

DICIONÁRIO CRÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

**Maurílio Castro de Matos - Maria Helena de Jesus Bernardo
Renato Veloso - Debora Lopes de Oliveira
Rodriane de Oliveira Souza
Organizadores/as**



**DICIONÁRIO CRÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL
NA SAÚDE**

Maurílio Castro de Matos
Maria Helena de Jesus Bernardo
Renato Veloso
Debora Lopes de Oliveira
Rodriane de Oliveira Souza
Organizadores/as

**DICIONÁRIO CRÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL
NA SAÚDE**

1ª Edição Eletrônica

Uberlândia / Minas Gerais
Navegando Publicações
2024



Navegando Publicações



www.editoranavegando.com
editoranavegando@gmail.com
Uberlândia – MG
Brasil

Editores

Lurdes Lucena – Esamc – Brasil
Carlos Lucena – UFU – Brasil
José Claudinei Lombardi – Unicamp, Brasil
José Carlos de Souza Araújo – Uniube/UFU, Brasil

Conselho Editorial Multidisciplinar

Pesquisadores Nacionais

Afrânio Mendes Catani – USP – Brasil
Anderson Brettas – IFPM – Brasil
Anselmo Alencar Colares – UFOPA – Brasil
Carlos Lucena – UFU – Brasil
Carlos Henrique de Carvalho – UFU, Brasil
Cílson César Fagiani – Uniube – Brasil
Dermeval Saviani – Unicamp – Brasil
Elmiro Santos Resende – UFU – Brasil
Fabiane Santana Previtali – UFU, Brasil
Gilberto Luiz Alves – UFMS – Brasil
Inez Stampa – PUCRJ – Brasil
João dos Reis Silva Júnior – UFSCar – Brasil
José Carlos de Souza Araújo – Uniube/UFU – Brasil
José Claudinei Lombardi – Unicamp – Brasil
Larissa Dahmer Pereira – UFF – Brasil
Livia Diana Rocha Magalhães – UESB – Brasil
Marcelo Caetano Parreira da Silva – UFU – Brasil
Mara Regina Martins Jacomeli – Unicamp, Brasil
Maria Ciavatta – IFF – Brasil
Maria J. A. Rosário – UFPA – Brasil
Newton Antonio Paciulli Bryan – Unicamp, Brasil
Paulino José Orso – Unioeste – Brasil
Ricardo Antunes – Unicamp, Brasil
Robson Luiz de França – UFU, Brasil
Tatiana Dahmer Pereira – UFF – Brasil
Valdemar Sguissardi – UFSCar – (Apos.) – Brasil
Valéria Lucília Forti – UERJ – Brasil
Yolanda Guerra – UFRJ – Brasil

Pesquisadores Internacionais

Alberto L. Bialakowsky – Universidad de Buenos Aires – Argentina.
Alicina Maria de Castro Martins – (I.S.M.T.), Coimbra – Portugal
Alexander Steffanell – Lee University – EUA
Ángela A. Fernández – Univ. Aut. de St. Domingo – Rep. Dominicana
Antonino Vidal Ortega – Pont. Un. Cat. M. y Me – Rep. Dominicana
Armando Martínez Rosales – Universidad Popular de Cesar – Colômbia
Artemis Torres Valenzuela – Universidad San Carlos de Guatemala – Guatemala
Carolina Crisorio – Universidad de Buenos Aires – Argentina
Christian Cwik – Universität Graz – Austria
Christian Hauser – Universidad de Talca – Chile
Daniel Schugurensky – Arizona State University – EUA
Elizet Payne Iglesias – Universidad de Costa Rica – Costa Rica
Elsa Capron – Université de Nimés / Univ. de la Réunion – France
Elvira Aballi Morell – Vanderbilt University – EUA.
Fernando Camacho Padilla – Univ. Autónoma de Madrid – Espanha
Francisco Javier Maza Avila – Universidad de Cartagena – Colômbia
Hernán Venegas Delgado – Univ. Autónoma de Coahuila – México
Iside Gjergji – Universidade de Coimbra – Portugal
Iván Sánchez – Universidad del Magdalena – Colômbia
Johanna von Grafenstein, Instituto Mora – México
Lionel Muñoz Paz – Universidad Central de Venezuela – Venezuela
Jorge Enrique Elias-Caro – Universidad del Magdalena – Colômbia
José Jesus Borjón Nieto – El Colégio de Vera Cruz – México
José Luis de los Reyes – Universidad Autónoma de Madrid – Espanha
Juan Marchena Fernandez – Universidad Pablo de Olavide – Espanha
Juan Paz y Miño Cepeda, Pont. Univ. Católica del Ecuador – Equador
Lerber Dimas Vasquez – Universidad de La Guajira – Colômbia
Marvin Barahona – Universidad Nacional Autónoma de Honduras – Honduras
Michael Zeuske – Universität Zu Köln – Alemanha
Miguel Perez – Universidade Nova Lisboa – Portugal
Pilar Cagiao Vila – Universidad de Santiago de Compostela – Espanha
Raul Roman Romero – Univ. Nacional de Colombia – Colômbia
Roberto González Aranas – Universidad del Norte – Colômbia
Ronny Viales Hurtado – Universidad de Costa Rica – Costa Rica
Rosana de Matos Silveira Santos – Universidad de Granada – Espanha
Rosario Marquez Macias – Universidad de Huelva – Espanha
Sérgio Guerra Vilaboy – Universidad de la Habana – Cuba
Sílvia Mancini – Université de Lausanne – Suíça
Teresa Medina – Universidade do Minho – Portugal
Tristan MacCoaw – Universit of London – Inglaterra
Victor-Jacinto Flecha – Univ. Cat. N. Señora de la Asunción – Paraguai
Yoel Cordoví Núñez – Instituto de História de Cuba v Cuba – Cuba

Sumário

PREFÁCIO.....	10
Maria Inês Souza Bravo	
APRESENTAÇÃO.....	12
Maurílio Castro de Matos, Maria Helena de Jesus Bernardo, Renato Veloso, Debora Lopes de Oliveira e Rodriane de Oliveira Souza (organizadores/as)	
ABORTO.....	14
Maurílio Castro de Matos - Franciele da Silva Santos - Tatianny de Souza de Araújo	
ACESSO À SAÚDE.....	21
Isabel Gonçalves da Silva	
AÇÕES EM SAÚDE.....	28
Aline Dias da Silva Fragoso - Débora Regina de Oliveira Silveira - Raphaela Pimentel Ximenes	
ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE.....	34
Neidy Márcia de Souza Silva - Welison Matheus Fontes da Silva - Maria Luiza Oliveira de Araújo	
ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER.....	40
Daniele Raimundo Neves Pessoa - Mayana de Souza Gomes da Silva	
ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....	46
Vanessa Bezerra de Souza	
ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.....	52
Márcia Pereira da Silva Cassin	
ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO PRISIONAL.....	59
Rita Marilza Bravin	
ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA.....	65
Alzira Tereza Garcia Lobato - Carla Virginia Urich Lobato	
ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA (POVOS ORIGINÁRIOS).....	71
Gilsa Helena Barcellos - William Berger	
ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQIA+.....	77
Marcia Cristina Brasil Santos - Clara Azevedo de Araújo - Eloísa da Silva Xavier	

ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA	83
Ana Paula Procópio da Silva	
ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO MIGRANTE E REFUGIADA	90
Aline Maria Thuller de Aguiar - Débora Marques Alves	
ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO QUILOMBOLA.....	95
Lucélia Luiz Pereira	
ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM	102
Cláudia Domingues Guimarães	
ATENÇÃO DOMICILIAR NO SUS.....	108
Luciana Rodrigues Gonçalves	
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	113
Anália da Silva Barbosa	
ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA	117
Debora Lopes de Oliveira	
BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS	124
Marinete Cordeiro Moreira	
BENEFÍCIOS SOCIOASSISTENCIAIS	130
Juliana Menezes Mendes Maurício	
CONSCIÊNCIA SANITÁRIA	136
Maria Valéria Costa Correia - Silvana Márcia de Andrade Medeiros	
CUIDADO EM SAÚDE	145
Carla Cristina Lima de Almeida - Marco José de Oliveira Duarte	
CUIDADOS PALIATIVOS.....	151
Ana Raquel de Mello Chaves - Laura Freitas Oliveira	
DESIGUALDADE SOCIAL.....	158
Ana Elizabete Mota	
DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE DOENÇA.....	164
Letícia Batista Silva - Rodriane de Oliveira Souza	
DIMENSÕES DO TRABALHO PROFISSIONAL NA SAÚDE.....	170
Ana Maria de Vasconcelos	

DIMENSÃO TÉCNICO-OPERATIVA.....	176
Renato Veloso	
DIREITOS.....	181
Jefferson Lee de Souza Ruiz	
DIVISÃO SOCIAL DO TRABALHO	187
Mônica de Jesus César	
DROGAS	193
André de Menezes Gonçalves	
EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	199
Maria Helena de Jesus Bernardo	
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	205
Simone Eliza do Carmo Lessa	
ESTADO.....	211
Silene de Moraes Freire	
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	218
Eliane Martins de Souza Guimarães	
ÉTICA EM PESQUISA	224
Luciana Maria Cavalcante Melo - Maurílio Castro de Matos	
ÉTICA PROFISSIONAL	232
Valéria Lucília Forti	
FAMÍLIA E SAÚDE	238
Claudia de Oliveira Vicente - Carla Cristina Lima de Almeida - Maria Helena de Jesus Bernardo	
FINANCIAMENTO E ORÇAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL.....	244
Elaine Rossetti Behring	
GÊNERO E SAÚDE	250
Andréa de Sousa Gama	
GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE.....	256
Conceição Maria Vaz Robaina - Monica Simone Pereira Olivar	

HIERARQUIZAÇÃO EM SAÚDE.....	261
Lívia Figueiredo Pequeno - Lavínia Messias Alves - Vanessa Antonietta de Souza Trindade	
HUMANIZAÇÃO.....	267
Tainá Souza Caitete	
INFORMAÇÃO EM SAÚDE	274
Lucas da Costa Brandão	
INIQUIDADES EM SAÚDE	282
Valentina Sofía Suárez Baldo	
INTEGRALIDADE EM SAÚDE	291
Joseane Barbosa de Lima	
INTERSETORIALIDADE.....	297
Giselle Lavinias Monnerat - Rosimary Gonçalves de Souza	
JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE.....	303
Vânia Morales Sierra	
MODELOS PRIVATIZANTES DE GESTÃO	309
Juliana Fiuza Cislighi	
PANDEMIA.....	314
Cíntia Rocha dos Santos - Isis Lira Basílio - Liliâne Alves de Britto e Silva	
PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE.....	320
Cláudia Gouveia dos Santos - Juliana Souza Bravo de Menezes	
PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE	326
Laís Godinho Busquet Soares	
PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE	332
Diego de Oliveira Souza	
QUESTÃO SOCIAL	338
Rosângela Nair de Carvalho Barbosa	
RACISMO	344
Magali da Silva Almeida	
REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	351
Marco José de Oliveira Duarte	

REFORMA SANITÁRIA	357
Maria Inês Souza Bravo	
RESIDÊNCIAS EM SAÚDE	364
Rodriane de Oliveira Souza	
SAÚDE COLETIVA	371
Mary Jane de Oliveira Teixeira - Rosimary Gonçalves de Souza	
SEGURIDADE SOCIAL	378
Ivanete Boschetti	
SEXUALIDADE E SAÚDE: IDENTIDADE DE GÊNERO, ORIENTAÇÃO SEXUAL E PROCESSO TRANSEXUALIZADOR.....	386
Isabele Barboza Moura	
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	392
Raquel Cavalcante Soares	
TECNOLOGIAS EM SAÚDE	398
Renato Veloso	
TRABALHO COLETIVO EM SAÚDE	404
Marcelo Augusto do Nascimento Muniz	
TRANSPORTE EM SAÚDE.....	410
Daniele Batista Brandt	
UNIVERSALIDADE	416
Morena Gomes Marques - Giselle Souza da Silva - Letícia Batista Silva	
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	421
Lise Barros Ferreira	
VIOLÊNCIA E SAÚDE.....	428
Andréa de Sousa Gama - Dayane Rocha Salazar de Oliveira	
VULNERABILIDADE SOCIAL.....	434
Caroline Magalhães Lima	
SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES	440

PREFÁCIO

Esta publicação tem por finalidade reunir verbetes que conceituam e atualizam termos mais recorrentes do trabalho profissional de assistentes sociais na saúde. Nos convida a reafirmarmos ética e politicamente os acúmulos do projeto ético-político do Serviço Social, não se furtando à compreensão da processualidade histórica da luta de classe e ao compromisso histórico com a classe trabalhadora.

O mérito desse material, além de sua direção crítica, é condensar tais termos em uma única obra, oferecendo sua problematização de forma didática a fim de se constituir em uma fonte de consulta para assistentes sociais que atuam na saúde e demais trabalhadores/pesquisadores interessados nas temáticas.

Selecionar mais de sessenta verbetes e atingir a nitidez conceitual adequada de modo a não simplificar nem reduzir a complexidade dos termos foi um desafio para os autores e coordenadores do *Dicionário Crítico*. O material organiza e sistematiza os termos com referências teóricas atuais e críticas, indicando caminhos para o seu aprofundamento.

A intenção dos formuladores não é esgotar o debate, mas sim adotar uma perspectiva de totalidade que considere os contextos de produção dos conceitos, assim como seu processo histórico e conjuntural. Fundamentalmente, a ideia é estimular a reflexão crítica e, portanto, uma atuação coerente com os princípios que orientam o trabalho profissional no campo da saúde, além de reafirmar o alinhamento de suas referências aos projetos da Reforma Sanitária e Ético Político do Serviço Social.

Estamos numa conjuntura em que os dois projetos estão em disputa, face ao enfrentamento dos horrores de nosso tempo que só a luta coletiva pode superar.

Desde 1990 vivencia-se no Brasil um processo de contrarreforma do Estado, que resulta em inflexões no campo das políticas sociais, e impacta a saúde pública e o conjunto da Seguridade Social. Nesta década, consolida-se no país o projeto neoliberal, ocorrendo a regressão dos direitos sociais e a defesa do mercado e do capital (BEHRING, 2003). Há uma investida contra a organização dos trabalhadores e crescem as desigualdades. O projeto neoliberal é expressão da reestruturação política e ideológica conservadora do capital ocorrida nos países centrais, a partir dos anos 1970, tendo impacto no Brasil primordialmente, na década de 1990. Mudanças radicais se processaram na relação Estado-Sociedade Civil, traduzidas nas políticas de ajuste recomendadas pelos organismos multilaterais nos marcos do Consenso de Washington.

No contexto atual de crise estrutural do capital, pode-se afirmar que a saúde tem sido um espaço de grande interesse de grupos econômicos em sua busca por lucros e em seu movimento para impor a lógica privada nos espaços públicos. O seu caráter público e universal, tão defendido pelo Movimento de Reforma Sanitária brasileiro dos anos 1980, pelo Serviço Social crítico e pelos movimentos sociais tem sido ameaçado.

O projeto da Reforma Sanitária dos anos 1980 concebe a saúde como direito de todos e dever do Estado e seus adeptos vêm se posicionando contra privatizações e em defesa da saúde pública estatal e universal, procurando articular as lutas no campo da saúde a um novo projeto societário. Concorda-se com Arouca (1989), quando afirma que

discutir a Reforma Sanitária nos seus aspectos conceituais, ideológicos, políticos e institucionais é, atualmente, tarefa fundamental de todos aqueles que [...] estão comprometidos com a democratização das estruturas políticas e a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos. Esta tarefa mais que fundamental, torna-se imprescindível para nós que buscamos, nas lutas pela Reforma Sanitária, construir as bases do socialismo democrático que almejamos para o Brasil. (AROUCA, 1989, s.p.)

Para finalizar, esperamos que o conteúdo publicado nesta obra – cuja leitura é fundamental, pois sistematiza amplos conceitos críticos para a abordagem da saúde – venha a se constituir em mais um instrumento de potencialização do debate pela efetivação da Reforma Sanitária e pela consolidação do Projeto ético-político do Serviço Social no Brasil.

Enfim, não existem fórmulas prontas na construção de um projeto profissional democrático. E, diante das dificuldades, não se pode ficar acuado frente aos obstáculos. Assistentes sociais estão desafiados a encarar a defesa da democracia, das políticas públicas e desenvolver um trabalho que contraponha ao projeto de ajuste neoliberal, já que este ataca os direitos e conquistas da classe trabalhadora.

Recorremos às palavras de Mandel (1995, p. 214)

Toda tentativa de solução individual, parcial, fragmentada, descontínua, para essas tremendas ameaças que se observam, está desde o início condenada ao fracasso. A única possibilidade está na ação coletiva; democrática [...]. Essa é uma orientação que devemos adotar para resolver a crise da humanidade.

O desafio que está posto é continuar na luta coletiva fortalecendo o projeto ético-político da profissão, o Projeto de Reforma Sanitária e a articulação com os movimentos sociais, na defesa de um novo projeto societário, na perspectiva da emancipação política tendo como horizonte a emancipação humana.

Rio de Janeiro, 16 de novembro de 2023

Maria Inês Souza Bravo

Referências bibliográficas

- AROUCA, S. Contra-cap. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989.
- BEHRING, E. R. Brasil em Contra-Reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.
- MANDEL, E. Debate. In: VIGENANI, T. *et alli*. Liberalismo e socialismo: velhos e novos paradigmas. São Paulo: UNESP, 1995.

APRESENTAÇÃO

A publicação intitulada *Dicionário Crítico do Serviço Social na Saúde* foi organizada pelo Programa de Pós-graduação em Serviço Social (PPGSS) da Faculdade de Serviço Social (FSS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) em parceria com o Curso de Especialização em Serviço Social e Saúde (CESSS) e o Curso de Especialização em Serviço Social e Saúde na Modalidade Residência, ambos Cursos de Pós-graduação Lato Sensu da FSS/UERJ.

A coletânea tem por objetivo reunir verbetes que conceituem e atualizem termos mais recorrentes do trabalho profissional de assistentes sociais na saúde.

Trata-se de uma produção cuja relevância reside na estratégia de síntese de tais temas em um único trabalho, a partir da sua concisa e didática descrição e fundamentação teórica. Pretende-se, dessa forma, que essa obra se torne uma fonte de consulta para os/as trabalhadores/as e pesquisadores/as da saúde, em especial os/as assistentes sociais.

O processo de definição dos verbetes foi desafiador porque exigiu um esforço para pensar temáticas presentes no campo da saúde que requerem o devido tratamento teórico-conceitual por quem delas se utiliza. Esse movimento expressa a preocupação dos/as organizadores/as da publicação em não simplificar nem reduzir a complexidade dos termos.

Por outro lado, longe de servir como manual, os verbetes escolhidos e produzidos a partir de uma direção social crítica e de atuais referências permitem o entendimento da saúde como expressão da questão social, nos marcos do capitalismo contemporâneo.

Nossa intenção não é esgotar o debate, muito menos restringir as possibilidades de discussão sobre os temas aqui elencados, mas sim adotar a perspectiva de totalidade que considere os contextos de produção dos conceitos, assim como sua processualidade histórica e conjuntural. Fundamentalmente, a ideia é estimular a reflexão crítica e, portanto, uma atuação coerente com os princípios que orientam o trabalho profissional no campo da saúde, além de reafirmar o alinhamento de suas referências aos Projetos da Reforma Sanitária e Ético Político do Serviço Social.

A elaboração desse Dicionário e a escolha dos termos foi norteadas pelos seguintes elementos:

- a) Desenvolvimento dos termos a partir dos aspectos sócio-históricos que os constituem, produzindo reflexões sobre a prática profissional e seus desafios na conjuntura atual;
- b) Problematização das determinações políticas, econômicas, sociais e éticas que conformam e conferem direção à prática profissional no campo da saúde;
- c) Pertinência aos diferentes espaços sócio-ocupacionais da saúde e corresponderem, em alguma medida, às principais questões e/ou desafios vivenciados pelas/os assistentes sociais no cotidiano profissional.

Agradecemos a todas as pessoas envolvidas na construção deste Dicionário. Ressaltamos que a escrita dos verbetes foi desenvolvida por autores e autoras que possuem vínculo com a UERJ ou que por aqui já estiveram, sejam como docentes, pesquisadoras/es,

discentes ou egressos/as dos cursos de graduação, pós-graduação *lato sensu* (especialização e residência) e pós-graduação *stricto sensu* (mestrado, doutorado e pós-doutorado).

2024 é um ano com muitos significados para o Serviço Social na UERJ, pois a FSS comemora seus 80 anos, o PPGSS completa 25 anos, o CESSS celebra 30 anos de existência - ao tomarmos como referência a deliberação de criação do Curso, datada de 1994 - e o Programa de Residência 5 anos de vinculação à FSS, a partir de uma gestão compartilhada com os serviços de saúde da Universidade. Nesse sentido, outro importante significado é a entrega que agora fazemos às comunidades acadêmica e profissional deste Dicionário, que pretende ser um subsídio ao trabalho de assistentes sociais. Assim, esperamos que esse material contribua para a qualificação do exercício profissional e, por conseguinte, às ações prestadas à população usuária dos serviços de saúde.

Registramos, ainda, nossos agradecimentos à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por meio do PROEX (Programa de Excelência Acadêmica), por apoiar a elaboração desse dicionário.

Rio de Janeiro, 02 de janeiro de 2024

*Maurílio Castro de Matos, Maria Helena de Jesus Bernardo, Renato Veloso,
Debora Lopes de Oliveira e Rodriane de Oliveira Souza (organizadores/as).*

ABORTO

*Maurílio Castro de Matos
Franciele da Silva Santos
Tatianny de Souza de Araújo*

Para uma conversa sobre o aborto se fazem necessárias algumas definições em torno do tema. Aborto significa o “produto da concepção expulso no abortamento”. E abortamento se refere à “expulsão ou extração de um produto da concepção com menos de 500 gramas e/ou estatura menor que 25 centímetros, ou menos de 22 semanas de gestação, tenha ou não evidências de vida e sendo espontâneo ou induzido” (BRASIL, 2009, p. 24).

O abortamento pode ser espontâneo (quando ocorre naturalmente) e induzido (por meios cirúrgicos, farmacológicos, ou com o uso de substâncias e/ou objetos diversos). As formas de realização do abortamento fazem parte dos acontecimentos ginecológicos mais comuns na vida de pessoas que gestam. Podendo ser seguro ou inseguro. Um abortamento é seguro quando ocorre com a garantia do direito ao aborto pelos serviços de saúde, com a devida escolha de métodos e técnicas que proporcionem um atendimento humanizado, respeitando a autonomia e autodeterminação da pessoa que gesta de forma mais consciente e livre, em decisão compartilhada com o/a profissional de saúde responsável.

O procedimento pode ser realizado pela via cirúrgica ou medicamentosa (em geral com recurso ao misoprostol e mifepristona). Neste último caso, o processo de abortamento pode ocorrer no domicílio ou em outro lugar escolhido pela pessoa. Vale acrescentar que é possível realizar abortamento seguro fora de unidades de saúde, via serviços de telessaúde.¹ Um exemplo é Serviço de Aborto Legal surgido na Pandemia de Covid-19, no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU). A interrupção da gestação é realizada de forma segura e eficaz, sendo todo o atendimento (excetuado a primeira consulta) realizado por chamada de celular, via aplicativo popular (*WhatsApp*).

Um abortamento é inseguro quando realizado por indivíduos sem as habilidades técnicas necessárias e/ou em ambiente abaixo dos padrões sanitários exigidos. Ocorre na maioria das vezes nos países em que o acesso ao aborto é proibido, o que tem levado milhares de mulheres e pessoas que gestam a comporem os dados de mortalidade materna no mundo ou resultado em necessidade de internação nos serviços de saúde em decorrências de complicações obstétricas.

No entanto, um abortamento inseguro também pode ocorrer em países onde a legislação que garante o acesso ao aborto seguro é extremamente restritiva. Nesses países, onde o aborto previsto em lei é garantido apenas em alguns casos, existem relatos de práticas abusivas e conservadoras nos serviços de saúde, como: a falta de acolhimento, escuta inadequada, falta de compartilhamento das informações, ausência de diálogo com a pessoas para a escolha do procedimento mais adequado, demora no atendimento ou mesmo a negativa prestação do serviço. Isso vem acarretando violência obstétrica, sequelas e, por

¹ Aborto legal via telessaúde: orientações para serviços de saúde / Anis – Instituto de Bioética, Global Doctors for Choice Brasil, Núcleo de Atenção Integral a Vítimas de Agressão Sexual (Nuavidas). Brasília: Letras Livres, 2021. Disponível em <<https://anis.org.br/publicacoes/aborto-legal-via-telessaude-orientacoes-para-servicos-de-saude-2021/>>.

vezes, em mortes.

No Brasil, a realização do abortamento não é considerada crime em três casos: risco à vida da pessoa gestante; gravidez resultante de estupro; e anencefalia fetal (não formação do cérebro do feto). Nos dois primeiros casos o aborto é legalizado pelo Código Penal de 1940. Já o último, foi a partir de 2012, por decisão do Supremo Tribunal Federal (STF), por meio da Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54.

Ainda que a lei date de 1940, o primeiro Serviço de Aborto Legal foi implantado somente em 1989, por iniciativa do Poder Executivo do município de São Paulo na gestão de Luíza Erundina. O serviço foi implementado no Hospital Municipal Artur Ribeiro de Saboya, conhecido como hospital de Jabaquara. Apesar do atraso, tratou-se de iniciativa pioneira, não apenas no Brasil, mas na América Latina (TALIB; CITELI, 2005). Antes de 1989 há registros da realização de abortamentos legais no CAISM (UNICAMP), desde 1986, sob a coordenação de Aníbal Faúndes, e no Hospital Fernando Magalhães (RJ) desde 1988 (DUARTE; OSIS. 2005: 261).

De acordo com portal “Mapa do aborto legal no Brasil”² existem 115 estabelecimentos de saúde cadastrados para atendimento ao aborto. Em decorrência do tamanho do país, que tem 5.570 municípios, se trata de um número pequeno, o que vem implicando o deslocamento de mulheres e pessoas que gestam pelo território brasileiro. Resultando em dificuldades tais como ficar longe da família e se ausentar de compromissos como trabalho e estudos.

Uma mulher ou pessoa que gesta que esteja nas três situações previstas em lei pode procurar um Serviço de Aborto Legal no Brasil. Nesse serviço, deve ser atendida por equipe multiprofissional e relatar a situação que a levou até ali. No caso de estupro não é necessário registro de boletim de ocorrência e nem exame de corpo de delito. Nas situações de risco de morte materna ou em caso de anencefalia, cabe levar os exames que atestam tais questões. Em seguida, serão agendados exames necessários e nova consulta. A equipe do serviço de aborto legal, em seguida, lhe comunicará o procedimento sobre a interrupção da gestação.

No entanto, além do pequeno número de Serviços de Aborto Legal, há o risco de um atendimento coercitivo, que questione a necessidade da realização do aborto, duvide do relato da pessoa (no caso do estupro), ou mesmo que busque dissuadi-la para que não leve adiante a intenção de realizar o aborto.

Em geral, são os profissionais que se autoidentificam objetores de consciência. Como o tema do aborto ainda é controverso, tal atitude se encaixa naquelas possibilidades em que o profissional pode se negar a fazer algo do qual discorda moralmente. No entanto, tal profissional não pode se negar a prestar informações e deve encaminhar a usuária para que outro profissional a atenda. E se configura ato criminoso trabalhar em serviço público de aborto legal e criar lista de óbices ao acesso ao direito ou mesmo se negar a realizar o atendimento.

Questões morais e religiosas, por mais que sejam uma constante nas decisões profissionais, não podem existir para invisibilizar e inviabilizar as necessidades da população usuária que adentra os serviços de saúde públicos em busca de um atendimento que lhe é direito. Devido a isso, faz-se necessário garantir nos serviços de saúde um trabalho multiprofissional ético, pautado na autonomia e no direito daqueles/as que procuram os

² Disponível em: <<https://mapabortolegal.org/>>. Acesso em 1º de ago. de 2023.

serviços de referência.

É fundamental a ampliação dos Serviços de Aborto Legal. E cabe ao Estado prover os serviços com insumos, tecnologias e profissionais que se comprometam com a liberdade e o direito de escolha de mulheres e pessoas que gestam.

