica e metodologicamente pelos autores da teoria marxiana, tais como: Friedrich Engels (1985), Henri Lefebvre (2001) e Jean Lojkine (1981), que elucidam no plano global a produção das cidades capitalistas, e aqueles que contribuem no plano local do contexto amazônico citam-se: Cruz (1994, 2012), Sá; Costa; Tavares (2006), Cruz; Castro; Sá (2010), Costa (2012), entre outros.

Engels (1987) nos ajuda a pensar o processo de separação entre campo e cidade em curso na Amazônia, pois, para o autor a primeira divisão social do trabalho se deu em decorrência da separação entre o rural e o urbano. Embora, os estudos de Engels datem do século XIX e reflita sobre a realidade europeia em pleno processo de industrialização fabril, o mesmo nos auxilia na análise dos conflitos sociais gerados a partir da divisão social do trabalho que também tem na separação campo e cidade o lugar do conflito, com as frações das classes sociais se confrontando por meio do trabalho e da disputa pela ocupação de terras.

Nas cidades inglesas do século XIX, Engels ([19--]) verificou o movimento intenso de massas rurais atraídas para as grandes cidades que se converteram em centros industriais. Enquanto que o traçado das velhas cidades já não correspondia às condições da nova grande indústria nem ao seu grande movimento. Em Belém verifica-se um processo de consolidação da urbanização através da política urbana que busca consolidar a urbanização por meio da infraestrutura que favorece principalmente o setor imobiliário e as indústrias instaladas nos municípios próximos e que se utilizam da logística oferecida por essa grande cidade amazônica. Citam-se os programas de macrodrenagem que tendem a garantir nova configuração urbana para Belém, os projetos de revitalização dos portos em grande parte das cidades amazônicas e a política do agronegócio, favorecendo a circulação de mercadorias produzidas nas cidades amazônicas, como é o caso da produção da soja em Santarém.

zônia Globalizada (GPPUMA).

O processo de urbanização produzido segundo esta lógica revela ruptura, fragmentação e segregação, dada a lógica de apropriação privada da terra e dos meios de produção, fundada nas vantagens próprias à (re) produção do capital – instalações industriais, meios de comunicação e circulação (diferentes tipos de vias de escoamento de produtos, como por exemplo, rodovias, ferrovias, aeroportos, heliportos e, mais recentemente, as chamadas superinfóvias, redes telemáticas de fibras óticas, TV a cabo etc.) – em contraposição àquelas relativas à reprodução da força de trabalho – moradias, equipamentos/serviços coletivos etc (CRUZ et al 2010, p. 194-195).

Assim, ao estudar esses processos nas duas cidades, observamos que tanto em Belém como em Santarém os projetos econômicos desenvolvidos pelo Estado e pelo mercado desterritorializam a população local e geram conflitos pela posse da terra, seja urbana, seja rural.

2 | TRANSFORMAÇÕES SOCIOTERRITORIAIS E OS CONFLITOS EM BELÉM: O PROMABEN EM QUESTÃO

Belém é uma das principais metrópoles da região amazônica, apresentando um contingente populacional com estimativa de 1.439.561 habitantes distribuídos em uma área territorial de 1.059 km², gerando uma densidade demográfica em torno de 1358,77 hab/km², conforme dados do Censo (IBGE, 2015). Constitui-se no principal aglomerado urbano de sua região metropolitana (RMB), cujo crescimento demográfico deve ser associado ao fato de que no Pará há uma vinculação direta da situação de exploração da Amazônia, com a forma de como a RMB se estrutura, em função dos projetos econômicos voltados à exploração mineral e energética localizadas no estado do Pará.

Segundo Cardoso et al. (2007), na Amazônia Oriental, os projetos minerais e energéticos deixaram para Belém a posição de entreposto de serviços e de concentração de população de baixa renda, haja vista apresentar infraestrutura urbana, atraindo, grandes massas de trabalhadores que, sem trabalho e sem lugar para morar, acabam entrando numa disputa, principalmente com os setores do mercado imobiliário, pelo lugar de morar e trabalhar e vivenciando conflitos por acesso à terra urbana e à rede de serviços públicos.

Para Rodrigues (1996), nos anos 1970, a Amazônia viveu um vigoroso processo de afluxo populacional vinda do campo, particularmente das áreas de fronteiras de expansão, produzindo fenômenos como o inchaço dos grandes centros urbanos da região, a favelização, o desequilíbrio socioambiental e conflitos urbanos. Assim, a população pobre que chegava em Belém começou a ocupar as áreas urbanas a partir das áreas de baixada, consideradas abaixo do nível do mar e por isso alagadiças, sem infraestrutura urbana, mas localizadas nos bairros centrais da cidade, fenômeno que ocorreu até meados dos anos 1980, quando a população que veio morar nessa cidade iniciou um novo processo de ocupação, estimulados pela política de conjuntos habitacionais, a população de baixa renda e mesmo setores da classe média buscam ocupar as áreas localizadas no setor

norte de Belém.

Em 1996, a prefeitura, por meio da Lei 7806/96 ampliou para 71 o número de bairros em Belém, revogando a Lei 7.245/84. Com o reconhecimento legal dos novos bairros, Belém assumiu nova configuração territorial com forte adensamento demográfico, acompanhado por intenso processo de especulação da terra urbana. Segundo Cruz (1994), foi nesses anos que a cidade sofreu transformações mais radicais, em que se presenciaram processos de desorganização e de reorganizações do espaço urbano regional, com o urbano assumindo papel de integração funcional da fronteira ao espaço global do capital.

Ressalta-se que, nesse contexto, os bairros que compõem a Bacia Hidrográfica da Estrada Nova (BHEN): Jurunas, Cremação, Condor, Guamá e parte do bairro Cidade Velha, foram os primeiros a sofrerem o impacto do processo migratório interno do Pará, com alta densidade demográfica, disputas pela ocupação da terra e apropriação da moradia e trabalho num primeiro momento e em um segundo momento passaram a tencionar junto ao poder público pela demanda de infraestrutura urbana de saneamento, escola, postos de saúde etc. Primeiro foi a luta pela terra urbana e depois a luta por equipamentos urbanos e coletivos, ou seja pela urbanização das áreas alagadas ou alagadiças.

Mais recentemente, já no século XXI, após décadas de pressão ao poder público, a prefeitura municipal de Belém deu início ao Programa de Macrodrenagem da Bacia Hidrográfica da Estrada Nova (PROMABEN)², com o intuito de resolver a questão do alagamento das áreas de baixadas existentes nos referidos bairros. O PROMABEN teve início em 2009, a partir da assinatura de contrato de financiamento com o Banco Internacional de Desenvolvimento (BID) no valor de US\$137.500,000, com ações executadas em toda a extensão da Av. Bernardo Sayão (Estrada Nova) com aproximadamente 6km, são: a) Drenagem da bacia, b) Saneamento básico, c) Urbanismo e habitação, e d) Revitalização urbano-ambiental.

Considerando a extensão territorial da BHEN, o programa a dividiu em quatro sub-bacias para efeito de organização e intervenção em etapas. Assim, o PROMABEN deverá prever a macro e microdrenagem de quatro sub-bacias:

[...] a sub-bacia 1, que vai da travessa Veiga Cabral à rua Fernando Guilhon, a sub-bacia 2, que vai da rua Fernando Guilhon até o canal da travessa Quintino Bocaiúva, a sub-bacia 3, que vai do canal da Quintino ao canal da travessa 3 de maio e a sub-bacia 4, que vai do canal da 3 de maio à Universidade Federal do Pará (UFPA) (CRUZ, 2012, p. 178).

O PROMABEN, sendo um empreendimento de grande porte e abrangendo toda a extensão da BHEN, faz necessário para a sua execução, a expropriação de residências, pontos comerciais e portos, como demonstra um trecho do Relatório de Impacto Ambiental encomendado pela PMB:

² O PROMABEN faz parte de uma intervenção urbanística mais ampla que reúne a urbanização da orla fluvial sul, por meio do projeto Orla e a macrodrenagem da Estrada Nova (PROMABEN), formando o denominado Portal da Amazônia (CRUZ, 2012).

As áreas interferentes com as obras de implantação da macrodrenagem e as demais obras que visam a requalificação urbana e ambiental na bacia de Estrada Nova deverão estar livres da ocupação antrópica desordenada. O objetivo geral deste Programa de Remoção e Reassentamento é liberar estas áreas para implantar tais obras considerando o resgate da cidadania como condição para a sustentabilidade do PROMABEN (BELÉM, 2007, p. 81).

Embora o PROMABEN adote ações que pretendem responder às demandas da população residente nas áreas afetadas pelo programa, o mesmo interfere diretamente na questão da moradia na BHEN uma vez que a remoção das moradias geram conflitos entre a população e o poder público, sobretudo pela ausência de informações esclarecedoras, motivando insegurança quanto ao empreendimento e seus impactos. No que tange ao remanejamento das moradias localizadas à beira-mar, houve processo de resistência de duas vilas: A Vila Elaine e a Vila Santa Luzia, em relação às soluções previstas para a questão da desapropriação das moradias existentes nessas Vilas desde meados do século XX:

[...] existem vilas de casas que abrigam centenas de famílias residentes, por um tempo que se estende de 10 a 30 anos, e que a partir da intervenção do projeto foram demolidas em sua totalidade, com exceção da Vila Elaine e Vila Santa Luzia que até o presente momento resistem à ação de remanejamento (CRUZ, 2012, p. 220).

Segundo Malheiros (2009), os moradores da sub-bacia I, se organizaram e reivindicaram junto ao ministério público uma audiência pública, ocorrida em 2008, para que a PMB esclarecesse sobre o programa. Entretanto, desde 2010 a PMB tem desapropriado residências que nem sempre são usadas exclusivamente como moradia, e sim como moradia e comércio (estratégia de subsistência e trabalho das famílias da área), definidas pelo programa como unidades mistas. Inicialmente o programa previu a remoção de 2.129 residências, alterando a vida de pelo menos dez mil pessoas diretamente (MALHEIROS, 2009, p. 121).

Nesse sentido, verifica-se que o PROMABEN tende a alterar a fisionomia do território da BHEN que historicamente foi moldada pela dinâmica social e cultural dos sujeitos dessa região, obstruindo as formas de moradia e trabalho encontrado pela população, com a remoção das moradias e comércios em favor da revitalização da área, atendendo ao apelo feito pelo mercado ao Estado de se garantir infraestrutura urbanística capaz de tornar as áreas degradadas em condições de receber os investimentos feitos pelo mercado imobiliário nas áreas nobres revitalizadas. Esse processo, contudo, acontece sob intensos conflitos, uma vez que no cerne da questão:

[...] Dezenas de trabalhadores tiveram suas formas de produção desorganizadas, em decorrência da peculiaridade do trabalho da pesca, do comércio, do porto etc., gerando diferentes tipos de insatisfação à população originária da área [...] moradores que resistem em não sair do lugar, sem que tenham uma certeza sobre o seu futuro (CRUZ, 2012, p. 223).

Quem se beneficiará dos resultados do projeto? Para onde nós iremos depois? Porque depois que tudo estiver terminado outros virão para se apropriar de tudo que a gente sempre almejou. São questões levantadas tanto pelos moradores remanejados quanto por aqueles que permanecem nas áreas, mas que não se sentem seguros em seu lugar de moradia.

Contraditoriamente, os conflitos e resistências na BHEN não se colocam avessas ao PROMABEN, uma vez que as demandas por saneamento básico é histórica em Belém, pelo contrário, o que contestam é o modelo de política urbana excludente e segregativa, que não tem como centralidade a questão da moradia.

Nesse sentido, as transformações socioterritoriais decorrentes de intervenções urbanísticas como o PROMABEN, confirmam a concepção de uma política urbana que objetiva a produção de cidades capitalistas competitivas no mercado global, onde a fração das classes trabalhadoras não tem lugar, em vista de não possuir renda suficiente para comprar e usufruir os bens coletivos produzidos no âmbito das cidades, como é o caso da terra urbana e dos equipamentos urbanos garantidos pelo Estado.

3 | TRANSFORMAÇÕES SOCIOTERRITORIAIS NA MICRORREGIÃO DE SANTARÉM: A LUTA PELO TERRITÓRIO NA TERRA INDÍGENA MARÓ

No caso de Santarém, o estudo foi realizado na “Terra Indígena Maró” (TI Maró) localizada às proximidades da Reserva Extrativista Tapajós Arapiuns. A microrregião é formada pela área urbana onde se concentram a rede de serviços públicos, atividades financeiras, portuárias e por uma área rural onde se encontram as áreas ocupadas por diversas comunidades tradicionais como indígenas, quilombolas e agricultores familiares que sobrevivem do extrativismo, agricultura de subsistência e a pesca, e também área onde se encontram as atividades do setor madeireiro e extensas áreas de cultivo de soja.

A partir dos anos 1990, as transformações em curso nesta região desencadearam os conflitos fundiários (envolvendo grilagem de terras, loteamento irregular, exploração ilegal dos recursos naturais e o desmatamento em áreas ocupadas por povos e comunidades tradicionais - com a intensificação da atividade madeireira – tendo como principal motivação a posse da terra entre as comunidades indígenas originariamente instaladas e os grandes empresários em função da supervalorização das terras. A Terra Indígena Maró localiza-se em uma área vizinha à Reserva Extrativista Tapajós Arapiuns. Ambas as áreas fazem parte de uma Gleba de terras que está sob jurisdição do Estado e corresponde a uma área aproximada de 87.000 hectares, ocupada por 14 comunidades³.

A Terra Indígena Maró é formada por três comunidades indígenas (São José III, Novo Lugar e Cachoeira do Maró) que englobam as etnias Borari e Arapium (área estudada

3 Ocupada por 14 comunidades: São Raimundo do Alto Aruã, São Francisco, Novo Paraíso, Cachoeira do Aruã, Gapó Acú, São Luís, Sociedade dos Parentes, Fé em Deus, Vista Alegre, Repartimento, Mariazinha e três comunidades indígenas da TI Maró.

no Projeto de pesquisa). Nos últimos anos, essas comunidades passaram a demandar reconhecimento de sua identidade e de seu território, afirmando um posicionamento político em defesa do seu modo de produção e reprodução social, contrapondo-se à lógica de mercantilização da terra e dos recursos naturais.

Segundo Costa (2012), às demandas territoriais do movimento indígena estão associadas à rápida formação do mercado de terras e aos casos de violências e ameaças de expropriação das áreas habitadas por essas comunidades onde grileiros, madeireiros e, atualmente, sojicultores, usam mecanismos violentos de apropriação de terras. Um Dossiê, contendo 150 (cento e cinquenta) documentos dos estudos realizados, desde 2005, na região do Baixo Amazonas pela Comissão Pastoral da Terra/CPT foi entregue ao Ministério Público Federal e à Secretaria de Meio Ambiente do Pará/SESMA, apontando os impactos da instalação do porto graneleiro da Cargill⁴.

Dados da CPT (2010) indicam que têm crescido o número de conflitos nos municípios Almeirim, Prainha, Monte Alegre, Santarém, Belterra e Aveiro que compõem a região do Baixo Amazonas paraense. A intensificação desses conflitos nessa região está associada com a instalação da empresa Cargill que tem acirrado a disputa por terras com populações tradicionais.

A atuação das comunidades pertencentes à TI Mar no processo de demarcação territorial conta com o apoio do Grupo Consciência Indígena (GCI) e do Conselho Indígena do Tapajós e Arapiuns (CITA) que consolidam a articulação política na luta pelo território. Os membros da TI Maró passaram a se reconhecer como sujeitos coletivos de direitos, lutando não apenas pela garantia da terra, mas em defesa de suas práticas tradicionais, étnicas e ancestrais como a linguagem, crença e organização social que se configuram em um fenômeno coletivo. Em meados da década de 1990, a Terra Indígena Maró, distribuída em uma área aproximada de 42.373 há - localizada na Gleba Nova Olinda, considerada terra pública que passou a vivenciar conflitos socioambientais com a inserção de extração madeireira, planos de manejo florestais e, mais recentemente, as plantações de soja (PEIXOTO, 2012; BRASIL, 2013).

Os estudos realizados pela Organização Não Governamental (ONG) Terra de Direitos, CPT e o Ministério da Justiça evidenciam a questão da reivindicação do direito territorial dos povos étnicos Borari-Arapium apresentando também a luta pelo reconhecimento de sua identidade cultural. Tal reivindicação baseia-se no direito à terra garantida tanto na Constituição Federal de 1988 como na Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) que asseguram o direito à terra ocupada tradicionalmente pelos povos indígenas.

Uma pesquisa de âmbito nacional realizada pelo Ministério da Justiça, e publicada

4 “Maior empresa norte-americana do setor agrícola e mundial de *commodities* agrícolas, a Cargill foi fundada em 1865, no Iowa/EUA. A multinacional norte-americana atua na comercialização, processamento e distribuição de produtos agrícolas e alimentícios; além de desenvolver atividades financeiras e industriais pelo mundo inteiro” (LEÃO; BANDEIRA, 2012, p. 03).

em 2013, objetivou analisar as soluções executadas pelas instituições públicas envolvidas nos casos de conflitos fundiários em comunidades tradicionais no Brasil. No estado do Pará identificou-se o caso emblemático da Terra Indígena Maró, o relatório buscou esclarecer a atuação das Instituições Públicas envolvidas no caso como o Instituto Nacional do Meio Ambiente/IBMA, Fundação Nacional do Índio/FUNAI, Instituto de Terras do Pará/ITERPA, Ministério Público Federal/MPF, Ministério Público Estado do Pará/MPE, entre outros. (BRASIL, 2013).

A pesquisa apresentou os três agentes sociais que têm participação direta nesse conflito: comunidades tradicionais localizadas nas áreas de abrangência da Gleba Nova Olinda, grupos econômicos e instituições públicas. Foram observados os níveis de atuação da sociedade civil - como os membros das Comunidades Indígenas – integrantes das organizações/entidades representadas pelo “Movimento em Defesa da Vida e Cultura do Rio Arapiuns” e pelo Sindicato dos Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais de Santarém (STTR-STM) que denunciam os casos de violação de direitos, a exploração ilegal da madeira, grilagem, dentre outros (BRASIL, 2013).