Importante ressaltar que, se por um lado existem poucos Serviços de Aborto Legal no Brasil, todo hospital com serviços de ginecologia e obstetrícia pode ser um espaço de abortamento legal, desde que tenha equipamentos adequados e treinamento da equipe para realizá-lo. Infelizmente, nem toda unidade de saúde se coloca como um serviço de referência de abortamento, fazendo com que muitas pessoas percorram longos trajetos e até mesmo outras cidades e estados para realizá-lo.

A legalização do aborto no Brasil tem se mostrado um desafio, pois o conservadorismo que perpassa a temática tem se mostrado presente não apenas nas instituições, mas também na sociedade. Em geral, o debate tem sido encaminhado a partir da falsa polarização entre “favorável” e “contrário”, sem se aprofundar adequadamente no fato de que, independentemente da lei criminalizadora e do julgamento moral, as mulheres e pessoas que gestam continuam correndo enormes riscos para garantir sua autonomia quando necessitam realizar um aborto.

Há lugares do mundo em que o aborto não é criminalizado. Existem diversos países em que se pode realizar um aborto por livre escolha, a exemplo da maioria dos países da Europa. Na América Latina, vem ocorrendo uma “maré verde” (referência à cor dos lenços usados pioneiramente pelo movimento feminista na Argentina) com a ampliação de países que garantem esse direito. Mulheres e pessoas que gestam que vivem na Argentina, em Cuba, na Colômbia, na Guiana, no México, no Porto Rico e no Uruguai podem realizar aborto sem correr risco de serem presas ou mortas devido ao aborto inseguro da clandestinidade.

O direito ao aborto é parte da luta por direitos sexuais e reprodutivos, sendo as feministas em todo o mundo suas principais articuladoras, pautando a emancipação social e política das mulheres, seus direitos sexuais e reprodutivos como forma de recusa do controle da sexualidade e da gravidez indesejadas (OSCAR, 2016). Nesse sentido, o movimento feminista defende o direito de escolha de forma livre e autônoma sobre a reprodução e o momento em que esta deve ocorrer, sem abdicar de uma prática sexual livre, sem discriminação, imposição e violências. O que passa pela garantia de acesso às informações, métodos e meios para prevenir ou garantir de forma segura a reprodução.

Nessa direção, vale pontuarmos que a conquista no Brasil de políticas voltadas para o planejamento familiar, direitos sexuais e reprodutivos são resultados, dentre outras, desde a década de 1980, da luta histórica dos movimentos feministas, os quais lutavam para que o cuidado com o corpo da mulher fosse para além de um período gestacional. Ou seja, não apenas como um corpo para reproduzir, mas na sua integralidade enquanto pessoa que tinha demandas particulares que dialogavam com a liberdade de se inserir em diversos espaços na sociedade e não apenas o do lar e do cuidado dos filhos/as. Assim, muitas conquistas, hoje consolidadas em marco legal,³ expressas em políticas públicas, merecem conhecimento por parte dos/as profissionais do Serviço Social, visto as/os assistentes sociais lidarem em seu

³ Política Nacional de Saúde Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), de 2004; O Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna, de 2004; Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos, de 2005; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra, de 2007; e Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais, de 2013.

cotidiano de trabalho com expressões da questão social e dialogar direta e indiretamente com a temática.

No Brasil uma das causas da mortalidade materna ocorre por conta de abortamentos inseguros, matando em maior número mulheres negras e indígenas. De acordo com o Ministério da Saúde, de 1996 a 2018, foram registrados 1.896 óbitos relacionados ao aborto no país, configurando-se como a quarta causa de morte materna. O Sistema Único de Saúde tem tido mais atendimentos com complicações do que para realizar o procedimento, sendo, segundo a Pesquisa Nacional do Aborto de 2016 (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017), cerca de mais de 50% dos casos. O mesmo estudo informa que mais de meio milhão de mulheres realizam um abortamento inseguro, quase uma mulher por minuto, e que por volta de uma em cada cinco mulheres aos 40 anos já fez pelo menos um aborto.

Em 2015, foram 417 mil mulheres no Brasil urbano, somando 503 mil mulheres se incluirmos a zona rural. Assim, meio milhão de mulheres fez aborto em 2015 no Brasil. São pelo menos 1.300 mulheres por dia, 57 por hora, quase uma mulher por minuto. Considerando toda a população feminina entre 18 e 39 anos no Brasil, 4,7 milhões de mulheres já fizeram aborto ao menos uma vez na vida. O perfil da mulher que aborta é comum: 67% têm filhos, 88% declaram ter religião, sendo que 56% são católicas, 25% evangélicas ou protestantes e 7% professam outras religiões (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017: 655).

Ao observarmos os dados, a partir dos marcadores de raça e classe, é notável que a saúde das mulheres e meninas é condicionada pela estrutura de opressão e exploração que alicerça nossa formação social, pois demonstra “que o aborto é um evento comum da vida reprodutiva de mulheres de todas as classes sociais e níveis educacionais, mas as mulheres negras e indígenas, com menor escolaridade, e que vivem no Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentaram taxas de aborto mais altas” (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017).

Esses dados dialogam com a pesquisa recente da ONG Criola em que 45,21% das mulheres que vêm a óbito são identificadas como negras. De acordo com a mesma pesquisa, com base nos dados coletados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 2020 a 2021, o Brasil chegou a um número de mais de 200 mil mulheres por ano atendidas nos serviços de saúde (CRIOLA, 2021).

O estudo da Pesquisa Nacional de Aborto de 2021 sinaliza que o aborto tem se configurado um acontecimento que ocorre no início na vida reprodutiva das mulheres e que 52% das mulheres que realizaram o primeiro aborto tinham 19 anos ou menos, e taxas mais elevadas de mulheres com nível de escolaridade baixo, negras, indígenas e de regiões mais pobres do país (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2023).

Não podemos perder de campo de análise a necessidade de consolidar o direito constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS), pois os direitos das mulheres, meninas e demais pessoas que gestam têm sido constantemente negados quando se diz respeito aos direitos reprodutivos, expressados nas seguintes questões: a falta de investimento adequado na política de planejamento familiar; a presença do conservadorismo na condução das ações acolhimento; e a não validação da garantia constitucional do Estado Laico, em que as convicções religiosas têm atravessado as ações profissionais em ocasiões que são necessários encaminhamentos de direitos já constituídos em legislação específica que versam sobre o direito ao abortamento. Em decorrência dessa realidade, em determinadas situações tem sido necessário o recurso à judicialização, ainda que o tempo da justiça não seja o suficiente para

a resolução dos casos, em virtude da sua morosidade, muitas das vezes, impulsionada por práticas conservadoras.

O Serviço Social, em 2009, no 38º Encontro Nacional do Conjunto CFESS/CRESS (Conselho Federal e Regionais de Serviço Social), por meio da moção de apoio contra a criminalização das mulheres que realizam abortamento, já sinalizava para a importância da discussão do tema. Inclusive, no mesmo ano, lança o primeiro CFESS Manifesta alusivo ao 28 de setembro, o dia Latino-Americano e Caribenho pela Descriminalização e Legalização do Aborto. Em 2010, o 39º Encontro Nacional do Conjunto CFESS/CRESS, delibera pela defesa, por parte da categoria, da legalização do aborto, por compreender a necessidade de a profissão estar alinhada aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e pessoas que gestam. Tal intervenção dialoga com os princípios da profissão que se alinham à defesa de direitos humanos, liberdade, da autonomia, a qualidade dos serviços prestados à população, assim como por ir de encontro a todas as formas de opressões.

A partir disso, algumas provocações foram tecidas no campo da categoria, para formações no sentido de compreensão da temática com a realização de eventos em parceria com os movimentos feministas: visibilidade de datas que expressam a luta tanto na América Latina e Caribe como em âmbito mundial; ações conjuntas com articulações que discutem questões de raça, etnia e sexualidade; e a iniciativa de articulação de profissionais para suscitar o debate internamente e se somar a lutas mais amplas em âmbito nacional e regional. Nesta última ação ressaltamos a Rede de Assistentes Sociais Pelo Direito de Decidir (RASPD), que tem agregado profissionais do Brasil para pautar as questões relativa à temática, seja nos espaços de trabalho, nas universidades e/ou nas frentes de luta pela legalização do aborto e descriminalização das mulheres e demais pessoas que o realizam.

Em 2022, o CFESS promoveu o seminário Serviço Social, Ética e o Direito ao Aborto⁴ e lançou a nota técnica “A importância ética do trabalho de assistentes sociais nas diferentes políticas públicas para a garantia do direito à vida das mulheres e para a materialização do direito ao aborto legal”,⁵ escrita por Nayara André Damião.

O Código de ética de Assistentes Sociais tem a liberdade enquanto valor ético central, bem como a defesa intransigente dos direitos humanos e a emancipação dos indivíduos. Esses valores devem nortear a intervenção profissional nos seus diferentes espaços de trabalho. Ressalta-se ainda, que o código de ética profissional, em seu Art. 6º alínea “a”, indica a vedação da categoria de “exercer sua autoridade de maneira a limitar ou cercear o direito do/a usuário/a de participar e decidir livremente sobre seus interesses” (CFESS, 2012). Assim, o atendimento a uma pessoa que solicita a realização de um aborto previsto em lei deve ser pautado no que indica o Código, garantido a democratização das informações e o acesso aos serviços disponíveis.

Cabe ainda atentar que como o aborto é um assunto controverso – uma vez que há países que o criminalizam totalmente, outros o fazem parcialmente (a exemplo do Brasil), e outros o tem legalizado – é possível que assistentes sociais ao tomarem contato com alguma situação de realização de aborto fora dos marcos da legislação brasileira se indaguem, ou

⁴ Disponível em: <<https://www.cfess.org.br/seminariodireitoaoaborto/mural.php>>. Acesso em 10 de jul. de 2023.

⁵ Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/Cfess2022-Nota-tecnica-aborto-trabalho.pdf>>. Acesso em 10 de jul. de 2023.

sejam indagados/as, se se trata de um caso a ser denunciado. Nessa direção Terra (2012) é nítida:

Pouco importa do ponto de vista objetivo se a revelação do segredo refere-se a fato criminoso ou não, contudo, o que interessa, conforme já destacado, é que essa revelação evitará ou contribuirá para que não ocorra um fato danoso, prejudicial ao usuário, a terceiros ou a coletividade. Dessa forma, é relevante destacar que não é por ser um fato criminoso que o segredo confiado pelo usuário ao assistente social deva ser revelado, senão estar-se-ia admitindo uma relação de desconfiança, de constrangimento, de fiscalização aos atos praticados por ele. O assistente social passaria a representar o papel de “acusador” dos usuários, o que subtrairia da profissão sua capacidade de intervenção na direção da concepção do projeto ético-político do Serviço Social (TERRA, 2012: 211).

Conforme abordado o direito ao aborto no Brasil é restrito e ainda pouco garantido. Em decorrência da ineficácia da legislação muitas mulheres e pessoas que gestam acabam por se submeter a um abortamento na clandestinidade, sendo na sua maioria, um processo inseguro. Assim, a/o profissional de Serviço Social deve contribuir para a democratização da informação e do acesso aos recursos institucionais (tanto aos Serviços de Aborto Legal, como de complicações derivadas de abortamentos inseguros) num diálogo com a equipe multiprofissional sobre a melhor forma de garantir os procedimentos necessários, a construção de condutas e mecanismos que possam contribuir para um ambiente seguro e eficaz no acesso aos direitos e à vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANIS. Instituto de Bioética, Global Doctors for Choice Brasil, Núcleo de Atenção Integral a Vítimas de Agressão Sexual (Nuavidas). Aborto legal via telessaúde: orientações para serviços de saúde. Brasília: Letras Livres, 2021. Disponível em: <<https://anis.org.br/publicacoes/aborto-legal-via-telessaude-orientacoes-para-servicos-de-saude-2021/>>. Acesso em jul. de 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf>. Acesso em 12 de dez. de 2022.
- _____. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica, 2. ed., 2. Reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 60 p.: il. – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno n. 4).
- CFESS. Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10ª. ed. rev. e atual. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.
- CRIOLA. Dossiê: Mulheres Negras e Justiça Reprodutiva. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <<https://criola.org.br/criola-lanca-dossie-mulheres-negras-e-justica-reprodutiva-nesta-sexta-feira-01-10-as-19h/>>. Acesso em 23 de jan. de 2023.

- DINIZ, Débora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, fev. 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/8LRYdgSMzMW4SDDQ65zzFHx/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 1º de out. de 2023.
- _____. Pesquisa Nacional de Aborto. Brasil, 2021. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(6):1601-1606, 2023. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/mDCFKkqkyPbXtHXY9qcpMqD/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 1º de out. de 2023.
- DUARTE, Graciana Alves; OSIS, Maria José Duarte. A pesquisa sobre o aborto nas ciências da saúde. In: Ávila, Maria Betânia; PORTELLA, Ana Paula; FERREIRA, Verônica. *Novas legalidades e democratização da vida social: família, sexualidade e aborto*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- OMS. *Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde*. 2. ed. Organização Mundial da Saúde, 2013. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789248548437_por.pdf?sequence=>>. Acesso em 15 de nov. 2022.
- OSCAR, Raquel Cardoso. Por uma abordagem feminista dos direitos sociais, sexuais e reprodutivos. In: *enfoques*, v. 15, p. 74-86. Rio de Janeiro: UFRJ, 2016.
- TALIB, Rosângela Aparecida; CITELI, Maria Teresa. *Serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros (1989-2004)*. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2005.
- TERRA, Sylvia Helena. Código de Ética do(a) Assistente Social: comentários a partir de uma perspectiva jurídico-normativa crítica. In: CFESS (Org.). *Código de Ética do/a Assistente Social comentado*. São Paulo: Cortez, 2012.

ACESSO À SAÚDE

Isabel Gonçalves da Silva

Antes da organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o acesso aos serviços de saúde era condicionado à existência de vínculo trabalhista, à filantropia oferecida pelas Santas Casas de Misericórdia ou à prática liberal da medicina, cujo consumo era realizado via mercado. O SUS inaugurou na realidade brasileira uma opção vinculada ao exercício da cidadania, isto é, o direito de todos e o dever do Estado.

Gestado entre o final dos anos 1970 e o início dos anos 1980, o SUS é resultado de uma disputa entre aqueles que defendiam o modelo de saúde privada e o movimento da Reforma Sanitária. Instituído pela Constituição Federal de 1988, pela primeira vez na história foi garantido legalmente o acesso de toda a população, sem distinção, aos serviços de saúde, tendo como base para isso os princípios fundamentais contidos na Lei nº 8.080/1990 e na Lei n.º 8.142/1990, com destaque para os princípios da universalidade e da equidade.

A universalidade pressupõe que as ações e os serviços de saúde sejam alcançados por todos/as, sem a exigência de qualquer condicionalidade, quer dizer, o SUS é para toda a população e isso independe da condição de gênero, raça, classe social, local de moradia, vinculação formal ao mercado de trabalho, orientação sexual etc.

Dada a complexa realidade social brasileira, marcada por profundas desigualdades, restou um impasse: como atender os desiguais de forma igualitária? Entendida como a possibilidade de ofertar tratamento desigual aos que são desiguais, a equidade visa atender cada indivíduo dentro das suas necessidades, objetivando, por meio desse entendimento, alcançar a igualdade.

O acesso às ações e serviços de saúde do SUS são condicionados a uma organização sistêmica, em que há a presença de uma rede regionalizada e hierarquizada. Isto é, a regionalização corresponde à distribuição dos equipamentos de saúde em um território, e a hierarquização organiza esses serviços em níveis de complexidade. No SUS, a porta de entrada para os outros níveis de complexidade é a Atenção Primária à Saúde. Ela organiza e coordena o acesso à atenção ambulatorial especializada e hospitalar, ou seja, à média e à alta complexidade em saúde. A ideia de rede em saúde, segundo Paim (2009), pressupõe a interligação entre os serviços, de modo que eles possam estabelecer comunicações entre si.

A partir da organização proposta para o SUS, concordamos com Giovanella e Fleury (1996) quando destacam que a trajetória brasileira de concretização da política de saúde aponta para a centralidade do conceito *acesso*. Nossa perspectiva, entretanto, considera que esse debate deve ser travado a partir de análises do contexto político e econômico inaugurado no Brasil dos anos 1990, que, com base na *racionalidade hegemônica burguesa*, tem no gerenciamento das políticas sociais a supremacia do caráter técnico, e não mais político, além de fazer uso da “administração gerencial, dos fundamentos formais-abstratos, de forma bastante imbricada com a repressão dos segmentos populares mais autônomos” (SOARES, 2020, p. 40).

A partir disso, faz-se necessário revisitar alguns elementos presentes no debate sobre o acesso, para em seguida analisá-lo à luz das contradições impostas ao Sistema Único de Saúde (SILVA, 2022). Cabe dizer que há diferentes abordagens sobre a temática do acesso,

não sendo essa discussão unânime entre os pensadores que se debruçam sobre ela. O que se tem em comum é o entendimento de que acesso é um termo complexo e de difícil definição.

Para Assis e Jesus (2012), o acesso aos serviços de saúde engloba tanto aspectos políticos quanto econômicos, sociais, organizativos, técnicos e simbólicos, por isso é considerado um tema multifacetado e multidimensional.

Seus diversos aspectos podem ser identificados na pesquisa elaborada por Giovanella e Fleury, que indicam quatro modelos de abordagens teóricas distintas de onde podemos partir para compreender o conceito. O primeiro modelo é o *economicista*, que busca rastrear o padrão de consumo da população, através da relação entre oferta e demanda, e representa o aspecto econômico. O segundo caracteriza o SUS e é denominado de *sanitarista-planificador*, sendo aquele que, para as autoras, tem no acesso a “possibilidade de consumo garantida através da distribuição planejada de recursos da rede de serviços” (GIOVANELLA; FLEURY, 1996, p. 192). Tal rede, por sua vez, deve ser regionalizada, hierarquizada, ágil, no que se refere a execução de processos administrativos para facilitar o atendimento, devendo ainda garantir informações adequadas sobre os serviços à população usuária, e um sistema baseado nos princípios de referência e contrarreferência. Esse modelo tecnicista garante o acesso a partir da ação planejada pelo Estado. No entanto, descrevem que

A incapacidade crônica das políticas de saúde de integrar os serviços públicos em uma rede hierarquizada, substituindo a desarticulação existente pela alocação planejada dos recursos, torna esta concepção do acesso mais uma “imagem-objeto” do que uma realidade a ser analisada (GIOVANELLA; FLEURY, 1996, p. 193).

O terceiro modelo é o *sanitarista-politicista*, que tem como conceito-chave a ideia de consciência sanitária e exprime seu caráter político. O quarto e último modelo busca resgatar o lugar do sujeito histórico, destaca o aspecto simbólico, e foi denominado pelas autoras de *modelo das representações sociais*.

Para os estudiosos, o significado de acesso às ações e serviços de saúde muda ao longo do tempo e do contexto em que é empregado, assim como sua terminologia, que na literatura pode aparecer sob o substantivo *acessibilidade*, *acesso* ou *ambos* (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Giovanella e Fleury, por sua vez, afirmam que quanto à terminologia, quem faz uso do substantivo *acessibilidade*, o faz para caracterizar a dimensão da oferta de serviços de saúde, que pode assumir uma característica mais geral ou ser restrita à acessibilidade geográfica.

Starfield (2002) caracteriza a acessibilidade como elemento estrutural para a primeira atenção ou para o acesso. Recupera sua dimensão geográfica ao afirmar que “para oferecê-la, o local de atendimento deve ser facilmente acessível e disponível; se não, a atenção será postergada, talvez a ponto de afetar adversamente o diagnóstico e manejo do problema” (STARFIELD, 2002, p. 226).

Para aqueles que utilizam o termo acesso, ele exprime a entrada inicial nos serviços de saúde, prevalecendo a ideia de que acesso é “uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta” (TRAVASSOS; MARTINS, 2004, p. 197).

Para Dantas *et al.* (2021), o acesso se expressa na oportunidade de utilização dos serviços de saúde no tempo necessário e pode apontar dimensões que facilitam ou dificultam

a capacidade da população em utilizá-los. Essas dimensões são caracterizadas por Giovanella e Fleury (1996) como aptas a descrever a relação “entre os clientes e o sistema de cuidados em saúde”, a saber: a *Disponibilidade*, caracterizada como a relação entre a capacidade e o tipo de serviço existente, e o volume e o tipo de necessidade dos usuários; a *Acessibilidade*, entendida como a relação entre a localização do serviço e dos usuários e os recursos necessários para seu alcance, tais como transporte, distância, e os custos; a *Acomodação ou Adequação Funcional*, que é a “relação entre o modo como a oferta está organizada para aceitar clientes (sistema de agendamento, horário de funcionamento, serviços de telefone) e a capacidade/habilidade dos clientes acomodarem-se a estes fatores e perceberem a conveniência dos mesmos” (GIOVANELLA; FLEURY, 1996, p. 190); a *Capacidade Financeira*, que como o nome mesmo já diz, refere-se a possibilidade de arcar financeiramente com os custos do serviço; e a *Aceitabilidade*, sendo mais subjetiva, relaciona-se com a atitude entre usuários/as e equipe do serviço de saúde.

Ressalte-se que o termo *cliente* sugere uma relação contratual ocorrida nos marcos do mercado, no qual o sujeito se torna comprador de um bem ou serviço. Ao ser incorporado no debate sobre saúde, tal termo carrega consigo a ideia de que a saúde é uma mercadoria. Também é possível identificar na literatura que o termo cliente surge como uma opção ao adjetivo paciente, “aquele que se submete, passivamente, sem criticar o tratamento recomendado” (BRASIL, 2008, p. 69). Já o termo usuário, utilizado e defendido pelo Serviço Social, é considerado mais abrangente, pois inclui tanto aqueles que são atendidos e usam diretamente os serviços de saúde quanto seus familiares e acompanhantes.

Cabe destacar que são as necessidades de saúde de cada sujeito que determinarão os percursos necessários para acessar os serviços e as tecnologias em saúde. Para Stotz (2016), as necessidades de saúde são entendidas como a possibilidade de gozar de saúde, frente às carências do organismo, do contexto ou da coletividade. Ele também resgata a dimensão social das necessidades de saúde, fruto das relações do trabalho e do trabalho explorado, presente na sociedade capitalista, e afirma que

O estado de saúde, as possibilidades e dificuldades de exercer rotineiramente as atividades vitais, bem como a satisfação de carências físicas, emocionais e espirituais, variam de acordo com a posição social de grupos de indivíduos face aos meios de produção e de vida, ou seja, se eles têm ou não a propriedade desses meios (STOTZ, 2016, p. 69, grifos do autor).

O conceito de determinação social da saúde admite que o processo de saúde-doença é condicionado pelas formas de produção e reprodução social no sistema capitalista. Isso vai definir as características do modo de viver, adoecer e morrer de cada homem e mulher que se insere nesse processo (CORREIA, 2021). Assume-se então que as desigualdades sociais, fruto da distribuição desigual de riquezas, manifestam-se através do acesso diferenciado à renda, à saúde, à educação e à cultura.

No que se refere ao acesso à saúde, tenta-se suprimir essas desigualdades pelo princípio da equidade. Vieira-da-Silva e Almeida Filho (2009, p. 220) afirmam que a equidade

[...] corresponde a um instrumento da justiça concreta concebido para resolver as antinomias ou contradições entre as diversas fórmulas da justiça formal. A equidade corresponde, dessa forma, a uma intervenção

de agentes sociais, quando assumem o papel de juiz, sobre situações de conflito. No caso específico da saúde, o exercício da equidade pode se materializar no processo de formulação das políticas de saúde e das políticas públicas intersetoriais que podem ter impacto sobre os determinantes sociais da saúde.

O giro ideológico que marcou as políticas sociais durante os anos 1990 – com o rompimento do pacto de bem-estar social nos países de capitalismo central substituindo-o pelo ideário neoliberal – alterou a participação do Estado, que passou a assumir características voltadas para as demandas do capital “centrado na eficácia do gasto público e na assunção das despesas sociais, inclusive com a saúde, pelos indivíduos e famílias” (STOTZ, 2016, p. 69).

No Brasil, a efetivação dos princípios do SUS foi ameaçada desde a sua aprovação, com destaque para as contrarreformas do Estado, de caráter explicitamente neoliberais, que em meados dos anos 1990 davam contorno à condução das políticas sociais, fazendo com que a Constituição Federal de 1988 fosse entendida como um atraso ao projeto de modernidade que defendia políticas focalizadas na contramão do ideário universalista (MENICUCCI, 2004).

Os governos brasileiros do século XXI apresentaram aspectos de inovação, mas também de continuidade na condução das políticas sociais. Esse movimento foi caracterizado por Behring como *ajuste fiscal permanente*. Para a mesma autora, esses movimentos de avanço sobre o fundo público “têm impactos sobre a política social e a materialização dos direitos que percorrem todo o período da redemocratização” (BEHRING, 2019, p. 44). Seu início foi marcado pelo contexto político e econômico dos anos 1990, permeou os governos de conciliação de classe petistas, ganhando novas configurações, a partir de 2016, com o recrudescimento do neoliberalismo e de um novo regime fiscal de caráter ultraneoliberal.

Como expressão da contrarreforma na saúde, podemos apontar a adesão aos *novos modelos de gestão*, que prometiam “novos paradigmas, novos desafios, agilidade e efetividade [no atendimento das demandas sociais] para induzir mudanças em algo que funciona de modo ruim ou insatisfatório” (GRANEMANN, 2008, p. 2). Os novos formatos de gerenciamento estão expressos nas Fundações Estatais, nas Organizações Sociais e em tantas outras de personalidade jurídica de direito privado, que possuem autonomia na contratação de força de trabalho e na alocação de verbas advindas do fundo público. No entanto, esse modelo privatiza as políticas sociais na sua forma mais perversa, aquela que acontece por dentro dos serviços públicos (GRANEMANN, 2008). No que se refere a discussão sobre o financiamento, é possível apontar que nos últimos trinta anos, que coincidem com a existência do SUS, o “Estado brasileiro não deixou de conceder incentivo à iniciativa privada, impondo riscos à saúde universal” (MENDES; CARNUT, 2020, p. 23). Os mesmos autores destacam ainda dois aspectos que têm contribuído para prejudicar o financiamento do SUS: a Desvinculação das Receitas da União e as renúncias fiscais.

A Desvinculação das Receitas da União, criada desde 1994, pressupõe a retirada de receitas do Orçamento da Seguridade Social para a realização do pagamento de juros da dívida, “em respeito à já histórica política do governo federal de manutenção do superávit primário, sob as exigências do capital fictício dominante na fase contemporânea do

capitalismo” (MENDES; CARNUT, 2020, p. 25). Já as renúncias fiscais têm aumentado e podem ser identificadas nas renúncias do Imposto de Renda tanto de pessoa física como de pessoa jurídica “[...] que apresenta despesas com serviços de saúde privados e também às concessões fiscais às entidades privadas sem fins lucrativos (hospitais filantrópicos), além das relativas à indústria farmacêutica” (MENDES; CARNUT, 2020, p. 25).

Todos esses aspectos impactam negativamente na forma como o SUS será executado, na qualidade e na disponibilidade dos serviços oferecidos, e como a população acessará a eles.

Chamado/a a atuar nas contradições presentes no processo de racionalização e reorganização do SUS (COSTA, 2009), o/a assistente social recebe como demanda da população usuária o resultado da fragmentação causada pelo gerenciamento pautado na racionalidade burguesa. Isso se expressa na falta de vagas, insumos, e recursos humanos. O aumento da demanda por ações e serviços de saúde não é acompanhado pela ampliação da capacidade de atender aos que buscam por cuidados.

Na política de saúde, o trabalho dos/as assistentes sociais, quando articulado aos princípios da Reforma Sanitária e ao projeto ético-político, se conforma como uma importante ferramenta para a promoção do acesso universal, integral e equânime à população usuária. No entanto, os desafios são muitos, como apontado anteriormente.

A universalização, princípio que buscou romper com a fragmentação do acesso, hoje se expressa de forma excludente, visto que a partir dos anos 1990 – com a diminuição das intervenções do Estado nas demandas da classe trabalhadora para atender as demandas do capital – o serviço público de saúde, levado a deterioração e sucateamento foi relegado às camadas mais populares, empurrando para o setor privado os usuários de classe média.