Ainda segundo o relatório do Ministério da Justiça (2013), às ações dos movimentos sociais e organizações populares se contrapõem aos interesses das atividades de extração madeireira que atuam da seguinte forma:

Pela via judicial, as empresas madeireiras moveram ações civis para a desobstrução do rio, pela restituição da madeira apreendida, a proibição de integrantes do movimento de entrarem nas áreas de manejo (inclusive os que se sobrepujam a TI Maró) e representação criminal pela prática de sequestro, cárcere privado, formação de quadrilha, ameaça, falsidade ideológica, incitação ao crime, entre outros (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2013, p. 62).

A incorporação de novas áreas na Gleba Nova Olinda por madeireiros e sojicultores intensificou-se no período de 2003 a 2006. Esse crescimento foi facilitado pela ação do Governo do estado do Pará que concedeu 08 (oito) Autorizações de Imóvel Público (ADIP) na região do Rio Arapiuns, entre as quais 03 (três) concessões estão na Gleba Nova Olinda.

No ano de 2009, uma nova política voltada para a mediação dos conflitos fundiários na região foi adotada pelo Estado embora esta esteja voltada prioritariamente para a definição das áreas (dentro de Gleba) destinadas à concessão florestal. A desconsideração por parte do Estado das necessidades das comunidades prejudicadas nesse processo levou o CITA e a liderança comunitária a se posicionarem contra o avanço do desmatamento, pressionando o Governo Federal para a demarcação de seu território.

O Grupo Técnico da FUNAI, que realiza os estudos antropológicos necessários para a identificação e delimitação da Terra Indígena, finalizou, em 2004, o “Relatório de Levantamento Preliminar das Comunidades do Rio-Arapiuns e Baixo Tapajós”, dando continuidade com a criação do Grupo de Estudo Antropológico Terra Indígena Maró. No relatório final desse estudo publicado em 2011, identifica-se uma área de 42 (quarenta

e dois) mil hectares ocupados pelas etnias Borari e Arapium. Em novembro de 2014, o juiz federal deu a sentença invalidando o processo administrativo de demarcação da Terra Indígena Maró ao declarar a inexistência de indígenas na Gleba Nova Olinda.

As entidades e movimentos sociais de Santarém manifestaram-se contra a determinação judicial, por meio da publicação da nota de repúdio à sentença que denuncia a violação de direitos. Nela, as organizações afirmam que a decisão da não demarcação da TI Maró contribui para a violência institucional, simbólica e para extermínio dos povos Borari/Arapium (TERRA DE DIREITOS, 2014; 2015).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão sobre os processos socioterritoriais desencadeados em áreas específicas do estado Pará apresentam a lógica mercantil que vem sendo instalada sobre território amazônico. Verificam-se ainda as implicações de dois agentes envolvidos nos conflitos, cuja principal motivação é a apropriação territorial em cada município estudado: a elite dominante e as populações locais.

O primeiro agente representa os grupos econômicos ligados ao mercado imobiliário que abrange a Bacia Hidrográfica da Estrada Nova, em Belém, e do setor madeireiro instalado na microrregião de Santarém. O segundo agente desse processo representa os grupos que vivem nessas regiões, especialmente, os moradores das áreas de abrangência da bacia da Estrada Nova e as comunidades indígenas da TI Maró.

O planejamento urbano de Belém tem se caracterizado por uma política voltada à consolidação do capital, por meio de ações de grandes empreendimentos, que reconfiguram áreas decadentes e precárias em revitalizadas para uso do mercado. Assim, as cidades são produzidas e administradas sob a égide do capital globalizado. Dessa forma, embora no discurso a PMB relata que PROMABEN seja uma resposta às demandas da população e vise melhorar as condições de moradia e saneamento na BHEN, o que tem se observado é o reforço dos efeitos segregativos que o próprio sistema capitalista cria e recria, produzindo a cidade formal e informal.

Em contraposição à exploração madeireira na TI Maró, os movimentos indígenas consolidam a participação e protagonismo político objetivando pressionar o poder público para a efetivação da demarcação territorial. Para isso, os grupos tradicionais incorporam novos elementos no sentido de dar visibilidade ao reconhecimento cultural através do processo de emergência étnica. Nesse processo verifica-se ainda a fragilidade do Estado em regular as terras públicas o que facilita o crescimento das práticas ilegais como esquemas de grilagem, usurpação e especulação das áreas tradicionalmente ocupadas pelas populações tradicionais.

REFERÊNCIAS

BELÉM, Prefeitura Municipal. **Estudo de Impacto Ambiental do Programa de Recuperação Urbana e Ambiental da Estrada Nova - PROMABEN**. Belém: Engesolo Engenharia Ltda.; PMB, 2007.

BELÉM, Prefeitura Municipal. **Relatório de Impacto Ambiental do Programa de Recuperação Urbana e Ambiental da Estrada Nova - PROMABEN**. Belém: Engesolo Engenharia Ltda.; PMB, 2007.

BRASIL. **Conflito fundiário Indígena – Caso da Terra Indígena Maró – Gleba Nova Olinda I, Santarém – Estado do Pará**. In: **Casos Emblemáticos e Experiências de Mediação**: Análise para uma cultura institucional de soluções alternativas de Conflitos Fundiários. Brasília: Ministério da Justiça/ Centro de Estudos sobre o Sistema Judiciário, 2013.

BRASIL. **Censo Demográfico**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. <http://www.ibge.gov.br/home/>. Acesso em 12 de Maio de 2016.

CADERNO NOVA CARTOGRAFIA. **Resistência e Mobilização dos Povos Indígenas do Baixo Tapajós**. n. 1 (junho 2014) – Manaus: UEA edições, 2014.

CARDOSO, Ana Claudia Duarte. Et all. **A estrutura sócio-espacial da Região Metropolitana de Belém**: reflexões sobre a distribuição dos tipos sócio-ocupacionais de 1990 a 2000. *Novos Cadernos NAEA*, v. 10, n. 1, jun. 2007.

CRUZ, Sandra Helena Ribeiro. **Grandes Projetos Urbanos, Segregação Social e condições da moradia em Belém e Manaus**. Tese (doutorado) – Universidade Federal do Pará, Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido, Belém, 2012.

CRUZ; CASTRO; SÁ. **Urbanização e Segregação Social**: Trabalho e condições de Moradia numa Metrópole da Amazônia Brasileira, Belém/PA. In: *AULP, Revista Internacional em Língua Portuguesa: Cidades e Metrôpoles*. Lisboa, v.3, n. 23, p 193-211. 2010

CRUZ, Sandra Helena Ribeiro. **Movimentos sociais e construção do espaço urbano em Belém**: o bairro da Sacramenta. 1994, 180f. Dissertação (Mestrado em Planejamento do Desenvolvimento)– Núcleo de Altos Estudos Amazônicos. Universidade Federal do Pará, Belém, 1994.

COMISSÃO PASTORAL DA TERRA. CPT **Santarém apresenta dossiê contra Cargill em audiência pública na região**. Disponível em: <<http://www.cptnacional.org.br>> Acesso em: 06 julho 2015.

COSTA, S. **Grãos na Floresta**: estratégia expansionista do agronegócio na Amazônia. 2012. 322 f. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido) - Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Universidade Federal do Pará, Belém, 2012.

ENGELS, Friedrich. **A Ideologia Alemã**. Ed. 6ª. São Paulo, HUCITEC, 1987.

ENGELS, Friedrich. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. São Paulo: Global, 1985.

ENGELS, Friedrich. Contribuição ao Problema da Habitação. In: MARX, K.; ENGELS, F. **Obras Escolhidas**. São Paulo: Alfa-Omega, [19--]. p. 105-182. v. 2.

FUNDAÇÃO OWSVALDO CRUZ; FEDERAÇÃO DE ÓRGÃOS PARA ASSISTÊNCIA SOCIAL E EDUCACIONAL. **Caso Terra Indígena Maró**. Disponível em: <<http://www.terradedireitos.org.br>> Acesso em: 7 junho 2015.

LEÃO, Sandro Viégas; BANDEIRA, Felipe de Lima. Estratégias e Institucionalização De Projetos: Dinâmicas Regionais a partir da Expansão do “Agronegócio” em Santarém-Pa. **I Seminário de Desenvolvimento Regional, Estado e Sociedade**. Rio de Janeiro: SEDRES, Agosto de 2012.

LOJKINE, Jean. **O Estado capitalista e a questão urbana**. São Paulo: Martins, 1981.

MALHEIRO, Bruno Cezar Pereira. **Portos, portas e postais**: experiências, discursos e imagens produzindo a orla fluvial de Belém (PA). 2009. 187f. Dissertação (Mestrado)–Núcleo de Altos Estudos Amazônicos; Universidade Federal do Pará, Belém, 2009.

PEIXOTO, Rodrigo et al. O Movimento Indígena no Baixo Tapajós: etnogenese território, Estado e conflito. In: **Cadernos NAEA**. Vol 15, n 2. Dezembro 2012.

Reserva Extrativista: unidade de conservação: Disponível em: <uc.socioambiental.org/uso-sustentavel/reserva-extrativista> Acesso: 18 março 2016.

SANTANA, Joana Valente. **Desenho ideológico do BID**: modelo de gestão no Promaben em Belém, Pará. Rev. *Katálysis*[online]. 2012, vol.15, n.1, pp. 21-31. ISSN 1414-4980.

SÁNCHEZ, F. A reinvenção das cidades na virada de século: agentes, estratégias e escalas de ação política. **Revista de Sociologia Política**, Curitiba, n. 16, p. 31-49, jun. 2001.

SÁ, Maria Elvira; GAYOSO DA COSTA, Solange; TAVARES, Lucuana O Rural-Urbano em Santarém: interfaces e territórios produtivos. In: CARDOSO, Ana Cláudia. **O Rural e o Urbano na Amazônia: Diferente Olhares em perspectivas**. Belém: Fase, 2006.

CAPÍTULO 3

ASSESSORIA DO SERVIÇO SOCIAL JUNTO AOS CONSELHOS TUTELARES - UMA REALIDADE EM MOVIMENTO NO MUNICÍPIO DE MAGÉ

Data de aceite: 01/03/2022

Caroline do Nascimento de Abreu da Silva

Pós-graduanda no Curso de Especialização em Direitos Humanos e Saúde pela Fiocruz, assistente social, atuando na Unidade de Pronto Atendimento Vereador Adenor Moreira em Magé

Denise Gonzaga Cardozo de Oliveira

Pós-graduada em Atendimento a Crianças e Adolescentes vítimas de violência doméstica pela PUC/Rio, assistente social atuando na Divisão de Projetos Integrados em responsabilidade Social da Firjan (Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro)

Ingrid Adame Moreira

Doutoranda em Serviço Social pela Universidade Federal de Juiz de Fora, assistente social atuando no Hospital Universitário de Juiz de Fora

RESUMO: Este trabalho tem por objetivo contribuir com a sistematização do trabalho do assistente social na assessoria técnica aos Conselhos Tutelares. Para tanto, abordamos, brevemente, a trajetória histórica do Código de Menores ao Estatuto da Criança e do Adolescente, que legitima a criação do Conselho Tutelar e abre um campo de trabalho para inserção do assistente social.

PALAVRAS-CHAVE: Assessoria, Serviço Social, Conselho Tutelar.

ABSTRACT: This work aims to contribute with the

systematization of the work of the social worker in the technical assistance to the Tutelary Councils. In order to do so, we briefly discuss the historical trajectory of the Code of Minors to the Statute of the Child and Adolescent, which legitimizes the creation of the Guardianship Council and opens a field of work for the insertion of the social worker.

KEYWORDS: Counseling, Social Work, Guardianship Council.

1 | INTRODUÇÃO

Este trabalho é fruto do projeto de intervenção do Serviço Social, que foi implementado no transcorrer de 2019, junto aos dois Conselhos Tutelares do município de Magé, Rio de Janeiro. Tal projeto fora construído a partir da inserção de uma nova assistente social para compor o assessoramento a ambos os Conselhos no ano mencionado.

Ao assumir suas funções nos Conselhos, a assistente social se deparou com um trabalho que se dava na imediatez própria do cotidiano, sem quaisquer planejamento e sistematização da prática, o que propiciou indagações acerca de qual seria o seu papel e seus objetivos na atuação junto aos Conselhos Tutelares. Ao assumir suas funções, a assistente social se deparou também com um acúmulo de trabalho no Conselho Tutelar II, que foi justificado devido ao fato de a prática se restringir à realização de visitas domiciliares. Entretanto, além do fato de que a equipe técnica

não possui carro próprio, os próprios Conselheiros não “emprestavam” o carro do Conselho, que deveria ser utilizado para atender ao plantão externo dos mesmos. Sendo assim, a assessoria solicitada à assistente social deixava de ser prestada, em virtude de questões de infra-estrutura e também devido a ausência de um posicionamento crítico-reflexivo da profissional que ocupava anteriormente o cargo.

O assistente social é um profissional que intervém na realidade com o objetivo de transformá-la, o que requer dele uma postura propositiva, capaz de extrair da própria realidade onde incide seu exercício profissional novas possibilidades de ação. A construção de tais estratégias de atuação também requer um profissional que não seja um mero executor terminal, requer um profissional que descortine a realidade vivenciada pelos usuários de seus serviços, requer um profissional atento ao tempo histórico, atento para decifrar o que está implícito, o que não foi dito, pois somente assim, ele consegue apreender as possibilidades que se expressam no próprio movimento da realidade, do processo histórico.

A atuação do Serviço Social nos Conselhos Tutelares é prenhe de possibilidades de ação e requer dos Conselheiros o entendimento de como se processa o trabalho do assistente social, seus objetivos e, principalmente, requer o entendimento que tal trabalho se constitui de forma coletiva com os mesmos e de maneira interdisciplinar.

21 DO CÓDIGO DE MENORES AO CONSELHO TUTELAR. UMA BREVE ANÁLISE

A rede de proteção à criança e ao adolescente tem como marco de referência a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no ano de 1990, que abarca um conjunto de normas regulamentadoras dos direitos humanos fundamentais para a infância e adolescência.

Até a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente a infância e a adolescência não tinham visibilidade. As crianças e os adolescentes eram sujeitos ocultos e sem direitos. A infância, principalmente a infância pobre, era vista como a classe “perigosa” que precisava sair das ruas, o que se agravava quando seus pais não tinham poder aquisitivo para acessar a educação de forma privada. A infância e a adolescência eram tratadas pela via do binômio repressão-assistência. As intervenções se davam pela via da filantropia e, portanto, sob responsabilidade do setor privado. As crianças e adolescentes passam a ser objeto de intervenção do Estado a partir da implantação do Código de Menores.

É importante mencionar que no século XX o Brasil passava por uma crise econômica e política onde se questionava até onde iria o poder do Estado. Podemos destacar nesse período, o Código de Menores de 1927, chamado de “Código Mello Matos” em homenagem ao seu criador. Esse código tornou o Estado tutor do “menor em situação irregular”, ou seja, foi criado para a infância pobre, um modo de higienizar a marginalização dos “menores”

abandonados e/ou em conflitos com a lei. Não se falava em crianças e adolescentes, mas surge e se fortalece a representação do “menor”. Cabe ressaltar o caráter repressivo e moralista deste Código. Tal Código foi revogado pela lei 6.697 de 1979, que dá origem ao Código de 1979.

Esse Código promove a jurisdição da “proteção do menor” nos casos dos abandonos, conflitos com a lei, desvio de conduta, falta de representação legal, entre outros. Baseava-se, então, na doutrina da situação irregular, onde as vítimas – as crianças e adolescentes- eram culpabilizados pela omissão do Estado, pela ausência de políticas públicas. Nesse código,o poder Judiciário cria e regulamenta o Juizado de menores e junto com ele as instituições auxiliares. O Estado nesse período age como interventor sobre a família, o que abriu o caminho para a implantação de uma política interventiva, causando os “encarceramentos” velados com justificativa de proteção.

Na década de 1980 inicia-se, no Brasil, o processo de redemocratização em contexto de mobilizações sociais. O processo constituinte e a promulgação da Constituição Federal de 1988 representam a ampliação e expansão dos direitos. Na Constituição Cidadã, temos o art. 227, que oferece a prevalência e a excepcionalidade à condição peculiar da pessoa em desenvolvimento, conforme o seguinte texto:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e a convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (Constituição Federal, 1988).

As décadas de 1970 e 1980 são marcadas pelo surgimento de movimentos sociais em defesa da infância e juventude, em especial, o movimento de meninos e meninas de rua, que contribui na visibilidade da questão da infância e adolescência. Conforme Freitas e Souza (2010),

A força desse momento surge também em simbolismos como o criado em torno dos “meninos e meninas de rua” que catalisou diferentes frentes dos movimentos sociais para revogar o Código de Menores de 1979, a doutrina de situações irregular e a FUNABEM, com vistas a aprovar uma nova legislação para a infância e adolescência, o que se concretizou em 13 de julho de 1990 com a aprovação do ECA, (Lei 8.069/90), sob as reges da doutrina de Proteção Integral (FREITAS e SOUZA; 2010. p.1-2).

O Estatuto da Criança e do Adolescente é o marco que objetiva distanciar o tratamento cruel que, principalmente, os pobres recebiam do Estado em alguns segmentos da sociedade. Diferente do Código de Menores, o Estatuto estabelece que não somente a família é a responsável por assegurar os direitos das crianças e dos adolescentes, mas também são responsáveis o Estado e a sociedade.

Destacamos os artigos 3º e 4º de tal Estatuto, que expressam que:

Art. 3. A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade. Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (ECA, 1990).

Tal Estatuto, Lei 8.069 de 1990, institui os Conselhos Tutelares com o objetivo de zelar pelos direitos das crianças e adolescentes na perspectiva de sua proteção integral com absoluta prioridade ao direito à vida, à educação, à saúde, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à dignidade, ao respeito, à cultura e à convivência familiar e comunitária.

Segundo o Estatuto, são atribuições do Conselheiro Tutelar, conforme Art. 136:

I - atender as crianças e adolescentes nas hipóteses previstas nos arts. 98 e 105, aplicando as medidas previstas no art. 101, I a VII;

II - atender e aconselhar os pais ou responsável, aplicando as medidas previstas no art. 129, I a VII;

III - promover a execução de suas decisões, podendo para tanto:

a) requisitar serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança;

b) representar junto à autoridade judiciária nos casos de descumprimento injustificado de suas deliberações.

IV - encaminhar ao Ministério Público notícia de fato que constitua infração administrativa ou penal contra os direitos da criança ou adolescente;

V - encaminhar à autoridade judiciária os casos de sua competência;

VI - providenciar a medida estabelecida pela autoridade judiciária, dentre as previstas no art. 101, de I a VI, para o adolescente autor de ato infracional;

VII - expedir notificações;

VIII - requisitar certidões de nascimento e de óbito de criança ou adolescente, quando necessário;

IX - assessorar o Poder Executivo local na elaboração da proposta orçamentária para planos e programas de atendimento dos direitos da criança e do adolescente; X - representar, em nome da pessoa e da família, contra a violação dos direitos previstos no art. 220, § 3º, inciso II, da Constituição Federal;

XI - representar ao Ministério Público para efeito das ações de perda ou suspensão do poder familiar, após esgotadas as possibilidades de manutenção da criança ou do adolescente junto à família natural. (Redação dada pela Lei nº 12.010, de 2009) Vigência

XII - promover e incentivar, na comunidade e nos grupos profissionais, ações de divulgação e treinamento para o reconhecimento de sintomas de maus-tratos em crianças e adolescentes. (Incluído pela Lei nº 13.046, de 2014)

Parágrafo único. Se, no exercício de suas atribuições, o Conselho Tutelar entender necessário o afastamento do convívio familiar, comunicará incontinenti o fato ao Ministério Público, prestando-lhe informações sobre os motivos de tal entendimento e as providências tomadas para a orientação, o apoio e a promoção social da família. (Incluído pela Lei nº 12.010, de 2009). (ECA, 1990).

Em conformidade, com o art. 98 do ECA, os Conselhos Tutelares são acionados para realizar o atendimento às crianças e adolescentes com seus direitos ameaçados ou violados por: ação ou omissão do Estado ou da sociedade; por falta, abuso ou omissão dos pais ou responsáveis; ou em razão da própria conduta das crianças e adolescentes, com o precípuo objetivo de cessar com a ameaça e/ou violação e assim, restituir tais direitos. Para tanto, os Conselhos aplicam as Medidas de Proteção estabelecidas no Estatuto, anteriormente mencionado, e também aplicam outras medidas quando os pais e/ou outros responsáveis são os perpetradores da violência.

De acordo com o art. 101 do ECA, os Conselhos Tutelares podem aplicar as seguintes medidas:

I - encaminhamento aos pais ou responsável, mediante termo de responsabilidade; II - orientação, apoio e acompanhamento temporários;

III - matrícula e frequência obrigatórias em estabelecimento oficial de ensino fundamental;

IV - inclusão em serviços e programas oficiais ou comunitários de proteção, apoio e promoção da família, da criança e do adolescente; (Redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016);

V - requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial;

VI - inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos;

VII - acolhimento institucional; (Redação dada pela Lei nº 12.010, de 2009);

VIII - inclusão em programa de acolhimento familiar; (Redação dada pela Lei nº 12.010, de 2009) e

IX - colocação em família substituta. (Incluído pela Lei nº 12.010, de 2009) (ECA, 1990).

Existe também uma outra atribuição do Conselho Tutelar que consideramos ser de suma importância que é o de representar a sociedade civil assessorando o poder executivo local na elaboração da proposta orçamentária para planos e programas de atendimento dos direitos da criança e do adolescente. Essa atribuição requer do Conselho uma postura propositiva na elaboração de uma política de atendimento infanto-juvenil que, de fato, se constitua em uma rede de atendimento que defenda e também efetive os direitos das crianças e dos adolescentes.

É sabido que apesar das atribuições dos Conselhos Tutelares serem definidas no

ECA, há inúmeros equívocos quanto ao seu acionamento pela rede de atendimento. O Conselho Tutelar em muitas situações é visto como o Salvador da Pátria, que vai solucionar todas as situações. É visto também como Pronto-Socorro: em muitas situações as crianças e/ou adolescentes vítimas são redirecionados, pela própria rede de atendimento, ao Conselho Tutelar, quando deveriam ter sido atendidas nas emergências de hospitais, nas delegacias, provocando assim, sua revitimização. Os Conselhos recebem demandas das escolas por questões de confrontos entre seus próprios alunos, a população demanda serviços de guarda, tutela, mediação de conflitos, demanda serviços de educação, saúde, sem antes ter comparecido aos órgãos competentes.

Os Conselhos Tutelares têm uma natureza operativa e não executiva, conforme Silva (2004). Essa instituição não executa diretamente os serviços, mas requisita que os serviços sejam ofertados às crianças e adolescentes. Cabe também ressaltar que os Conselhos não realizam o acompanhamento ao público infanto-juvenil, é atribuição deles requisitar esse acompanhamento à rede de atendimento e fiscalizar se tal rede está, de fato, respondendo às demandas da família, se está realizando o acompanhamento sistemático às mesmas.

O município de Magé possui dois Conselhos Tutelares. Ambos os Conselhos possuem em seus respectivos quadro de pessoal: administrativo, auxiliar de serviços gerais, cinco Conselheiros e uma equipe técnica que assessora o trabalho dos Conselheiros composta por: assistente social, pedagoga e psicólogo.

Tal equipe técnica tem por objetivo assessorar tecnicamente o trabalho dos Conselheiros Tutelares. O Conselho Tutelar não é um órgão técnico. Cabe ressaltar que existem Conselheiros que possuem formação superior,mas o Conselho não possui essência técnica. Por este motivo, é de extrema importância que o poder executivo ceda aos Conselhos uma equipe técnica.

Os Conselheiros tomam decisões, aplicam medidas que para serem efetuadas, de maneira qualificada, dependem de avaliações, de informações técnicas. Desta forma, tal equipe é de suma importância na composição dos Conselhos Tutelares. É sabido que muitos Conselhos não possuem em sua composição equipe técnica, assim como, sabemos também que por não possuírem tal equipe, muitos deles acabam por reiterar a revitimização das crianças e dos adolescentes, por não possuírem suas atividades respaldadas pelo saber técnico e acabam por oferecer um trabalho desqualificado, improvisado ao público infanto-juvenil e às suas famílias. Sendo assim, é de extrema importância a assessoria técnica aos Conselheiros.

3 | O SERVIÇO SOCIAL NOS CONSELHOS TUTELARES

A inserção do Serviço Social nos Conselhos Tutelares acontece de modo a assessorar tecnicamente os conselheiros em suas decisões. O trabalho de assessoria requer do assessor amplo conhecimento sobre a matéria na qual irá incidir sua intervenção,

conforme Matos (2019). O assessor deve propor caminhos, deve iluminar a atuação dos assessorados.

O trabalho de assessoria do Serviço Social nos Conselhos Tutelares tem por objetivo identificar as demandas sociais e econômicas das famílias das crianças e adolescentes que se encontram em contexto de ameaça e/ou de violação de direitos, a fim de subsidiar as medidas protetivas a serem aplicadas pelos Conselheiros, que podem acatar ou não a proposição do assistente social.

A assessoria é, então, uma ação técnica propositiva com a especificidade do Serviço Social. Podemos entender que assessoria é aquela ação que visa auxiliar, ajudar, apontar caminhos. Não sendo o assessor um sujeito que opera a ação e sim o propositor desta, junto a quem lhe demanda esta assessoria, ou seja, os Conselheiros Tutelares (Matos,2019). São os Conselheiros que demandam a intervenção do Serviço Social nas mais diversificadas situações. A atuação do assistente social sempre ocorre posteriormente à atuação dos Conselheiros.

A assessoria do Serviço Social aos Conselhos Tutelares é realizada em prol da viabilização do acesso aos direitos infanto-juvenis e pode se realizar através de diversificados instrumentos, conforme nos sinaliza Silva (2004), que pertencem ao processo de trabalho do assistente social, como: entrevistas individuais, grupos, oficinas, visita domiciliar e institucional, estudos de caso com a equipe e também com a rede socioassistencial de atendimento, reuniões, supervisão de estágio, relatórios, parecer, palestras em instituições, capacitação continuada dos Conselheiros Tutelares, participação em eventos que versem sobre a temática com a qual trabalha, articulação com a rede de serviços, elaboração de bancos de dados, fichas de atendimento e também de outros instrumentos que assim se fizerem necessários para sua atuação.

É importante frisar que nenhum dos instrumentos elencados acima são utilizados pelo assistente social como um instrumento de controle ou inquérito social e não possuem por objetivo fiscalizar, comprovar relatos feitos pelos usuários (Noronha e Santos, 2010), assim como, não tem por objetivo, no cotidiano dos Conselhos Tutelares, a averiguação de denúncias, pois tal atribuição pertence aos Conselheiros e não ao assistente social. A utilização destes instrumentos devem se constituir em espaços que contribuam para conhecimento mútuo entre o assistente social e a família da criança e do adolescente, deve garantir a aproximação com a realidade que os mesmos vivenciam, deve avaliar se existe rede sócio-assistencial para prestar o acompanhamento, deve propiciar a socialização de informações, a discussão sobre direitos, deve se constituir em espaços que viabilizem a identificação das demandas sociais e econômicas da família, devem ter por finalidade precípua a transformação da realidade.

O assistente social dispõe de autonomia técnica para escolher o instrumento com o qual ele vai implementar sua prática. Tal autonomia lhe é garantida através de seu Código de Ética, de sua lei de regulamentação e também das resoluções CFESS 493/2006 e

533/2008, entre outras. Essa autonomia é considerada relativa, pois o profissional, por pertencer à classe trabalhadora, depende de que uma instituição contrate sua força de trabalho, e lhe ofereça os instrumentos de trabalho para exercer sua profissão. Entretanto, é o assistente social quem elenca seus instrumentos de trabalho, quem cria, quem propõe, quem organiza e sistematiza seu processo de trabalho, pois é ele quem possui domínio técnico acerca dos instrumentos e documentos que lhe permite operacionalizar sua ação profissional.

4 | O PROCESSO DE TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL NOS CONSELHOS TUTELARES DE MAGÉ

Tendo em vista a discussão realizada até o momento, cabe ressaltar que o processo de trabalho do Serviço Social foi construído a partir das inquietações provocadas na assistente social que passou a compor a equipe técnica dos Conselhos I e II no município de Magé a partir de janeiro de 2019.

Ao assumir o cargo nos Conselhos, a assistente social, anteriormente lotada em ambos os Conselhos, nos repassou a forma como o seu exercício profissional era operacionalizado e se constituía unicamente da realização de visitas domiciliares e da elaboração de relatórios sociais. Ao indagarmos a profissional sobre o porquê de lançar mão deste único instrumento, a mesma nos esclareceu que seu vínculo de trabalho precário a impedia de se colocar propositivamente. Quando indagamos sobre os documentos e demais instrumentos de trabalho do Serviço Social, ela apenas respondeu que ao assumir suas funções deu continuidade ao trabalho que já era realizado por outras assistentes sociais e que as mesmas não utilizavam outros instrumentos para além dos já explicitados. Dessa forma, não existia uma sistematização do trabalho nem sequer o planejamento das ações do Serviço Social. A prática do assistente social estava se dando na imediatez. E foi a ausência de sistematização que propiciou a elaboração de um projeto de intervenção nos Conselhos Tutelares pela assistente social que assumiu a vaga a partir deste ano. Neste momento discorreremos, então, sobre a forma como o processo de trabalho do Serviço Social está organizado nos Conselhos Tutelares de Magé.

O processo de trabalho do Serviço Social inicia com a solicitação de assessoria técnica realizada pelos Conselheiros Tutelares, que acontece através de encaminhamento formal, que é preenchido pelo respectivo conselheiro que estiver solicitando o assessoramento, dispondo o mesmo de autonomia para fazer tal solicitação aos casos que assim considerar pertinente a intervenção do Serviço Social.

Ao ter acesso ao encaminhamento do Conselheiro, o assistente social inicia seu processo de trabalho com o estudo minucioso do prontuário. Sendo assim, o prontuário deve estar acessível ao profissional e com a capa devidamente preenchida, principalmente nos seguintes pontos: síntese de atendimentos e violação de direito. Após estudar o prontuário,

o assistente social deverá elencar o instrumento que considerar mais qualificado para atender a família, que podem ser: atendimento individual, coletivo, grupal, visita domiciliar, estudo de caso, entre outros.

Aos conselheiros cabe sinalizar para o responsável familiar a necessidade do agendamento para que o mesmo retorne ao atendimento com a assistente social, nos casos em que o Conselheiro avaliar a necessidade do atendimento pelo profissional. Acreditamos que os atendimentos por meio de agendamentos qualificaram o processo de trabalho do Serviço Social no Conselho Tutelar, não ficando o mesmo emperrado à burocracia de liberação do único carro que a instituição dispõe.

Podemos elucidar também que os Conselheiros podem acionar a assessoria ao assistente social para atendimentos em conjunto, na elaboração de relatórios, para realização de visitas domiciliares e institucionais em conjunto, entre outras atividades. Assim como, se solicitado, o assessor pode realizar orientações técnicas pontuais aos Conselheiros, enquanto eles estiverem internamente ou também externamente atuando no Conselho.

Após realizar sua intervenção, o assistente social, elabora um relatório técnico com o objetivo de assessorar o Conselheiro na aplicação das medidas de proteção e/ou de responsabilização a serem aplicadas, desde que finalizada a sua avaliação acerca do caso. Assim como, o assistente social sugere, em seu relato, as requisições de serviços e encaminhamentos para que as crianças, os adolescentes e suas famílias acessem as políticas públicas. Ressaltamos que a assessoria aponta caminhos aos Conselheiros, mas os mesmos dispõem de autonomia para seguir ou não as sugestões do assistente social.

É importante ressaltar que o assistente social, ao receber o encaminhamento solicitando assessoria pelos Conselheiros Tutelares, abre uma ficha de atendimento própria do Serviço Social. Tal ficha visa sistematizar o atendimento realizado pelo profissional e subsidiar a elaboração de relatórios. Como demais instrumentos de trabalho do serviço social, também foram criados os seguintes: solicitação de comparecimento, declaração de comparecimento e também: encaminhamento, folha de agendamento e folha de evolução para a ficha social. Cabe elucidar que outros instrumentos poderão ser criados, caso o assistente social avalie a pertinência.

A atuação do Serviço Social não se restringe às ações mencionadas até o momento, podendo o assistente social também realizar a assessoria prestando orientações técnicas aos Conselheiros Tutelares sobre a rede sócio-assistencial, sobre o Sistema de Garantia de Direitos, sobre seus respectivos papéis e objetivos. Também faz parte de seu processo de trabalho realizar e participar de reuniões com a rede sócio-assistencial com o objetivo de mapear e articular tal rede na primazia do atendimento às crianças e adolescentes e também para sinalizar/orientar sobre o papel e objetivos dos Conselhos Tutelares, e também de reuniões de equipes e colegiados do próprio Conselho. Também deve participar de eventos, capacitações que versem sobre a temática da infância e juventude, sobre a

atuação do Serviço Social, com o intuito de permanecer sempre atualizado, visando a oferecer aos Conselheiros uma assessoria qualificada e que prime pela viabilização do acesso ao direito das crianças, adolescentes e suas famílias.

Com vistas a realizar o levantamento de dados e sua posterior análise, criamos uma planilha de atendimento do Serviço Social, que é alimentada a partir da assessoria realizada aos conselheiros, pois acreditamos que tais dados possam contribuir para a análise e efetivação das políticas públicas voltadas ao público infanto-juvenil e também para a elaboração de outros projetos de intervenção do Serviço Social no Conselho Tutelar.

É importante sinalizar que o projeto de intervenção do Serviço Social nos Conselhos I e II foi iniciado em momentos distintos. No Conselho 1, o projeto começou a ser implementado em março deste ano. Já no Conselho II, foi iniciado em abril. Em ambos os Conselhos, iniciamos a execução de tal projeto após realizarmos uma reunião com os Conselheiros.

É importante frisar que a reunião do Conselho 1 ocorreu de forma interdisciplinar, com respeito às falas, e que, apenas, um dos Conselheiros questionou que os atendimentos deixariam de ocorrer por meio de visitas domiciliares e que após ser orientado acerca dos objetivos das visitas realizadas pelo Serviço Social e ser esclarecido que a ideia não era deixar de realizar tais visitas, demonstrou entendimento. Já no Conselho 2, a reunião aconteceu de maneira afrontosa, onde os Conselheiros apesar de serem esclarecidos acerca dos objetivos das visitas domiciliares, fizeram questionamentos acerca de qual seria, então, o trabalho do Serviço Social e apesar de explanarmos os objetivos do nosso trabalho e os demais instrumentos que podemos utilizar, ainda assim os Conselheiros demonstram pouco interesse na execução do projeto de intervenção.

Ficou claro em ambas as reuniões que os Conselheiros Tutelares têm uma visão equivocada acerca das visitas domiciliares realizadas pelos assistentes sociais. Eles partem da ideia de que realizamos as visitas com o objetivo de averiguar a veracidade das falas das crianças, adolescentes e seus familiares, de avaliar as condições de higiene da casa e dos familiares, de verificar as condições estruturais da residência, números de cômodos, de comprovar se existem situações de violência, negligência, entre outras. Entretanto, as visitas domiciliares realizadas pelo Serviço Social não devem possuir um caráter repressivo- moralizador, policialesco. Mas sabemos, infelizmente, que não são raras as visitas realizadas em desacordo com os preceitos éticos da nossa profissão.