Sendo assim, refletir sobre o projeto profissional e como desenvolvê-lo, tendo em vista a ampliação e consolidação da cidadania que perpassa pela promoção do acesso à saúde supõe articulá-lo a duas dimensões: “de um lado as condições macrosociedade, que estabelecem o terreno sócio-histórico em que se exerce a profissão, seus limites e possibilidades” (IAMAMOTO, 2012, p. 40), e de outro, as respostas técnico-profissionais e ético-políticas que possibilitam analisar e projetar sobre os limites e possibilidades postos pela realidade e que são objeto de intervenção da assistente social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A de. Acesso aos serviços de saúde: Abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Cienc. Saúde Colet.*, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012. Disponível em: <<https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/acesso-aos-servicos-de-saude-abordagens-conceitos-politicas-e-modelo-de-analise/10932?id=10932&id=10932&id=10932>>. Acesso em 27 de nov. de 2022.
- BEHRING, E. R. Ajuste fiscal permanente e contrarreformas no Brasil de redemocratização. In: SALVADOR, E; BEHRING, E.; LIMA, R. L. (Orgs.) *Crise do capital e fundo público: Implicações para o trabalho, os direitos e a política social*. São Paulo: Cortez, p. 43-65, 2019.
- BRASIL. Presidência da República. *Constituição da República Federativa do Brasil*, 1988. Disponível em:

- <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 30 de out. de 2022.
- _____. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em 01 de set. de 2022.
- _____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em 01 de set. de 2022.
- _____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf>. Acesso em 8 de jan. de 2023.
- CORREIA, D. O trabalho superexplorado como determinação social do processo saúde-doença no contexto latino-americano. In: VASCONCELLOS, L. C. F. *et al.* (Orgs.). Saúde do trabalhador em tempo de desconstrução: Caminhos de luta e resistência. Rio de Janeiro: CEBES, p. 245-247, 2021. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/almanaque_st.pdf>. Acesso em 11 de out. de 2022.
- COSTA, M. D. H. da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. In: MOTA, A. E. *et al.* (Orgs.) Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez; ABEPSS; OPAS; Ministério da Saúde, p. 304-351, 2009.
- DANTAS, M. N. P. *et al.* Fatores associados ao acesso precário aos serviços de saúde no Brasil. Rev. Bras. Epidemiol., Rio de Janeiro, v. 24, p. 1-13, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/Z4sYgLBvFbJqhXGgQ7Cdkbc/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 11 de out. de 2022.
- GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Serviços de saúde: Acesso, processos, avaliação, aspectos econômicos, descrição de caso: Universalidade da atenção à saúde: Acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). Política de saúde: O público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/q5srn/pdf/eibenschutz-9788575412732-09.pdf>>. Acesso em 15 de out. de 2022.
- GRANEMANN, S. Fundações estatais: Projeto de estado do capital In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. de. (Orgs.) Política de Saúde na atual conjuntura: Modelos de gestão e agenda para a saúde. Rio de Janeiro: AdUFRJ; Projeto Pela Saúde, Faculdade de Serviço Social, UERJ, p. 1-9, 2008.
- IAMAMOTO, M. V. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade. In: CFESS. Atribuição privativa do/a assistente social em questão. 1. ed. amp. Brasília: CFESS, p. 33-74, 2012. Disponível em:

- <<http://www.cfess.org.br/arquivos/atribuicoes2012-completo.pdf>>. Acesso em 27 de nov. de 2022.
- MENDES, Á.; CARNUT, L. Capital, estado, crise e a saúde pública brasileira: Golpe e desfinanciamento. *Revista Ser Social*, Brasília (DF), v. 22, p. 9-32, 2020. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25260/25136>. Acesso em 27 de nov. de 2022.
- MENICUCCI, T. M. G. História da Reforma Sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: Mudanças, continuidades e a agenda atual. *História, Ciências, Saúde. Manguinhos*. Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 77-92, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/bVMCvZshr9RxtXpdh7YPC5x/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em 5. De jun. de 2021.
- PAIM, J. S. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- SILVA, I.G. Em busca do acesso integral nos serviços de saúde: Um estudo sobre a realidade da população atendida pelo Serviço Social do Ambulatório de Cardiologia da Policlínica Piquet Carneiro. Trabalho de Conclusão de Residência. Faculdade de Serviço Social\UERJ, RJ, 2022.
- SOARES, R. C. Contrarreforma no SUS e o Serviço Social [recurso eletrônico]. Recife: Ed. UFPE, 2020. Disponível em: <<https://editora.ufpe.br/books/catalog/view/70/120/322>>. Acesso em 16 de out. de 2021.
- STARFIELD, B. Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>>. Acesso em 27 de nov. de 2022.
- STOTZ, E. N. Necessidades de Saúde: Conceito, Valor e Política. *Intervozes: Trabalho, saúde, cultura*. Petrópolis (RJ), v. 1, n. 1, p. 66-86, maio/out. 2016. Disponível em: <https://www.fmpfase.edu.br/intervozes/content/pdf/edicao/intervozes_01_vol_01.pdf>. Acesso em 13 de out. de 2022.
- TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. 190-198, 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/PkyrsjDrZWwzzPVJJPbbXtQ>>. Acesso em 27 de nov. de 2022.
- VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; ALMEIDA-FILHO, N. de. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15, supl. 2, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/5pkCJ3ww8K6YP4nrZrZJHvk/?lang=pt>>. Acesso em 27 de nov. de 2022.

AÇÕES EM SAÚDE

*Aline Dias da Silva Fragoso
Débora Regina de Oliveira Silveira
Raphaella Pimentel Ximenes*

O Sistema Único de Saúde (SUS) é reconhecido como um dos melhores sistemas de saúde do mundo, apesar de todas as polêmicas que o circundam – que muito se devem às tentativas de privatização da saúde pública no Brasil. Esse reconhecimento se justifica por diversas razões, dentre as quais destacamos a forma como esse sistema está organizado.

Uma contextualização histórica se faz necessária para compreendermos que a organização do SUS e as ações de saúde desenvolvidas hoje são fruto de uma construção política, vinculada a um projeto de sociedade distinto daquele que marcava o cenário de surgimento do Movimento pela Reforma Sanitária, quando estava em vigência a Ditadura Militar Brasileira, instaurada com o golpe de 1964.

O Movimento pela Reforma Sanitária, que eclodiu na década de 1970, tendo seu marco histórico na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, teve importante papel na organização do sistema de saúde que seria criado a partir dos debates promovidos naquele evento.

A organização política das entidades que compunham o Movimento pela Reforma Sanitária foi um fator fundamental para garantir que a Seção II da Constituição Federal de 1988, que se refere à saúde, expressasse as reivindicações do movimento e da população, apesar dos interesses em disputa e dos conflitos com as representações dos setores privados (BRAVO, 2006).

No texto Constitucional de 1988 temos a conformação da saúde como um direito de todos e dever do Estado. Com a lei nº 8.080/90 houve a regulamentação de um Sistema Único de Saúde (SUS) de caráter público, que agrega princípios que versam a sua organização enquanto sistema universal, igualitário e integral. Esta nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde segue as discussões acumuladas pelo movimento da reforma sanitária, incorporando alguns de seus princípios. Esta lei retoma a perspectiva do conceito ampliado de saúde, na qual é compreendida a partir de seus determinantes e condicionantes.

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (art. 3º, lei 8080/90).

O SUS está organizado em três níveis de atenção:

- A atenção primária envolve ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. As unidades que oferecem estes serviços são as Clínicas da Família e os Centros Municipais de Saúde (CMS);
- Na atenção secundária, as ações e serviços estão voltados para os agravos de saúde da população usuária, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio

diagnóstico e terapêutico. Estes serviços são oferecidos em hospitais municipais e policlínicas, bem como nas unidades de pronto atendimento;

- A atenção terciária envolve procedimentos de alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população o acesso a serviços qualificados, sendo prestados pelas unidades hospitalares de saúde, incluindo hospitais universitários e hospitais de emergência aberta e fechada.

A organização do novo sistema de saúde pública brasileiro passa, portanto, pelo entendimento de que a saúde não é sinônimo de ausência de doenças e que a garantia da saúde pública de qualidade decorre da realização de ações não apenas curativas, mas de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação com vistas a integralidade da saúde.

A Integralidade tem como base os pilares de interdisciplinaridade e intersetorialidade e prevê uma unicidade institucional dos serviços para o conjunto das ações, unificando assistência curativa com assistência preventiva, pressupondo ações de promoção da saúde, prevenção de fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação.

A Promoção da Saúde está relacionada à mudança do modelo médico assistencial curativo, a partir da vigilância epidemiológica e sanitária, controle de vetores, educação em saúde, ações preventivas, participação social e intersetorialidade.

As ações de promoção da saúde incluem os indivíduos, suas famílias, as condições de trabalho, renda, alimentação, estilos de vida, lazer e ações que decorrem da formulação de políticas públicas que possibilitem aos indivíduos e comunidades a realização de escolhas em prol da saúde. Além disso, promoção da saúde significa intervenções sustentadas pela articulação intersetorial e da participação social voltada para a consecução do direito à saúde, operando ações que visem à melhoria das condições de vida. Ações que podem ocorrer no espaço dos serviços de saúde, no espaço do parlamento e no espaço das comunidades (PEDROSA, 2004, p. 3).

Como estratégia para a garantia da integralidade, temos através da portaria 4.279/10 a configuração das Redes de Atenção à Saúde (RAS), que visam a estruturação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas (MENDES, 2011).

As RASs são definidas a partir de ações e serviços de saúde articulados que visam o enfrentamento de um sistema de saúde fragmentado e organizado em sistemas hierárquicos de atenção (primária, média e alta complexidade) com baixa capacidade de articulação, comunicação e organização de uma atenção contínua, longitudinal e integral.

Pode-se definir as RASs como:

“organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica que geram valor para a população” (MENDES, 2011, p. 82).

Neste modelo de organização, a Atenção Primária em Saúde (APS) ganha centralidade na estrutura operacional da RAS, assumindo um importante papel na coordenação do cuidado dos usuários e ordenação do sistema de saúde. As RASs estão estruturadas por diferentes componentes sendo eles: a atenção primária à saúde enquanto centro de comunicação das redes, os pontos de atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança (MENDES, 2011).

Segundo o autor, a APS é responsável pela prestação de serviço não especializado, sendo a porta de entrada do SUS. É responsabilidade das equipes a gestão do projeto terapêutico dos usuários, articulando os diferentes fluxos assistenciais com vistas a garantia do acesso e manutenção do vínculo na continuidade da atenção, mesmo que os usuários estejam em outros pontos de atenção à saúde, tais como as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas entre outros.

Desta forma, a APS possui uma posição estratégica na articulação do fluxo de atenção à saúde do usuário, atentando para a consolidação de um cuidado integral à saúde de forma contínua.

Portanto, a implantação das RASs surge como estratégia para a organização da oferta de serviços de saúde, considerando que a população brasileira enfrenta uma condição de saúde marcada por uma tripla carga de doenças (infecções, crônicas e causas externas), entre as quais as condições crônicas requerem cuidados articulados entre os diferentes serviços e pontos de atenção, a partir de uma operação cooperativa e interdependente, com enfoque em instrumentos de comunicação que possibilitem o compartilhamento do cuidado (MENDES, 2008).

No Brasil, o conceito de RAS – sob a ótica organizativa de sistema de saúde, a despeito de estar inserido nos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) e em suas normativas operacionais – passa a ser mais aplicado a partir do Pacto pela Saúde 2006, que integra a proposta de fortalecimento da regionalização, de interdependência e relacionamento direto entre as três esferas de sua gestão. Com a publicação da Portaria GM/MS nº 4.279/2010 e do Decreto nº 7.508/2011 é disparado um movimento nas regiões de saúde, na direção de se construir e operacionalizar a RAS, com a publicação das diretrizes para a sua organização (NAKATA, 2020, p. 2).

A implementação das RASs se dará a partir da organização e operacionalização de Linhas de Cuidado, a partir de padronizações técnicas que organizam os serviços e sistemas de saúde nos diferentes níveis de atenção, e unificam as ações preventivas, curativas e de reabilitação, proporcionando o acesso a todos os recursos tecnológicos de forma ágil e resolutiva, tendo a APS como o centro de comunicação das redes de atenção e coordenadora do cuidado da população usuária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

A Linha do Cuidado é diferente dos processos de referência e contrarreferência, apesar de incluí-los também. Ela difere, pois não funciona apenas por protocolos estabelecidos, mas também pelo reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário às Unidades e Serviços aos quais necessita (FRANCO, 2011, p. 1).

Entretanto, a APS se depara com grandes desafios, devido aos graves problemas estruturais do SUS e ao tensionamento de projetos em disputa em torno da saúde pública no país, que coloca em xeque a capacidade das RASs de superar a fragmentação dos sistemas e serviços de saúde.

O SUS que já vinha sofrendo desmontes desde os anos 1990, enfrenta fortes ataques na atual conjuntura, tendo como cenário um contexto de ofensiva ultraneoliberal, que aprofunda o ataque às políticas públicas e viabiliza cada vez mais o projeto de saúde voltado para o mercado.

No contexto de contrarreforma do Estado, a APS tem a sua potencialidade de ordenação do sistema fragilizada por diferentes fatores: insuficiência de recursos por baixo investimento público; carência de recursos tecnológicos, operacionais e organizacionais; infraestrutura precária; ineficiência da comunicação entre os diferentes níveis de atenção; diminuição e rotatividade das equipes de saúde da família; gestão pelas organizações sociais baseada em um modelo assistencial privatista; processo de regulação lento, burocrático e insuficiente, que resulta em um estrangulamento do acesso aos serviços especializados de média e alta complexidade.

Nesse contexto de subfinanciamento e desmonte da saúde, especialmente no governo Temer com a EC 95/16 e com as novas diretrizes para a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017), foram intensificados os desafios para a APS no que se refere à sua capacidade de ordenadora do sistema e coordenadora do cuidado.

O desenho da política pública de saúde indica potencialidades para atender as necessidades de saúde da população e garantir uma atenção baseada no conceito ampliado de saúde, mas encontramos vários impasses no cotidiano, que vêm desde a conquista da saúde enquanto direito da população. Assim, torna-se mais desafiador efetivar o que foi garantido nos aparatos legais do SUS e avançar nas ações de saúde de caráter mais amplo.

Os trabalhadores/as que atuam na Rede de Atenção à Saúde, em seus diferentes níveis de atenção, precisam defender a ampliação e a qualificação das ações de saúde em todas as suas dimensões, exercendo uma atuação crítica fundamentada na compreensão da determinação social do processo saúde-doença, na valorização das ações de promoção e prevenção, e na luta pela existência do SUS público, estatal, gratuito e de qualidade. As autoras Bravo e Menezes pontuam que

[...] a determinação social do processo saúde-doença é o ponto de partida para atuação crítica nessa área, sendo necessário revelar o caráter de classe do adoecimento da população, contrapondo-se à ideologia dominante de que a saúde é resultante da ausência de doença ou determinada por fatores biopsicossociais que ocultam os processos de exploração ao qual a classe trabalhadora é submetida (BRAVO; MENEZES, 2021, p. 71).

Na conjuntura do ex-governo de Jair Bolsonaro, maiores desafios foram colocados para a efetivação do direito à saúde e para a atuação dos trabalhadores/as da saúde, pois o processo de sucateamento do SUS foi intensificado a cada dia. Matos (2021) afirma que tal governo aprofundou o processo de desmonte do Sistema Único de Saúde, deu continuidade ao desfinanciamento do SUS e incentivou as parcerias público-privadas. Assim, o setor saúde que deveria estar se debruçando em propostas e estratégias para a efetivação do SUS, de

acordo com os princípios colocados pelo movimento sanitário, e buscando garantir ações que ultrapassem o caráter curativo, nesse contexto, teve que reafirmar, com muito afinco, a importância da existência do SUS e do seu caráter universal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Portaria GM/MS nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 2010.
- _____. CONSTITUIÇÃO. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- _____. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Revista e atualizada. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>.
- BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E.; UCHÔA, R.; NOGUEIRA, V.; MARSIGLIA, R.; GOMES, L.; TEIXEIRA, M. (Orgs.). Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez/ABEPSS/OPAS/OMS, 2018.
- _____; MENEZES, J. S. B. Saúde em tempos de pandemia e as lutas da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde. In: CABRAL, M. S. R.; ASSIS, I. M.; SOUZA, G. A. C. (Orgs.) Crise capitalista, pandemia e movimentos sociais. São Paulo: PUC São Paulo, nov. de 2021, p. 60-79. Disponível em: <https://www5.pucsp.br/downloads2021/revista_Crise_capitalista.pdf>.
- FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde, São Paulo, 2012. (*mimeo*). Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/dados/1312992014173Linha-cuidado-integral-conceito-como-fazer.pdf>>. Acesso em 20 out 2022.
- LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: Origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Orgs.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.
- MATOS, M. C. O neofascismo da política de saúde de Bolsonaro em tempos perigosos da pandemia da Covid-19. Humanidades & Inovação, v. 8, p. 25-35, 2021.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- _____. As redes de atenção à saúde. Revista Médica de Minas Gerais, 2008; 18 (4 Supl. 4): S3-S11. Ministério da Saúde, 2006.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Linhas de Cuidado Secretaria de Atenção Primária. Disponível em: <<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/>>. Acesso em 27 nov. de 2022.
- PEDROSA, J.I.S. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: Uma abordagem institucional. Ciência e Saúde Coletiva, v. 9, n. 3. Rio de Janeiro, 2004.

NAKATA, L.C., *et al.* Conceito de rede de atenção à saúde e suas características-chaves: Uma revisão de escopo. Escola Anna Nery, v. 24, n. 2, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0154>>.

ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

*Neidy Márcia de Souza Silva
Welison Mathews Fontes da Silva
Maria Luíza Oliveira de Araújo*

Pensar acerca da “atenção à saúde da criança e do adolescente” nos coloca em movimento para entender de forma abrangente os aspectos destas etapas da vida, que vão desde o nascimento pré-termo às adolescências (quicá às juventudes), evidenciando, ao mesmo tempo, as próprias singularidades desses sujeitos. Sabemos que essas categorias – criança e adolescente – são hoje compreendidas como construções históricas e sociais, tendo, portanto, múltiplas concepções que demandam um olhar atento sobre suas especificidades. A incorporação dessa reflexão se deu também, ao longo dos anos, nas ações de assistência e proteção desenvolvidas para esse segmento social. Por isso, acompanhamos transformações que ocorreram tanto no âmbito legal quanto em nossa sociabilidade, refletindo também no campo das políticas públicas para a infância e juventude.

Se hoje ainda é um desafio para a sociedade como um todo enxergar crianças, adolescentes e também os jovens, como sujeitos de direitos próprios e adequados à sua condição peculiar de desenvolvimento, antes da promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) não havia sequer a preocupação em respeitá-los ou entendê-los. Por muitos anos, o que se preconizava no plano legal brasileiro, especificamente a partir do primeiro Código de Menores de 1927, era o entendimento de que esses indivíduos não passavam de “menores abandonados”, “menores delinquentes”, “menores carentes” entendidos como pessoas inferiores aos adultos em termos de cidadania. Denominada como doutrina da “situação irregular”, cuja gestão era centralizada no Poder Judiciário de caráter filantrópico e assistencial, sobrava para as crianças e adolescentes de famílias em situação de pobreza o papel de “objeto” de proteção assistencial, atrelado à perspectiva da repressão e da tutela, sendo necessário o disciplinamento de comportamentos considerados como “marginais”, que se integravam ao binômio abandono-delinquência (SILVA; BARROS, 2010).

Essa tônica continuou a se perpetuar com o Código de Menores de 1979, o qual manteve o prolongamento da filosofia “menorista”, permitindo que crianças e adolescentes, por sua condição de pobreza, estivessem sujeitados a se enquadrar nesse sistema de proteção e assistência, confinando-os em grandes instituições totais, como internatos, orfanatos, que os isolavam do convívio social. E é com essa configuração que surgem: o Serviço de Assistência aos Menores (SAM), a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (Funabem), a Legião Brasileira de Assistência (LBA) e os serviços de proteção à maternidade e infância da área da saúde, articulados pelo Departamento Nacional da Criança (DNCr).

Contrapondo essa lógica, no contexto brasileiro, a ampliação da atenção à criança e ao adolescente advém, segundo Abramo (1993), da própria mobilização pela defesa dos direitos deste segmento populacional nas décadas de 1970 e 1980, ganhando ainda mais força no período da redemocratização do país, que resultou não apenas na Constituição Federal

de 1988, mas também no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), aprovado em 1990. Esse é o marco legal que traz o enfoque de proteção integral para as crianças e os adolescentes que, sem distinção de gênero, raça, cor, sexualidade ou classe social, passam a ser reconhecidos como sujeitos de direitos da democracia brasileira, titulares de direitos fundamentais e subjetivos tendo como direção a doutrina de “Proteção Integral”, com caráter de política pública e com prioridade absoluta, regulamentada pela Constituição de 1988, em seu artigo 227, segundo o qual cabe à família, à sociedade e ao Estado a responsabilidade para com os direitos fundamentais de crianças e adolescentes.

Importante mencionar que o ECA incorporou em grande parte o teor dos princípios da Declaração Universal dos Direitos da Criança de 1959, e da Convenção Internacional dos Direitos da Criança aprovados pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1989, o que mostra que, embora tardiamente, foi resultado de um processo histórico, marcado pelas lutas nacionais dos movimentos sociais pela infância, dos setores progressistas da sociedade civil e dos operadores das instâncias governamentais e internacionais.

É a partir do ECA que uma nova relação do mundo adulto com a infância e a adolescência (pelo menos no âmbito legal) começa a ser construída, bem como a proposta de um novo projeto de sociedade, calcado na garantia dos direitos humanos (COSTA, 2006). Além disso, como propõe Leite (2009), essa relação passou a colocar para a sociedade um conjunto de mudanças e desafios de notório ordenamento jurídico, sendo alguns destes: (a) a primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias; (b) a precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública; (c) a formulação e a execução das políticas sociais públicas; (d) a destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude. Vale mencionar que essa nova configuração se dá em meio a emergência do projeto neoliberal no Brasil, entre 1990 e 2000, que resultou em reformas econômicas, na privatização de empresas estatais e em políticas sociais focalizadas, que não são mais compreendidas como direitos, mas como forma de assistir aos mais necessitados ou como ato de filantropia. Nesse sentido, o que se observa é uma retração do Estado no direcionamento das ações para os pobres, e uma sobra para a sociedade, na figura das organizações não governamentais e no voluntariado, para assumir responsabilidades pelos problemas estruturais.

Não é à toa que ainda seja necessário reivindicarmos a doutrina da proteção integral até hoje, pois embora tenhamos vivenciado avanços no campo dos direitos das crianças e dos adolescentes, percebemos que há setores na sociedade a postos para a qualquer momento enquadrar e marginalizar esse segmento social, em especial a população infantojuvenil preta e periférica, que sempre teve seus corpos violentados, vigiados e tutelados pelas instituições voltadas ao atendimento desde a infância até a juventude no país.

Essa visão, apresentada por diferentes marcos históricos, que busca estabelecer um novo paradigma para as intervenções, na área da infância e adolescência, passou a disputar espaços nas políticas públicas como a saúde, a educação, a assistência social e outras. Foi feito um grande esforço coletivo para serem desenvolvidas ações, programas e projetos nas áreas sociais, em particular, relacionadas primeiro à saúde das mulheres e posteriormente às crianças e adolescentes. Além do mais, com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), também em 1990, ocorreram mudanças significativas na assistência à saúde, com a nova forma de organização da rede de serviços, que passou a ser definida por níveis de complexidade tecnológica crescente, e a responsabilidade de assistir a uma população

delimitada geograficamente (BRASIL, 2018). Assim, vimos surgir as primeiras formulações do que viria a se consolidar como a *atenção à saúde da criança e do adolescente*.

Historicamente, a saúde da criança esteve na agenda política do Brasil atrelada à saúde materno-infantil, com ações focalizadas de redução da morbidade e mortalidade da criança e da mulher (BRASIL, 2011). Foi apenas em 1984 que a saúde da criança se desmembrou da saúde da mulher, presente no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC) e, assim, foi instituído o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), enquanto estratégia de enfrentamento às contrariedades das condições de saúde e sobrevivência da população infantil. Sendo assim, objetivou-se promover a saúde de forma integral, através da melhoria da qualidade da assistência e com enfoque nos denominados “grupos de risco”. Logo depois, os adolescentes tiveram suas singulares de saúde reconhecidas pelo Estado, a partir da promulgação do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) em 1989, cujas bases programáticas configuram-se na importância da integralidade, do trabalho interdisciplinar e da integração com os demais setores da sociedade, tendo a compreensão da natureza múltipla dos fatores que afetam esse ciclo da vida.

É inegável que o SUS trouxe muitos avanços nas políticas públicas sociais do Brasil, especialmente para o público infantojuvenil. Nesse sentido, diversos documentos importantes foram produzidos entre 1990 e 2000, criando políticas e programas de saúde direcionados às crianças e adolescentes e que visavam ao próprio desenvolvimento integral. Dentre esses podemos destacar: o Projeto de Redução da Mortalidade Infantil (1995), o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (2000), a Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e a Redução da Mortalidade Infantil (2005), o Marco Legal da Saúde de Adolescentes (2005), Mais Saúde Direito de Todos/Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (2008), Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Reparação da Saúde (2010), Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (2015), entre outros.

A necessidade de olhar de forma mais minuciosa a saúde dessa população, decorre por adotar os princípios doutrinários e operacionais do SUS, como universalidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade. A perspectiva da atenção integral, determinante nos cuidados à saúde das crianças e adolescentes, está diretamente vinculada ao princípio da integralidade, como um pilar que redefine as relações entre gestores, profissionais e usuários. Logo, o sistema de saúde deve estar preparado para ouvir o usuário, entender os significados e as percepções acerca de sua realidade e, a partir desse movimento, atender às demandas e as diferentes dimensões das necessidades desta pessoa. Para alguns estudiosos, a integralidade é entendida como um princípio orientador das propostas de reforma para o setor da saúde, podendo se apresentar com vários significados, vozes, sentidos e instrumentos, resultantes da interação democrática dos sujeitos no cotidianos de suas ações e saberes, mas sobretudo deve estar associada ao tratamento com qualidade, acolhimento, respeito e vínculo (PINHEIRO *et al.*, 2003).

Tal fato se relaciona à compreensão do indivíduo na sua totalidade, como parte de um contexto social, econômico, histórico e político que produz, substancialmente, diferenciações entre os sujeitos, o que indica a diversidade da vida e sua relação com os vários atravessamentos – culturais, sociais, econômicos, afetivos – rejeitando, deste modo, uma concepção universalista de criança, adolescente e jovem – ainda que o marco legal brasileiro,

o ECA, com o qual muitas políticas sociais dialogam, tenha suas definições limitadas pelo marco etário: “crianças” como os indivíduos até doze anos incompletos; “adolescentes” os que têm entre doze e dezoito anos; e a partir dos dezoito anos, os sujeitos são denominados “jovens”. Outros documentos trazem diferentes limites etários, o que nos mostra que não há um consenso em relação a isso. Como alusão, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define que a adolescência ocorre entre os 10 e os 20 anos incompletos. Já o Estatuto da Juventude (2013) delimita a juventude como categoria que congrega pessoas com idade entre 15 e 29 anos, sendo considerados adolescentes-jovens pessoas entre 15 e 17 anos, jovens-jovens os entre 18 e 24 anos e jovens adultos os entre 25 e 29 anos.

Entendemos a importância dos limites etários para o planejamento de ações, planos e programas voltados à população infantojuvenil, mas isso não significa que devemos pautar nossas intervenções somente a partir da definição legal. Ao longo do tempo, alguns pesquisadores dessa área têm preferido trabalhar com uma perspectiva de que essas fases do ciclo da vida ou categorias de idade não são homogêneas, o que leva a considerar diferentes infâncias, adolescências e juventudes, pautadas por processos sociais distintos e permeados por marcadores sociais de diferença como gênero, raça, cor, classe social, territorialidade (NOVAES, 2009; LEITE, 2009). É por isso que incluímos a categoria “juventudes” ao longo desse verbete, pois entendemos que os fenômenos relacionados com a saúde dos jovens os atingem de maneira particular e, portanto, merecem a devida atenção da sociedade civil e do Estado.