Conforme ressaltado anteriormente, as visitas não são o único instrumento profissional que o assistente social dispõe no cotidiano institucional e o profissional detém autonomia técnica para elencar o instrumento com o qual irá intervir na realidade vivenciada pelas crianças, adolescentes e suas famílias. Assim como, é também o profissional quem deve propositivamente criar estratégias para efetivação de um trabalho qualificado que vise a enfrentar as situações de violação de direitos e a viabilizar o acesso aos direitos do público infanto-juvenil. Defender um trabalho crítico-reflexivo e ético-político é tarefa primordial dos

assistentes sociais que possuem o projeto ético-político profissional como horizonte. Por este motivo, insistimos e seguimos, em ambos os Conselhos, com a implementação do processo de trabalho aqui exposto.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegamos ao final deste artigo, mas longe de acreditarmos que o finalizamos, pois sabemos que os desafios para a sua implementação diária serão muitos.

Ao sinalizarmos como era tratada a infância no século passado queremos mostrar, de forma simples, como se chega na proteção integral com o marco da lei de criação do Estatuto da Criança e Adolescente, onde está prevista a criação do Órgão Autônomo e não Jurisdicional que é o Conselho Tutelar, com participação da sociedade civil. O que foi muito importante, pois a infância passa a ser cuidada por todos.

O processo de trabalho do Serviço Social no Conselho depende da efetivação de um trabalho coletivo construído em conjunto com os demais profissionais. A assessoria do assistente social ao Conselho, isoladamente, não garante que as crianças e adolescentes sejam atendidos em sua totalidade. Assim como, o trabalho dos Conselheiros sem assessoria técnica, pode se realizar de maneira estanque e sem embasamento teórico-prático. Sendo assim, a assessoria técnica do Serviço Social complementa a atuação dos Conselheiros e por este motivo, é essencial a um trabalho coletivo que tenha por objetivo a viabilização do acesso aos direitos das crianças e adolescentes.

A assessoria do Serviço Social aos Conselheiros Tutelares é, então, imprescindível, por ser uma atividade propositiva que visa estabelecer e/ou restabelecer a criança e o adolescente a sua condição de sujeito de direito. O Serviço social tem por objeto de trabalho as múltiplas expressões da “questão social”, que são atravessadas pelas violências vivenciadas pelas crianças e adolescentes. O objetivo da atuação dos assistentes sociais é intervir nessa realidade vivenciada pelo público infanto-juvenil de modo a transformá-la.

A efetivação de um processo de trabalho crítico-reflexivo pelo assistente social nos Conselhos Tutelares é tênue de desafios. Mas é nessa mesma realidade que o profissional pode extrair novas possibilidades para sua atuação. Fortalecer o Conselho Tutelar enquanto um espaço de viabilização do acesso aos direitos infanto-juvenis, é também fortalecer a implementação do Estatuto da Criança e do Adolescente, que na contemporaneidade vem enfrentando tentativa de desmonte, como as demais políticas públicas. Sendo assim, o trabalho da equipe técnica, e mais especificamente do assistente social, e também dos Conselheiros deve fortalecer a cidadania das famílias das crianças e dos adolescentes e também deles próprios e deve reconhecer a necessidade da construção de uma nova ordem societária. Pois somente assim, será possível a real materialização do Estatuto em questão.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Estatuto da Criança e do adolescente. Acessado em 10/02/19. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm.

Conselho Federal de Serviço Social, Código de Ética Profissional do assistente social e Lei 8662/1993, que regulamenta a profissão de serviço social. Brasília, 2003.

NORONHA, Karine e SANTOS, Cláudia Mônica. O estado da arte sobre os instrumentos e técnicas na Intervenção Profissional do Assistente Social- Uma perspectiva crítica. Santos, Cláudia Mônica, Noronha, Karine. In: Serviço Social: Temas, Textos e Contextos. Coletânea Nova de Serviço Social. Lumen Juris, 2010.

MATOS, Maurílio. Assessoria, consultoria, auditoria e supervisão técnica. Matos. Acessado em 30/01/2019. Disponível em: <http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/ZK2736DP7w8MI96Qb63f.pdf>.

SILVA, Chris. Serviço social nos Conselhos Tutelares: a assessoria em questão. Acessado em 02/02/2019. Disponível em: https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/Busca_etds.php?strSecao=resultado&nrSeq=16542@1.

SOUSA, José Nilton de. DPCA: tensões e contradições na política de proteção da criança e adolescente em Niterói. 2012. 279 f. Tese (Doutorado em Política Social) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social, Escola de Serviço Social, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ. 2012.

CAPÍTULO 4

A CONVENÇÃO-QUADRO PARA O CONTROLE DO TABACO E A POLITICA DE CONTROLE DE TABAGISMO NO BRASIL

Data de aceite: 01/03/2022

Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti

Doutora em Serviço Social pela UFPE
Universidade de Pernambuco
Secretaria de Saúde do Recife
<https://orcid.org/0000-0003-0172-3801>

RESUMO: O artigo discute a Convenção-Quadro para o controle do Tabaco especificamente os artigos: artigo 8 – Proteção contra a exposição à fumaça do tabaco; artigo 9 – Educação, comunicação, treinamento e conscientização; e artigo 14 – Medidas de redução de demandas relativas à dependência e ao abandono do tabaco. Tais artigos possuem vinculação direta com a *proteção à exposição a fumaça dos produtos derivados do tabaco; ações educativas; capacitação de profissionais nos métodos de cessação* preconizados pelo MS/INCA; e *oferta de tratamento para dependentes de nicotina no Sistema Único de Saúde*. Fruto das reflexões do doutorado a política de tabagismo e suas conexões com a Convenção-Quadro para o controle do tabaco.

PALAVRAS-CHAVE: Tabagismo, Saúde Pública, SUS.

THE FRAMEWORK CONVENTION FOR TOBACCO CONTROL AND THE TOBACCO CONTROL POLITICS IN BRAZIL

RESUME: The article discusses the Framework Convention on Tobacco Control specifically the

articles: article 8 – Protection against exposure to tobacco smoke; article 9 – Education, communication, training and awareness; and Article 14 – Measures to reduce demands related to tobacco dependence and cessation. Such articles are directly linked to protection from exposure to smoke from tobacco products; educational actions; training of professionals in the methods of cessation recommended by the MS/INCA; and the provision of treatment for nicotine addicts in the Unified Health System. As a result of the doctoral reflections on tobacco politics and its connections with the Framework Convention on Tobacco Control.

KEYWORDS: Smoking, Public Health, SUS.

INTRODUÇÃO

Este artigo é resultado dos estudos desenvolvidos no Programa de Doutorado em Serviço Social na Universidade Federal de Pernambuco – UFPE concluído em 2015, e neste contexto reverbera no cotidiano do trabalho, oferecendo as bases para o desenvolvimento das atividades de extensão – programa, projetos, cursos e outros – que culminaram na proposta do *Programa de Extensão Saberes e Práticas no SUS: Discutindo Promoção da Saúde* em atividade.

Neste contexto dá continuidade as reflexões de Cavalcanti (2021), discutindo a oferta de tratamento para dependentes de nicotina no Sistema Único de Saúde – SUS integrantes da política de controle do tabagismo

no Brasil após o Decreto Presidencial nº 5.658 de 02 de janeiro 2006 que promulgou a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CQCT no Brasil.

A discussão desenvolvida neste artigo tomou como referência doze normativas: Decreto nº 3.136 de 13 de agosto de 1999, Decretos Presidenciais de 01 de agosto de 2003 e de 16 de março de 2012; Decreto Legislativo nº 1.012 de 27 de outubro de 2005 e Decreto Presidencial nº 5.658 de 02 de janeiro 2006; Lei nº 12.546/2011 de 14 de dezembro de 2011 e Decreto nº 8.262 de 31 de maio de 2014; Portaria do Ministério da Saúde / GM nº 571 de 05 de abril de 2013; e Portaria do Ministério da Saúde / GM nº 874 de 16 de maio de 2013.

A Portaria MS / GM nº 687 e a Portaria MS/GM nº 1.996, ambas de 30 de março de 2006 que aprova a Política de Promoção à Saúde – PPS e dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS, respectivamente, e a Portaria MS/GM nº 874 de 16 de maio de 2013 que Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, embora não possuam relação direta com a oferta de tratamento para dependentes de nicotina no SUS trazem impactos à sua implementação, também servirão de subsídios. O mesmo se aplica a Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006 que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD, vinculado ao Ministério da Justiça.

O texto da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, integrante do Decreto Presidencial nº 5.658/2006, está organizado em onze partes: Introdução; Objetivos, princípios norteadores e obrigações gerais; Medidas relativas à redução da demanda de tabaco; Medidas relativas à redução da oferta de tabaco; Proteção ao Meio Ambiente; Definição das Responsabilidades; Cooperação Científica e Técnica e Comunicação de Informação; Mecanismos Institucionais e Recursos Financeiros; Solução de Controvérsias; Desenvolvimento da Convenção; e Disposições Finais.

As *Medidas relativas à redução da demanda de Tabaco* estão detalhadas em oito artigos. Dentre eles, três possuem uma relação direta com a proibição de fumar em ambientes fechados de uso coletivo e a oferta de tratamento para dependentes de nicotina. Referimo-nos aos artigos 8, 12 e 14: Proteção contra a exposição à fumaça do tabaco; Educação, comunicação, treinamento e conscientização do público; e Medidas de redução de demanda relativas à dependência e ao abandono do tabaco, respectivamente.

A CONVENÇÃO-QUADRO PARA O CONTROLE DO TABACO – CQCT NO BRASIL

Desde 1978, a Organização Mundial de Saúde – OMS, vem demonstrando preocupação com o consumo crescente do cigarro em diferentes países, principalmente nos países em desenvolvimento (OPNCT, 2012). A indústria do cigarro passou a atuar de forma global, seguindo a tendência de mundialização do capital, atuando de forma

transnacional, instalando seus mercados em países com menores barreiras ao comércio do seu produto.

A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CQCT, proposta pela OMS em 1999, discutida até 2001 quando teve sua primeira versão oficial (OPNCT, 2012), foi adotada pelos países membros da Organização Mundial de Saúde – OMS em 31 de maio de 2003, assinada pelo Brasil em 16 de junho de 2003¹, aprovada através do Decreto Legislativo nº 1.012 de 27 de outubro de 2005, promulgada no Brasil em 02 de janeiro de 2006 através do Decreto Presidencial nº 5.658/2006, entrando em vigor no Brasil em 1º de fevereiro de 2006² (BRASIL, 2006).

Esse hiato entre a assinatura da CQCT e a promulgação ocorreu em parte pela correlação de forças presente na ocasião. As associações de produtores da folha do tabaco no Brasil realizaram protestos públicos na época por temerem que a assinatura da CQCT gerasse desemprego coletivo. Nesse contexto, havia no Congresso Nacional, de um lado, representantes das associações de produtores da folha do tabaco e de outros defensores do avanço da CQCT, a exemplo da Aliança para o Controle do Tabagismo no Brasil – ACTBr em constante disputa.

A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CQCT foi adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) tendo por objetivo

proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco, proporcionando uma referência para as medidas de controle do tabaco, a serem implementadas pelas Partes nos níveis nacional, regional e internacional, a fim de reduzir de maneira contínua e substancial a prevalência do consumo e a exposição à fumaça do tabaco (BRASIL, 2006).

Ainda em 1999 por ocasião da elaboração da proposta da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco no Brasil – CQCT foi criada a Comissão Nacional para a preparação da participação do Brasil nas negociações internacionais com vistas à elaboração de convenção-quadro sobre controle do uso de tabaco, através do Decreto nº 3.136 de 13 de agosto de 1999. Essa comissão era composta por oito Ministérios³ sendo presidida pelo Ministro da Saúde⁴.

Dentre os objetivos da comissão estavam

oferecer subsídios para a participação brasileira nas negociações ou eventos internacionais relacionados com a Convenção-Quadro sobre controle do uso de tabaco no mundo e seus possíveis Protocolos Complementares;

1 O processo de assinatura da CQCT por países membros da OMS perdurou até junho de 2004, tendo sido assinada por 168 países, incluindo o Brasil (OPNCT, 2012).

2 Internacionalmente já a CQCT já estava em vigor em 27 de fevereiro de 2005 (BRASIL, 2006).

3 Ministério das Relações Exteriores; Ministério da Fazenda; Ministério da Agricultura e do Abastecimento; Ministério da Justiça; Ministério da Educação; Ministério do Trabalho e Emprego; e Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior.

4 No ano de 2001 foi incluído o Ministério do Desenvolvimento Agrário, através do Decreto nº 4.001 de 06 de novembro de 2001.

providenciar a elaboração de estudos a respeito dos principais tópicos relacionados com os assuntos de sua competência; organizar reuniões periódicas de seus integrantes com vistas a harmonizar as posições dos diferentes órgãos brasileiros que tratam da matéria; estabelecer diálogo com instituições e entidades nacionais e internacionais, cujos objetivos e atividades possam trazer contribuição relevante para as questões de sua competência.

No ano de 2003, esse Decreto foi revogado, sendo instituída, através do Decreto de 01 de agosto de 2003, a Comissão Nacional para a Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CONICQ e de seus protocolos no Brasil, cabendo ao Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA, e do Ministério da Saúde – MS, a sua coordenação executiva.

Essa comissão tinha por objetivos:

assessorar o governo brasileiro nas decisões relativas à formulação das políticas nacionais para ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e no efetivo cumprimento das obrigações nela previstas; assessorar o governo brasileiro na negociação e na adoção de protocolos complementares, anexos e emendas à Convenção-Quadro, assim como em outros eventos a ela relacionados; articular a organização e a implementação de agenda governamental intersetorial para o cumprimento das obrigações previstas na Convenção-Quadro; promover o desenvolvimento, a implementação e a avaliação de estratégias, planos e programas, assim como políticas, legislações e outras medidas, para cumprimento das obrigações previstas na Convenção-Quadro; identificar, promover e facilitar a mobilização de recursos financeiros para o seu funcionamento, assim como respaldar o cumprimento das obrigações da Convenção-Quadro; promover estudos e pesquisas sobre temas relacionados a assuntos de interesse da Convenção-Quadro; estabelecer diálogo com instituições e entidades nacionais e internacionais, cujos objetivos e atividades possam trazer contribuição relevante para as questões de sua competência; requerer, quando apropriado, cooperação e informações de órgãos governamentais competentes e de outras organizações ou órgãos não-governamentais, nacionais ou internacionais, bem como de especialistas em assuntos ligados as suas áreas de interesse; considerar, quando apropriado, a adoção de outras ações que sejam necessárias para o alcance do objetivo da Convenção-Quadro; e executar outras atribuições quando apropriadas para cumprimento deste Decreto (BRASIL, 2003).

A Comissão Nacional para a Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e de seus protocolos – CONICQ em funcionamento desde 2003, foi novamente regulamentada em 2012, através do Decreto Presidencial de 16 de março de 2012⁵ que alterou o art. 3º do Decreto Presidencial de 1º de agosto de 2003, estabelecendo que a CONICQ seja presidida pelo Ministro de Estado da Saúde e integrada pelos representantes de diversos órgãos⁶.

5 Disponível no link: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Dsn/Dsn13274.htm Acesso em: 20/07/2015.

6 Dentre os Ministérios estão: Saúde; Relações Exteriores; Fazenda; Planejamento, Orçamento e Gestão; Agricultura, Pecuária e Abastecimento; Justiça; Educação; Trabalho e Emprego; Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior; Desenvolvimento Agrário; Comunicações; Ciência Tecnologia e Inovação. Demais órgãos: Secretaria de Política para as Mulheres da Presidência da República e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça;

Cabe a CONICQ através dos diversos representantes pautarem a implantação nas políticas setoriais das diversas medidas previstas na CQCT da ampliação das ações de sensibilização para a prevenção e cessação do tabagismo nos diversos dispositivos do Sistema Único de Saúde – SUS, ou ainda da regulamentação de embalagens e fiscalização dos pontos de venda através da Agencia Nacional de Vigilância em Saúde, dentre outros.

Os três decretos acima estavam voltadas para a instituição de comissões intersetoriais com o objetivo de assessorar e propor estratégias, primeiro de participação na elaboração da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CQCT junto à Organização Mundial de Saúde – OMS e, posteriormente, nas estratégias internas de implantação da CQCT no Brasil através das diversas políticas e ações vinculadas.

Dessa forma, cabe a cada Ministério integrante da CONICQ propor e implantar ações que possuam vinculação direta ao controle do tabagismo no Brasil com base na CQCT, contribuindo assim para que tais ações deixassem de compor ações de governos, ou ainda estivesse circunscrita ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo – PNCT para compor uma política pública de forma transversal a outras políticas e Ministérios, como veremos adiante.

A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CQCT, adotada pelos países membros da Organização Mundial de Saúde – OMS teve seu texto aprovado através do Decreto Legislativo nº 1.012 de 27 de outubro de 2005, sendo promulgada em 02 de janeiro de 2006, através do Decreto Presidencial nº 5.658/2006. Este Decreto determina que a CQCT, anexa ao Decreto, “será executada e cumprida tão inteiramente como nela se contém”.

A atuação dos países subsidiários à CQCT será pautada em alguns princípios considerados fundamentais, tais como:

a necessidade de tomar medidas para proteger toda pessoa da exposição à fumaça do tabaco; a necessidade de tomar medidas para prevenir a iniciação, promover e apoiar a cessação e alcançar a redução do consumo de tabaco em qualquer de suas formas; a necessidade de adotar medidas para promover a participação de pessoas e comunidades indígenas na elaboração, implementação e avaliação de programas de controle do tabaco que sejam social e culturalmente apropriados as suas necessidades e perspectivas; e a necessidade de tomar medidas, na elaboração das estratégias de controle do tabaco, que tenham em conta aspectos específicos de gênero.

O documento da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CQCT aponta dentre as justificativas “a preocupação da comunidade internacional com as devastadoras consequências sanitárias, sociais, econômicas e ambientais geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco, em todo o mundo” apontando a necessidade de uma normativa transnacional que possibilite a soma de esforços entre os diversos países membros no controle do tabagismo (BRASIL, 2006).

As medidas previstas na CQCT são amplas e estão diretamente relacionadas a vários órgãos. Dada à amplitude das ações previstas na CQCT e em seus desdobramentos vinculados foram analisadas as medidas vinculadas à redução da demanda de tabaco no CQCT por possuírem uma relação direta entre a proibição de fumar em ambientes fechados de uso coletivo, oferta de tratamento para dependentes de nicotina e formação de recursos humanos para o controle do tabagismo.

AS MEDIDAS RELATIVAS À REDUÇÃO DA DEMANDA DE TABACO NA CONVENÇÃO-QUADRO PARA O CONTROLE DO TABACO NO BRASIL

As *Medidas relativas à redução da demanda de Tabaco* estão detalhadas em oito artigos, são eles: Medidas relacionadas a preços e impostos para reduzir a demanda; Proteção contra a exposição à fumaça do tabaco; Medidas não relacionadas a preços para reduzir a demanda de tabaco; Regulamentação do conteúdo dos produtos de tabaco; Regulamentação da divulgação das informações sobre os produtos de tabaco; Embalagem e etiquetagem de produtos de tabaco; Educação, comunicação, treinamento e conscientização do público; Publicidade, promoção e patrocínio do tabaco; e Medidas de redução de demanda relativas à dependência e ao abandono do tabaco.

O artigo 6 – Medidas relacionadas a preços e impostos para reduzir a demanda, prevê a necessidade de “aplicar aos produtos do tabaco políticas tributárias e, quando aplicável, políticas de preços para contribuir com a consecução dos objetivos de saúde tendentes a reduzir o consumo do tabaco” (BRASIL, 2006).

Neste contexto, o governo brasileiro vem adotando medidas que estabelecem a taxaço sobre os produtos do tabaco através de várias normativas:

Decreto nº 6.006 de 28/12/2006, Decreto nº 6.072 de 03/04/2007, Instrução Normativa da Secretaria da Receita Federal nº 753 de 10/07/2007, Decreto nº 6.809 de 30/03/2009 que tratam das alíquotas de incidência do Imposto sobre Produtos industrializados – IPI sobre os cigarros, Lei nº 12.024 de 27/08/2009 que altera o percentual de contribuição devida pelos fabricantes de cigarro para o Programa de Integração Social (PIS) e para o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público – PASEP (BRASIL, 2010).

Artigo 7 – Medidas não relacionadas a preços para reduzir a demanda de tabaco. Esse artigo destaca a necessidade de adotar “medidas legislativas, executivas, administrativas ou outras medidas eficazes necessárias ao cumprimento de suas obrigações decorrentes” vinculadas aos artigos 8 ao 13 da CQCT (BRASIL, 2006), reforçando assim a necessidade de adequação da legislação vigente para atender as questões específicas que seguem abaixo.

Artigo 8 – Proteção contra a exposição à fumaça do tabaco. Esse artigo aponta que cada parte deverá adotar “medidas legislativas, executivas, administrativas e/ou outras medidas eficazes de proteção contra a exposição à fumaça do tabaco em locais fechados

de trabalho, meios de transporte público, lugares públicos fechados e, se for o caso, outros lugares públicos” (BRASIL, 2006).

Várias normativas brasileiras que se referem à proteção contra a exposição à fumaça do tabaco são anteriores a 01/08/2003, tais como: Portaria Interministerial nº 3.257 de 22 de setembro de 1988 que recomenda medidas restritivas ao fumo nos ambientes de trabalho; Lei nº 9.294/1996 data de 15 de julho de 1996 e o Decreto nº 2.018 de 01 de outubro de 1996 que a regulamenta; Lei nº 10.167 de 27/12/2000 que altera a Lei nº 9.294/1996 proibindo o uso de produtos fumíferos derivados do tabaco em aeronaves e demais veículos de transporte coletivo; Portaria Interministerial nº 1.498 de 22/08/2002 que recomenda às instituições de saúde e de ensino a implantarem programas de ambientes livres de exposição à fumaça do cigarro.

Após a promulgação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco no Brasil, em 02 de janeiro de 2006, outras normativas entraram em vigor. A primeira delas é a Portaria do Ministério da Saúde nº 300 de 09 de fevereiro de 2006 que instituiu o programa *Ministério da Saúde Livre do Tabaco* com previsão de ações educativas e proíbe fumar nas dependências do Ministério da Saúde.

No ano seguinte outras portarias, dessa vez, vinculada à Agência Nacional de Vigilância Sanitária são elas: a Portaria nº 527/2006 e a Portaria nº 528/2006 ambas de 22 de setembro de 2006 – a primeira institui um grupo de trabalho para regulamentar a proposta de “salas exclusivas para fumar” e a segunda institui outro grupo de trabalho, desta vez para a implantação para o Programa “Ambientes Livres do Fumo” com a proposta de capacitar profissionais da vigilância sanitária para fiscalização desses ambientes, com base na legislação vigente.

No ano de 2011, passou a vigorar a Lei nº 12.546 de 14 de dezembro de 2011, que alterou a Lei 9.294/1996, proibindo o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou qualquer outro produto fumífero, derivado ou não do tabaco, em recinto coletivo fechado, privado ou público. A Lei nº 12.546 foi regulamentada, três anos depois pelo Decreto nº 8.262 de 31 de maio de 2014.

O Decreto em foco extingue os fumódromos, reafirma a proibição de propaganda em todo o território nacional⁷, altera a definição de ambiente fechado prevista inicialmente no Decreto 2.018/1996 passando a vigorar com a seguinte redação “local público ou privado, acessível ao público em geral ou de uso coletivo, total ou parcialmente fechado em qualquer de seus lados por parede, divisória, teto, toldo ou telhado, de forma permanente ou provisória” (BRASIL, 2014).

Esse Decreto também prevê exceções para a proibição de fumar em ambientes fechados de uso coletivo:

⁷ O Decreto 2.018/2014 define que “a exposição dos produtos fumíferos, derivados ou não do tabaco, nos locais de venda somente poderá ocorrer por meio do acondicionamento das embalagens dos produtos em mostruários ou expositores afixados na parte interna do local de venda” e dá especificações quanto ao mostruário, localização, preço, entre outros.

locais de cultos religiosos de cujos rituais o uso do produto fumífero, derivado ou não do tabaco, faça parte; estabelecimentos destinados especificamente à comercialização de produtos fumíferos, derivados ou não do tabaco, desde que essa condição esteja anunciada, de forma clara, na entrada, e desde que em local reservado para a experimentação de produtos dotados de condições de isolamento, ventilação ou exaustão do ar que impeçam a contaminação dos demais ambientes; estúdios e locais de filmagem ou gravação de produções audiovisuais, quando necessário à produção da obra; locais destinados à pesquisa e ao desenvolvimento de produtos fumíferos, derivados ou não do tabaco; instituições de tratamento da saúde que tenham pacientes autorizados a fumar pelo médico que os assista (Idem).

Artigo 9 – Regulamentação do conteúdo dos produtos do tabaco. Esse artigo demanda consulta aos organismos internacionais com a finalidade de propor “diretrizes para a análise e a mensuração dos conteúdos e emissões dos produtos de tabaco, bem como para a regulamentação desses conteúdos e emissões”.

Artigo 10 – Regulamentação da divulgação das informações e embalagem e etiquetagem de produtos do tabaco. A divulgação dessas informações está respaldada pela Lei nº 8.078 de 11 de setembro de 1990.

O Código de Defesa do Consumidor (CDC), entre outros direitos, garantiu aos consumidores o direito à educação e divulgação sobre o consumo adequado de produtos, bem como à informação adequada e clara sobre os produtos e serviços, incluindo características, qualidade, quantidade, composição e, especialmente, riscos que apresentem nocividade e periculosidade, até porque a garantia à saúde é direito constitucional reiterado no CDC (Idem).

Artigo 11 – Embalagem e etiquetagem de produtos de tabaco. As normativas vinculadas a esse artigo vão de 1996 a 2014. Trata-se da Lei nº 9.9294 de 1996 e suas alterações: Lei nº 10.167 de 27 de dezembro de 2000; 10.702 de 14 de julho de 2003; Lei nº 12.546/2011 de 14 de dezembro de 2011; e Decreto nº 8.262 de 31 de maio de 2014, mencionadas anteriormente.

Artigo 12 – Educação, comunicação, treinamento e conscientização do público. Neste artigo é apontada a necessidade de desenvolver ações, programas e projetos que promovam

amplo acesso a programas eficazes e integrais de educação e conscientização do público sobre os riscos que acarretam à saúde, o consumo e a exposição à fumaça do tabaco, incluídas suas propriedades aditivas; conscientização do público em relação aos riscos que acarretam para a saúde o consumo e a exposição à fumaça do tabaco, assim como os benefícios que advêm do abandono daquele consumo e dos estilos de vida sem tabaco (...); acesso do público, em conformidade com a legislação nacional, a uma ampla variedade de informação sobre a indústria do tabaco, que seja de interesse para o objetivo da presente Convenção; programas de treinamento ou sensibilização eficazes e apropriados, e de conscientização sobre o controle do tabaco, voltados para trabalhadores da área de saúde, agentes comunitários, assistentes sociais, profissionais de comunicação, educadores, pessoas com poder de decisão, administradores e outras pessoas interessadas;

conscientização e participação de organismos públicos e privados e organizações não governamentais, não associadas à indústria do tabaco, na elaboração e aplicação de programas e estratégias intersetoriais de controle do tabaco; e conscientização do público e acesso à informação sobre as consequências adversas sanitárias, econômicas e ambientais da produção e do consumo do tabaco (BRASIL, 2006).

A Lei nº 7.748 de 11 de junho de 1986, prevê a execução de campanhas educativas de sensibilização quanto aos riscos da exposição à fumaça dos produtos derivados do tabaco. A Portaria Interministerial nº 3.257 de 22 de setembro de 1988 estimula a execução de campanhas educativas de sensibilização por parte das empresas, estabelecendo que os Ministérios do Trabalho e Saúde confirmam certificados de honra ao mérito às empresas que se destacarem nas campanhas *anti-tabagistas*.

A Lei nº 10.167, de 27 de dezembro de 2000, incluiu a obrigatoriedade das advertências sanitárias nos produtos derivados do tabaco e a Lei nº 10.702 de 14 de julho de 2003, facultou ao Ministério da Saúde a inclusão de advertências em eventos esportivos, determinou que as emissoras de televisão ao retransmitirem eventos internacionais passassem a incluir advertências sobre os riscos de exposição à fumaça dos produtos derivados do tabaco.

A Portaria do Ministério da Saúde / GM nº 1.575, de 29 de agosto de 2002, determinou que a formação dos profissionais no “*Programa Ajudando seu Paciente a parar de fumar*” preconizado pelo INCA/MS/SES/SMS constasse como exigência parcial o cadastramento dos Centros de Referência para tratamento dos dependentes de nicotina.

A Portaria do Ministério da Saúde nº 1.035, de 31 de maio de 2004, lançou o primeiro Plano para a Implementação e Tratamento para a Abordagem e Tratamento no SUS e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Dependência à Nicotina e a Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde SAS / MS nº 442 de 13 de agosto de 2004 estabeleceu que a sensibilização e capacitação de multiplicadores fossem de responsabilidade das Coordenações Estaduais e Municipais de Controle de Tabagismo e que estas deverão informar à Coordenação Nacional quando da execução de capacitação de multiplicadores⁸ – números de profissionais, carga horária, dentre outros.

A Portaria do Ministério da Saúde nº 2.439, de 08 de dezembro de 2005, instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica – PNAL e estabeleceu que a educação permanente e capacitação dos profissionais de saúde sejam extensivas a todas as unidades de saúde.

As normativas posteriores a aprovação da promulgação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco são: Portaria do Ministério da Saúde nº 300/2006 que institui o programa *Ministério da Saúde Livre do Tabaco* com previsão de ações educativas no âmbito do Ministério da Saúde; a Portaria nº 687 de 30 de março de 2006 que aprova a Política de Promoção da Saúde; Lei nº 13.343 de 23 de agosto de 2006 que institui

⁸ No processo de habilitação dos grupos para dependentes de nicotina prevê o envio da cópia do certificado/declaração da formação vivenciada por no mínimo um profissional de saúde.

o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD e prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; a Portaria MS/GM nº 1.996 de 20 de agosto de 2007 que implanta a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNPS, fornecendo as diretrizes para as ações de educação permanente previstas na Política Nacional de Atenção Oncológica – PNAL; a Portaria do Ministério da Saúde / GM nº 571 de 05 de abril de 2013 que atualiza as diretrizes de atenção ao tabagista no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS; e Portaria MS/GM nº 874 de 16 de maio de 2013 que instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no Sistema Único de Saúde – SUS que substituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica – PNAL.

No ano de 2011 foi lançado o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DNCT para o período de 2011 – 2022 com ações direcionadas ao controle do tabagismo envolvendo ações educativas e de cessação para públicos específicos.

Artigo 13 – Publicidade, promoção e patrocínio do tabaco indica a necessidade de reconhecer que a proibição da publicidade do tabaco contribui para a redução do consumo dos produtos derivados do tabaco. Assim, destaca a CQCT a necessidade de

proibir toda forma de publicidade, promoção e patrocínio do tabaco, que promova um produto de tabaco por qualquer meio, que seja falso, equivocado ou enganoso ou que possa induzir ao erro, a respeito de suas características, efeitos para a saúde, riscos e emissões; exigir que toda publicidade de tabaco e, quando aplicável, sua promoção e seu patrocínio, venha acompanhada de advertência ou mensagem sanitária ou de outro tipo de mensagem pertinente.

As normativas brasileiras vinculadas à proibição de publicidade, propaganda dos produtos derivados do tabaco remontam a 1995, trata-se da

Portaria Interministerial nº 477 de 24/03/1995 recomenda às emissoras de televisão evitem a transmissão de imagens com personalidades públicas fumando e ao SUS recomenda a recusa de patrocínio e apoio da indústria do tabaco em ações de promoção da saúde pública; Lei nº 10.702 de 14/07/2003 que altera a Lei 9.294/1996 restringindo a publicidade de produtos do tabaco nos diversos meios de comunicação disponíveis, exceto na parte interna dos pontos de venda de cigarros; Resolução da ANVISA nº 15 de 17/01/2003 que define os conceitos de propaganda de produtos derivados do tabaco e parte interna dos pontos de venda; Lei nº 10.702 de 14/07/2003 que altera a Lei 9.294/1996 proibindo o patrocínio de eventos esportivos internacionais a partir de 30/09/2005 e Resolução ANVISA nº 199 de 24/07/2003 que regulamenta a Lei nº 10.702/2003; e Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA nº 54 de 06/08/2008 que dispõe sobre as embalagens de produtos fumíferos do tabaco (BRASIL, 2010).

Artigo 14 - Medidas de redução da demanda relativas à dependência e ao abandono do tabaco. A ampliação da oferta de tratamento para dependentes de nicotina no SUS foi

regulamentada pelas seguintes normativas: Portaria do Ministério da Saúde / GM nº 1.575 de 29 de agosto de 2002; Portaria do Ministério da Saúde/MS nº 1.035 de 31 de maio de 2004; Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde SAS / MS nº 442 de 13 de agosto de 2004 e a Portaria do Ministério da Saúde / GM nº 571 de 05 de abril de 2013 que atualiza as diretrizes do cuidado à pessoa tabagista no âmbito da rede de atenção à saúde.

Várias são as normativas vinculadas a implantação dos Artigos 8, 12 e 14 da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CQCT no Brasil, muitas dessas normativas estão em vigor antes mesmo da sua promulgação que somaram-se as demais normativas implantadas depois de 02 de janeiro de 2006. O acompanhamento das normativas, sua implantação e monitoramento estão diretamente vinculadas à Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco – CONICQ.

Outras regulamentações foram implantadas ao longo desse período, vinculadas à temática do controle do tabagismo no Brasil⁹, tais como: restrição do acesso aos produtos derivados do tabaco; proteção aos jovens; tratamento e apoio ao fumante; regulamentação da publicidade e patrocínio dos produtos derivados do tabaco, controle e fiscalização dos produtos derivados do tabaco; proibição do financiamento à cultura do tabaco; taxaço sobre os produtos derivados do tabaco (INCA, 2007).

A proibição de venda de produtos derivados do tabaco a menores de idade ou por eles¹⁰ está presente na Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA que veda o acesso por parte da criança e/ou adolescente aos produtos que possam causar dependência física e/ou psíquica.

Tais normativas envolvem uma ampla rede de instituições com responsabilidades diferenciadas e interligadas. A restrição do acesso aos produtos derivados do tabaco, por exemplo, determina que a comercialização dos produtos derivados do tabaco ocorra apenas em carteiras ou similares que contenham vinte unidades, sendo proibida a comercialização pela internet, via postal ou equiparada e em estabelecimentos de ensino e/ou de saúde, bem como proíbe a comercialização aos menores de 18 anos e/ou utilização destes no plantio, colheita e/ou comercialização.

9 Restrições regulamentadas pelas seguintes normativas: Decreto nº 2.637/1998; Lei nº 10.167/2000; Resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA nº 304/2002 e 15/2003; Lei nº 10.702/2003; Portaria do Ministério do Trabalho e Emprego nº 06/2001; e Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei nº 8.069/1990.

10 Lei nº 10.167 de 27/12/2000 que altera a Lei 9.294/1996 proibindo a participação de crianças e/ou adolescentes em publicidade vinculada ao cigarro; Portaria do Ministério do Trabalho e Emprego nº 06 de 05/02/2001 que proíbe o trabalho de menores de 18 anos na colheita, beneficiamento e/ou industrialização de produtos fumíferos; Resolução da ANVISA nº 304 de 07/11/2002 proíbe que a embalagem de alimentos simulem embalagem de cigarros; Lei nº 10.702 de 14/07/2003 que altera a Lei 9.294/1996 proibindo a venda de produtos fumíferos e derivados a menores de 18 anos (BRASIL, 2010).