A importância de não universalizar esse segmento populacional como se fossem homogêneos, independente dos espaços sócio-ocupacionais que ocupamos, seja da saúde, educação, assistência social etc. vincula-se à necessidade de acessar realidades que atravessam a dimensão da faixa-etária. Nesse sentido, entender a interseção entre marcadores sociais, como raça, cor, classe, gênero pode ser fundamental para entendermos, por exemplo, a restrição e a exclusão de crianças, adolescentes e jovens específicos do acesso à assistência à saúde. Propomos, assim, que nossas intervenções sejam referenciadas também pela perspectiva da interseccionalidade, no sentido de apreender as diferenças e diversidades (BRAH, 2006) que atravessam não apenas a população infantojuvenil, mas também suas famílias.

O olhar direcionado às famílias, fundamental no atendimento a essa população, entendida como primeiro espaço de vínculo, proteção e cuidado, deve partir do reconhecimento dos diferentes arranjos familiares, das diversidades culturais, do território, da determinação social, associada à condição de classe e de outros eixos de desigualdades estruturais e estruturantes da sociedade. Não podemos considerar esse público fora da sua história, da sua realidade social, pois o acompanhamento às famílias exige um esforço da percepção das políticas públicas e sociais, das suas complexidades na sociedade capitalista e como estas atravessam as vivências destas famílias. Logo, se faz necessário uma escuta ativa para identificar as suas necessidades, pautada na perspectiva da defesa dos direitos sociais e da cidadania, que construa junto às famílias outras perspectivas e apostas, contrapondo o viés da abordagem culpabilizante da responsabilização e /ou apassivamento (HORST; MIOTO, 2017).

Esta postura nos remete à questão da interdisciplinaridade e da intersetorialidade, numa perspectiva de agregar distintos saberes e práticas, assegurando a possibilidade de uma intervenção integral. A intersetorialidade se apresenta como uma diretriz que orienta as

práticas de construção de redes, que impulsiona na criação de espaços comunicativos e de diálogos para potencializar as ações. Tal processo, já configurado nos desenhos das diferentes políticas públicas setoriais, se apresenta, contudo, como um grande desafio nas ações de cuidado, e aqui em especial, no trato desde as infâncias até as juventudes (SILVA, 2007).

Neste sentido, ressaltam-se os inúmeros entraves emergentes que atravessam o cotidiano profissional dos/das assistentes sociais, frente a um cenário de desmonte e precarização, não só das políticas públicas sociais, mas também dos espaços institucionais, no sentido de assegurar o paradigma da proteção integral, configurado nos marcos legais, jurídicos e institucionais, exigindo cada vez mais um esforço sistemático dos profissionais, frente às particularidades/peculiaridades que atravessam o trabalho com as infâncias, adolescências e juventudes, com destaque para o exercício de apropriar-se e de traduzir o princípio da integralidade no cotidiano dos serviços, operando-o como norteador na construção de suas práticas.

Por fim, mas não menos importante, não podemos falar de atenção à saúde da criança e do adolescente se não colocarmos esses sujeitos como protagonistas do seu processo de saúde/doença, respeitando a autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais. Sendo assim, cabe aos profissionais se desfazerem da cultura adultocêntrica presente em muitas ações e realmente ouvir o que esse grupo populacional tem a dizer, não apenas a respeito de sua vida privada, familiar e afetiva, mas também comunitária. O reconhecimento de que crianças, adolescentes e jovens são sujeitos de direitos perpassa pela valorização do protagonismo infantojuvenil e, por isso, uma aposta importante é promover, diariamente, escutas mútuas que exercitem o diálogo intergeracional e intrageracional com vistas a desenvolver o potencial criativo e a força transformadora desses sujeitos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRAH, A. Diferença, diversidade, diferenciação. *Cadernos Pagu*, n. 26, p. 329-376, jun. 2006.
- BRASIL. Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- _____. Por uma política nacional de execução das medidas socioeducativas: Conceitos e princípios norteadores. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2006.
- _____. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: Orientações para implementação. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- HORST, C. H. M.; MIOTO, R. C. T. Serviço Social e o trabalho com famílias: Renovação ou conservadorismo? *Rio de Janeiro: Em Pauta*, n. 40, v. 15, p. 228-246, 2017.
- LEITE, V. J. Sexualidade adolescente como direito? A visão de formadores de políticas públicas. 166 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.
- NOVAES, R. Notas sobre a invenção social de um singular sujeito de direitos. Juventude, juventudes. *Revista de Ciencias Sociales*, n. 25, diciembre. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay, pp. 10-20, 2009.

- PINHEIRO, R.; MATTOS, R.; CAMARGO JR., K. R. (Orgs.) Construção da integralidade: Cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS – Abrasco, 228 p., 2003.
- SILVA, N. M. S. Desafios à Gestão Integrada das Políticas Públicas: Resultado de uma experiência. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.
- _____; BARROS, V. N. Da Doutrina da Situação Irregular ao SINASE: Consolidação da Doutrina de Proteção Integral. Ações socioeducativas: Municipalização das Medidas em Meio Aberto do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: SEEDUC-DEGASE, 2010.

ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

*Daniele Raimundo Neves Pessoa
Mayana de Souza Gomes da Silva*

Este artigo traz algumas reflexões sobre a atenção à saúde da mulher, tema importante não apenas para os assistentes sociais que trabalham na política de saúde, mas para todos os que atendem e acompanham cotidianamente mulheres nos diferentes espaços de atuação profissional. No atendimento a este público, nos deparamos com realidades de vida permeadas por contradições oriundas de relações sociais totalmente desfavoráveis para as mulheres, o que demanda uma atuação crítica, voltada para a defesa dos seus direitos. Estes encontram-se pautados numa agenda ampliada de debates, construídos há longos anos e abarcando cada vez mais reivindicações, que se contrapõem às desigualdades de gênero, raça e classe.

Abordar a temática saúde da mulher, numa perspectiva ampliada, requer a compreensão dos papéis histórico e socialmente desiguais atribuídos ao gênero feminino, bem como as repercussões dessas desigualdades nas formas de viver e de adoecer das mulheres. Sendo assim, quando compreendemos saúde-doença enquanto processo socialmente determinado e condicionado, resultado das condições de vida e de trabalho, entendemos que as desigualdades de gênero expõem as mulheres às diversas formas de riscos, sobrecargas e inseguranças específicas. Diante disso, é preciso enfrentar essas desigualdades enquanto luta política.

A CONSTRUÇÃO DE UMA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

No Brasil, até a implementação do Programa de Atenção à Saúde da Mulher (PAISM), no ano de 1984, a política de saúde era voltada para a mulher enquanto mãe, numa perspectiva reducionista e com foco no seu ciclo gravídico-puerperal (OSIS,1998). A inovação trazida pelo PAISM foi a compreensão da saúde da mulher de forma integral, envolvendo todos os momentos de sua vida, incluindo a prevenção do câncer de mama e colo uterino, a atenção ginecológica (com o diagnóstico e o tratamento a Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST's, como Sífilis, Herpes, HIV, dentre outras), o planejamento familiar (com a atenção ao tratamento para infertilidade), atenção ao pré-natal, ao parto e ao pós-parto.

Em 2004, vinte anos após o lançamento do PAISM, foi apresentada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). A elaboração da política contou com ampla participação social dos movimentos feministas, ainda mais amadurecidos nas pautas de luta e atuantes nos conselhos de direito e conferências nacionais de saúde e nas conferências de políticas públicas para mulheres. Desta forma, a política apresentou um viés marcadamente mais crítico, incluindo uma discussão mais robusta sobre desigualdade de gênero e sobre a diversidade de demandas de saúde das mulheres brasileiras, principalmente de grupos historicamente excluídos das políticas públicas. O documento traz ainda uma análise crítica da evolução das políticas de atenção à saúde da mulher e propõe como princípio uma atenção humanizada e de qualidade, entendendo que estas são condições essenciais para ações que impactam nas condições de vida e saúde das mulheres.

A PNAISM se compromete com ações que garantam os direitos humanos das mulheres e reconhece que elas estão mais expostas a diversos riscos relacionados ao gênero.

[...] No caso das mulheres, os problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico. Outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza realçam ainda mais as desigualdades. As mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem mais frequentemente. A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos (MS, 2004, p. 9).

Esta política, ao fazer um breve diagnóstico da situação das mulheres no Brasil, pontua algumas das principais questões de saúde que atingem as brasileiras, sendo elas: a mortalidade materna; a precariedade da atenção obstétrica; o abortamento em condições de risco; a precariedade da assistência; a anticoncepção; as IST's /HIV/AIDS;¹ a violência doméstica e sexual; a saúde das mulheres adolescentes; a saúde da mulher no climatério /menopausa; a saúde mental relacionada ao gênero; as doenças crônico-degenerativas e o câncer ginecológico; a saúde das mulheres lésbicas, negras, indígenas, residentes na área rural e em situação de prisão.

Desta forma, temos uma perspectiva de abordagem ampliada para a atenção à saúde da mulher, considerando os diferentes ciclos e as diversas questões de saúde que podem impactar uma mesma mulher ao longo de sua vida, mas sem perder de vista a diversidade da população feminina brasileira que pode ser impactada por diferentes condicionantes e determinantes sociais de saúde. Cada questão de saúde apontada na PNAISM tem em si um rico conteúdo para debate, mas apontaremos apenas alguns pontos relacionados a atenção à saúde sexual e reprodutiva das mulheres, pontuando as principais estratégias adotadas pelo Estado brasileiro.

DESAFIOS NA GARANTIA DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

Conforme aponta a PNAISM, a mortalidade materna não está dentre as principais causas de óbito de mulheres brasileiras, mas a preocupação com essas mortes vem aumentando, tendo em vista que são evitáveis na grande maioria dos casos, sendo utilizadas como indicadores internacionais de saúde de uma população. Segundo dados do governo federal, a mortalidade materna no Brasil aumentou durante a pandemia, sobretudo no ano de 2021.² Os períodos de epidemias e pandemias marcam um contexto de preocupação ainda maior para as gestantes, pois normalmente demandam mais atenção em saúde, tendo em vista as possibilidades de inclusão em grupos de risco. Desta forma, a garantia de uma atenção especializada no período gestacional, também é pauta das lutas pelos direitos das mulheres,

¹ O texto vigente em 2004 apontava o termo DST, contudo, a terminologia Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) passou a ser adotada em substituição à expressão Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), porque demarca a possibilidade de uma pessoa ter e transmitir uma infecção, mesmo sem sinais e sintomas.

² Para maiores ver dados do Sistema de Informação sobre mortalidade (SIM), divulgados pelo governo federal em: <<https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/>>. Acesso em 30 de nov. de 2022.

incluindo a garantia de gravidez, parto e pós-parto mais seguros, com acesso a todos os recursos que os avanços científicos e tecnológicos trouxeram para a saúde nos últimos anos.³

Pensando na qualificação da assistência às mulheres gestantes, foi criada em 2011 a Rede Cegonha,⁴ uma estratégia do Ministério da Saúde de assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. O programa tem como objetivo humanizar e garantir um cuidado integral tanto para a gestante quanto para o bebê, incentivando o acompanhamento de pré-natal para reduzir a mortalidade materno-infantil.

No município do Rio de Janeiro⁵ as gestantes são cadastradas nas unidades básicas de saúde, onde realizam o acompanhamento de pré-natal e são referenciadas para a maternidade na qual terão seus bebês. Elas podem conhecer a maternidade e participar de ações educativas sobre a gestação, parto e cuidados puerperais, além de receber um kit Enxoval Cegonha. O município disponibiliza ainda ambulâncias especializadas que transportam a gestante de sua casa até a maternidade na hora do parto. Mesmo com esse recurso, muitas gestantes ainda chegam em trabalho de parto nas maternidades por meios próprios. Além disso, o recurso é municipal, não atendendo a gestantes de outros municípios da região metropolitana do Rio de Janeiro que são referenciadas para a capital por alto risco materno ou fetal.

Ao problematizarmos sobre o Programa de Planejamento Familiar,⁶ consideramos que o Brasil assumiu uma postura não coercitiva para as famílias, entendendo legalmente que cada pessoa tem o direito à livre decisão sobre reprodução. Esse foi o posicionamento do Brasil frente a uma discussão mundial à época da elaboração do PAISM (1984), quando estava sendo pautada a necessidade do controle de natalidade das populações, tendo em vista as relações feitas entre crescimento desordenado da população pobre e baixo crescimento econômico. A resposta do Brasil foi situar o planejamento familiar dentro de uma ótica de educação em saúde, disponibilizando para a população o conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva, ofertando métodos contraceptivos de forma diversa, segura e com acompanhamento adequado (OSIS, 1998).⁷

Entretanto, os desafios encontrados na garantia da saúde sexual e reprodutiva das mulheres estão cada vez mais em evidência. Isso porque várias mulheres têm dificuldades de acesso aos serviços na atenção básica de saúde. Ora não há vagas, ora não há insumos, e, diante deste contexto, as mulheres seguem culpabilizadas, seja quando são alcançadas por alguma IST (Infecção Sexualmente Transmissível), ou diante de uma gestação não planejada. Além disso, é inegável a centralidade do planejamento familiar na figura feminina. Na maioria das vezes, é a mulher que participa sozinha das reuniões do programa de planejamento familiar. É ela também que “escolhe” e assume sozinha o método que será utilizado.⁸

³ É importante ressaltar a importância do incentivo às pesquisas relacionadas aos impactos das doenças nos períodos gestacionais e puerperais.

⁴ A Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, institui a Rede Cegonha no SUS.

⁵ A opção por esse recorte geográfico é justificada pelo fato de ser este o local de atuação profissional das autoras.

⁶ Embora o PAISM tenha considerado o planejamento familiar um dos aspectos da atenção à saúde da mulher, ele é um ponto que mereceu uma legislação própria, a lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996. Isto aponta as fortes pressões que circundam esse tema e as dificuldades de assegurar uma perspectiva integral de saúde.

⁷ Até aquele momento a oferta de métodos contraceptivos eram realizados em grande parte por “organizações privadas” sem um acompanhamento adequado e sem a publicização dos impactos destes métodos na vida das mulheres a longo prazo.

⁸ Inclusive, quando sua opção era pela esterilização, até pouco tempo, havia um documento que as mulheres precisavam entregar ao serviço de saúde, com a assinatura de seu companheiro. Isto foi revogado pela lei 14.443 de 2 de setembro de 2022 que trouxe esta e outras alterações para a lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996.

Assim, embora a legislação traga alguns avanços ainda é preciso lutar cotidianamente para que seja realmente efetivada a política pública de Planejamento Familiar no Brasil, com acesso à informação, insumos, autonomia e assistência às mulheres a fim de se evitar que estas tenham como única opção o “acesso informal”, através de suas redes de solidariedade, aprendendo com uma familiar, amiga, vizinha ou funcionária da farmácia do bairro.

É imprescindível considerar ainda que todas as dificuldades de acesso ao planejamento familiar, aumentam a possibilidade de gestações não planejadas e não desejadas. Este fato remete à importância da discussão sobre o aborto. No Brasil, tal procedimento é considerado ilegal e, portanto, realizado pelo SUS somente em casos em que a gravidez for resultante de estupro, no caso de o feto ser anencéfalo⁹ ou em situações em que a avaliação clínica indique risco de morte para a mãe.

Contudo, tal ilegalidade não distancia as mulheres da busca pela realização deste procedimento, levando-as às inúmeras formas de práticas abortivas, que vão desde o uso de objetos como materiais perfurantes, chás, substâncias químicas e medicamentosas obtidas através do comércio ilegal, socos na barriga, “acidentes provocados” como quedas, dentre tantas outras, até a busca por clínicas clandestinas.

Logo, podemos afirmar que o aborto ilegal, clandestino e inseguro põe em risco a vida de muitas mulheres. A ilegalidade legitima a ausência de fiscalização, possibilitando que os procedimentos sejam realizados por pessoas sem qualificação e competência, e, não raras as vezes em condições insalubres, configurando-se um importante problema de saúde pública.

Outra importante questão para as mulheres no exercício da sua vida sexual é a preocupação com as IST¹⁰ e embora todas as infecções mereçam total atenção no sentido de garantir a prevenção, diagnóstico e tratamento, o HIV/AIDS¹¹ requer atenção e ações em saúde mais reforçadas, pois ainda carrega um estigma social muito grande.

Embora os primeiros casos diagnosticados do HIV na década de 1980 tenham apresentado rápido índice de mortalidade, hoje, após algumas décadas, devido ao avanço tecnológico, às estratégias de prevenção e ao tratamento da doença o cenário é diferente. A “fatalidade” da doença cedeu espaço à “cronicidade”, isto porque, embora ainda não haja cura, hoje, é possível ao indivíduo contaminado com o vírus ter acesso a uma vida “normal”, desde que este faça a “adesão” ao tratamento. Neste sentido, a universalidade de acesso aos serviços, ao tratamento e às medicações é essencial.

Segundo dados da UNAIDS,¹² em todo o mundo, 1,5 milhão de pessoas foram infectadas pelo HIV em 2021, deste universo, 49% são mulheres e meninas. Além disso, apenas 81% de mulheres grávidas vivendo com HIV tiveram acesso a antirretrovirais para prevenir a transmissão vertical para suas crianças em 2021.

⁹ Consiste numa má-formação fetal do cérebro. Trata-se de patologia letal e os riscos para a mulher aumentam à medida que a gravidez é levada adiante. O diagnóstico pode acontecer a partir da 12ª semana de gestação, através de um exame de ultrassonografia.

¹⁰ As IST^s são causadas por vírus, bactérias ou outros microrganismos, tendo como principal causa de contágio a relação sexual desprotegida, o compartilhamento de seringas contaminadas, além da possibilidade de transmissão vertical (da mãe para a criança durante a gestação, o parto ou a amamentação).

¹¹ Cabe destacar HIV e AIDS não são sinônimos. O HIV (Vírus da imunodeficiência humana), é uma IST que pode levar à síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). A infecção com o HIV não tem cura, mas tem tratamento, cujo objetivo é evitar que a pessoa chegue ao estágio mais alto da quantidade do vírus no organismo, desenvolvendo, assim, a síndrome conhecida como AIDS.

¹² Estatísticas globais sobre HIV 2021.UNAIDS. Disponível em: <<https://unaids.org.br/informacoes-basicas/>>. Acesso em 17 de out. de 2022.

Quando nos atentamos para a informação (autodeclarada) da raça/cor da pele das gestantes temos que em 2021, segundo o boletim epidemiológico divulgado pelo Ministério da Saúde, houve um predomínio da cor parda e preta, seguido da cor branca. Representando 55,1% e 35,9% dos casos, respectivamente.

Estes dados ressaltam as iniquidades em saúde da população negra e, em particular, das mulheres negras.¹³ Quando comparadas às mulheres brancas, as negras apresentam maior risco de contágio por IST's/AIDS, adoecimento e morte. A análise sobre violência sexual e doméstica reitera as disparidades e a maior vulnerabilidade social da mulher negra (CARNEIRO, 2006; BASTOS, 2006; BARATA, 2009; SANTOS, 2002; BIROLI, 2018).

Consideramos essencial refletir o quanto a parca discussão sobre o quesito raça/cor dificulta a apreensão dos determinantes sociais de saúde na perspectiva racial, inclusive no que diz respeito ao HIV/Aids. Muitas das experiências socioculturais e econômicas vividas por essas mulheres dificilmente serão reconhecidas como oriundas de uma relação de poder baseada no racismo estrutural da sociedade brasileira.

É importante destacar que a implementação do PNAISM contou com diversos desafios. Um deles está relacionado à dificuldade de materialização do SUS, tendo em vista que todo o aparato legal de construção da política de saúde vai na contramão das políticas neoliberais em curso, com o desfinanciamento e sucateamento do SUS nos últimos anos. Além disso, o acesso das mulheres aos serviços de saúde é desigual quando pensamos na realidade de cada região do país, ou seja, uma mulher branca, de classe média e que reside num grande centro urbano poderá ter um acesso diferente de uma mulher negra de uma região periférica.

Pensar a integralidade da atenção em saúde das mulheres aponta para a necessidade de um olhar interseccional, compreendendo as questões de raça, gênero, cor, etnia, dentre outros. Essas questões atravessam momentos e experiências de vida de cada mulher.

Ainda precisamos avançar em discussões sobre questões pouco debatidas como a saúde das mulheres transexuais, das mulheres que fazem uso de abusivo de drogas, saúde da mulher trabalhadora, saúde de mulheres que desejam realizar reprodução assistida, entre outras discussões que têm permanecido na ordem do dia e que requerem espaço de diálogos constantes que façam frente a ondas conservadoras que estão presentes e acentuadas na atualidade brasileira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARATA, R. B. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- BASTOS, F. I. Aids na terceira década. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- BIROLI, F. Gênero e desigualdades: Limites da democracia no Brasil. São Paulo. Editora Boitempo, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Centro de Documentação. Textos Básicos. Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ações Programáticas. Brasília, 1985.

¹³ Segundo o site da Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres <<http://www.spm.gov.br>>, as mulheres negras são aquelas que se autodeclararam como pretas e pardas, conforme o quesito cor ou raça usado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Esta definição baseia-se no artigo 1º do Estatuto da Igualdade Racial.

- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: Princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: Uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
- CARNEIRO, S. Enegrecer o feminismo: A situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero. 2011. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/375003/mod_resource/content/0/Carneiro_Feminismo%20negro.pdf>. Acesso em 16 nov. de 2021.
- CORREA, Sônia; ÁVILA, Maria. Direitos Sexuais e Reprodutivos. Pauta global e percursos Brasileiros. In: BERQUÓ, Elza (Org.). Sexo e vida: Panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: Editora da Unicamp, p. 17-78, 2003.
- OSIS, M. J. M. D. PAISM: Um marco na abordagem de saúde reprodutiva no Brasil. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, v. 14, supl. 1, 1998.
- SANTOS, N. JS *et al.* Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. Revista de Saúde Pública. São Paulo, v. 36, n. 4, supl., p. 12-23, Agosto 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000500004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 ago. de 2021.

ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Vanessa Bezerra de Souza

Ao longo da história, a opressão contra as pessoas com deficiência tanto se manifestava em relação à restrição de seus direitos civis quanto, especificamente, à limitação imposta pela tutela da família e de instituições (GOMES, 2016). Havia pouco ou nenhum espaço para que estas pessoas participassem das decisões em assuntos que lhes diziam respeito. E mesmo que durante todo o século XX surgissem iniciativas voltadas para as pessoas com deficiência, foi somente a partir do final da década de 1970 que surgiu o movimento que, pela primeira vez, possibilitou que elas se tornassem protagonistas de suas próprias lutas e buscassem ser agentes da própria história, conquistando espaço e visibilidade na sociedade brasileira.

Gomes (2016) sustenta que na história do Movimento das Pessoas com Deficiência no Brasil, essa tensão esteve presente nos primeiros debates nacionais organizados no início da década de 1980, quando se agregaram grupos diversos formados por cegos, surdos, deficientes físicos e hansenianos. Reunidos, elegeram como estratégia política privilegiada a criação de uma única organização de representação nacional a ser viabilizada por meio da Coalizão Pró-Federação Nacional de Entidades de Pessoas Deficientes.

O impasse na efetivação dessa organização única surgiu do reconhecimento de que existiam demandas específicas para cada tipo de deficiência, as quais a Coalizão se mostrou incapaz de reunir consentaneamente em uma única plataforma de reivindicações. O amadurecimento do debate, bem como a necessidade de fortalecer cada grupo em suas especificidades, fez com que o movimento optasse por um novo arranjo político, no qual se privilegiou a criação de federações nacionais por tipo de deficiência.

Tal rearranjo, ainda de acordo com Gomes (2016), longe de provocar a cisão ou o enfraquecimento do movimento, possibilitou que os debates avançassem em seus aspectos conceituais, balizando novas atitudes em relação às pessoas com deficiência. Não se tratava apenas de demandar, por exemplo, a rampa, a guia rebaixada ou o reconhecimento da Língua Brasileira de Sinais (Libras) como oficial, mas, principalmente, de elaborar os conceitos que embasariam o discurso sobre esses direitos. Tal elaboração conceitual e os paradigmas que dela surgiram mantiveram, e mantêm, o movimento unido na luta por direitos.

É possível afirmar que o esforço do movimento nos últimos trinta anos foi, principalmente, para refinar os conceitos e mudar paradigmas, criando uma base sólida para a construção de uma nova perspectiva sobre a deficiência. As atitudes, suposições e percepções a respeito da deficiência passaram de um modelo caritativo para um modelo social. No caritativo, inaugurado com o fortalecimento do cristianismo ao longo da Idade Média, a deficiência é considerada um déficit e as pessoas com deficiência são dignas de pena por serem vítimas da própria incapacidade.

Consideramos que o modelo social de direitos das pessoas com deficiência, resultado dos movimentos sociais desta população, sobretudo no que diz respeito aos direitos de saúde, dialoga com as concepções de Saúde Coletiva elaboradas por Berlinguer, precursor do Movimento de Reforma Sanitária.

Para Fleury (2015), Berlinguer elaborou articulações entre medicina e política e dedicou-se ao combate às desigualdades sociais. Tais disparidades se expressariam na

determinação social do processo de saúde e doença, nas condições de vida, na exploração dos trabalhadores e na ausência de sistemas nacionais de saúde capazes de reduzir essas desigualdades ao assegurar a saúde como direito universal. A defesa da vida foi a linha condutora que perpassou sua atividade nos campos da produção do saber, na luta política em defesa da Reforma Sanitária

A autora destaca que, ao tratar o tema da Medicina e Política, Berlinguer introduz o conceito de consciência sanitária, que foi amplamente absorvido na produção sobre o processo de reforma sanitária, e cuja a tomada de consciência da saúde se faz como um direito da pessoa e um interesse da comunidade.

Fleury (2015) argumenta que para Berlinguer, as contradições entre o lucro privado em saúde e a saúde pública se expressam nas iniquidades sociais e nas deformações das relações humanas e ambientais, enquanto que seu amadurecimento permitiria a formação e a difusão da consciência sanitária e a compreensão das forças que impediriam a reforma sanitária. A transformação se verificaria na consciência dos trabalhadores e na atitude sindical frente aos problemas de saúde.

Sendo assim, faz-se necessário defender o modelo social, que compreende as determinações econômicas e sociais que constituem as condições de vida da população com deficiência, bem como a capacidade de organização coletiva e resistência política desta população, como fundamental na consolidação da garantia de seus direitos.

No que se refere ao Serviço Social brasileiro, a partir dos anos 1980, a profissão vem se consolidando na defesa de valores emancipatórios tais como liberdade, defesa intransigente dos direitos humanos, cidadania, democracia, equidade, justiça social e o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população, conforme os princípios do Código de Ética profissional vigente desde 1993 (CFESS, 2012).

Na atual quadra histórica, a profissão tem na questão social a base de sua fundação como especialização do trabalho. Questão social apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura (IAMAMOTO, 1998).

O amadurecimento das pesquisas a respeito das pessoas com deficiência, sobretudo nos últimos vinte anos, nos permite sustentar que não apenas as condições de vida da população com deficiência, mas sobretudo o que as levou a desenvolver algum tipo de deficiência é o que se convencionou denominar no âmbito do Serviço Social como uma expressão da questão social, o que nos impõe a necessidade de conhecer suas condições de vida a fim de estabelecer uma intervenção profissional comprometida com suas reais demandas sociais.

Destacamos então que existem no mundo 600 milhões de pessoas com deficiência, destas, 400 milhões vivem em países pobres ou em desenvolvimento. No Brasil, 27% destes brasileiros vivem em situação de pobreza extrema e 53% são pobres. A população com deficiência no Brasil tem crescido em decorrência do aumento da expectativa de vida da população e da violência urbana – assaltos, violência no trânsito, dentre outros – alterando paulatinamente o perfil da população com deficiência que, anteriormente, era o de deficiências geradas por doenças (IBGE, 2000). A pobreza em geral pode se ver refletida nos altos índices de desemprego das pessoas com deficiência. Segundo o Banco Mundial, o desemprego desta população é de 80 a 90% na América Latina.