A POLÍTICA DE CONTROLE DE TABAGISMO NO BRASIL, AS POLÍTICAS NACIONAIS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE, DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS E O SISTEMA NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS

A Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS, aprovada através da Portaria nº687, de 30 de março de 2006, com *ações de prevenção e controle do tabagismo*. Assim, a portaria trata da *sistematização de ações educativas e da mobilização de ações legislativas e econômicas*, dentre as quais: a redução da aceitação social do tabagismo; a redução da iniciação ao fumo e a ampliação do acesso ao tratamento; a proteção da população aos riscos relacionados à fumaça do tabaco e derivados; e controle da comercialização dos produtos derivados do tabaco.

De acordo com a PNPS (BRASIL, 2006: 33-35), as ações para o controle do tabagismo devem pautar: a ampliação dos ambientes livres de fumo – através de ações educativas, normativas e educacionais, sinalizações quanto à proibição de fumar e sensibilização de trabalhadores para a realização de ações contínuas; a articulação com a mídia a divulgação de informações voltadas ao controle do tabagismo; a mobilização de ações contínuas através de unidades de saúde, escolas e ambientes de trabalho colocando em evidência os riscos à exposição à fumaça dos produtos derivados do tabaco; articulação com o Ministério da Educação – MEC e secretarias estaduais e municipais de educação voltadas para a promoção da saúde no ambiente escolar; *ampliação do acesso aos métodos para a cessação de fumar*¹¹.

A Portaria MS/GM nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS, cabendo “considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde”.

O modelo de educação permanente em saúde preconizado pela PNPS busca uma “mudança na concepção prática e nas práticas dos trabalhadores” incorporando o ensino e aprendizagem à vida cotidiana, incorporando a prática como fonte de conhecimentos, colocando os atores envolvidos na construção de alternativas, ampliando os espaços educativos para além da sala de aula (BRASIL, 2006: 44).

Neste sentido, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) destaca que a educação permanente em saúde deva ser

compreendida como uma proposta de ação capaz de contribuir para a necessária transformação dos processos formativos e das práticas pedagógicas e de saúde; (...) destina-se a públicos multiprofissionais; objetiva

¹¹ O Ministério da Saúde e INCA refere que o método eficaz para a cessação do tabagismo é a combinação da abordagem cognitivo comportamental e apoio medicamentoso, quando aplicável. A referência a esse método está presente na Portaria nº 573/2013.

transformações das práticas técnicas e sociais; preocupa-se com os problemas cotidianos das práticas das equipes de saúde; insere-se de forma institucionalizada no processo de trabalho, gerando compromissos entre os trabalhadores, gestores, instituições de ensino e usuários para o desenvolvimento institucional e individual; utiliza práticas pedagógicas centradas na resolução de problemas, geralmente por meio de supervisão dialogada e oficinas de trabalho realizadas, preferencialmente, no próprio ambiente de trabalho; é contínua dentro de um projeto de consolidação e desenvolvimento do SUS.

Moraes, Pimentel e Uchoa (2011: 175-180) destacam que a primeira regulamentação sobre as drogas data de 1921 – Decreto nº 4.294, seguido do Decreto-Lei nº 891/1938 – ambos vinculados a repressão e penalização quanto ao uso de drogas. A primeira normativa que trata de prevenção data da década de 1970, através da Lei nº 6.368/1976¹² que estabelecia ações de prevenção, tratamento e recuperação, crimes e penas.

Ainda de acordo com essas autoras (2011: 180-181) apenas na década de 1990 tais normativas foram revistas através da Lei nº 8.764/93 que criou a Secretaria Nacional de Entorpecentes. No ano de 2001 foi aprovada a Política Nacional Antidrogas – PNAD resultado das contribuições levantadas durante o I Fórum Nacional Antidrogas de 1998. Duas outras normativas entraram em vigor, uma no mesmo ano – a Medida Provisória nº 2.225-45 que instituiu o Sistema Nacional Antidrogas – SENAD e no ano seguinte a Lei nº 10.409 que trata da prevenção e oferta de tratamento, fiscalização, controle e repressão.

No ano de 2003, foi adotada a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, incorporando as diretrizes da política de saúde mental (Lei nº 10.216/01) “e os pressupostos da Organização Mundial de Saúde – OMS para a área de saúde mental¹³”. No ano seguinte, foi desencadeado pela SENAD um processo “de realinhamento da política da Política Nacional Antidrogas” utilizando-se de foros descentralizados culminando em 2005 com a aprovação pelo Conselho Nacional Antidrogas – CONAD da Política Nacional sobre Drogas, através da Resolução nº 03 de 27 de outubro de 2005 (MORAES, PIMENTEL & UCHOA, 2011: 183).

Ainda em 2006, foi instituído o Sistema de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD através da Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006, considerando drogas “as substâncias ou os produtos capazes de causar dependência, assim especificados em lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União”.

O SISNAD¹⁴ tem por finalidade “articular integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com a prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas”. Dentre as atividades de prevenção preconizam as “direcionadas para a redução dos fatores de vulnerabilidade e risco e para a promoção e o fortalecimento dos fatores de proteção”. Neste contexto, os princípios e diretrizes vinculados sinalizados

12 Conhecida, de acordo com as autoras como a Lei de Entorpecentes.

13 Ministério da Saúde, 2004 In: Moraes, Pimentel e Uchoa (2011: 181-182).

14 Também compõe a finalidade dessa Lei “a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas”. A Lei está disponível para acesso: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11343.htm

pela Lei nº 11.343/2006 são:

o reconhecimento do uso indevido de drogas como fator de interferência na qualidade de vida do indivíduo e na sua relação com a comunidade à qual pertence; a adoção de conceitos objetivos e de fundamentação científica como forma de orientar as ações dos serviços públicos comunitários e privados e de evitar preconceitos e estigmatização das pessoas e dos serviços que as atendam; o fortalecimento da autonomia e da responsabilidade individual em relação ao uso indevido de drogas; o compartilhamento de responsabilidades e a colaboração mútua com as instituições do setor privado e com os diversos segmentos sociais, incluindo usuários e dependentes de drogas e respectivos familiares, por meio do estabelecimento de parcerias; a adoção de estratégias preventivas diferenciadas e adequadas às especificidades socioculturais das diversas populações, bem como das diferentes drogas utilizadas; o reconhecimento do “não-uso”, do “retardamento do uso” e da redução de riscos como resultados desejáveis das atividades de natureza preventiva, quando da definição dos objetivos a serem alcançados; o tratamento especial dirigido às parcelas mais vulneráveis da população, levando em consideração as suas necessidades específicas; a articulação entre os serviços e organizações que atuam em atividades de prevenção do uso indevido de drogas e a rede de atenção a usuários e dependentes de drogas e respectivos familiares; o investimento em alternativas esportivas, culturais, artísticas, profissionais, entre outras, como forma de inclusão social e de melhoria da qualidade de vida; o estabelecimento de políticas de formação continuada na área da prevenção do uso indevido de drogas para profissionais de educação nos 3 (três) níveis de ensino; a implantação de projetos pedagógicos de prevenção do uso indevido de drogas, nas instituições de ensino público e privado, alinhados às Diretrizes Curriculares Nacionais e aos conhecimentos relacionados a drogas; a observância das orientações e normas emanadas do CONAD; o alinhamento às diretrizes dos órgãos de controle social de políticas setoriais específicas.

As atividades preconizadas, na Lei nº 11343/2006, de atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas são aquelas que “visem à melhoria da qualidade de vida e à redução dos riscos e dos danos associados ao uso de drogas¹⁵” devendo pautar-se nos seguintes princípios e diretrizes:

respeito ao usuário e ao dependente de drogas, independentemente de quaisquer condições, observados os direitos fundamentais da pessoa humana, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Assistência Social; a adoção de estratégias diferenciadas de atenção e reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares que considerem as suas peculiaridades socioculturais; definição de projeto terapêutico individualizado, orientado para a inclusão social e para a redução de riscos e de danos sociais e à saúde; atenção ao usuário ou dependente de drogas e aos respectivos familiares, sempre que possível, de forma multidisciplinar e por equipes multiprofissionais; observância das orientações e normas emanadas do CONAD; o alinhamento às diretrizes dos órgãos de controle social de políticas setoriais específicas.

No ano de 2010, foi instituído ainda o Plano de Enfretamento ao Crack e outras Drogas

¹⁵ Idem – artigo 18 e artigo 20, respectivamente.

através do Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010, envolvendo ações descentralizadas e integradas às “políticas setoriais de saúde, educação, assistência social e segurança pública, a fim de intervir estrategicamente sobre o avanço e o risco do consumo do crack no país” (MORAES, PIMENTEL & UCHOA, 2011: 185).

Dentre as diretrizes preconizadas pela Lei nº 11.343/2006 está o reconhecimento *do não uso, retardamento do uso e da redução de riscos* apontando a redução de danos como uma estratégia de prevenção o que difere da proposta de tratamento preconizada pelo INCA/MS quanto a cessação do tabagismo – na oferta de tratamento para tabagistas o retardamento do uso está como parte do processo de cessação e as duas ofertas de tratamento são operacionalizadas pelas unidades de saúde integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS.

Neste sentido, o INCA/MS é bastante claro ao ofertar o formato de tratamento eficiente por excelência: *Abordagem Mínima/Básica e Intensiva do Fumante*. O SISNAD por sua vez, sinaliza que o tratamento deve utilizar-se de metodologias de tratamento disponíveis com eficiência comprovada, cabendo ao profissional em nível local a escolha pela metodologia de tratamento que lhe parecer mais adequada – cessação ou redução de danos.

Em 2011, foi lançado o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DNCT para o período de 2011 – 2022. Este plano tem por objetivo

promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção aos portadores de doenças crônicas (BRASIL, 2011: 12).

Uma das metas do plano é a redução da prevalência de tabagismo em adultos indicando as ações necessárias vinculadas:

adequação da legislação nacional que regula o ato de fumar em recintos coletivos; ampliação das ações de prevenção e de cessação do tabagismo, com atenção especial aos grupos mais vulneráveis (jovens, mulheres, população de menor renda e escolaridade, indígenas, quilombolas); fortalecimento da implementação da política de preços e de aumento de impostos dos produtos derivados do tabaco e álcool, com o objetivo de reduzir o consumo, conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS); fortalecimento, no Programa Saúde na Escola (PSE), das ações educativas voltadas à prevenção e à redução do uso de álcool e do tabaco.

Várias das ações previstas estão regulamentadas através de portarias e legislações específicas. O plano apresentado em 2011 ainda não traz o indicativo da necessidade da ampliação das ações de prevenção e cessação do tabagismo com ações específicas para públicos distintos.

A Portaria MS/GM nº 874 de 16 de maio de 2013 que instituiu a Política Nacional

para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no Sistema Único de Saúde – SUS que substituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica – PNAL, está organizada com base nos seguintes princípios:

princípios gerais; princípios e diretrizes relacionados à promoção da saúde; princípios e diretrizes relacionados à prevenção do câncer; princípios e diretrizes relacionados à vigilância, ao monitoramento e à avaliação; princípios e diretrizes relacionados ao cuidado integral; princípios e diretrizes relacionados à ciência e à tecnologia; princípios e diretrizes relacionados à educação; e princípios e diretrizes relacionados à comunicação em saúde.

A atenção ao tabagista está prevista na Portaria por tratar-se de fator de risco, juntamente com a obesidade e ingestão de bebida alcoólica, para as neoplasias. Assim, a prevenção ao tabagismo aparece como uma de suas diretrizes, reafirmando que, tal qual sua antecessora (a PNAL), a “formação de profissionais e promoção de educação permanente, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado nos diferentes níveis da atenção à saúde”, estabelecendo as competências de cada esfera de governo, cabendo aos Municípios desenvolver estratégias de educação permanente em saúde com o apoio dos governos federal e estaduais.

A OFERTA DE TRATAMENTO PARA DEPENDENTES DE NICOTINA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O artigo 14 - Medidas de redução da demanda relativas à dependência e ao abandono do tabaco da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco prevê a necessidade de criação e aplicação de

programas eficazes de promoção do abandono do consumo do tabaco em locais tais como as instituições de ensino, as unidades de saúde, locais de trabalho e ambientes esportivos; incluir o diagnóstico e o tratamento da dependência do tabaco, e serviços de aconselhamento para o abandono do tabaco em programas, planos e estratégias nacionais de saúde e educação, com a participação, conforme apropriado, de profissionais da área da saúde, agentes comunitários e assistentes sociais; estabelecer, nos centros de saúde e de reabilitação, programas de diagnóstico, aconselhamento, prevenção e tratamento da dependência do tabaco; e colaborar com outras Partes para facilitar a acessibilidade e exequibilidade dos tratamentos de dependência do tabaco, incluídos produtos farmacêuticos, em conformidade com o artigo Esses produtos e seus componentes podem incluir medicamentos, produtos usados para administrar medicamentos ou para diagnósticos, quando apropriado.

A oferta de tratamento para dependentes de nicotina no Sistema Único de Saúde – SUS após a promulgação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CQCT está regulamentada pela Portaria do Ministério da Saúde/GM nº 571 de 05 de abril de 2013 que atualiza as diretrizes do cuidado à pessoa tabagista no âmbito da rede de atenção à saúde

estabeleceu as diretrizes de cuidados à pessoa tabagista no âmbito do SUS:

reconhecimento do tabagismo como fator de risco para diversas doenças crônicas; identificação e acolhimento às pessoas tabagistas em todos os pontos de atenção; apoio terapêutico adequado em todos os pontos de atenção; articulação de ações intersetoriais para a promoção da saúde, de forma a apoiar os indivíduos, as famílias e a comunidade na adoção de modos de vida saudáveis; estabelecimento de estratégias para apoio ao autocuidado das pessoas tabagistas, de maneira a garantir sua autonomia e a corresponsabilização dos atores envolvidos, com participação da família e da comunidade; e formação profissional e educação permanente dos profissionais de saúde para prevenção do tabagismo, identificação e tratamento das pessoas tabagistas, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e com as diretrizes nacionais e/ou locais sobre o cuidado da pessoa tabagista.

Dessa forma, a formação destinada aos profissionais de saúde para o atendimento dos tabagistas no Sistema Único de Saúde – SUS passou a compor a diretriz da normativa em 2013, 27 anos depois da Lei nº 7.748 de 11 de junho de 1986 que instituiu o Dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de agosto) e prevê “campanhas educativas quanto aos malefícios da exposição à fumaça dos produtos derivados do tabaco”, primeira legislação brasileira voltada para o controle do tabagismo no Brasil e 24 anos depois da implantação do Programa Nacional de Controle de Tabagismo – PNCT.

A Portaria MS/GM nº 571/2013 instituiu a formação dos profissionais como diretriz da atenção ao tabagista em todos os pontos de atenção, com prioridade para a atenção básica, estabelecendo uma relação direta entre a formação dos profissionais e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS, colocando como meta que no mínimo 01 (um) profissional para cada unidade de saúde seja capacitado para ações de prevenção e oferta de tratamento para dependentes de nicotina.

A responsabilidade quanto ao desenvolvimento das atividades educativas, formativas e oferta de tratamento nas três esferas de gestão passaram a configurar em portaria e o planejamento das atividades distribuídas em cada esfera de governo, cabendo as secretarias municipais a formação dos profissionais para a oferta de tratamento para dependentes de nicotina no SUS.

A Portaria 571/2013 definiu ainda as atribuições da Atenção Básica na atenção ao tabagista

realizar ações de promoção da saúde e de prevenção do tabagismo de forma intersetorial e com participação popular; identificar as pessoas tabagistas que fazem parte da população sob sua responsabilidade; realizar a avaliação clínica inicial; prestar assistência terapêutica e acompanhamento individual e/ou em grupo, abrangendo desde a abordagem mínima até a abordagem intensiva, acompanhadas se necessário de tratamento medicamentoso; organizar a realização de consultas e grupos terapêuticos para as pessoas tabagistas; disponibilizar os medicamentos para o tratamento do tabagismo

de acordo com a Relação Nacional de Medicamentos Especiais (RENAME); diagnosticar e tratar precocemente as possíveis complicações decorrentes do tabagismo; e acionar o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes ou outra estratégia local, sempre que necessário, para qualificar a atenção prestada.

A atenção especializada ambulatorial e hospitalar deve

realizar a abordagem mínima da pessoa tabagista; iniciar assistência terapêutica, como tratamento oportunístico decorrente do contato com o usuário por outro evento ou patologia; disponibilizar os medicamentos para o tratamento do tabagismo de acordo com a RENAME, quando necessário; orientar o usuário com relação ao retorno à assistência na Atenção Básica para o tratamento do tabagismo, de acordo com diretrizes clínicas do Ministério da Saúde ou estabelecidas localmente; e realizar a contra-referência por escrito ou por meio eletrônico para a Atenção Básica, de acordo com as diretrizes clínicas locais.

Antes da Portaria MS/GM nº 571/2013 o que estava previsto era ações educativas seja através do estímulo a execução de campanhas educativas de sensibilização por parte das empresas, seja através da obrigatoriedade das advertências sanitárias nos produtos derivados do tabaco, ou ainda com ações educativas restritas a inclusão das mensagens de advertência sejam nas embalagens, eventos culturais, esportivos ou ainda nas transmissões das emissoras de televisão.

No ano de 2004, a formação de profissionais de saúde enquanto pré-requisito para a abertura de grupos de tratamento para tabagistas foi reafirmada¹⁶, desta vez circunscrita a *Abordagem Mínima/ Básica do Fumante* e a *Abordagem Intensiva do Fumante*.

No ano de 2005, por sua vez, a *educação permanente destinada aos profissionais de saúde em todos os níveis de atenção* está sinalizada na Política Nacional de Atenção Oncológica – PNAL, o mesmo para Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, de 2013 que a substituiu, entretanto não há menção a oferta de tratamento no SUS para dependentes de nicotina, remete às Secretarias Estaduais e Municipais a inclusão do Plano de Controle de Tabagismo e outros fatores de risco de câncer.

No ano de 2006, com a implantação da Política Nacional de Promoção à Saúde e da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde evidencia-se a contradição existente na formação de profissionais a partir do modelo focalizado e centralizado das *Abordagem Mínima e Básica do Fumante* e *Abordagem Intensiva do Fumante*, preconizadas pelo Ministério da Saúde e INCA que não possui aderência aos pressupostos da educação permanente em saúde – a aprendizagem centrada no cotidiano das unidades que objetivem mudanças no fazer e nas relações, dentre outras.

O redimensionamento estatal, o repasse de responsabilidades para a sociedade civil organizada, através das Organizações Sociais – OS, Organizações da Sociedade

¹⁶ Já tinha sido afirmada inicialmente no ano de 2002 quando a formação de profissionais de saúde passou a integrar os pré-requisitos para a abertura de Centros de Referência circunscritos ao *Programa Ajudando seu Paciente a parar de fumar*.

Civil de Interesse Público – OSCIP e Fundações Estatais de Direito Privado às *ações não exclusivas do Estado* – nos termos de Bresser Pereira – possuem uma relação estreita com a *promoção da saúde restrita*¹⁷ apontada por Matos (2013: 162).

Essa autora distingue ainda entre APS restrita¹⁸ e abrangente¹⁹, destacando que com a emergência dos regimes neoliberais na América Latina predominaram experiências de APS restrita, o mesmo aplicando-se ao Brasil nos primeiros anos do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS e Programa Saúde da Família – PSF (Idem: 163-164).

A oferta de tratamento para dependentes de nicotina na atualidade tem significativa expressão na atenção básica, através estratégia saúde da família. Apesar dessa expansão a atenção básica traz consigo singularidades presentes desde a sua formação. A extensão do país e as múltiplas experiências descentralizadas de APS proporcionais à capacidade financeira de cada município possibilitou a co-existência de distintos modelos com a predominância de dois:

de um lado, o modelo centro/posto de saúde, estruturado segundo a lógica da ação programática em saúde, cujos eixos são a epidemiologia e o planejamento, com médicos das especialidades básicas; e, de outro, o modelo SF, que, por se constituir na estratégia prioritária adotada pelo MS desde 1994, merece uma análise mais detalhada no sentido de compreender como se deu sua evolução, num contexto de contrarreformas neoliberais. Há, também, unidades que funcionam segundo a lógica do pronto-atendimento, particularmente adotada nas portas dos hospitais e serviços de emergência (MATOS, 2013: 198-199).

Ainda de acordo com essa autora (2013: 198) o modelo Saúde da Família²⁰ nasceu

17 De acordo com Matos (2013: 162) a Atenção Primária a Saúde – APS tem sido definida a partir de diferentes expressões: “um programa focalizado e seletivo; uma cesta básica de serviços; um nível de organização do sistema de saúde, que corresponde aos serviços ambulatoriais, voltados para a promoção e prevenção de doenças mais comuns; uma concepção de modelo assistencial abrangente, cujo eixo é composto por serviços que garantem o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, incluindo ações clínicas e de saúde pública, voltados a toda a população”.

18 Centrada “nas doenças mais comuns nos países periféricos, tais como diarreia e as evitáveis por imunização”. Esta concepção está presente no documento “Atenção primária seletiva, uma estratégia provisória para o controle de doenças em países em desenvolvimento” apresentado na Conferência de 1979 intitulada “Saúde e População em Desenvolvimento” patrocinada pela Fundação Rockefeller, tendo sido criticada de uma *saúde pobre para pobres* (MATOS, 2013: 162-163).

19 A Declaração de Alma-Ata formulada por ocasião da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde em 1978 em Alma-Ata “representou uma concepção abrangente que pressupunha a vinculação dos serviços primários ao sistema de saúde, além de ações intersetoriais que buscassem intervir nos determinantes do processo saúde-doença” (MATOS, 2013: 162).

20 Matos (2013: 218-219) aponta que houve uma mudança no financiamento da atenção básica com elevação de valores e incentivos a implantação serviços, tendo sido a saúde bucal, através dos Centros de Especialidade Odontológicas – CEO/ Programa Brasil sorridente, a mais beneficiada. Já “a adoção pelo MS da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), por meio da Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, representou uma mudança importante no sentido da incorporação formal dos atributos da APS abrangente, buscando aplicá-los tanto ao modelo tradicional como à denominada estratégia SF, numa abordagem que visava qualificar os dois modelos. A superação mesmo que formal da concepção de *programa* representou um passo positivo no sentido de reforçar a necessidade de um novo status para a APS, reiterando o seu papel de porta de entrada preferencial do SUS e ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde. (...) Porém, entre a edição de uma norma e a sua efetiva implantação, tanto em relação à organização do sistema como na prática das equipes, há um longo caminho a percorrer e inúmeros obstáculos a serem superados, entre eles, o compromisso técnico e político das três esferas de governo, que se traduz, principalmente, no volume de recursos financeiros disponíveis e em ações concretas. Do contrário, as mudanças propostas na PNAB se reduziram apenas a mais um documento com boas propostas para melhorar o sistema de saúde. (...) Outra iniciativa do MS, há tempos reivindicada nas CNS, abriu uma perspectiva de ampliação do escopo de atuação das equipes da estratégia

vinculado a Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, de forma não integrada ao SUS devendo os municípios privilegiarem “áreas de risco social definidos pelo Mapa da Fome, o que evidenciava seu caráter focalizado”. Assim, apesar de pautar-se nos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, possuía financiamento e áreas de atuação limitada,

com pouca integração com o sistema, cuja implantação foi dirigida para pequenos municípios das regiões Norte e Nordeste, buscando dar resposta a um conjunto de problemas prioritários dessas localidades, geralmente desprovidas de rede básica de saúde (MATOS, 2013: 200).

Foi em 1998 que o PACS/PSF passou a integrar a estrutura da gestão federal através da Coordenação de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde²¹:

Chama a atenção, o paralelismo que se configura nas formulações do MS para a APS. De um lado, a elaboração em torno da atenção básica como um todo, incluindo centros e postos de saúde; de outro, as proposições relativas à estratégia PACS/PSF. Isso se justifica, em parte, naquele momento, em função da baixa cobertura do PSF e pela necessidade de orientar o conjunto dos municípios sobre suas responsabilidades em relação à atenção básica, independente de sua adesão ao PSF. Porém, essas formulações acabaram por ampliar a distância entre as duas formas de organização da APS, a chamada forma tradicional (os centros/postos de saúde) e o PSF (MATOS, 2013: 203).

A atenção básica, ponto prioritário de atendimento ao tabagista no SUS, precisa atender alguns desafios: a garantia de financiamento; “a organização dos serviços para a construção de redes territorializadas dos cuidados; e a reorientação das práticas profissionais para a efetivação de novos modos de cuidados em saúde” (MARTINIANO, SAMPAIO E SILVEIRA, 2014).

Esses autores (2014: 353-390) sinalizam que a ênfase na atenção primária à saúde vem atender a um indicativo do Banco Mundial de direcionar a política de saúde aos mais pobres ampliando cada vez mais a atenção especializada privada. Apontam a necessidade de implantação das Redes de Atenção à Saúde, previstas em Portaria de 2010, permitindo organizar relações horizontais entre os diversos equipamentos de saúde existentes, entretanto, em vários municípios a expansão da APS não foi acompanhada da expansão de outros serviços de saúde de distintos níveis de complexidade.

Martiniano, Sampaio e Silveira (2014: 353-390) em relação ao terceiro desafio sinalizam ainda a necessidade da APS utilizar novas tecnologias em saúde, dentre elas o Projeto Terapêutico Singular – PTS, um “conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultando da discussão de uma equipe

SF: o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), criado por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Os NASF possibilitaram a incorporação de outros profissionais como forma de ampliação da integralidade das ações das ESF, não se configurando como porta de entrada ou referência para as equipes, mas como uma atuação na lógica da responsabilização compartilhada pelo acompanhamento das pessoas das áreas adscritas à USF”.

21 Portaria GM/MS nº 1882, de 18 de dezembro de 1997 e Portaria GM/MS nº 1886, de 18 de dezembro de 1997 que estabeleceu normas e diretrizes. Destacam-se ainda a Norma Operacional Básica - NOB 96 e *Manual para Organização da Atenção Básica*, Portaria GM/MS nº 3.925/1998; Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS 2001 e 2002. Matos (2013: 200-203).

interdisciplinar” (BRASIL, 2007 Apud MARTINIANO, SAMPAIO E SILVEIRA, 2014) de forma articulada a um Projeto de Saúde no Território – PST que pressupõe a identificação de fragilidades e potencialidades para construção de ações integralizadas com a rede local (BRASIL, 2009 Apud MARTINIANO, SAMPAIO E SILVEIRA, 2014).

Para além do modelo preconizado para a atenção primária em saúde das redes de atenção em saúde, projeto terapêutico singular e projeto território em saúde que centram no indivíduo – e/ou na comunidade – as fragilidades e potencialidades da resolutividade dos problemas de saúde, a formação proposta para os profissionais de saúde para a oferta de tratamento para tabagistas não se aproximou desse modelo – as propostas formativas não apresentam flexibilidade quanto à metodologia e conteúdo.

Na última década o INCA, além das formações específicas para aberturas de grupos de tratamento passou a ofertar cursos através de sua plataforma de ensino a distância na área de tabagismo com abrangência nacional na modalidade de Ensino à Distância – EAD²². No ano de 2013, o Ministério da Saúde, através do Departamento de Gestão da Educação na Saúde – DEGES da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – SEGTES, ofertou 1.400 vagas para o curso de Tabagismo para profissionais de nível superior que atuam na Atenção Básica²³.

A Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, do Ministério da Justiça vem desenvolvendo cursos para públicos específicos direcionados às lideranças comunitárias, grupos religiosos, educação, dentre outros. Trata-se do conteúdo do Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção Social e Acompanhamento – SUPERA.

O curso SUPERA²⁴, ofertado pela SENAD, encontra-se na 8ª edição, é direcionado aos “profissionais da Rede Básica de Saúde e das Unidades de Referência para tratamento de usuários de crack, álcool e outras drogas”. O curso ao discutir os aspectos vinculados ao tratamento do crack, álcool e outras drogas incluiu a abordagem e tratamento para dependentes de nicotina como parte integrante do conteúdo programático do curso.

A SENAD através de editais de financiamento para formação em políticas sobre drogas por meio dos Centros de Regionais e Referência – CRR vem desenvolvendo a formação de trabalhadores e lideranças comunitárias. Neste contexto, os CRRs integram a Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas²⁵ tendo como princípios

22 O primeiro *Abordagem Básica para o Controle do Câncer – ABC do Câncer* com 30h/aula e o segundo *Saber Saúde* 60h/aula. Ambos estão disponíveis na plataforma de Educação a Distância – EAD do INCA: <https://ead.inca.gov.br/>.

23 Desenvolvido através de uma parceria com o Instituto de Pesquisa e Ensino em Medicina Diagnóstica e Terapêutica – Ipmed de São Paulo, com carga horária de 16h/aula e duração de 04 meses.

24 Nas sete primeiras edições do SUPERA foram capacitados mais de 35 mil profissionais das diversas políticas setoriais. Este curso tem duração de 150h e é desenvolvido em parceria com a Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP na modalidade de Educação à Distância – Ead. A 8ª edição está ofertando 30 mil vagas. O curso pode ser acessado pelo site <http://www.supera.senad.gov.br/>.

25 Instituído pelo Decreto nº 7.179 de 20/05/2010. São objetivos desse plano: “estruturar, integrar, articular e ampliar as ações voltadas à prevenção do uso, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, contemplando a participação dos familiares e a atenção aos públicos vulneráveis, entre outros, crianças, adolescentes e população em situação de rua; estruturar, ampliar e fortalecer as redes de atenção à saúde e de assistência social para usuários de

fundamentais:

atuar para a implementação da Política Nacional sobre Drogas e da Política Nacional de Saúde Mental seguindo suas diretrizes; estabelecer parcerias com a gestão municipal e estadual para realizar diagnóstico das necessidades de formação em políticas sobre drogas das redes locais; construir conjuntamente com trabalhadores e gestores os conteúdos e métodos de aprendizagem relacionados ao tema; contribuir para o fortalecimento de redes intersetoriais de base territorial para prevenção, cuidado e inclusão social das pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas; utilizar o método de formação como instrumento de integração das diversas políticas/redes atuantes no mesmo território; articular suas ações com outros processos formativos presenciais e à distância oferecidos pelo poder público (Idem).

O Ministério da Saúde ofertou no ano de 2014, *Formação em Saúde Mental (crack, álcool e outras drogas) para agentes comunitários de saúde e para técnicos de enfermagem da atenção básica – saúde mental ênfase em crack, álcool e outras drogas*. Denominado “Projeto Caminhos do Cuidado”, inserido no eixo cuidado do Plano Crack é possível vencer, foi desenvolvido em parcerias com diversas instituições²⁶ e ofertou, em todo o Brasil nos anos de 2013 e 2014, 292.196 vagas²⁷, visando “melhorar a atenção ao usuário e seus familiares, por meio da formação e qualificação dos profissionais da Rede de Atenção Básica à Saúde²⁸”.

O Ministério da Saúde disponibilizou em 2014 e 2015 o Curso de Atualização Profissional em Álcool e outras Drogas²⁹. Em 3ª edição em 2015 estão sendo disponibilizadas 5.050 vagas para profissionais vinculados aos diversos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS³⁰. Está prevista para o primeiro semestre de 2016 a oferta de outras 2.500 vagas para esse curso. O curso é desenvolvido pela Plataforma da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde – UNASUS. Outros dois cursos também foram disponibilizados na mesma ocasião e com público alvo semelhante, são eles: Saúde Mental na Infância e Adolescência e Crise e Urgência em Saúde Mental.

crack e outras drogas, por meio da articulação das ações do Sistema Único de Saúde - SUS com as ações do Sistema Único de Assistência Social - SUAS; capacitar, de forma continuada, os atores governamentais e não governamentais envolvidos nas ações voltadas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários de crack e outras drogas e ao enfrentamento do tráfico de drogas ilícitas; promover e ampliar a participação comunitária nas políticas e ações de prevenção do uso, tratamento, reinserção social e ocupacional de usuários de crack e outras drogas e fomentar a multiplicação de boas práticas; disseminar informações qualificadas relativas ao crack e outras drogas; e fortalecer as ações de enfrentamento ao tráfico de crack e outras drogas ilícitas em todo o território nacional, com ênfase nos Municípios de fronteira”.

26 “Fiocruz (RJ), através do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica (ICICT), o Grupo Hospitalar Conceição (RS) e a Rede de Escolas Técnicas do SUS”. Disponível no link: <http://www.caminhosdocuidado.org/sobre-o-projeto/> Acesso: 20/10/2015

27 Em Pernambuco foram ofertadas 17.508 vagas. Dados disponíveis no link: <http://www.caminhosdocuidado.org/> Acesso: 20/10/2015.

28 As informações detalhadas sobre o projeto estão disponíveis no link: <http://www.caminhosdocuidado.org/sobre-o-projeto/> Acesso: 20/10/2015.

29 Informações sobre esse e outros cursos podem ser obtidas no link: <https://unarus.ufsc.br/alcooleoutrasdrogas/> Acesso: 20/10/2015.

30 Profissionais dos seguintes dispositivos poderiam se inscrever: “Consultório na Rua; NASF; Centros de Convivência e Cultura; SAMU; Sala de Estabilização; UPA 24 horas; Pronto socorro em Hospital Geral; Unidade de Acolhimento; Leitos de psiquiatria e saúde mental em Hospital Geral e Serviços Residenciais Terapêuticos”. Listagem disponível no link: <https://unarus.ufsc.br/alcooleoutrasdrogas/> Acesso: 20/10/2015.

Nos anos de 2014 e 2015 a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – SEGTES do Ministério da Saúde desenvolveu o “Projeto Percursos Formativos da RAPS: Intercâmbio entre Experiências”. Em sua primeira edição contemplou intercâmbio de profissionais entre municípios de diversas regiões do país e formação nas cidades de origem (Quadro 09) com previsão da segunda edição em 2016.

O Projeto prevê além do intercâmbio o custeio do Plano de Educação Permanente em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas nos municípios participantes limitados a R\$ 100.000,00 para formação de recursos humanos de acordo com as especificidades apontadas por cada município em plano específico.

Essa Secretaria também custeia anualmente bolsas de residência médicas e multiprofissionais em saúde, estando às áreas de saúde mental, álcool e outras drogas e atenção básica dentre as áreas prioritárias para concessão de bolsas.

Nas normativas vinculadas à oferta de tratamento para dependentes de nicotina no SUS³¹ são preconizadas as formações *Ajudando seu paciente a parar de fumar*; *Abordagem Mínima ou Básica do Fumante*; e a *Abordagem Intensiva do Fumante* com rigidez de conteúdos e metodologia, colocadas como a metodologia que possui maior eficácia comprovada para a cessação do fumar.

Dessa, forma nas formações preconizadas pelo INCA/Ministério da Saúde apresenta-se a metodologia eficaz para a cessação do tabagismo, sem distinção espaço geográfico, faixa etária, sexo ou classe social, mesmo que tais distinções estejam presentes nas políticas de atenção oncológica de promoção da saúde e de educação permanente em saúde, cabendo aos municípios as flexibilizações possíveis para atender as especificidades regionais.

Concomitantemente, tem sido ofertadas formações para profissionais de saúde com abrangência nacional, voltadas para a discussão e oferta de tratamento para demandas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Somando a esse quantitativo as residências médicas (atenção básica e psiquiatria) e multiprofissionais em saúde essa cifra facilmente ultrapassaria 500.000 profissionais nos últimos 05 (cinco) anos, quantitativo superior a dez vezes o número de estratégia saúde da família existente no Brasil.

Apesar desse número expressivo não há nenhuma indicação de que, por ocasião desses processos formativos, a proposta da formação para a abertura de grupos de tabagismo tenha sido incluída. Com esse contingente profissional seria possível mais que dobrar os 23.000 unidades da atenção básica de saúde que ofertam o tratamento, principalmente se consideramos que tais formações foram direcionadas para os profissionais de saúde que poderiam ofertar tratamento para dependentes de nicotina caso tivessem acesso à formação.