Apesar do Brasil ser um dos poucos países – são menos de 50 no mundo – que têm uma legislação específica para este expressivo contingente populacional, os brasileiros com

deficiência continuam a compor as percentagens mais elevadas das estatísticas de exclusão social (BRASÍLIA, 2008).

Para corroborar esta afirmação basta proceder a análise da baixa presença de pessoas com deficiência em setores básicos tais como escola, trabalho, transportes, e pelo acesso aos serviços de saúde e reabilitação. A pobreza e a marginalização social agem de forma mais cruel entre as pessoas com deficiência.

O Estado brasileiro desde 2007 é signatário da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, homologada pela Assembleia das Nações Unidas em 13 de dezembro de 2006. Em nosso país, a política de inclusão social das pessoas com deficiência existe desde a Constituição de 1988, que originou a Lei nº 7.853/1989, posteriormente regulamentada pelo Decreto nº 3.298/1999. Dentre os documentos nacionais, destacam-se as Leis nº 10.048 e 10.098, de 2000 e o Decreto nº 5.296/2004, conhecido como o decreto da acessibilidade.

Vale destacar o Artigo 1º da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência que afirma: “Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas” (Brasília, 2008).

Tal convenção apresenta um grande avanço no que diz respeito à proteção dos direitos das pessoas com deficiência que são mais vulneráveis a todo tipo de violência. A promoção da acessibilidade, assim, é compreendida como meio que buscará dar oportunidade às pessoas com deficiência, de participarem plenamente na sociedade, em igualdade de condições com as demais.

A deficiência é tanto uma causa como uma consequência da pobreza; alguns indicadores apontam que uma em cada cinco pessoas pobres apresenta uma deficiência. Podemos então dizer que todas as famílias de uma comunidade pobre são diretamente afetadas pelos efeitos socioeconômicos dela decorrentes (BRASÍLIA, 2008).

Considerando que o Projeto Ético-Político Profissional tem em seu núcleo o reconhecimento da liberdade como valor central – a liberdade concebida historicamente, como possibilidade de escolha entre alternativas concretas; daí um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais – faz-se necessário o compromisso com a pauta da acessibilidade (NETTO, 2006).

Tal projeto tem como norte a defesa intransigente dos direitos humanos e o repúdio do arbítrio e dos preconceitos, contemplando positivamente o pluralismo, tanto na sociedade como no exercício profissional. Sendo assim, é de suma importância que o Serviço Social tenha como compromisso a busca da construção de condições igualitárias de acesso à saúde dos (as) usuários (as), nos posicionando a favor da equidade e da justiça social, na perspectiva da universalização do acesso a bens e serviços de saúde.

Ao nos comprometermos com a qualidade dos serviços prestados, consideramos a publicidade dos recursos institucionais, instrumento indispensável para a sua democratização e universalização e, sobretudo, para abrir as decisões institucionais à participação. Nesta direção, a construção de Serviço Social buscará condições de se constituir de modo acessível, incluindo-se nele o arcabouço legal existente e que versa sobre os direitos das pessoas com deficiência.

É nesta direção que o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), sobretudo na última década, tem envidado esforços no sentido de criar subsídios para responder às demandas das(os) assistentes sociais com deficiência, bem como de dar visibilidade aos direitos das pessoas com deficiência – usuários (as) das diversas políticas públicas, incluindo os equipamentos de saúde. Considera-se que tais iniciativas representam um meio de aprimorar o trabalho e a prestação dos serviços em que está inserida a categoria.

Neste sentido, em 2021 foi criado um Grupo de Trabalho composto também por representantes dos CRESS de todas as regiões e assistentes sociais com deficiência, para propor e subsidiar ações referentes ao trabalho dessa população, com o intuito de discutir pautas ligadas às condições éticas e técnicas de trabalho e tendo como horizonte o protagonismo das próprias pessoas com deficiência, bem como dos movimentos sociais organizados desta população.

Em decorrência do 21 de setembro – Dia Nacional de Luta da Pessoa com Deficiência – o CFESS tem publicado nos últimos anos diversos CFESS Manifesta, importante material informativo/formativo destacando a importância de uma intervenção profissional organizada e coletiva na construção e defesa de uma sociedade anticapacitista que elimine as barreiras que restringem pessoas com deficiência ao exercício pleno de sua cidadania, e para que se compreenda a existência da deficiência como uma das características da diversidade humana.

A atual conjuntura política, econômica e social vivida pela sociedade brasileira, marcada por retrocessos, vem atingindo enormemente a população com deficiência impondo inúmeros obstáculos para a efetivação e garantia de seus direitos. Dentre os obstáculos, destacam-se o resgate da concepção assistencialista em detrimento do modelo biopsicossocial de políticas voltadas a esta população, bem como o ataque ao controle social, exercido pelos movimentos sociais, com a aprovação do Decreto nº 9.759/2019, extinguindo e estabelecendo limitações para a permanência de conselhos e colegiados, como o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CONADE), que desde 1999 configura imprescindível participação social do segmento nas políticas públicas numa perspectiva intersetorial.

No que se refere aos desafios ao exercício profissional do serviço social inserido nos processos de trabalho na área da saúde, na construção de ações anticapacitistas, vale resgatar as contribuições de Bravo e Matos (2006). Os autores destacam a importância da (o) assistente social estar articulado e sintonizado ao movimento de trabalhadores e usuários que lutam pela real efetivação do SUS – aqui ressaltada a necessidade de articulação com os movimentos sociais voltados aos direitos das pessoas com deficiência; facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição – incluindo-se os usuários (as) com deficiência, bem como de forma compromissada e criativa não submeter a operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária – destacam-se os retrocessos sofridos na conjuntura atual, no que diz respeito aos direitos das pessoas com deficiência; tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos funcionários nas decisões a serem tomadas – destacando a importância da participação de funcionários (as) e usuários (as) com deficiência; elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o

trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde, aqui destaca-se a necessidade de pesquisas que versem sobre os direitos das pessoas com deficiência.

Concordamos com os autores quando estes afirmam que não existem fórmulas prontas na construção de um projeto democrático e a sua defesa não deve ser exclusividade apenas de uma categoria profissional. Há que se enfrentar os obstáculos que se apresentam na atualidade, considerando um leque de pequenas atividades e alternativas a serem desenvolvidas pelos profissionais de Serviço Social. Os (as) assistentes sociais estão desafiados a encarar a defesa da democracia, das políticas públicas e consubstanciar um trabalho – no cotidiano e na articulação com outros sujeitos que partilhem destes princípios – que faça frente ao projeto neoliberal, já que este macula direitos e conquistas defendidos pelos seus fóruns e pelas legislações normativas da profissão, bem como os direitos e legislações já conquistados pelos movimentos sociais organizados das pessoas com deficiência.

Por fim, consideramos importante refletir sobre a importância do debate dos direitos das pessoas com deficiência no âmbito da formação profissional. As Diretrizes Curriculares para a Formação Profissional em Serviço Social (1996), compreendem que a formação profissional expressa uma concepção de ensino e aprendizagem calcada na dinâmica da vida social, o que estabelece os parâmetros para a inserção profissional na realidade socioinstitucional.

O Núcleo de Fundamentos do Trabalho Profissional apreende a profissionalização do Serviço Social como uma especialização do trabalho e sua prática como concretização de um processo de trabalho que tem como objeto as múltiplas expressões da questão social.

Desta forma, considerando as condições de vida das pessoas com deficiência como expressões da questão social; considerando que as disciplinas de estágio são centrais na formação profissional em serviço social, e visando incluir o debate acerca das pessoas com deficiência como conteúdo formativo obrigatório nos cursos de serviço social, as ementas, bem como a bibliografia básica das disciplinas de estágio nos Projetos Político Pedagógicos, devem ter incluídas em seu escopo o debate acerca das pessoas com deficiência.

Acreditamos que a inclusão do debate acerca da acessibilidade no processo de formação profissional em serviço social, a partir do acúmulo adquirido nas lutas dos sujeitos sociais – as pessoas com deficiência, verdadeiros protagonistas desta história – contribui para a construção de uma sociedade justa e democrática e fortalece a construção de um projeto de atenção à saúde que esteja à serviço da população e da classe trabalhadora, e neste sentido, vale o lema do movimento das pessoas com deficiência: Nada sobre nós, sem nós.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABESS/CEDEPSS. Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social. Cadernos ABESS, n. 7. São Paulo: Cortez, 1997.
- BRASIL. Código de Ética do Assistente Social comentado. Organização do Cfess. São Paulo: Cortez, 2012.

- BRASIL. A Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência Comentada. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília, 2008.
- BRAVO, M.I.S; MATOS, M.C. Projeto ético Político do Serviço Social e sua relação com a reforma sanitária: Elementos para o debate. In: MOTA, A. E. et alli (orgs.). Serviço Social e Saúde. Formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.
- FLEURY, S. Giovanni Berlinguer. Socialista, sanitarista, humanista! In: Revista Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2015.
- GOMES, F.A. O projeto profissional do serviço social na defesa e garantia de direitos da pessoa com deficiência: Espaço de resistência e luta na cidade de São José dos Campos. São Paulo: PUC/SP, 2016.
- IAMAMOTO, Marilda Vilela. O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 1998.
- IBGE. Censo Demográfico, 2000. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em 12 dez. 2022.
- NETTO, José Paulo. A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: MOTA, A. E. et alli (orgs.). Serviço Social e Saúde. Formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Márcia Pereira da Silva Cassin

Na natureza, algumas espécies de pássaros constroem suas casas e outras tecem ninhos de grande complexidade arquitetônica. Abelhas esculpem colmeias e formigas edificam seus formigueiros. O instinto de buscar refúgio e se proteger das ameaças externas é comum à maioria dos animais. O fato, porém, de existirem pessoas que não têm onde se abrigar, vivendo nas ruas expostas a toda sorte de perigos, está longe de ser natural, posto ser derivado não da relação do ser humano com a natureza e sim da relação entre os próprios seres humanos em sociedade – mais precisamente, da sociabilidade que se ergue com o modo de produção capitalista.

A relação social capitalista se funda originalmente na separação do trabalhador das condições de realização de seu trabalho, isto é, nas expropriações processadas desde a fase mercantil do capitalismo, no ciclo que Marx (2013) designou como pré-história do capital ou, valendo-se criticamente da terminologia então usada pela economia política, a “assim chamada acumulação primitiva”. Este longo período que se operou do final do século XV até meados do século XVIII compreende o momento histórico da gestação e surgimento das duas classes fundamentais que compõem o modo de produção capitalista: os proprietários dos meios de produção e os vendedores de sua força de trabalho. A dissolução da estrutura econômica da sociedade feudal na Europa possibilitou a liberação de uma enorme massa de trabalhadores disponíveis para se converterem em vendedores de sua força de trabalho, na medida em que lhes foram expropriados os meios de subsistência e todas as limitadas formas de proteção que as antigas instituições feudais lhes ofereciam. Dessa forma, tais trabalhadores agora tornam-se livres no duplo sentido de que “nem integram diretamente os meios de produção, como os escravos, servos etc., nem lhes pertencem os meios de produção, como no caso, por exemplo, do camponês que trabalha por sua própria conta” (MARX, 2013, p. 786).

De acordo com Marx, foi na Inglaterra que o processo de expropriação dos camponeses e produtores rurais que constitui a base da acumulação primitiva se apresentou na sua forma clássica. As terras comunais foram transformadas em pastagens de ovelhas e as casas dos pequenos arrendatários e camponeses independentes (yeomen) violentamente demolidas ou abandonadas à ruína. Expulsos de suas terras, esses trabalhadores não podiam ser completamente absorvidos pela incipiente manufatura em ascensão, ao mesmo tempo em que tinham dificuldade de se ajustar à nova disciplina das cidades; convertidos massivamente em “mendigos” e assaltantes, tornaram-se objeto de uma legislação qualificada como sanguinária para punir a “vagabundagem”. Assim, a população rural “viu-se obrigada a se submeter, por meio de leis grotescas e terroristas, e por força de açoites, ferros em brasa e torturas, a uma disciplina necessária ao sistema de trabalho assalariado” (MARX, 2013, p. 808).

O que resulta desse movimento é uma profunda alteração das relações materiais de produção. Os camponeses foram expropriados não somente de suas terras, como também

dos frutos que dela provinham, os quais têm de ser adquiridos, agora, como mercadorias pela via do salário. O mesmo ocorre com as matérias-primas e instrumentos de trabalho que “de agora em diante se transformam em meios de comandá-los e de deles extrair trabalho não pago” (MARX, 2013, p. 817). Em suma, com a desapropriação dos trabalhadores de seus meios de subsistência e instrumentos de trabalho, tem-se a criação do mercado interno. Aos poucos, a violência física direta (política e econômica) que expropriava os trabalhadores das condições de sua reprodução passa a ser vista como uma lei natural e evidente por si mesma, transformando-se em uma coerção propriamente econômica, denominada por Marx de “coerção muda”.

Ocorre que, mesmo inteiramente subsumida e disponível para vender a força de trabalho, uma parte dos trabalhadores tende a se tornar supérflua às necessidades da produção capitalista. Vejamos. A concorrência entre os capitais na busca pelo diferencial de produtividade do trabalho os impele a ampliar seus investimentos em inovações tecnológicas, de modo a incrementar a parte do capital que se converte em meios de produção – qualificada por Marx de capital constante. Desse modo, o avanço das forças produtivas provoca uma mudança na composição orgânica do capital, qual seja, o aumento do capital constante em proporção ao capital variável (força de trabalho). Com a incorporação dos avanços técnicos e científicos no processo de produção, “o mesmo número de trabalhadores transforma em produtos uma quantidade maior de matérias-primas e materiais auxiliares no mesmo tempo, ou seja, com menos trabalho” (MARX, 2017, p. 250). A elevação da composição orgânica do capital tende a produzir uma massa de trabalhadores excedentária à produção, que compõe o chamado exército industrial de reserva ou superpopulação relativa.

A existência deste contingente de desempregados é uma condição necessária à acumulação, pois à medida que cresce o número de trabalhadores que não encontram compradores para sua força de trabalho, mais os trabalhadores inseridos na produção são explorados e submetidos às pressões do capital. Dito de outro modo: “O sobretrabalho da parte ocupada da classe trabalhadora engrossa as fileiras de sua reserva, ao mesmo tempo que, inversamente, esta última exerce, mediante sua concorrência, uma pressão aumentada sobre a primeira, forçando-a ao sobretrabalho e à submissão aos ditames do capital” (MARX, 2013, p. 711). Os trabalhadores são constantemente repelidos e atraídos segundo as necessidades do capital. Nas relações capitalistas de produção, a classe trabalhadora se empobrece tanto mais quanto mais riqueza produz, uma vez que, quanto maior a capacidade produtiva advinda de uma maior concentração de capital, menor a demanda de trabalhadores na produção e maior tende a ser o exército industrial de reserva. A acumulação do capital, portanto, é proporcional à acumulação de miséria. Esse movimento foi qualificado por Marx como a lei geral da acumulação capitalista, descrita pelos seguintes termos:

Quanto maiores forem a riqueza social, o capital em funcionamento, o volume e o vigor de seu crescimento e, portanto, também a grandeza absoluta do proletariado e a força produtiva de seu trabalho, tanto maior será o exército industrial de reserva. A força de trabalho disponível se desenvolve pelas mesmas causas que a força expansiva do capital. A grandeza proporcional do exército industrial de reserva acompanha, pois, o aumento das potências da riqueza. Mas quanto maior for esse exército de reserva em relação ao exército ativo de trabalhadores, tanto maior será a massa da superpopulação consolidada, cuja miséria está na razão inversa

do martírio de seu trabalho. Por fim, quanto maior forem as camadas lazarentas da classe trabalhadora e o exército industrial de reserva, tanto maior será o pauperismo oficial. Essa é a lei geral, absoluta, da acumulação capitalista (MARX, 2013, p. 719-720).

Marx divide o exército industrial de reserva em três categorias: flutuante, latente e estagnada. Os trabalhadores que “nos centros da indústria moderna – fábricas, manufaturas, fundições e minas etc. – [...] são ora repelidos, ora atraídos novamente em maior volume” (MARX, 2013, p. 716) constituem a superpopulação relativa flutuante. Já a superpopulação relativa latente é composta pelos trabalhadores rurais expropriados que se encontram “continuamente em vias de se transferir para o proletariado urbano ou manufatureiro, e à espreita de circunstâncias favoráveis a essa metamorfose” (MARX, 2013, p. 717). A superpopulação relativa estagnada, por sua vez, “forma uma parte do exército ativo de trabalhadores, mas com ocupação totalmente irregular. Desse modo, ela proporciona ao capital um depósito inesgotável de força de trabalho” (MARX, 2013, p. 718).

A estas três formas de constituição do exército industrial de reserva se soma aquela considerada por Marx como “o sedimento mais baixo da superpopulação relativa” ou “o peso morto do exército industrial de reserva”: o lumpemproletariado, que habita a esfera do pauperismo. Trata-se da camada social mais empobrecida, composta pelos indivíduos aptos ao trabalho, mas que não são absorvidos pelo mercado; pelos órfãos e filhos de indigentes; e pelos “degradados, maltrapilhos, incapacitados para o trabalho [...] aleijados, doentes, viúvas etc.” (MARX, 2013, p. 718). A nosso ver, a população em situação de rua em sua grande maioria é constituída por este último segmento da superpopulação relativa.

No Brasil, país dependente de origem colonial, a formação da superpopulação relativa tem suas raízes ainda no processo de desagregação do modo de produção escravista colonial, no final do século XIX. A abolição da escravidão foi precedida por dispositivos destinados a impedir a integração dos ex-escravizados à ordem social e o seu acesso à propriedade privada. A ideologia do branqueamento, enquanto manifestação do racismo estrutural, estimulou a vinda de imigrantes europeus brancos para ocupar os postos de trabalho nas lavouras de café e nas fábricas recém-criadas, de modo a preterir os trabalhadores negros ex-escravizados. O capitalismo dependente brasileiro, desde suas origens, já dispunha de uma extensa periferia, que cumpriu historicamente um papel fundamental no rebaixamento do valor da força de trabalho.

No quadro das transformações que marcaram o período de transição de uma economia agrário-exportadora para uma economia de base urbano-industrial, observou-se uma forte tendência de migração dos trabalhadores do campo para as cidades, movimento a que se convencionou chamar êxodo rural. Ao chegarem às cidades, tais trabalhadores se defrontam com a desigual e segregadora formatação do espaço urbano, que tem como um de seus principais produtos a especulação imobiliária. Despojados de meios para arcar com o alto preço da moradia nos bairros mais nobres, os migrantes são empurrados para as regiões mais periféricas das cidades ou, por não terem condições de arcar com o deslocamento, acabam encontrando nas ruas a única opção para se estabelecerem.

O fenômeno população em situação de rua (PSR) no Brasil foi acentuado a partir de meados dos anos 1980, quando o país vivenciou o esgotamento do período desenvolvimentista fundado na substituição de importações e a desaceleração do

crescimento industrial, o que elevou sobremaneira a taxa de desemprego e informalidade. Já nos anos 1990, a implementação do receituário neoliberal e a reestruturação produtiva agravaram ainda mais este quadro, engrossando as fileiras do exército industrial de reserva. É neste período que têm início as primeiras ações públicas no atendimento à PSR em algumas cidades brasileiras. O estudo pioneiro sobre a PSR no Brasil foi realizado pela prefeitura de São Paulo, em 1991, o qual serviu de base para a aprovação da lei municipal n. 12.316/97, que estabeleceu alguns direitos para esta população. Em seguida, as prefeituras de Belo Horizonte, Porto Alegre e Recife também promoveram estudos que visavam à contagem da PSR em seus municípios (SPOSATI, 2009). Ainda na primeira metade da década de 1990, registram-se dois outros marcos importantes no avanço do atendimento à PSR: a organização do Fórum Nacional de Estudos sobre População de Rua, em 1993, e a realização do I Seminário Nacional sobre População de Rua, em 1995. À medida que alcançava mais visibilidade, o tema foi sendo gradativamente incorporado pela esfera pública. Até então, predominavam as ações privadas e filantrópicas, bem como as práticas higienistas e/ou coercitivas no enfrentamento deste fenômeno.

Já no início da década de 2000, a realização de alguns eventos de alcance nacional contribuiu para a articulação deste segmento e o reconhecimento de suas demandas, tais como o Primeiro Congresso Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis, a Primeira Marcha Nacional da População de Rua e o Festival Lixo e Cidadania. No ano de 2004, um brutal atentado contra pessoas em situação de rua que dormiam na escadaria de uma catedral em São Paulo, conhecido como chacina da Sé, foi um acontecimento decisivo para a organização do Movimento Nacional da População em Situação de Rua. Em articulação com este movimento social, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) realizou, em 2005, o I Encontro Nacional de População em Situação de rua, o qual fomentou discussões sobre a necessidade de criação de uma política nacional para a PSR, bem como subsidiou o texto da Lei n. 11.258/2005, que altera a Lei Orgânica da Assistência Social e inclui atendimento especializado para a PSR (MACHADO, 2020, p. 106). No bojo do processo de regulamentação e expansão institucional da assistência social – em cujo marco merece destaque a aprovação da Política Nacional de Assistência Social, em 2004, e a instituição do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), em 2005 – o atendimento à PSR passa a ser previsto no âmbito da Proteção Social Especial do SUAS, por meio de serviços e programas especializados.

Tais avanços contribuíram para a apresentação, em 2008, da Política Nacional para Inclusão Social da PSR, que conjuga as ações municipais, estaduais e federais no atendimento às demandas deste segmento e estabelece a interdisciplinaridade e intersetorialidade das políticas sociais como eixo central para a garantia dos direitos da PSR. Neste mesmo ano, foram lançados os resultados do I Censo e Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, realizado pelo MDS entre agosto de 2007 e março de 2008. A pesquisa nacional, de envergadura inédita, identificou 31.922 pessoas em situação de rua distribuídas nas 71 cidades em que o levantamento foi conduzido (Destes 71 municípios, 23 são capitais e 48 são cidades com mais de 300 mil habitantes. As capitais Recife, São Paulo e Belo Horizonte já haviam realizado pesquisas próprias, por isso foram excluídas do levantamento. Quando somado com as pesquisas destas capitais, estima-se que o número total da PSR ultrapasse 50.000). De perfil predominantemente masculino (82%), mais da metade dos entrevistados (53%) possuíam entre 26 e 45 anos de idade. O recorte de raça também era bem definido: 67%

declararam-se negros, fato que endossa o peso da herança escravista sobre a composição do exército industrial de reserva. No que concerne às condições de trabalho e renda, 70,9% exerciam alguma atividade remunerada e apenas 15,7% sobreviviam de doações. O nível de renda declarado à época era baixíssimo: a maioria (52,6%) recebia entre R\$ 20,00 e R\$ 80,00 semanais. Quanto às motivações para a permanência nas ruas, o consumo de substâncias psicoativas figurava como a principal delas (35,5%), o qual foi seguido pelo desemprego (29,8%), problemas com familiares (29,1%), perda de moradia (20,4%) e questões relacionadas a separações/decepções amorosas (16,1%).

O esforço de caracterização nacional do perfil da PSR foi mais um passo fundamental para a instituição da Política Nacional para a População em Situação de Rua, por meio do decreto n. 7053 de 23 de dezembro de 2009. Através de seus princípios, diretrizes e objetivos, o decreto estabelece a integração entre as políticas públicas federais, estaduais e municipais e destas com as ações desenvolvidas pela sociedade no atendimento a este segmento. A PSR é definida na Política Nacional como:

[...] o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (BRASIL, 2009a).

Entre os objetivos elencados na Política Nacional, encontra-se o de “implementar centros de referência especializados para atendimento da população em situação de rua, no âmbito da proteção social especial do Sistema Único de Assistência Social” (BRASIL, 2009a). Tal objetivo foi concretizado por meio da aprovação da Resolução CNAS n.º 109, de 11 de novembro de 2009, que instituiu a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais do SUAS. Este documento cria o Serviço Especializado para População em Situação de Rua, ofertado pelo Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (CENTRO POP). Nestes equipamentos, a PSR recebe orientação individual e grupal e encaminhamentos para outros serviços socioassistenciais e demais políticas públicas. Além disso, o CENTRO POP deve promover o acesso a espaços de guarda de pertences, de higiene pessoal, de alimentação e provisão de documentação civil, bem como conceder endereço institucional para ser usado como referência.

Por ser uma síntese de múltiplas determinações, o fenômeno PSR deve ser enfrentado a partir da integração sistemática e eficiente de toda a rede socioassistencial e demais políticas públicas, na perspectiva da intersetorialidade. Assim, devem ser desenvolvidas ações transversais e articuladas que garantam o acesso integral da PSR às políticas de saúde, educação, assistência social, habitação, geração de renda e emprego, cultura e outras. Conforme preconizado na Política Nacional para Inclusão da População em Situação de Rua, o atendimento às demandas da PSR deve priorizar a “(re)integração destas pessoas às suas redes familiares e comunitárias, o acesso pleno aos direitos garantidos aos cidadãos brasileiros, o acesso a oportunidades de desenvolvimento social pleno” (BRASIL, 2008, p. 4). Nesta direção, a complexidade da condição de vida das pessoas em situação de rua requer a superação da fragmentação e segmentação dos serviços, programas e projetos

entre os diferentes setores e equipes, visando ao fortalecimento de ações intersetoriais e multiprofissionais.

Em que pese os avanços no atendimento à PSR, o acesso pleno deste segmento aos direitos e políticas sociais ainda é dificultado por alguns desafios. Um deles diz respeito às exigências formais e burocráticas para o atendimento, como a apresentação de documentos de identificação pessoal e de endereço domiciliar. Conforme evidenciado pelos dados da pesquisa nacional de 2008, uma parte significativa (24,8%) das pessoas em situação de rua não possuía quaisquer documentos de identificação. Da mesma forma, a exigência de endereço domiciliar para inscrição em determinados programas e serviços, a exemplo do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, é incompatível com a situação da PSR, uma vez que a ausência de moradia convencional regular é o que caracteriza este segmento. Outro desafio refere-se ao preconceito enfrentado pelas pessoas em situação de rua, que muitas vezes são vistas como “preguiçosas”, “imundas”, “vagabundas”, “criminosas” etc. Este estigma social tende a criar uma barreira que impede a observação e aproximação da população em geral na identificação de situações de risco. São conhecidos os casos em que pessoas em situação de rua chegaram a vir a óbito sem que as pessoas ao redor sequer se dessem conta da presença do cadáver. Além disso, na ausência de uma capacitação qualificada, alguns profissionais podem até mesmo cometer o equívoco de recusar o atendimento a um usuário do serviço que esteja com a higiene pessoal considerada inadequada, por exemplo. O termo aporofobia, cunhado pela escritora e filósofa espanhola Adela Cortina, tem sido bastante empregado para designar este estigma social. Trata-se da fobia contra os pobres, que se manifesta, por exemplo, na arquitetura hostil das cidades, quando são inseridos objetos cortantes ou pedras em determinados locais para impedir que a PSR se refugie. As práticas repressivas e higienistas ainda marcam fortemente a intervenção do Estado junto à PSR, enquanto expressões da criminalização da pobreza.

Em consonância com o projeto ético-político e com os princípios do Código de Ética do Assistente Social, a atenção à saúde da PSR deve ser pautada pela defesa intransigente dos direitos humanos e pela eliminação de todas as formas de preconceito. Além disso, é fundamental que a categoria profissional esteja ancorada no legado da Reforma Sanitária, sobretudo em seu conceito ampliado de saúde, que a concebe enquanto resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho etc. Nesse sentido, a luta pela garantia do acesso e usufruto do direito à saúde não pode ser dissociada da luta contra todas as formas de exploração e opressão derivadas da sociabilidade do capital.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política nacional para inclusão social da população em situação de rua. Brasília, DF, 2008.
- _____. Política nacional para população em situação de rua. Decreto de n. 7.053, 23 de dezembro de 2009a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm>. Acesso em 28 de out. de 2022.
- _____. Rua aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua. Brasília: MDS, 2009b.

- MACHADO, R. W.G. A construção da política nacional para a população em situação de rua. Revista *Temporalis*, ano 20, n. 39, p. 102-118, jan./jun., 2020.
- MARX, K. O capital. Livro I. São Paulo: Boitempo, 2013.
- SPOSATI, A. O caminho do reconhecimento dos direitos da população em situação de rua: de indivíduo a população. In: BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Rua aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua. Brasília: MDS, 2009.

ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO PRISIONAL

Rita Marilza Bravin

O acesso à saúde está previsto como direito universal na Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada no ano de 1988. Nela, os artigos 94 e seguintes são dedicados à Seguridade Social, em cujo tripé saúde, previdência e assistência social materializa importante conquista social após mais de vinte anos de ditadura militar, em que a democracia e as formas de participação popular foram obstaculizadas.

Netto (1996) caracterizou o período da ditadura brasileira como modernização conservadora no qual, apesar das dificuldades políticas, houve importante crescimento na economia devido ao contexto internacional do modelo expansivo do pós-guerra, com o incremento de um parque industrial nacional suscitando o denominado “milagre econômico brasileiro”. Entretanto, já na passagem da década de 1960 para a seguinte era evidente o início do esgotamento desse padrão, levando a uma crise que, entre outros aspectos, provocou a vitória da oposição nas eleições e a mobilização rumo à (re) democratização do país. A década de 1980 foi de efervescência política e de disputas, com debates sobre a construção de um novo texto constitucional, em substituição ao de 1967, inconcebível em um ambiente democrático.

O debate sobre a saúde esteve presente no processo constituinte, com a apresentação de dois projetos antagônicos: o privatista, que advogava a focalização e o (des) financiamento público, com a ênfase na compra privada dos serviços; e o da Reforma Sanitária, que defendia a adoção de um modelo público e universal para o setor “pautado na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde” (BRAVO, 2018, p. 98). Perspectiva alinhada às mudanças estruturais pelas quais o país passava, cuja principal proposta era a criação de um sistema unificado que relacionava os processos de saúde e doença às condições de vida e de trabalho, considerando os condicionantes econômicos e sociais, cujas mazelas refletem as expressões da “questão social”.

Tal período de efervescência política culminou com a promulgação da Constituição de 1988, que agregou grande parte das reivindicações do movimento da Reforma Sanitária, e levou à criação, mais tarde, do Sistema Único de Saúde (SUS), que representou importantes avanços sociais. O SUS é constituído pelo conjunto de ações e serviços voltados ao atendimento da população em geral, sem distinção, ou seja, possui natureza universalizante que superou o modelo anterior, excludente e seletivo. É integrado em rede regionalizada e hierarquizada, que por sua vez é atravessada pelas seguintes diretrizes: descentralização nas esferas administrativas da união, dos estados e dos municípios; atendimento integral à saúde e participação da comunidade por meio do controle social. A Lei nº 8.080/90 – Lei Orgânica da Saúde – LOS dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a Lei 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão dos serviços; além das normas operacionais básicas (NOBs) etc., legislação que veio regulamentar a matéria.

No entanto, apesar dos avanços em termos formais, a produção legislativa não foi acompanhada de ações para a efetivação dos direitos, uma vez que a sua materialização permaneceu condicionada à conjuntura econômica e política. Na década de 1990 houve a adoção do modelo neoliberal, que caracterizou uma contrarreforma do Estado e ajustes fiscais associados a cortes nos gastos sociais (BEHRING; BOSCHETTI, 2011). Tal processo impactou nas condições de vida dos trabalhadores que, em detrimento da garantia constitucional de acesso universal à saúde, passou a conviver com a sua precarização em função da falta de investimentos, levando à dualidade entre os que podem pagar pelos serviços privados – que Mota (1995) denominou “cidadão consumidor” – e aqueles usuários das políticas sociais focalizadas nos mais pobres.

Apesar do cenário desfavorável, as lutas pela preservação da concepção de saúde prevista no SUS persiste, diante de sua existência no plano formal que, embora não seja garantia de plena materialização, é importante instrumento de lutas para a sua defesa. Diante do caráter universalizante do SUS, a população carcerária não poderia ficar de fora. Nesse sentido, a igualdade de direitos é taxativamente prevista no artigo 5º da Constituição Federal, onde está expresso que: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, XLIX – é assegurado aos presos o respeito à integridade física e moral.”

A Lei de Execução Penal (LEP) nº 7.210/1984, criada para regulamentar o cumprimento das penas, dispõe em várias passagens sobre a assistência à saúde, tanto no caráter preventivo quanto no curativo, concebendo-a como direito e impondo o dever de resguardá-lo. Nesse sentido, o Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça e Segurança Pública editaram em conjunto a Portaria Interministerial nº 1.777/2003, que instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, cujo objetivo era definir e implementar ações e serviços consonantes ao SUS, isto é, voltados à atenção integral da população privada de liberdade. Após mais de dez anos de existência da política, houve a necessidade de sua revisão com a promulgação da Portaria Interministerial nº 1 de 02/01/2014 sob a parceria dos mesmos ministérios, instituindo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do SUS.

A PNAISP tem ações voltadas às pessoas com idade superior a 18 anos, sob a custódia do Estado. Tem por objetivo viabilizar o acesso à saúde nos locais em que as pessoas cumprem as penas, tendo em vista estarem suscetíveis a todos os riscos a que está sujeita a população em geral, somados à privação de liberdade com todos os agravos à saúde que tal situação envolve, incluindo a superlotação das prisões. O Brasil é a terceira maior população carcerária do mundo, com cerca de 660 mil pessoas presas, atrás apenas dos Estados Unidos e da China. Um cenário de grande crescimento que está associado ao contexto da crise estrutural pela qual passa o mundo capitalista, cujas formas de enfrentamento estão relacionadas à adoção de políticas neoliberais com vistas à retomada dos lucros. Tal quadro macroestrutural de penalização dos trabalhadores e de retrocesso de direitos, em que a criminalização da população pobre é uma das estratégias para lidar com as sequelas de um mundo sem trabalho, em que o desemprego se tornou estrutural (MÉSZÁROS, 2011, p. 67-68).

Diante de tal realidade, o Estado busca legitimação através do controle da classe trabalhadora por meio da força, através de instituições de controle social, como o sistema penitenciário, cuja função é conservar a ordem social (BARATTA, 2002, p. 150). Um processo de criminalização da pobreza que Wacquant (2008) associa ao desmonte do

“Estado-social” e ao avanço do que ele denomina “Estado Penal”. Uma estratégia de legitimação com medidas preponderantemente punitivas que acirram as expressões da “questão social”, identificadas como manifestação de desordem. Desse modo, o aumento da população carcerária é decorrente da utilização do sistema penitenciário como forma de administração da insegurança social provocada pela desconstrução de direitos, uma realidade em que os trabalhadores passam a constituir uma população sobrando que sofre com os processos de criminalização e passa a compor, em grande número, o contingente carcerário.

Na quase totalidade dos casos, as pessoas ao ingressarem no sistema penitenciário tendem a apresentar comprometimentos físicos e mentais, necessitando dos cuidados garantidos constitucionalmente via SUS. Desse modo, a PNAISP é uma grande conquista social para a população privada de liberdade. O Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) – órgão executivo vinculado ao Ministério da Justiça e Segurança Pública, cujo papel é nortear as diretrizes da Política Penitenciária Nacional – atua na PNAISP fomentando as ações e aparelhando os espaços cedidos pelas administrações penitenciárias dos estados, visando a implantação dos serviços de saúde.

Para a habilitação das equipes no território é necessária a adesão através de compromisso firmado com a União, e a apresentação de um plano de trabalho. Os serviços são organizados através da Rede de Atenção à Saúde (RAS) com o referenciamento dos usuários nos moldes da dispensada para a população em geral, conforme previsto no Decreto nº 7.508/2011. Esse modelo, ao ser estendido às pessoas privadas de liberdade, se apresenta como importante baliza para o atendimento dessa população, que, ao ingressar no sistema penitenciário, passa a ser assistida pelas equipes de saúde na porta de entrada.

A Portaria GM/MS nº 2.298/2021 dispõe sobre as normas para a operacionalização da PNAISP e prevê, entre outras providências, a implementação dos serviços e equipes multiprofissionais de saúde, denominadas equipes de Atenção Primária Prisional – EAPP. Essas equipes são estruturadas conforme os parâmetros adotados nas estratégias de saúde da família, variando conforme o número de pessoas atendidas, opção de sua composição profissional e carga horária. Recebem denominação de I a V, e podem abarcar os profissionais de diversas áreas: médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais etc. O repasse dos recursos é realizado mensalmente pelo Ministério da Saúde, mediante o credenciamento e a inclusão no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – SCNES.

Diante do exposto, a título de ilustração, abordaremos o cenário dos serviços de saúde destinados à população privada de liberdade no estado do Rio de Janeiro. No estado do Rio, a Secretaria de Administração Penitenciária (SEAP) é o órgão público responsável pelo cumprimento da execução das penas. Em consonância ao que preconiza a LEP, a instituição mantém em seus quadros profissionais da área da saúde: assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, médicos etc. com atribuições definidas e, conforme convencionado, ligadas à execução penal.

No entanto, ao longo dos anos, essa área tem deixado de receber os investimentos necessários para a qualidade e a continuidade das ações, a começar pela falta de reposição do quadro funcional. O último concurso público para o cargo efetivo, amparado juridicamente pelo Decreto nº 2.479/79, foi realizado no ano de 1998 e, a partir de então, contratos temporários com processos seletivos simplificados foram celebrados em substituição aos concursos públicos. Entretanto, esta estratégia também foi abandonada, tendo em vista o

último contrato ter vigorado entre os anos de 2013 e 2018. A inexistência de incentivos para esses servidores como a implantação de um plano de cargos, carreiras e salários, a ausência de reajustes salariais etc. vêm impactando na precarização da oferta dos serviços de saúde para a população carcerária. A contratação desses serviços, através de Organizações Sociais, para atendimento nos hospitais penais agravou o cenário.

A PNAISP teve início no Rio de Janeiro no ano de 2018, com a implantação de um projeto piloto em quatro unidades prisionais situadas no Complexo de Gericinó, na zona oeste da cidade, onde está localizado o maior número de unidades do estado. Foi constituído um grupo de trabalho com o planejamento de ações que enfatizavam a saúde preventiva e as estratégias de saúde da família; ações de busca ativa com estudos de prevalências do número de ocorrências de uma determinada doença em um local e período, como escabioses, pediculoses, cânceres de colo de útero, hepatites, HIV, sífilis, tuberculoses etc. No ano de 2022 as ações foram estendidas a todas as cinquenta unidades que compõem o sistema penitenciário fluminense. Na formação das equipes alguns profissionais têm assento garantido, o que não ocorre com os assistentes sociais, que concorrem com profissionais de outras áreas, cuja escolha é facultada aos gestores da política, conforme previsão legal.

É importante destacar que na implantação da PNAISP, o Serviço Social fazia parte da composição de todas as equipes. No entanto, essa realidade mudou e atualmente apenas alguns municípios contam com assistentes sociais na equipe fixa como são os casos de São Gonçalo, Niterói, Magé, Japeri, Itaperuna, Campos dos Goytacazes, Volta Redonda e Resende. No município do Rio de Janeiro, por exemplo, isso deixou de acontecer, inclusive no Complexo de Gericinó. Os profissionais mantidos, contratados na época da implantação da PNAISP, estão atuando de forma itinerante entre as unidades. Um cenário em que algumas reflexões se fazem necessárias, diante da relevância dos assistentes sociais e sua qualificação técnica para atuar nas expressões da “questão social”, tão presentes no meio prisional.

Os assistentes sociais que atuam no sistema penitenciário são diretamente ligados à instituição e trabalham com as atribuições relativas à execução penal, tais como a elaboração de relatórios sociais solicitados pela Vara de Execução Penal, a viabilização de documentação civil, o registro e o reconhecimento de prole etc. O ingresso de profissionais com a mesma formação, através da PNAISP, com salários superiores e condições de trabalho mais adequadas, trouxe para o meio institucional um conflito de competências e atribuições, sem que houvesse a devida delimitação de atuação em cada esfera. Um mal-estar agravado pelas solicitações de diretores e gestores do alto escalão da SEAP que, frente ao reduzido quadro de assistentes sociais, viram na PNAISP a solução de seus problemas, passando a requisitar que esses profissionais exercessem as atribuições pertinentes aos assistentes sociais da execução penal. Os profissionais da PNAISP, por sua vez, diante da suposta ausência de um plano de trabalho que desse especificidade às ações, não encontravam objeto próprio de trabalho em que pese terem sido contratados para atuar na atenção básica de saúde. Desse modo, tanto os assistentes sociais ligados diretamente à instituição, quanto os ligados à PNAISP, não tiveram o necessário diálogo diante da possibilidade de um trabalho conjunto no atendimento integral à saúde das pessoas privadas de liberdade, que abrange as condições de vida como um todo. O que possibilitaria encontrar alternativas em ambas as esferas de atuação, e que não foi favorecido tanto pelo suposto despreparo no ingresso das equipes da

PNAISP, quanto em relação aos assistentes sociais vinculadas à SEAP, que viram nos primeiros uma ameaça ao precário trabalho que vinha sendo desenvolvido.

O que assistimos atualmente é a opção dos gestores em não incluir o Serviço Social nas equipes da PNAISP em detrimento de outras áreas, sob a alegação de problemas e conflitos institucionais. Uma disputa em que perdem todos, profissionais e usuários, diante do grande avanço que representa a participação de assistentes sociais na política de saúde voltada para as pessoas privadas de liberdade nos moldes do SUS.

Tais impasses nos trazem reflexões quanto ao exercício profissional cotidiano em face do Projeto Ético-Político Crítico do Serviço Social. Um projeto profissional que pretendeu romper com o conservadorismo presente no meio profissional desde as suas origens, buscando atrelar os objetivos profissionais aos interesses da classe trabalhadora, usuária dos serviços “evidenciando, paulatinamente, um pluralismo no interior da profissão, o que não mais assegurou a unidimensionalidade do pensamento a-histórico, acríptico e moralizador” (FORTI, 2022, p. 28).

No entanto, diante da possibilidade de adoção dessa perspectiva profissional, não é possível uma visão endógena do Serviço Social, desconsiderando as expectativas das instituições quando contratam os profissionais. A busca de revisão crítica não significou mudanças quanto às tradicionais requisições, demandando não só construções alternativas de ações, como a delimitação de atribuições e competências junto aos gestores e demais profissionais. Esta afirmação não significa recair numa prática messiânica, que se traduz numa visão heroica e ingênua quanto às possibilidades do exercício profissional, que desconsidera tanto o cenário institucional, quanto o macrossocietário. Tampouco recai num exercício profissional em que prevalece o pensamento fatalista, que concebe o Serviço Social preso a um poder monolítico em que nada lhe resta fazer (IAMAMOTO, 2011). A autonomia relativa possibilita meios de rompimento com essas visões com vistas à criação de outros caminhos, sem desconsiderar as determinações macrossocietárias em que o trabalho profissional é gestado (RAICHELIS, 2018). A compreensão dos impasses e disputas dentro da instituição exige dos assistentes sociais, como no caso da SEAP e da PNAISP, trilhar caminhos críticos na direção do Projeto Ético-Político que permitam vislumbrar os embustes em que pode cair a classe trabalhadora, quando se antagoniza e se desarticula da luta por interesses comuns (MARCONSIN, 2009).

Diante do exposto, no caso em análise, essa disputa impactou, pelo menos por enquanto e em parte, na continuidade do trabalho dos assistentes sociais na PNAISP, obstaculizando a possibilidade de o Serviço Social contribuir para assegurar os direitos da população privada de liberdade quanto ao importante acesso à saúde no meio prisional, o que não quer dizer que isso não possa ser mudado, por ser uma história em construção, o que demandará articulações para tal fim.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARATTA, A. Criminologia crítica e crítica do direito penal: Introdução à sociologia do direito penal. Rio de Janeiro: Editora Revan: Instituto Carioca de Criminologia, 2002.
- BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E.; BRAVO, M. I. S.; UCHÔA, R.; NOGUEIRA, V. M. R.; MARSIGLIA, R.; GOMES, L.; TEIXEIRA, M. (Orgs.).

- Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, p. 88-110, 2018.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. Política Social: Fundamentos e História. São Paulo: Cortez, 2011.
- FORTI, V.; VALLE, J.; MAURICIO, J. Projeto Ético-político do Serviço Social: Breves contribuições às polêmicas “interminadas” e/ou intermináveis. In: VASCONCELOS, A. M.; ALMEIDA, N. L. T.; VELOSO, R. (Orgs.). Serviço Social em tempos ultraneoliberais. Rio de Janeiro: Navegando, p. 25-43, 2022.
- IAMAMOTO, M. V. Renovação e conservadorismo no Serviço Social: Ensaio crítico. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- MARCONSIN, C. Cerco aos direitos trabalhistas e crise do movimento sindical no Brasil contemporâneo. 2009. 265 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.
- MÉSZÁROS, I. A crise estrutural do capital. São Paulo: Boitempo, 2011.
- MOTA, A. E. Cultura da crise e seguridade social. São Paulo: Cortez, 1995.
- NETTO, J. P. Ditadura e Serviço social: Uma análise do Serviço social no Brasil pós-64. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1996.
- RAICHELIS, R. Serviço Social: Trabalho e profissão na trama do capitalismo contemporâneo. In: RAICHELIS, R.; VICENTE, D.; ALBUQUERQUE, V. (Org.). A nova morfologia do trabalho no Serviço Social. São Paulo: Cortez, p. 25-65, 2018.
- WACQUANT, L. As duas faces do gueto. São Paulo: Boitempo, 2008.

ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA

*Alzira Tereza Garcia Lobato
Carla Virginia Ulrich Lobato*

O envelhecimento da população é um fenômeno que presenciamos em nível mundial. No Brasil, país capitalista periférico, o segmento de idosos, pessoas com 60 anos e mais, é o que mais cresce, embora ainda com um grande contingente de população jovem, o que representa um desafio para o atendimento das demandas dos idosos e a garantia de políticas públicas de proteção social. De acordo com os dados apresentados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), os idosos representavam 14,6% da população brasileira, ou seja, um pouco mais de 30 milhões. As mulheres idosas constituem maioria nesse universo, totalizando 7,97% (IBGE, 2020).

No mundo em geral e no Brasil, verificamos um processo de feminização da velhice: as mulheres vivem mais do que os homens e têm maior presença relativa na população idosa, principalmente nos estratos mais velhos; crescimento do número de mulheres idosas na população economicamente ativa e do número de mulheres idosas que são chefes de família. O recorte de gênero é determinante para a compreensão da velhice de homens e mulheres que se processa de modo diferente tanto nos aspectos sociais, econômicos, nas condições de vida, nas doenças e até mesmo na subjetividade. Quanto aos fatores que contribuem para a maior longevidade das mulheres, Berzins (2003) destaca os seguintes: proteção hormonal do estrógeno, diferente inserção da mulher no mercado de trabalho, consumo diferente de tabaco e álcool, postura diferente em relação à saúde/doença e frequência maior de mulheres nos serviços de saúde.

Em relação ao perfil da população idosa negra brasileira, percebe-se os rebatimentos do racismo estrutural quando verificamos que a expectativa de vida desse segmento é de 67 anos, ou seja, idosos negros vivem menos que os idosos brancos. Quanto aos indicadores sociais, destaca-se que a mulher negra idosa apresenta piores índices de escolaridade e renda decorrente dos efeitos da desigualdade social ao longo da vida. Além disso, no que diz respeito ao acesso à saúde pública, as pessoas negras são as que mais utilizam o SUS. De modo geral, em relação à saúde os idosos negros, quanto à capacidade funcional, apresentam maior dificuldade de realização das atividades de vida diária (BERNARDO *et al.*, 2022).

Estamos vivendo muito mais, pois nossa expectativa de vida que no início do século XX era de 33,7 anos, hoje chega aos 76,6 anos de idade (IBGE, 2020). Freitas (2004, p. 25), estudando o processo de envelhecimento no Brasil e em alguns países da América Latina, identifica que todos se encontram no terceiro estágio de transição demográfica que se caracteriza pela diminuição da fecundidade e da mortalidade o que resulta no aumento percentual de adultos e, paralelamente, ao número de idosos. A espécie humana nunca viveu tanto, segundo Berzins (2003), em séculos passados, era considerado jovem quem tinha 14 ou 15 anos e velho quando alcançava os 40 anos.

Para Camarano e Pasinato (2007), o envelhecimento populacional entrou na agenda das políticas públicas como um problema de difícil solução, tendo em vista o crescimento acelerado da população idosa, considerada inativa e dependente, ao mesmo tempo em que há uma diminuição do contingente populacional em idade ativa e produtiva, o que tem

revelado uma enorme preocupação com o aumento de despesas da seguridade social. Neste sentido, verificamos o impacto das doenças crônico-degenerativas que representam o perfil de morbimortalidade da população brasileira na transição demográfica, também na população idosa, o que demanda assistência em saúde contínua e prolongada, com altos custos para indivíduos, famílias e sistemas de saúde (BERNARDO; ASSIS, 2016 *apud* BRASIL, 2011).

A partir dos estudos de Debert (1996), identificamos que a representação da velhice como processo contínuo de perdas é responsável pela criação de estereótipos negativos em relação aos velhos, como, por exemplo, a associação da velhice com a doença, mas foi fundamental para a legitimação de um conjunto de direitos sociais que levaram à universalização da aposentadoria, a nosso ver uma conquista decorrente das lutas dos trabalhadores no enfrentamento contra a exploração capitalista.

Ainda a partir das considerações de Debert (1996), a tendência contemporânea de representar a velhice como momento privilegiado para novas conquistas, guiadas pela busca do prazer, da satisfação e da realização pessoal, parece afastar-se do destino da velhice para cair “nos braços” da sociedade de consumo, ou seja, a referência de classe social é substituída pela de consumidor, o que a nosso ver reprivatiza a questão da velhice, como de responsabilidade do indivíduo e da família, desresponsabilizando o Estado na implementação de políticas públicas para essa parcela envelhecida da população.

Para Lobato (2018) a concepção de terceira idade pode ser identificada como uma representação positiva da velhice, na medida em que tem possibilitado ressignificar a vivência dos idosos em seu cotidiano e sua participação na sociedade. Essa constatação pode ser verificada na legitimação da participação dos idosos nos programas de terceira idade, como os centros de convivência e universidades de terceira idade.

Segundo Lobato (2018), o envelhecimento dá-se na compreensão de que estamos diante de um processo que não é homogêneo e nem a-histórico e que em nossa sociedade capitalista, o aumento da expectativa de vida é determinado pelas condições de vida dos sujeitos que envelhecem e a inserção de classe dos sujeitos é uma determinação central para as condições de vida e trabalho. Assim, para aqueles que vendem sua força de trabalho ao longo da vida produtiva, o envelhecimento é acompanhado pela desvalorização e mesmo com a garantia do direito à aposentadoria, atualmente cada vez mais restrito, esses trabalhadores têm perdas financeiras significativas, pois perdem o valor de uso para o capital.

Analisando o envelhecimento e o trabalho na sociedade capitalista, Teixeira (2008, p. 40) explicita que é na velhice que se evidencia a reprodução e a ampliação das desigualdades sociais sendo o envelhecimento do trabalhador uma das expressões da questão social o que

[...] por um lado remete à reconstrução dos processos materiais de existência sob a lógica do capital, que constituem seus determinantes fundamentais [e por outro] remete às lutas sociais de resistência que são o fundamento principal do rompimento dessa problemática no âmbito privado [...] e ascensão ao domínio público, como prioridade de políticas públicas, logo, da reprodução social sob responsabilidade dos fundos públicos (TEIXEIRA, 2008, p. 43).

Contextualizando historicamente as políticas para idosos no Brasil, Lobato (2018) demonstra que, nas décadas de 1960 e 1970 as ações do Estado em relação aos idosos foram pontuais, por meio de leis esparsas que de modo geral tratavam das aposentadorias e beneficiavam os trabalhadores que, excluídos da esfera da produção, necessitavam garantir sua sobrevivência. Idosos considerados carentes ou sem assistência familiar, eram destinados às instituições asilares, a maioria de cunho filantrópico, num apelo à caridade e à solidariedade de segmentos da sociedade civil.

Como resultado das lutas dos setores progressistas de nossa sociedade e da participação do movimento de aposentados e pensionistas que, mobilizados no processo constituinte, dão visibilidade à causa dos idosos, temos em 1988 a promulgação da Constituição Brasileira. Destacamos como significativa conquista da Constituição Cidadã a criação da Seguridade Social, um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade.

A Seguridade Social é composta pelas Políticas de Saúde, Assistência Social e Previdência Social. Salientamos que foi a partir da Constituição Federal de 1988 que a saúde, em seu conceito ampliado, passou a ser prevista como um direito de cidadania e um dever do Estado. O direito à saúde é assegurado pelo Estado por meio de um sistema unificado de saúde, o qual entende que o acesso deve ser garantido para qualquer pessoa independente de sexo, raça, ocupação, entre outros. No que diz respeito à proteção social dos idosos, percebe-se a concepção da responsabilização tripartite, tal qual pode-se observar na Constituição o Art. 230: “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.” (BRASIL, 1988).

Os anos de 1990, segundo Behring e Boschetti (2008), são marcados pela contrarreforma do Estado, de caráter neoliberal, orientadas para o mercado, pois os problemas no âmbito do Estado brasileiro eram apontados como uma das causas centrais da profunda crise econômica e social vivida pelo país desde o início dos anos 1980. Com esta justificativa, desprezavam-se as conquistas constitucionais, pois a ênfase estava nas privatizações e na previdência social a caminho do novo “projeto da modernidade”.

Apesar deste contexto neoliberal, cabe destacar que por meio da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS – Lei nº 8.742 de 7 de dezembro de 1993) está previsto o Benefício de Prestação Continuada (BPC), a ser concedido às pessoas idosas inscritas no Cadastro Único (CadÚnico), com renda familiar per capita igual ou inferior a 1/4 do salário-mínimo. Além disso, os idosos devem comprovar não possuir meios para prover a própria manutenção, nem de tê-la provida por sua família. No Brasil, segundo dados do Governo Federal, atualmente mais de 6 milhões de idosos estão inscritos no CadÚnico, porta de entrada para os Programas Sociais do Governo Federal (BRASIL, 2018).

Ainda nos anos 1990, foi criada a Política Nacional do Idoso (PNI – Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994), que tem como objetivo garantir os direitos sociais, a cidadania e a participação do idoso na sociedade, além da legitimação dos Conselhos de Idosos na formulação, coordenação, supervisão e avaliação da política do idoso. O Decreto nº 1.948 de 3 de julho de 1996, que regulamenta a Lei do Idoso, estabelece as competências dos diferentes órgãos e entidades públicas na implementação da Política do Idoso, em uma perspectiva de intersetorialidade, além de tratar do atendimento aos idosos em modalidade asilar e não asilar. Nas ações de Saúde, segundo Bernardo e Assis (2016), a legislação prevê a

atenção integral, com articulação entre os níveis de promoção, prevenção, assistência e reabilitação; apoio aos cuidados informais; modelos alternativos de atendimento (centro-dia, hospital-dia, atendimento domiciliar).

O Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003) tramitou durante dois anos no Congresso Nacional, sendo tratado como a primeira política para idosos, pois a PNI teve dificuldades de implementação por falta inclusive de financiamento público. O Estatuto reafirma o direito do idoso à proteção integral, aos direitos fundamentais e sociais, definindo penas e punições para aqueles que violem esses direitos ou que cometam violência ou maus-tratos aos idosos. A PNI é contemplada no Estatuto que define os fóruns e conselhos como lugares de controle democrático e de defesa de direitos.

Destacamos uma questão polêmica do Estatuto do Idoso envolvendo os gestores dos planos de saúde quanto à proibição da discriminação do idoso pela cobrança de valores diferenciados para os maiores de 60 anos, direito que para ser garantido precisa ser judicializado.

No sentido de garantir a implementação das políticas para idosos, ao longo dos anos de 1990, foram realizados fóruns em nível nacional e regional, movimento que contou com grupos de idosos e de profissionais, dentre eles, assistentes sociais que atuavam com esses segmentos, tendo papel relevante, na condução desses fóruns e na criação de Conselhos estaduais e municipais de idosos por todo o Brasil, juntamente com a Associação Nacional de Gerontologia (ANG).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI – Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006) tem como finalidade primordial “[...] recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.” (BRASIL, 2006). Segundo Bernardo (2016), a PNSPI traz em seu texto preocupações com a atenção ampliada para os idosos ativos, ou seja, independentes, e idosos dependentes. Para este último grupo, são previstas ações incluindo atividades de reabilitação, cuidados paliativos e de atenção domiciliar. A autora também chama a atenção para a prevalência das doenças crônicas entre os idosos, o que indica uma probabilidade maior de perda da capacidade funcional, ou seja, com o aumento da idade idosos passam a apresentar restrições para a realização das atividades de vida diária (AVD), tais como: alimentar-se, vestir-se, banhar-se, fazer compras e administrar suas medicações, dentre outras. Além disso, a respeito da perda de capacidade funcional, observa-se maior vulnerabilidade entre as mulheres idosas.