31 Portaria nº 1.575/2002; Portaria nº 1.35/2004; Portaria nº 442/2004; e Portaria 571/2013.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antes da promulgação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CQCT no Brasil várias normativas – portarias, decretos e leis – já existiam especialmente aquelas vinculadas à proteção de ambientes livres da fumaça de produtos derivados do tabaco e uma primeira versão da oferta de tratamento para dependentes de nicotina no Sistema Único de Saúde incluindo a previsão de ações educativas e de formação para profissionais de saúde. Política Nacional de Atenção Oncológica – PNAL é desse período.

A primeira normativa vinculada à proteção de ambientes livres da fumaça de produtos derivados do tabaco data de 1996, três anos antes da Organização Mundial de Saúde – OMS iniciar as discussões acerca da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e dez anos antes de sua promulgação no Brasil. Refiro-me à Lei nº 9.294/1966 que apesar da polêmica que lhe foi atribuída traz as bases para a instalação dos ambientes livres da fumaça dos produtos derivados do tabaco.

Essas normativas pré-existentes compunham um cenário favorável à promulgação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CQCT no Brasil, não obstante três anos se passaram desde a assinatura por parte do Brasil da CQCT em 2003 e da sua promulgação em 2006.

Desde então, quase uma década se passou e iniciativas importantes estiveram presentes nesse processo, a exemplo da Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS, ações e diretrizes da Agência Nacional de Vigilância – ANVISA e do Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis – DCNT no Brasil 2011-2022 e as convergências com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS, Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e com as diversas normativas – portarias, decretos e leis existentes.

Tais propostas permitiram que as ações de controle de tabagismo antes circunscritas ao Programa Nacional de Controle de Tabagismo – PNCT vinculado ao Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA fossem elevadas ao patamar de uma Política Nacional de Controle de Tabagismo, consubstanciada nas diretrizes nacionais propostas pela Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CQCT, nas políticas nacionais de Promoção à Saúde e Educação Permanente em Saúde e nas normativas vigentes.

As ações vinculadas aos artigos 8, 9 e 14 que tratam da *Proteção contra a exposição à fumaça do tabaco*; da *Educação, comunicação, treinamento e conscientização*; e das *Medidas de redução de demandas relativas à dependência e ao abandono do tabaco*, respectivamente, da CQCT que trazem uma relação direta com as ações necessárias para a oferta de tratamento para dependentes de nicotina no Sistema Único de Saúde – SUS puderam avançar em sua implantação, através da incorporação destes nas normativas legais implantadas desde então.

As ações educativas e de formação de recursos humanos para a oferta de tratamento no Sistema Único de Saúde – SUS, previstas nas normativas do Ministério da Saúde que regulamentam a oferta de tratamento não acompanham as orientações contidas nas políticas nacionais de prevenção do câncer, promoção da saúde e política educação permanente em saúde, principalmente nos quesitos formato e objetivos.

Tais propostas preconizadas pelo INCA/Ministério da Saúde dialogam pouco com outras metodologias e políticas. Em parte, isso se deve pela especificidade de uma política para tratar dos efeitos de uma única droga/substância. E ao fazê-lo possibilitou aprofundar suas particularidades e se distanciar metodologias e/ou estratégias vinculadas às outras drogas.

A tecnificação da saúde, ampliação restrita, ênfase na assistência precarizada, focalizada e emergencial, a privatização e mercantilização da saúde pública, a Precarização e superexploração do trabalho na saúde pública, promoção da Saúde restrita e a ampliação do tensionamento nos espaços de participação social (SOARES: 104-109) evidenciam as particularidades da política de controle do tabagismo no contexto da contrarreforma do Estado.

De um lado, a oferta de tratamento aquém da demanda apresentada, a tecnificação da proposta de tratamento e método único ofertado, da assistência centrada na cessação. De outro lado, a escassez de recursos no âmbito público e repasse à iniciativa privada – muitos municípios já fazem uso das OS, OSCIP e fundações estatais para a contratação de pessoal, a sobrecarga dos profissionais envolvidos na oferta de tratamento – e das contratações por tempo e formas de trabalho precarizadas – atualmente centrada na Atenção Básica.

A oferta de grupos para dependentes de nicotina no SUS encontra-se aquém da demanda. Os 23.000 grupos de tratamento na Atenção Básica ainda são 47 vezes inferiores à demanda de grupos para serem necessários que os 80% dos fumantes existentes no Brasil acessarem o tratamento na atualidade.

Ao acrescentarmos a estimativa divulgada pelo Ministério da Saúde que apenas 3% desses 80% conseguem parar de fumar ao final de um ano de tratamento, quantos anos o Brasil levaria para ofertar uma proposta condizente com a realidade brasileira? O próprio Ministério nos fornece essa resposta através da pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL.

Ao compararmos os dados VIGITEL de 1989 em que a taxa de prevalência de fumantes no Brasil era da ordem de 32,9% ou pouco mais de 24 milhões de pessoas à época com taxa de prevalência de 2014 em 10,4% ou os quase 20 milhões de fumantes hoje, chegamos a diferença em números absolutos de pouco mais de 4 milhões de pessoas e uma média de queda no número de fumantes de 266 mil pessoas/ano, o que demandaria mais de 75 anos para atender a demanda de hoje.

Dez anos depois da promulgação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco

– CQCT no Brasil muito se avançou na proposição de normativas que tratam da proteção da exposição à fumaça do tabaco e derivados em ambientes fechados de uso coletivo e oferta de tratamento para dependentes de nicotina na rede SUS e a formação de recursos humanos para a oferta de tratamento³².

O processo de implantação dessas normativas, por sua vez, traduzindo-as em serviços à população, traz suas singularidades, especificamente quanto à oferta de tratamento para a dependência à nicotina e a formação de recursos humanos. Ocorre que embora a expansão de grupos de tratamento para dependentes de nicotina tenha tido uma ampliação significativa – de 42 centros para 23.000 unidades de saúde na atenção básica, ainda está aquém da demanda.

Da mesma forma, a oferta de formação voltada para profissionais de saúde que atendem tabagistas – nos múltiplos dispositivos disponíveis no SUS ultrapassou a cifra de 500.000 profissionais capacitados em demandas associadas ao uso do álcool e outras drogas como estabelecem as diretrizes das diversas políticas vinculadas. Entretanto, não é possível afirmar que tais formações trataram do tratamento para a dependência de nicotina, ou mesmo da metodologia preconizada pelo INCA/Ministério da Saúde.

O modelo adotado pelo Brasil pela CONICQ e envolvimento de diversos Ministérios para a implantação da CQCT tem muito a oferecer às outras políticas vinculadas, especialmente no que se refere à imersão e ao tratamento de distintos aspectos vinculados à uma mesma problemática instalada: comércio, embalagens, propaganda, regulamentação do acesso, fiscalização de ambientes livres de fumo, produção científica vinculada, oferta de tratamento, formação de recursos, dentre outros. Mas ainda apresenta fragilidades dentro do próprio Ministério da Saúde nas distintas políticas vinculadas.

Aproximações, para além da inserção do controle do tabagismo nessas políticas – a exemplo das políticas de prevenção do câncer, educação permanente em saúde, promoção da saúde, doenças crônicas não transmissíveis e política sobre drogas – precisam acontecer de forma transversal, evitando a sobreposição de ações, abrindo ao diálogo para adequação de estratégias e metodologias, ampliando a integralidade da atenção ao usuário tabagista – e usuário de álcool, crack e outras drogas – no Sistema Único de Saúde – SUS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 8.262** de 31 de maio de 2014 que Altera o Decreto nº 2.018, de 1º de outubro de 1996, que regulamenta a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996. Brasília, 2014.

32 Normativas em outras áreas foram estabelecidas, tais como: regulamentação da propaganda, comercialização e embalagens de produtos, dentre outros. Tais normativas embora sinalizadas ao longo dessa tese não foram objeto de estudo de nosso trabalho, visto que elegemos as normativas vinculadas à oferta de tratamento para dependentes de nicotina no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

____. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011 (c).

____. Instituto Nacional do Câncer. **Legislação Federal vigente sobre Tabaco no Brasil**. Rio de Janeiro, 2010.

____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.

____. Presidência da República. **Decreto nº 5.658, de 02 de Janeiro de 2006**. Promulga a Convenção Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco, adotada pelos países membros da Organização Mundial de Saúde em 21 de maio de 2003 e assinada pelo Brasil em 16 de junho de 2003. Brasília, 2006.

____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 687** de 30 de março de 2006 que aprova a Política de Promoção da Saúde. Brasília, 2006.

____. Presidência da República. **Decreto Presidencial de 01 de agosto de 2003** que institui a Comissão Nacional para a Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e de seus protocolos no Brasil Brasília, 2003.

INCA. Legislação Federal Vigente sobre Tabaco no Brasil. Rio de Janeiro, INCA, 2007. Disponível em: http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/102_Legislacao-Federal-Vigente-Sobre-Tabaco-no-Brasil.pdf

MATOS, M. P. S. A. **Determinantes da Baixa Valorização da Atenção Primária no Sistema Único de Saúde**. Tese (Doutorado, vinculado ao Programa Pós Graduação em Política Social da UnB/DF). Brasília, o autor, 2013.

MARTINIANO, C. S.; SAMPAIO, J.; & SILVEIRA, S. A. S. Os desafios do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família para a Consolidação da Atenção Primária à Saúde. *In: VASCONCELOS, K. E. L. & COSTA, M. D. H. (Orgs). Por uma Crítica da Promoção da Saúde. Contradições e potencialidades no contexto do SUS*. São Paulo, Hucitec Editora, 2014.

MORAES, P.; PIMENTEL, P. & UCHOA, R. Drogas e Políticas Públicas: Uma análise dos planos de enfrentamento à problemática do crack no Brasil. *In: Dossiê sobre Drogas*. Estudos Universitários. Revista de Cultura 28, dezembro de 2011. Recife, Editora Universitária UFPE, 2011.

OBSERVATÓRIO DA POLÍTICA NACIONAL DE CONTROLE DE TABACO (OPNCT). 2012. **Histórico da Convenção-Quadro**. Disponível no site: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/convencao_quadro/historico Acesso: 10/01/2013.

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 mais de 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, Segurança do Paciente no contexto da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, Política de Saúde e Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, dentre outras. Coordena o *Programa de Extensão Saberes e Práticas no SUS: Discutindo Promoção da Saúde*, na Universidade de Pernambuco, com atividades iniciadas em 2016, ainda no formato de projeto de extensão, enquanto devolutiva do processo de doutorado, orientando discentes e Residentes na área de saúde em atividades de extensão universitária incluindo orientação de monitoria em cursos e eventos de extensão; desenvolvendo atividades formativas – cursos, grupos de estudos, encontros, oficinas e outros – voltadas para a qualificação de recursos humanos e melhoria da qualidade dos serviços prestados à população usuária do SUS. Coordena o Ciclo de Estudos e Debates em Saúde Pública, atividade de extensão, que tem dentre os seus objetivos incentivar a produção acadêmica através de estudos, pesquisas e produção de textos com vistas à popularização da ciência e tecnologia. O *Programa de Extensão Saberes e Práticas no SUS: Discutindo Promoção da Saúde* atua nas seguintes áreas temáticas: Promoção da Saúde, Prevenção e Enfrentamento das Violências, HIV/AIDS no contexto do enfrentamento da Epidemia, Serviço Social e Políticas Sociais no Brasil; Saberes e Práticas nas Mídias.

ÍNDICE REMISSIVO

A

- Ação socioeducativa 2
- Ações para o controle do tabagismo 47
- Adolescência 25, 26, 57
- Ambientes fechados de uso coletivo 37, 41, 42, 61
- Ambientes livres do fumo 42
- Apropriação do território 13, 14
- Assessoria 24, 25, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35
- Assistente Social 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 11, 24, 25, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35
- Autonomia técnica 30, 33

C

- Capital 4, 5, 6, 11, 14, 15, 16, 21, 37
- Capital globalizado 21
- Capitalismo 1, 5, 11, 12
- Capital monopolista 4
- Centros de referência especializado de assistência social 1
- Classes sociais 4, 14
- Conflitos fundiários 18, 20, 22
- Conselho Tutelar 24, 25, 28, 29, 32, 33, 34
- Convenção-quadro para o controle do tabaco 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 46, 51, 59, 60, 62

D

- Direitos 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 19, 20, 21, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 32, 33, 34, 43, 49, 63
- Disputa pela ocupação de terras 14

E

- Educação permanente em saúde 37, 45, 47, 51, 52, 53, 58, 59, 60, 61, 62
- Estado 3, 4, 5, 6, 9, 13, 14, 15, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 35, 39, 54, 60
- Estatuto da criança e do adolescente 24, 25, 26, 34, 46

F

- Fumódromos 42

G

Gênero 4, 5, 6, 9, 11, 12, 40

I

Infância 25, 26, 32, 34, 57

L

Lógica capitalista 13, 14

M

Mercantilização da terra 19

Ministério da Saúde 37, 39, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 51, 53, 56, 57, 58, 60, 61, 62

Movimentos indígenas 21

O

Organização Mundial de Saúde 37, 38, 40, 48, 59, 62

P

Planejamento 13, 21, 22, 24, 31, 39, 52, 54

Planejamento urbano 13, 21

Política Nacional de Promoção da Saúde 47, 59

Processo de trabalho 30, 31, 32, 34, 48

Projeto de intervenção 24, 31, 33

R

Relações sociais 1, 5, 11

Reprodução social 2, 19

S

Serviço Social 1, 2, 3, 4, 10, 11, 12, 13, 14, 24, 25, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 63

Sistematização da prática 24

Sistema Único de Saúde 36, 40, 45, 49, 50, 51, 52, 55, 57, 59, 60, 61, 62, 63

Sociedade brasileira 4

Sociedade burguesa 2, 4

T

Tabaco 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 50, 51, 52, 53, 59, 60, 61, 62

Tabagistas 44, 50, 52, 53, 56, 61

Trabalho 2, 3, 6, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 22, 24, 25, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 38, 39, 42, 44, 46, 47, 48, 51, 56, 58, 60, 61, 62

V

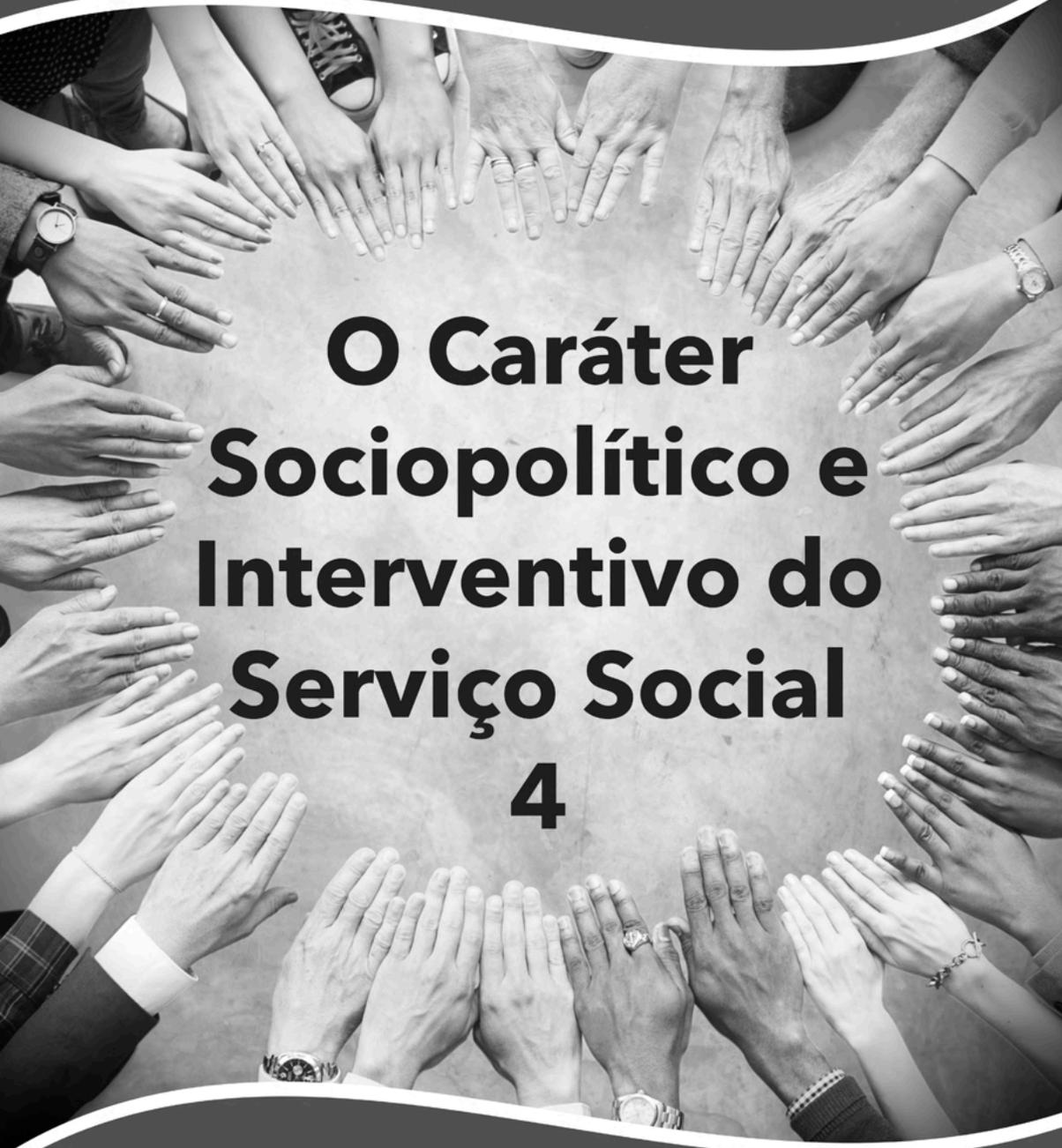
Violência contra a mulher 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11

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 4

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 4

 **Atena**
Editora

Ano 2022