Portanto, para pensar a atenção à saúde da população idosa, a partir da perspectiva da integralidade, é necessário entender que as relações sociais influenciam o contexto de vida e o processo saúde-doença-cuidado. Sendo assim, é importante a construção de uma equipe de saúde interdisciplinar. Para que os profissionais de saúde e, dentre eles os assistentes sociais, trabalhem na perspectiva da integralidade é necessário conhecer como se dá o processo de envelhecimento dos idosos brasileiros, processo esse determinado pelas condições de vida desses sujeitos em uma sociedade cuja desigualdade social é estruturante.

No que diz respeito ao cuidado dos idosos, a ênfase da responsabilização da família na proteção social ao idoso e com isso na desresponsabilização do Estado, faz-se necessário mais ações dos profissionais da saúde de acolhimento e compreensão das questões complexas trazidas pelo grupo familiar por meio de atividades individuais ou coletivas,

envolvendo diferentes profissionais da equipe interprofissional que permitam a reflexão e a criação de novas estratégias para o cuidado a serem construídas junto à família do idoso.

Em um contexto de crise sanitária intensificada pela pandemia da COVID-19 desde 2020; de regressão de direitos sociais e redução do orçamento público para as políticas sociais, os assistentes sociais têm um grande desafio: a partir da dimensão pedagógica da profissão, possibilitar espaços de reflexão acerca da importância da participação social dos usuários e profissionais nos conselhos de direitos. A participação na formulação e na implementação de políticas públicas para idosos permite vislumbrar a garantia de direitos para uma velhice com qualidade e dignidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. Política Social: Fundamentos e História. São Paulo, Cortez Editora, 2006.
- BERNARDO, M. H. J. Envelhecimento com dependência: A invisibilidade dos cuidados familiares. In BERNARDO, M. H. J.; MOTTA, L. B. (Orgs.). Cuidado e Interprofissionalidade – uma experiência de atenção integral à saúde da pessoa idosa (Núcleo de Atenção ao Idoso/UnATI-HUPE-UERJ). Curitiba: CRV, 2016.
- _____; ASSIS, M. Atenção integral à saúde do idoso: Por que e para quê? In BERNARDO, M. H. J.; MOTTA, L. B. (Orgs.) Cuidado e Interprofissionalidade – uma experiência de atenção integral à saúde da pessoa idosa (Núcleo de Atenção ao Idoso/UnATI-HUPE-UERJ). Curitiba: CRV, 2016.
- _____. *et al.* Direitos da pessoa idosa: saúde da população idosa negra. Edição n. 4. Rio de Janeiro: UERJ/FSS, 2022.
- BERZINS, Marília A. V. da Silva. Envelhecimento populacional: Uma conquista para ser celebrada, p. 19-33. In Serviço Social & Sociedade. São Paulo: Editora Cortez, n. 75, ano XXIV, 2003.
- BRASIL. Constituição Federal. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 27 de jul. de 2022.
- _____. Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS). Lei nº 8.742 de 7 de dezembro de 1993. Brasília: DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm>. Acesso em 27 de jul. de 2022.
- _____. Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa. Brasília, 2018. Disponível em: <<http://mds.gov.br/assuntos/brasil-amigo-da-pessoa-idosa/estrategia-1>>. Acesso em 27 de jul. de 2022.
- _____. Política Nacional do Idoso. Lei nº 8.842 de 4 de Janeiro de 1994. Disponível: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm>. Acesso em 27 de jul. de 2022.
- _____. Estatuto do Idoso. Lei Federal nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm#:~:text=LEI%20No%2010.741%2C%20DE%201%C2%BA%20DE%20OUTUBRO%20DE%202003.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20Estatuto%20do%20Idoso%20e%20d%C3%>

- A1%20outras%20provid%C3%AAsAncias.&text=Art.,a%2060%20(sessenta)%20anos>. Acesso em 1º de jul. de 2022.
- _____. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria nº 2.528 de 19 de Outubro de 2006. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em 27 de jul. de 2022.
- CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. Envelhecimento, pobreza e proteção social na América Latina. *Papeles de población*, v. 13, n. 52, p. 9-45, 2007.
- DEBERT, G. G. As Representações (Estereótipos) do Papel do Idoso na Sociedade Atual. In *Anais do 1º Seminário Internacional sobre Envelhecimento Populacional*, p. 35-45. Brasília: MPAS/SAS, 1996.
- FREITAS, E. V. Demografia e epidemiologia de envelhecimento. In PY, Lígia *et al.* Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais, p. 19-38. Rio de Janeiro: Ed. NAU, 2004.
- IBGE. Em 2019, expectativa de vida era de 76,6 anos. Brasília, 2020. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/29502-em-2019-expectativa-de-vida-era-de-76-6anos#:~:text=Para%20o%20ano%20de%202019,as%20mulheres%2031%2C8%20anos>>. Acesso em 27 de jul. de 2022.
- LOBATO, A. T. G. Serviço Social, envelhecimento e extensão universitária: A contribuição dos assistentes sociais na UnATI. Tese de Doutorado (Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro) UERJ, Rio de Janeiro, 2018.
- LOBATO, C. V. U. O processo de trabalho do serviço social do Programa de Saúde do Adulto e os desafios da integralidade em tempos de pandemia. In *X Jornada Internacional de Políticas Públicas*. Maranhão, 2021.
- TEIXEIRA, S. M. Envelhecimento e Trabalho no Tempo do Capital: implicações para a proteção social no Brasil. São Paulo: Cortez, 2008.

ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA (POVOS ORIGINÁRIOS)

Gilsa Helena Barcellos
William Berger

A sistematização do conhecimento indígena realizada por cinco xamãs que resultou na produção de uma enciclopédia de quinhentas páginas sobre a medicina tradicional do Povo Matsés,¹ a existência de um Centro de Medicina Indígena da Amazônia (Bahserikowi²) ou mesmo o Manual dos remédios tradicionais Yanomami,³ absolutamente esgotam o vasto conhecimento dos povos originários sobre a saúde, sobretudo pelo fato de serem povos de tradição oral, entre os quais os mais velhos têm a responsabilidade de preparar as novas gerações para resguardar e reproduzir o conhecimento. Nesses contextos, a relação saúde-doença só pode ser compreendida dentro da sua cosmologia constituída na relação entre suas formas concretas de vida, o ambiente e a religião. Nas palavras da liderança indígena João Paulo Tukano,⁴ “Muitas doenças são causadas pela má relação que temos [os não indígenas] com o ambiente, com o rio, com a floresta. Porque o princípio que nós temos [os indígenas Tukano] é que todos os ambientes, seja no universo aquático, como da floresta, da terra, são habitados por seres, os Waimahsã”⁵. O registro em seu idioma e/ou em português expressa o receio de que tais conhecimentos e tudo que os envolve sejam transformados em patentes de laboratórios transnacionais.

Importante lembrar que a luta é pela manutenção dos seus ecossistemas e pela preservação dos seus conhecimentos ancestrais numa quadra histórica na qual está em curso o acelerado processo de mundialização (CHESNAIS, 1996) e crise estrutural do capital (MÉSZÁROS, 2009) em tempos de barbárie (NETTO, 2012) ultraneoliberal (VASCONCELOS; ALMEIDA *et alii.*, 2021).

A agricultura industrial e a mineração avançam assustadoramente sobre esses povos hoje no Brasil. A destruição das florestas em larga escala leva à violação sistemática dos direitos humanos desses povos, tendo como uma das suas expressões mais radicais o assassinato, caracterizando em alguns casos genocídio. Não há dúvida de que as práticas coloniais foram reatualizadas no Brasil moderno, pelas expropriações (FONTES, 2010), o que põe em evidência o retorno aos padrões da acumulação primitiva do capital, de que nos falava Marx (1985), algumas assumindo expressões ainda mais sofisticadas e violentas. Por isso, entendemos desde este mirante de análise do materialismo histórico-dialético a categoria

¹ Os Matsés habitam a região fronteira entre Brasil e Peru. A enciclopédia, que contou com o apoio do grupo conservacionista ACATÉ, foi produzida em língua nativa e teve como objetivo impedir que esse conhecimento lhe seja roubado e tem como uso exclusivo dos novos e futuros xamãs (VILLAR, 2020).

² “Em 2009, depois de ser picada por uma cobra jararaca, uma criança da etnia Tukano foi transferida para um hospital de Manaus (AM) para receber tratamento. Os médicos que a atenderam recomendaram a amputação da perna como única alternativa. Mas seus parentes não concordaram com o diagnóstico e recorreram à justiça para impedir o procedimento e conquistar o direito de utilizar suas técnicas tradicionais como terapia complementar, preservando a perna da criança. De lá para cá, cerca de 2.900 pessoas já foram atendidas no local, entre indígenas e muitos não indígenas, como conta João Paulo Barreto Tukano, coordenador do centro” (VILLAR, 2020, p. 1).

³ O Manual foi resultado de uma pesquisa intercultural empreendida pela Hutukara Associação Yanomami em parceria com o Instituto Socioambiental (ISA), lançada em 2015.

⁴ Citado por Villar (2020, p. 1).

⁵ Os destaques em itálico são nossos.

totalidade (LOWY, 1994), que não é possível pensar a saúde indígena sem se discutir a sociedade do valor. A transformação da sua base material e imaterial em mercadoria não só amplia e aprofunda as causas do seu adoecimento como compromete as suas possibilidades de respostas a elas.

Na Rio + 20, ocorrida em 2012, as lideranças indígenas presentes ecoaram:

Vimos em uma só voz expressar perante os governos, corporações e a sociedade como um todo o nosso grito de indignação e repúdio frente às graves crises que se abatem sobre todo o planeta e a humanidade (crises financeira, ambiental, energética, alimentar e social), em decorrência do modelo neodesenvolvimentista e depredador que aprofunda o processo de mercantilização e financeirização da vida e da Mãe Natureza.⁶

As causas do adoecimento dos povos indígenas são diversas. No período colonial, a literatura registrou o quão perverso foi o tratamento dado aos povos originários, sendo que uma das estratégias de dominação foi o genocídio pela contaminação de doenças trazidas pelos colonizadores como varíola, sarampo, varicela, gripe, entre outras.

Nos anos 1950 do século passado entre as epidemias que os povos do Xingu tiveram que lidar destaca-se a de sarampo em 1954: “Foi aguda e veloz, vitimando famílias inteiras, sem que houvesse tempo para enterrar direito os mortos” (FAUSTO, 2020, p. 1).

Mais recentemente, no processo da pandemia da COVID-19, constatou-se a desassistência do governo federal e, em alguns casos, de governos estaduais, aos povos indígenas. Segundo a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), a taxa de mortalidade pelo coronavírus entre os anos de 2020 e 2021 foi quase 30% maior do que entre a população em geral, quando considerada a faixa etária (CIMI, 2022, p. 218). A média de óbitos indígenas por ano no período de 2015-2019 é de 3.990; em 2020 e 2021, a média é de 5.298 mortes anuais, ou seja, 33% maior do que a média de óbitos indígenas nos cinco anos anteriores à pandemia.

A pandemia da Covid-19 trouxe outras implicações. A negligência do Estado também se registrou na atenção a outras doenças. No contexto pandêmico, aumentaram os surtos de malária e a mortalidade infantil, por causas evitáveis, a exemplo da diarreia e desnutrição. Entre os anos de 2017 e 2019, morreram 2.448 crianças com até 5 anos de idade (CIMI, 2020, p. 186; a fonte informa que os dados divulgados estão sujeitos à revisão). Em 2021, durante a pandemia, de acordo com os dados levantados pelo Conselho Indigenista Missionário, morreram 744 (CIMI, 2022). Todavia, devido às dificuldades encontradas para acessar as informações, o próprio CIMI infere que o número de mortes pode ser ainda maior.⁷ Outro aspecto que chama a atenção no relatório citado é a ocorrência de 148 suicídios indígenas neste mesmo ano: a lógica da alienação humana pelo capital é insuportável para estes povos, como o é para todo o gênero humano.

⁶ Portal Rio+20 construindo a cúpula dos povos Rio+20. Disponível em: <<http://rio20.net/pt-br/propuestas/declaracao-final-do-acampamento-terra-livre-%E2%80%93-bom-viver/>>. Acesso em 16 de jan. de 2023.

⁷ Com base na Lei de Acesso à Informação (LAI), o CIMI obteve da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) informações parciais sobre as mortes de crianças indígenas de 0 a 5 anos de idade. Os dados, que foram coletados pela secretaria em janeiro de 2022 e estão, provavelmente, defasados, revelam a ocorrência de 744 mortes de crianças indígenas de 0 a 5 anos de idade em 2021.

As ações extrativistas predatórias, que contaram com a inteira conviência do Estado, particularmente nos quatro anos de governo Bolsonaro (2018-2022), e a ausência de políticas de proteção aos povos originários têm sido fatais. As relações sociais mediadas pelo valor, ao mesmo tempo em que extingue a biodiversidade necessária às práticas e rituais indígenas de cuidado com a saúde, corrobora fortemente o alastramento de doenças, entre estas a saúde mental da juventude indígena expressa nos altos índices de suicídio, sem qualquer perspectiva de futuro na órbita deste mundo da competição e do reino do valor de troca. Por isso, compreende-se que a preservação do seu conhecimento ancestral sobre saúde é expressão de sua inteira resistência, bem como da manutenção dos biomas, dos quais são verdadeiros guardiães em tempos de aceleradas mudanças climáticas globais, com impactos evidentes a todas as formas de vida.

Outro aspecto que não deve ser esquecido é o caso de muitos povos não terem ainda os seus territórios demarcados. O fato de o Estado não reconhecer o seu direito coletivo de posse sobre o território implica em uma série de questões que têm relação direta com a saúde, como, por exemplo, a implementação de políticas e/ou serviços de saúde com recorte étnico no interior dos seus aldeamentos. No mais, são sempre terras em disputa, que, na maioria das vezes, envolve grandes empreendimentos industriais, fazendeiros e pessoas com maior poder político (as bancadas do boi, da bala e da bíblia). Os conflitos de terras têm sido uma das importantes causas de violências e mortes de indígenas no Brasil.

LEGISLAÇÃO (POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS)

A política de saúde indígena é uma política setorial dentro do Ministério da Saúde e compõem com a Constituição Federal de 1988, em especial os artigos 231 e 232, também o Estatuto do Índio (lei nº 6.001/1973) e a Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), além da Declaração das Nações Unidas (ONU) sobre os Direitos dos Povos Indígenas, os instrumentos jurídicos que afirmam os direitos dos povos originários no Brasil e no contexto internacional (OLIVEIRA, 2019).

No séc. XX, a criação do Serviço de Proteção aos Índios (SPI), autarquia fundada pelo Marechal Cândido Rondon (descendente da etnia Bororo), foi a primeira forma de atendimento estatal a esses povos, órgão extremamente questionado principalmente com a saída de seu criador que se denominava “amigo dos índios”, mas o qual evidenciou casos de corrupção e violências contra os indígenas ainda em sua gestão (CALEFFI, 2003).

Após a morte de Rondon, os escândalos levaram à extinção do SPI em 1967 e à criação da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), pela Lei nº 5.371, de 5 de dezembro de 1967, vinculada ao Ministério da Justiça, entidade com patrimônio próprio e personalidade jurídica de direito privado. “É o órgão federal responsável pelo estabelecimento e execução da política indigenista brasileira em cumprimento ao que determina a Constituição Federal Brasileira de 1988” (FUNAI, 2013).

Nos anos 1980, a previsão do desaparecimento dos povos indígenas deu lugar a uma retomada demográfica geral. A volta do crescimento da população indígena, em processo, está vinculada, também, diretamente “[...] com as demarcações das terras indígenas e ao atendimento de políticas sociais e sanitárias” (SILVA, 2010, p. 11).

Oliveira (2019, p. 59-60) nos diz que:

Nas décadas de 1980 e 1990, aconteceram as primeiras iniciativas para a criação de um sistema de saúde indígena (1985) por ocasião da realização do primeiro encontro de saúde indígena nesse ano, quando se identifica registros de denúncia e precariedade da saúde indígena e da falta de assistência. No ano seguinte, em março de 1986, com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, sendo concretizada ainda no final daquele ano, de 26 a 29 de novembro, cuja proposta era a Gestão da Saúde Indígena pelo Ministério da Saúde, com a criação de um único órgão e a participação dos indígenas na formulação da política.

A partir da lei 8.080/1990 e a lei 8.142/1990 que institui o Sistema Único de Saúde (SUS), é fundado em 1991 o primeiro Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) em Roraima com o Decreto nº 23/1991, que será o modelo para a criação de uma política especializada para a saúde dos povos indígenas aldeados. Diga-se de passagem, que os indígenas em contexto urbano são tratados sem atendimento especializado de acordo com sua cultura e etnia (OLIVEIRA, 2019).

Na 9ª Conferência Nacional de Saúde são denunciadas as péssimas condições de saúde aos povos indígenas e em outubro de 1993 se realiza a II Conferência Nacional de Proteção à Saúde dos Povos Indígenas, na qual se discute a participação paritária de indígenas e não indígenas e do modelo assistencial das DSEI's. Em 1999, chega-se ao número de 34 DSEI's em todo o território nacional. Como em toda a política do SUS há aqui uma questão de demanda maior que a capacidade de oferta. A maior parte da população indígena de diferentes etnias acaba sendo atendida nas Unidades Básicas de Saúde (UBS's) e Hospitais dos municípios e estados sem qualquer atenção especializada, salvo em caso de projetos específicos, quando o município mapeia e identifica as populações indígenas em seu território (OLIVEIRA, 2019).

Acima das DSEIS, a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) foi até o ano de 2010 o principal órgão que regulou a política de saúde dos povos indígenas no Brasil, em meio a diversas dificuldades técnicas, operacionais e limitações financeiras (OLIVEIRA, 2019).

Em 2010, a política de saúde indígena passa para Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), através da Medida Provisória nº 483/2010 e posteriormente na lei 12.314/2010, no primeiro governo Lula da Silva. A SESAI segue o modelo desenvolvido pela FUNASA e mantém a estrutura das DSEIS, e continua com o número total de 34 DSEI's em todo o território nacional (OLIVEIRA, 2019).

PRINCIPAIS DESAFIOS E PERSPECTIVAS

Ao tempo da criação do Ministério do Povos Indígenas (no terceiro governo Lula da Silva (2023), tendo como ministra a indígena Sônia Guajajara, e levando em conta o histórico e a estruturação vigente da política de atenção aos povos indígenas, entendemos que a atenção ao território é o primeiro ponto a ser observado pelos/as profissionais da saúde que atuam em territórios indígenas e atendendo indígenas em contexto urbano. É preciso, pois, identificar os Determinantes Sociais da Saúde (DSS)⁸ indígena com base em um sólido

⁸ DSS são as condições em que as pessoas vivem e trabalham, onde a vida transcorre (POSSAS, Cristina de A. *apud* Oliveira, 2019).

mapeamento epidemiológico, por região, estados, municípios e etnias/aldeias, onde, para além dos impactos do coronavírus se destacam doenças e condições de saúde como hanseníase, diabetes, hipertensão, IST's (Infecções Sexualmente Transmissíveis)/AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), além dos fatores econômicos (desemprego, pauperização, degradação), sociais/demográficos/culturais (analfabetismo, drogas como crack e álcool que laceram os indígenas, além da prostituição, discriminação e preconceito) e comportamentais (suicídio, depressão, sofrimento mental, desagregação) (OLIVEIRA, 2019, p. 71).

Ao atuar com as populações indígenas, e em toda a política de saúde em geral, é preciso ir além da visão positivista/biologicista e considerar um olhar de totalidade sobre as expressões da questão social, e o protagonismo dos sujeitos indígenas na construção e gestão autônoma do atendimento em saúde em seus territórios, respeitando sua visão de mundo, saúde, vida, morte, valores e cultura próprios.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BERGER, W. (Org.). No olho do furacão: populações indígenas, lutas sociais e Serviço Social em tempos de barbárie. Vitória/ES: Milfontes, 2019.
- CALEFFI, P. O que é ser índio hoje? A questão indígena na América Latina/Brasil no início do século XXI. Revista de Diálogos Latino Americanos, Aarhus, n. 7, p. 20-42, 2003.
- CHESNAIS, F. A Mundialização do Capital. Tradução Silvana Finzi Foá. São Paulo: Xamã, 1996.
- CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO. Relatório Violência Contra os Povos Indígenas no Brasil. Dados de 2019. Brasília, 2020. 216p. Disponível em: <<https://cimi.org.br/wp-content/uploads/2020/10/relatorio-violencia-contra-os-povos-indigenas-brasil-2019-cimi.pdf>>. Acesso em 2 de jan. de 2023.
- CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO. Relatório Violência Contra os Povos Indígenas no Brasil. Dados de 2021. Brasília, 2022. 281p. Disponível em: <<https://cimi.org.br/wp-content/uploads/2022/08/relatorio-violencia-povos-indigenas-2021-cimi.pdf>>. Acesso em 2 de jan. de 2023.
- CUNHA, M. C. O Futuro da Questão Indígena. In: SILVA, A. L.; GRUPIONI, L. D. B. (Orgs.). A Temática Indígena na Escola – novos subsídios para professores de 1º e 2º graus. 3 ed. São Paulo. Brasília: Global Editora, MEC, MARI, UNESCO, 2000.
- FAUSTO, C. O sarampo do tempo de meu avô: memórias do etnocídio na pandemia. Jornal Nexo online. s/l. 24 abr. 2020. Disponível em: <<https://www.nexojornal.com.br/ensaio/debate/2020/O-sarampo-do-tempo-de-meu-av%C3%B4-mem%C3%B3rias-do-etnoc%C3%ADdio-na-pandemia>>. Acesso em 2 de jan. de 2023.
- FONTES, V. O Brasil e o capital imperialismo: teoria e história. Rio de Janeiro: EPSJV, UFRJ, 2010.
- LÖWY, M. As aventuras de Karl Marx contra o Barão de Münchhausen: Marxismo e Positivismo na Sociologia do Conhecimento. São Paulo: Editora Cortez, 1994.
- MARX, K. O Capital – Crítica da Economia Política. Vol. I, Livro Primeiro – O processo de produção do capital, Tomo I. 2 ed. São Paulo: Nova Cultura, 1985.

- MÉSZÁROS, I. A crise estrutural do capital. São Paulo: Boitempo, 2009.
- NETTO, J. P. Capitalismo e barbárie contemporânea. Argumentum, Vitória (ES), v. 4, n.1, jan./jun. 2012 (p. 202-222).
- PORTAL Rio+20 Construindo a cúpula dos povos Rio+20. Disponível: <<http://rio20.net/pt-br/propuestas/declaracao-final-do-acampamento-terra-livre-%E2%80%93-bom-viver/>>. Acesso em 16 de jan. de 2023.
- SANTOS, M. O Brasil – território e sociedade no início do século XXI. 6 ed. Rio de Janeiro/São Paulo. Editora Record, 2004.
- SILVA, H. H. C. Indígenas urbanos uma questão social no contexto da cidade de Manaus. Disponível em: <http://www.ts.ucr.ac/bihttp://www.funai.gov.br/quem/legislacao/indios_na_constitui.htm>. Acesso em 28 de nov. de 2010.
- VASCONCELOS, A. M.; ALMEIDA, N. L. T.; VELOSO, R. (Orgs.). Serviço Social em tempos ultraneoliberais. Uberlândia: Navegando Publicações, 2021.
- VILLAR, R. Saúde quem vem da floresta: o conhecimento do povos indígenas. Greenpeace, 2020. Disponível em: <greenpeace.org/brasil/blog/saude-que-vem-da-floresta-o-conhecimento-dos-povos-indigenas/>. Acesso em 5 de jan. de 2023.

ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQIA+

*Marcia Cristina Brasil Santos
Clara Azevedo de Araújo
Eloísa da Silva Xavier*

As políticas públicas de Atenção à Saúde da população LGBTQIA+ no Brasil constituem um campo marcado por inúmeras fragilidades apesar da histórica atuação dos movimentos sociais implicados nessa pauta. A sigla identitária LGBTQIA+ é utilizada política e socialmente para classificar lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (transgênero), queers, intersexos e assexuais. O símbolo (+) incorpora outras variantes de identidade de gênero e/ou orientação sexual. Além dos movimentos LGBTQIA+, outros sujeitos históricos como profissionais de saúde, pesquisadores, estudiosos do tema, entre outros, tiveram atuação importante na institucionalização de políticas de atenção à saúde da população supracitada. Apesar de ter alcançado alguns avanços, que ainda são respostas incipientes do Estado frente às demandas e necessidades dessa população, que até o presente momento ainda não conta com a estruturação de uma rede de atenção voltada para suas necessidades específicas em saúde na maior parte dos 26 estados da federação brasileira (SANTOS, 2020; IRINEU, 2014).

Em se tratando do protagonismo dos movimentos sociais a favor do engendramento e fortalecimento desse campo é necessário apontar que o movimento LGBTQIA+ teve seu início anos 1970 e se fortaleceu ao longo dos anos de 1980, no bojo da efervescência política característica daquele período, quando se constituíram vários movimentos da sociedade civil em defesa de grupos historicamente excluídos (IRINEU, 2014).

Cabe destacar que a AIDS naquela época constituía um fenômeno a que todos os grupos envolvidos com a temática de sexualidade e diversidade de gênero eram obrigados a discutir. Com o advento da epidemia de AIDS, afetando sobretudo gays e travestis, o movimento LGBTQIA+ organizou-se para pleitear ações para além do seu reconhecimento identitário, as quais trouxeram para o cenário político demandas por ações efetivas do Estado frente às necessidades impostas pela doença, além de terem colocado em cena princípios éticos como a solidariedade, a valorização da diversidade, a luta contra a discriminação e o estigma em relação às pessoas soropositivas.

Na primeira década dos anos 2000 houve um progressivo deslocamento das questões de saúde e uma expansão em outras direções relacionadas com a garantia dos direitos humanos em sentido mais amplo, respondendo a uma busca pelo movimento social da transversalização das questões LGBTQIA+ para outras esferas de governos e setores das políticas públicas, transcendendo o campo da saúde, que num primeiro momento era circunscrito à AIDS. Esse período foi um marco do ativismo LGBTQIA+, particularmente para as travestis e transexuais, cujo movimento passou a ser protagonista na construção de políticas públicas, muitas vezes incidindo por dentro da gestão, o que sempre constituía um campo arenoso dado o direcionamento político dos governos petistas em curso, ao buscarem a despolitização e o apassivamento dos movimentos sociais (BRAVO, 2018).

Em 2004, no contexto de adensamento do processo de constituição de direitos da população LGBTQIA+ historicamente negligenciada, a Secretaria Especial de Direitos

Humanos da Presidência da República (SEDH-PR) lançou o Programa Brasil Sem Homofobia (BSH) – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual. O BSH tinha como perspectiva um amplo envolvimento interministerial na implantação de ações que visavam a promoção do respeito à diversidade sexual e de gênero, sendo instituído com o objetivo expresso de promover a cidadania de gays, lésbicas, travestis, transgêneros e bissexuais a partir da equiparação de direitos e do combate à violência e à discriminação homofóbicas, respeitando a especificidade de cada um desses grupos populacionais (BRASIL, 2004).

Irineu (2014) sinaliza para a necessidade de problematizações em torno desse programa sem deixar de ressaltar, no entanto, a sua importância e pioneirismo. Todavia, a autora chama a atenção para continuidade das diretrizes neoliberais na condução das políticas públicas iniciadas ainda no Governo Collor a partir de 1989 e consolidadas no Governo de Fernando Henrique Cardoso nos anos seguintes, as quais se mantiveram nos governos petistas. Tal continuidade ficou visível no perfil da condução das ações voltadas para a população LGBTQIA+ a partir do favorecimento do Estado às instituições não governamentais, o que demonstra uma configuração de desresponsabilização por parte deste em executar as ações previstas no Plano.

Ainda que a realidade de desresponsabilização do Estado frente a essas ações seja uma forte característica desse processo, é importante destacar que no bojo do BSH foi criado um importante canal de participação dos/as usuários/as que pode se consolidar, a depender das forças políticas em jogo, em um instrumento de pressão popular sobre a gestão pública. Trata-se da criação do Comitê Técnico de Saúde LGBT do Ministério da Saúde (MS), a quem coube, na esfera federal, o debate relativo à assistência à saúde das pessoas LGBTQIA+, que se desdobrará em ações políticas concretas na perspectiva da criação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (PNSI LGBT) publicada em 2011.

O programa BSH propunha ao campo da saúde a necessidade de formalizar o “Comitê Técnico de Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais”, do MS, que teve como objetivo a estruturação de uma Política Nacional de Saúde para essa população. Destaca-se que em outubro de 2004 a Portaria nº. 2.227 do MS dispôs sobre a criação do Comitê Técnico para a formulação de proposta da política nacional de saúde da população de gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais – GLTB.

Passados mais de dez anos da implementação do BSH e a partir de informações coletadas da página da Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos (ABGLT), acrescidas dos dados da pesquisa de tese de Aidar (2016), pode-se constatar que entre 2011 e 2020, dos 26 estados da Federação mais o Distrito Federal, apenas três (Rio Grande do Sul, Paraná e Pernambuco) instituíram políticas estaduais de saúde LGBT em seus territórios, embora a maior parte dos estados do país tenham criado Conselhos estaduais LGBT’s e Comitês Técnicos de saúde LGBT.

Como se pode observar, a PNSI LGBT ainda não é uma realidade na quase absoluta maioria dos estados brasileiros. Embora muitos estados, e mesmo alguns municípios, tenham viabilizado os comitês de saúde e conselhos de direitos LGBT, tais instâncias ainda não tiveram força política para viabilizar a construção de planos estaduais/municipais LGBTQIA+ e ainda menos para buscar a institucionalização local de uma política de saúde pautada nas diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral LGBT.

No âmbito do Executivo federal, apesar de haver conquistas significativas representadas pela elaboração em 2004 do BSH, pelos desdobramentos decorrentes da realização das Conferências Nacionais LGBT, em 2008 e 2011, pela elaboração do Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Plano Nacional LGBT) em 2009, pela publicação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT e com a ampliação da Portaria 2.803/13 a qual estabelece o Processo Transsexualizador realizado pelo SUS, constatou-se a partir daí profundos retrocessos. Ou na melhor das hipóteses uma acentuada estagnação na elaboração, gestão e implementação desse conjunto de ações que nunca chegaram a ser estruturadas de forma adequada às necessidades e demandas da população.

As conquistas do projeto democrático que consolidaram o SUS enquanto política pública fundada numa expectativa de que seria pautada por princípios da universalidade, equidade e integralidade foram atropeladas pela ofensiva do capital, inviabilizando que determinados grupos da sociedade, como os de pessoas LGBTQIA+, tivessem suas necessidades específicas plenamente contempladas pelo Estado, mesmo que isso violasse um importante princípio requerido pelo SUS, que é o da equidade.

Assim, sexualidade e saúde são instâncias fundamentais dos direitos humanos e parte intrínseca da atuação do Serviço Social. Todavia, os estudos de sexualidade têm um legado que inicialmente foi apropriado de forma tímida pelo Serviço Social, mas vem se fortalecendo progressivamente, numa consolidação ainda em curso. Ao comparar-se às abordagens iniciais, tendo como marco a campanha O Amor Fala Todas as Línguas, de 2006, às abordagens atuais, inclusive com a constituição do GTP/ABEPSS – Gênero, Raça e Sexualidades, observa-se um crescimento desse campo, que vem buscando suprir uma lacuna nos espaços da formação e do trabalho profissional a partir do diálogo crítico, na perspectiva da totalidade da vida social, favorecendo o espraiamento dessas discussões a partir das protoformas já existentes expressas no Código de Ética Profissional desde 1993, cujos onze princípios evidenciam o dever ético do/a assistente social na defesa intransigente dos direitos humanos, em especial, das pessoas LGBTQIA+ (CFESS/ 2006; MESQUITA e MATOS, 2011).

O aumento e fortalecimento das lutas dos movimentos sociais LGBTQIA+ nos últimos anos, sobretudo a questão da diversidade sexual e de gênero, tem colocado na agenda pública, no campo acadêmico e profissional do Serviço Social, em particular, demandas e proposições que exigem formulações de análise e de intervenção, que superem respostas reducionistas e fechadas que alocam essas questões ao campo culturalista e pós-moderno ou mesmo à chamada “ideologia de gênero” (SANTOS, 2017; CFESS, 2015).

A partir do fundamento teórico-metodológico do pensamento crítico, ao tratar a concepção histórico-concreta das sexualidades e dos gêneros, a categoria tem avançado e amadurecido tanto na perspectiva teórica quanto nas dimensões ético-política e técnico-operativa, o que se expressa no aumento dos debates, das resoluções regulamentares e das produções teóricas dinamizadas tanto pelas Unidades de Ensino quanto pelas instâncias organizativas, tendo o conjunto CFESS/CRESS como principal referência nesse direcionamento, no qual a defesa dos direitos da população LGBTQIA+ torna-se parte da agenda política do Serviço Social (EURICO, 2021).

São inúmeras as ações desenvolvidas ao longo dos anos pelo conjunto CFESS/CRESS, no sentido de apoiar as lutas dessa parcela da população – alvo de inúmeras

violações de direitos – e de orientar assistentes sociais a combater toda e qualquer forma de preconceito e discriminação. Dentre estas ações, podemos citar a realização da já mencionada campanha O Amor Fala Todas as Línguas em 2006; a publicação da Resolução CFESS nº 489/2006, que estabelece normas, vedando condutas discriminatórias ou preconceituosas, por orientação e expressão sexual por pessoas do mesmo sexo, no exercício profissional da/o assistente social; a publicação da Resolução CFESS 615/2011, que dispõe sobre a inclusão do nome social das profissionais travestis e das/dos profissionais transexuais nos documentos de identidade profissional, sendo o Serviço Social a primeira categoria profissional a determinar tal direito; a realização do Seminário Nacional Serviço Social e Diversidade Trans: exercício profissional, orientação sexual e identidade de gênero em debate, em 2015; a publicação da série Assistente Social no combate ao preconceito sobre a transfobia; a publicação da Resolução do CFESS 845/2018, referente à atuação profissional no processo transexualizador.

Mais do que nunca, é necessário avançarmos na perspectiva de que os direitos sexuais são direitos humanos, sobretudo em um contexto societário cujas forças antidemocráticas e conservadoras incrustadas dentro e fora do Estado têm operado sistematicamente na negação da humanidade daqueles e daquelas que rompem com os padrões patriarcais, racistas e sexistas estabelecidos para a manutenção do sistema capitalista.

Assim, pensar a questão da variabilidade de gênero e sexualidade é explicá-las historicamente no conjunto das relações sociais, por ser um elemento indissociável da imposição dessa sociedade desde a acumulação primitiva (FEDERICI, 2017). É possível vincular esse debate teórico e político alinhado aos projetos emancipatórios da classe trabalhadora, entendendo que tal classe é composta por sujeitos diversos quanto à origem étnico-racial, quanto ao gênero e quanto à sexualidade. É inserir as análises em torno das dissidências sexuais no campo das sexualidades e sob uma perspectiva interseccional, considerando que a luta contra LGBTQIAfobia não pode acontecer isoladamente, abstraindo-se do resto de injustiças sociais e discriminações (EURICO, 2021).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AIDAR, A. M.; O Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção de Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CNCD/LGBT): entraves e possibilidades de participação na elaboração e implementação de políticas públicas. UERJ/REDE SIRIUS/ BIBLIOTECA IESP, 2016.
- BRASIL. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. Programa Brasil sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual. Brasília: MS, 2004. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_sem_homofobia.pdf> Acesso em 3 de ago. de 2022.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.836 de 01 de dezembro de 2011. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, 2 de dez. de 2011. Seção 1 n. 231, p. 37. Institui, no âmbito do SUS (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Disponível em:

- <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html>. Acesso em 6 de ago. de 2022.
- _____. Portaria n.º 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o processo transexualizador no SUS. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html>. Acesso em 6 de ago. de 2023.
- BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. *Argumentum* (Vitória), v. 10, p. 9-23, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/index.php/argumentum/article/view/19139/13218>>. Acesso em 6 de ago. de 2022.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL/CFESS. Resolução n.º 489/2006 de 3 de junho de 2006 – Estabelece normas vedando condutas discriminatórias ou preconceituosas, por orientação e expressão sexual por pessoas do mesmo sexo, no exercício profissional do assistente social, regulamentando princípio inscrito no Código de Ética Profissional. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_489_06.pdf>. Acesso em 6 de ago. de 2022.
- _____. Resolução n.º 615 de 8 de set. de 2011. Dispõe sobre a inclusão e uso do nome social da assistente social travesti e do(a) assistente social transexual nos documentos de identidade profissional. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/615-11.pdf>>. Acesso em 3 de ago. de 2022.
- _____. Compilado das palestras do evento realizado nos dias 11 e 12 de junho de 2015, em São Paulo (SP). Seminário Nacional de Serviço Social e Diversidade Trans Exercício profissional, orientação sexual e identidade de gênero em debate. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/2020Cfess-LivroSeminarioTrans2015-Site.pdf>>. Acesso em 6 de ago. de 2022.
- _____. Gestão Tecendo na luta a manhã desejada (2014-2017). Série Assistente Social no combate ao preconceito. TRANSFOBIA. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-Caderno04-Transfobia-Site.pdf>>. Acesso em 6 de ago. de 2022.
- _____. Resolução n.º 845 de 26 de fev. de 2018. Dispõe sobre atuação profissional do/a assistente social em relação ao processo transexualizador. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/ResolucaoCfess845-2018.pdf>>. Acesso em 5 de ago. de 2022.
- EURICO, M. *et al.* Formação em Serviço Social: relações patriarcais de gênero, feminismos, raça/etnia e sexualidades, v. 21 n. 42 (2021): Crise Capitalista, Questão Social no Brasil e Diretrizes Curriculares da ABEPSS. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/37235>>. Acesso em 4 de ago. de 2022.
- FEDERICI, S. Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva. São Paulo: Ed. Elefante, 2017.
- IRINEU, B. 10 Anos do Programa Brasil Sem Homofobia: notas críticas. *Temporalis*. Brasília (DF), ano 14, n. 28, p. 193-220, jul./dez., 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/temporalis/issue/view/514>>. Acesso em 4 de ago. de 2022.

- MESQUITA, M.; MATOS, M. O amor fala todas as línguas: assistente social na luta contra o preconceito – reflexões sobre a campanha do conjunto CFESS/CRESS. Revista em Pauta, RJ, n.º 28, 2011. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/2938/2102>>. Acesso em 3 de ago. de 2022.
- SANTOS, M. C. B. Aos trancos e barrancos: uma análise do processo de implementação e capilarização do processo transexualizador no Brasil [Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em serviço social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro], 2020.
- SANTOS, S. M. M. Diversidade sexual: fonte de opressão e de liberdade no capitalismo. Argumentum, Vitória, v. 9, n. 1, p. 8-20, jan./abr., 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/15773>>. Acesso em 2 de ago. de 2022.

ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

Ana Paula Procópio da Silva

NAVIO NEGREIRO

Lá vem o navio negreiro
Com carga de resistência
Lá vem o navio negreiro
Cheinho de inteligência...

(Solano Trindade, *O poeta do povo*, p. 45)

A chegada massiva das populações africanas no Brasil remonta à segunda metade do século XVI. O fato de terem pisado estas terras na condição de escravizadas/os em nenhum momento retirou daquelas pessoas os seus atributos de humanidade. Ao contrário, as resistências, as lutas sociais e a produção de conhecimentos empreendidas pelos africanos e seus descendentes incidiram direta e indiretamente na formação social e histórica brasileira. Essa é a premissa para pensarmos sobre os processos, as determinações e os determinantes sociais que configuram a Atenção à Saúde da População Negra, bem como conhecer as trajetórias históricas das organizações e reivindicações contemporâneas por equidade no acesso às políticas sociais, com destaque para o percurso de institucionalização da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e os desafios de sua implementação no Sistema Único de Saúde (SUS).

No período escravista o principal fator de vulnerabilidade em saúde das populações negras era a sua condição social de escravização, então ao mesmo tempo que empreendiam lutas e resistências individuais e coletivas, as/os sujeitas/os utilizavam seu conhecimentos e tecnologias ancestrais contidas na natureza para promover o cuidado, o equilíbrio físico, mental e espiritual para aliviar as imposições do sistema, para se fortalecerem e para organizar na forma de quilombos, rebeliões e guerrilhas um constante estado de tensão na sociedade, evidenciando suas contradições (MOURA, 1988).

Faustino; Spiassi (2010) indicam,

[...] como formas de intervenção sobre condições de saúde, diversas ações que visavam minimizar o sofrimento da insalubre travessia transatlântica, como a preservação e recriação do universo cultural africano no contexto do escravismo brasileiro, conservando e adaptando conhecimentos relacionados à arte da cura e, principalmente, os diversos processos de enfrentamentos ao sistema escravista. Ao mesmo tempo em que atuavam, a partir da luta coletiva ou individual, sobre os produtores de vulnerabilidade em saúde, utilizavam seu conhecimento milenar sobre o poder medicinal do cuidado, das folhas e do equilíbrio físico, mental e espiritual para aliviar as situações impostas e até mesmo se fortalecerem (p. 163).

Ao longo de 388 anos as relações sociais no Brasil foram estruturadas pelo racismo, o que significa dizer que todas as dimensões da vida social como a economia, a política e a cultura foram organizadas racialmente. Com a passagem do escravismo para o capitalismo dependente, o racismo passa a atuar também como estruturante dinâmico que, articulado ao patriarcado e ao sexismo, torna-se um elemento de impedimento da erosão das relações de exploração e das condições de desigualdade, ou seja, favorece, condiciona e mantém a racionalidade burguesa. Não se trata, portanto, de uma anomalia no interior de um sistema, mas de um modo próprio de funcionamento (ALMEIDA, 2018).

Partindo de uma abolição inconclusa, sem direitos de reparação ou de integração, o que ficou reservado para as populações negras foi o lugar do pauperismo e da superexploração sob as condições mais precárias. E desde os primeiros anos da República, os movimentos negros organizados constituíram-se como uma força social representativa fundamental no tensionamento com o Estado por melhores condições de vida, assumindo a reivindicação de várias demandas humano-societárias, incluída a luta pelo direito à vida e à saúde. Contudo, apenas em 1988 as políticas sociais foram instituídas como direito de todas/os com a promulgação da Constituição Federal. A partir de então o Estado brasileiro se obrigou a formular e executar políticas públicas. No caso da saúde, com vistas à redução do risco de doenças e outros agravos e garantia do acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. A saúde passou a integrar o sistema nacional de seguridade social – com a previdência e a assistência social – constituindo-se numa política de direitos, operacionalizada no SUS.

A saúde na perspectiva ampliada é qualidade de vida e cidadania, é um direito humano que implica o Estado garantir as necessidades básicas das pessoas. Então “ter saúde” é resultado das condições de vida: moradia, educação, cultura, lazer, alimentação e trabalho, dimensões importantes para o desenvolvimento humano em um sentido integral. São formulações da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) que se desdobraram no SUS, cujas diretrizes para o agir em saúde consideram o fato de as condições de saúde serem determinadas por fatores biológicos e sociais de ordem econômica, ambiental, política ou cultural. No entanto, não foi considerado o racismo estrutural refletido institucionalmente nas relações interpessoais, no desenho e desenvolvimento das políticas públicas, nas próprias estruturas de governo e na forma patriarcal e racista do Estado burguês brasileiro.

[...] os avanços nas discussões sobre saúde e direitos não contemplavam o fato de negros e negras acumularem desvantagens no acesso aos benefícios das ações do Estado, de suas instituições e organizações e, por consequência, apresentarem experiências desiguais em nascer, viver, adoecer e morrer (LOPES, 2008).

Em resposta à invisibilização da relação entre racismo e acesso a direitos, o Movimento de Mulheres Negras, na década de 1990, posicionou a saúde como uma prioridade de luta e impulsionou os debates sobre os direitos sexuais e reprodutivos na perspectiva interseccional relacionando classismo, racismo e sexismo como barreiras conjugadas e reivindicando equidade. Em 1995, a Marcha Zumbi dos Palmares contra o Racismo, pela Cidadania e pela Vida levou militantes de diversos movimentos negros à Brasília com demandas sistematizadas em um documento entregue oficialmente ao governo.

Uma das primeiras respostas foi a inclusão em 1996 do quesito cor da pele nas declarações de nascidos vivos – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) – e nos óbitos – Sistema de Informação sobre Mortalidade.

Na III Conferência Mundial de Combate ao Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata (Durban, África do Sul, 2001), a delegação brasileira contou com a significativa participação de movimentos negros, o que contribuiu na ampliação do debate institucional acerca da questão racial e intensificou as discussões sobre a responsabilidade do setor público em estabelecer compromissos efetivos de combate ao racismo e às iniquidades decorrentes.

Ainda em 2001, em Brasília, ocorreu o Workshop Interagencial de Saúde da População Negra que elaborou o documento *Subsídios para o debate sobre a Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade*, estruturado em quatro componentes interdependentes:

1. Produção do conhecimento científico – organização do saber disponível e produção de conhecimentos novos, de modo a responder a dúvidas persistentes e dar consequência à tomada de decisões no campo da saúde da população negra;
2. Capacitação dos profissionais de saúde – promoção de mudanças de comportamento de todos os profissionais da área de saúde, através da formação e treinamento adequados para lidar com a diversidade da sociedade brasileira e com as peculiaridades do processo saúde/doença da população negra;
3. Informação da população – disseminação de conhecimento sobre potencialidades e suscetibilidades em termos de saúde, de modo a conhecer seus riscos de adoecer e morrer, e facilitar a adoção de hábitos de vida saudável e a prevenção de doenças;
4. Atenção à saúde – inclusão de práticas de promoção e educação em saúde da população negra nas rotinas assistenciais e facilitação do acesso em todos os níveis do sistema de saúde (WERNECK, 2016, p. 538).

A criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir), por meio da Lei n.º 10.678 de 23 de março de 2003 definiu o caráter transversal e intersetorial do enfrentamento ao racismo no país, bem como a estratégia de acompanhamento e coordenação das políticas de diferentes ministérios, dentre os quais o da Saúde. Em 2004, no I Seminário Nacional de Saúde da População Negra, foi assinado um Termo de Compromisso entre a Seppir e o Ministério da Saúde (MS), que deliberou pelo acolhimento das demandas relacionadas ao tratamento de pessoas com doença falciforme e pelo reconhecimento dos saberes, tradições e práticas da medicina tradicional e da fitoterapia empreendidas por sacerdotes e sacerdotisas das religiões afro-brasileiras. No mesmo ano foi constituído o Comitê Técnico de Saúde da População Negra/CTSPN (Portaria n.º 1.678 de 16 de agosto de 2004), composto por ativistas, pesquisadoras/es e especialistas em saúde da população negra, representantes de todas as áreas técnicas do Ministério da Saúde e instituições a ele conectadas, bem como dos Conselhos Nacionais de Secretários Municipais e Secretários Estaduais de Saúde.

No ano de 2005 destacam-se a Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial, estratégica para os avanços em saúde da população negra e a Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia, que estabeleceu a agenda da Saúde da População Negra entre as prioridades para investimentos e pesquisas. Em continuidade ao reforço de investimentos, a

Revisão do Plano Plurianual 2006-2007 aprovou linha orçamentária específica para a saúde da população negra, no qual foram definidos valores para a criação e/ou consolidação de redes, com ênfase para a Rede de Religiões Afro-brasileiras e Saúde (RENAFRO); ampliação da participação nos espaços formais de controle social; criação de comitês técnicos de saúde da população negra nos estados e a realização do 2º Seminário Nacional de Saúde da População Negra.

Em 13 de maio de 2009 foi promulgada a Portaria GM992 que instituiu a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, cuja principal marca foi o reconhecimento da relação entre *Racismo e Saúde*, com desdobramentos que afetam negativamente o acesso das populações negras às políticas públicas de saúde em decorrência das desigualdades étnico-raciais estruturais e do racismo institucional materializado no atendimento direto realizado nas unidades de saúde. Tendo como objetivo geral: “promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS.” Posteriormente, o Estatuto da Igualdade Racial (Lei n.º 12.288/2010) incorporou a PNSIPN como lei, inserida na dinâmica do SUS, demandante de estratégias de gestão participativa que incluem: uso do quesito raça/cor na produção de informações epidemiológicas para a definição de prioridades e tomada de decisão; ampliação e fortalecimento do controle social; desenvolvimento de ações e estratégias de identificação, abordagem, combate e prevenção do racismo institucional no ambiente de trabalho, nos processos de formação e educação permanente de profissionais; implementação de ações afirmativas para alcançar a equidade em saúde e promover a igualdade racial.

O processo de formulação da PNSIPN foi dirigido pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), com assessoria do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN), cabendo a SGEP a responsabilidade pela articulação para sua aprovação no Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a pactuação do Plano Operativo na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), comprometendo todas as esferas de gestão do SUS com o desenvolvimento de iniciativas e metas em prol da saúde da população negra.

As orientações para a execução da Atenção à Saúde da População Negra estão descritas nas Estratégias, Indicadores e Metas dos três Planos Operativos da PNSIPN (2008, 2013, 2017), construídos para propor e desenvolver intervenções, monitorar e avaliar políticas, ações, programas e projetos de enfrentamento às iniquidades raciais.

Matta e Morosini (2009) definem a Atenção à Saúde como “organização estratégica do sistema e das políticas de saúde em resposta às necessidades da população” (p. 39). Com base nessa afirmação, entendemos que a Atenção à Saúde da População Negra na perspectiva do SUS exige o planejamento estratégico e participativo pautado pelos seus três princípios fundamentais. A Universalidade, pela construção de um conjunto de ações e práticas institucionais voltadas para a incorporação dos segmentos negros historicamente afastados dos serviços de saúde, como por exemplo a garantia e ampliação do acesso da população negra residente em áreas urbanas, no campo e na floresta, às ações e aos serviços de saúde previstos no I Plano Operativo da PNSIPN (2008). A Integralidade, implicando a produção de serviços, ações e práticas de saúde mais abrangentes em relação às necessidades das populações negras através do fomento ao papel social das comunidades tradicionais de terreiro enquanto espaço privilegiado de promoção da saúde, uma das estratégias de Promoção e Vigilância em Saúde do II Plano Operativo (2013). E em relação à Equidade, a

orientação de implementação, monitoramento e avaliação de serviços e ações de saúde que considerem as diferenças históricas expressas em formas desiguais de vivenciar a diversidade humana, uma indicação do III Plano Operativo (2017), que define como estratégico o fortalecimento e a articulação de ações de enfrentamento das altas taxas de mortalidade materna de mulheres negras, visando reduzir as disparidades nos índices de morte entre mulheres brancas e negras, especialmente porque este é um indicador importante da qualidade de vida da população em geral.

Enfrentar as iniquidades que o racismo impõe às populações negras no Brasil requer o acúmulo de dados qualificados sobre quem somos e como vivemos. A informação é essencial para a tomada de decisões em políticas públicas e a falta dela impede a implementação de políticas de promoção da igualdade racial, o combate à discriminação e ao racismo institucional, o desenvolvimento de estratégias e a fixação de metas com vistas à equidade. Em 2017, o Ministério da Saúde através da Portaria n.º 344 instituiu o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde, visto que os dados permitem identificar e planejar intervenções sobre a precocidade dos óbitos, as altas taxas de mortalidade materna e infantil, a maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas, bem como os altos índices de violência urbana que incidem sobre a população negra.

Todo o percurso político institucional que abrange ações e programas de diversas secretarias e órgãos vinculados ao Ministério da Saúde caracteriza a PNSIPN como uma política transversal do SUS uma vez que sua proposta ética, estética e política, requer a quebra dos paradigmas que mantêm as relações verticalizadas entre as/os sujeitas/os para que concretamente sejam incorporados os princípios, objetivos, diretrizes e estratégias voltados para promoção de igualdade de condições de saúde das populações negras. Contudo, ainda que construamos sólidas justificativas políticas e econômicas e estabeleçamos criticamente as premissas histórico-estruturais para a implementação da PNSIPN, a maior barreira que enfrentamos nos espaços formativos e nos serviços é o mito da democracia racial, uma ideologia de negação,

[...] que opera encobrendo a dimensão histórica do racismo, produzindo, dessa forma, um deslocamento para o campo individual. Assim, o senso comum identifica as razões da “inferioridade” do negro na sua condição de ex-escravo, cabendo-lhes as migalhas do produto do trabalho, embora tenha por mais de 300 anos, trabalhado forçadamente sem receber nada por isso. Assim operou a ideologia dominante na colonização e ainda está presente no imaginário social (ALMEIDA, 2014, p. 278).

Ajéjé owo kan ko gbe igbá de orí (Com apenas uma mão não se pode levantar uma cabaça cheia na cabeça) é um Provérbio africano. Para nós, significa que nem a PNSIPN será implementada e nem a Atenção à Saúde da População Negra será concretizada sem a reivindicação coletiva das/os ativistas negras e negros, e de todos os segmentos sociais que compartilham uma práxis ético-política antirracista, antissexista e anticapitalista. Axé! Ubuntu!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, S. O que é racismo estrutural? São Paulo: Pólen, 2018.
- ALMEIDA, M. S. Saúde da população negra e equidade no Sistema Único de Saúde. In: DUARTE, M. J. O. *et al.* Política de saúde hoje: interfaces e desafios no trabalho de assistentes sociais. Campinas / SP: Papel Social, 2014.
- ALVES, A. L. *et al.* Subsídios para o debate sobre a Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saudepopnegra.pdf>>.
- BRASIL. Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12288.htm>.
- FAUSTINO, D.; SPIASSI, A. L. Movimento negro, vulnerabilidade e saúde. BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.) v. 12 n. 2 São Paulo ago. 2010. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/01/1048332/bis-v12n2-desigualdades-e-iniquidades-162-166.pdf>>.
- LOPES, F. Se você me nega eu me assumo: o direito à saúde e a busca por justiça social. 2008. Disponível em: <<http://redesaudedapopulacaonegra.blogspot.com/2008/10/se-voc-me-nega-eu-me-assumo-o-direito.html>>.
- MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção à saúde [verbetes]. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). Dicionário da educação profissional em saúde. 2 ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM992 de 13 de maio de 2009. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf>. Acesso em 12 de out. de 2019.
- _____. Portaria n.º 344, de 1º de fevereiro de 2017: dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde.
- _____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. 3 ed., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf>
- _____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf>.
- _____. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução n.º 16, de 30 de março de 2017. Dispõe sobre o III Plano Operativo (2017-2019) da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/res0016_26_04_2017.html>.
- _____. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução n.º 2, de 02 de setembro de 2014. Dispõe sobre o II Plano Operativo (2013-2015) da Política Nacional de Saúde Integral

da População Negra (PNSIPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2014/res0002_02_09_2014.html>.

_____. Comissão Intergestores Tripartite. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra Plano Operativo, 2008. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_populacao_negra_plano_operativo.pdf>.

MOURA, C. Rebeliões da senzala. 4 ed. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1988.

TRINDADE, S. O poeta do povo. Rio de Janeiro: Ediouro, 2008.

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

ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO MIGRANTE E REFUGIADA

*Aline Maria Thuller de Aguiar
Débora Marques Alves*

No mundo, segundo dados do Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR), em final de 2021, o número de pessoas deslocadas motivado por guerras, perseguições, violência generalizada ou violações de direitos humanos chegou a 89,3 milhões (um crescimento de 8% em relação ao ano anterior e bem mais que o dobro verificado há 10 anos).

Este deslocamento forçado tem trazido muitas pessoas de diversas nacionalidades ao Brasil, em busca da oportunidade de recomeçar a vida em paz e segurança. De acordo com dados divulgados na 7ª edição do relatório “Refúgio em Números” do Comitê Nacional para Refugiados do Ministério da Justiça (CONARE), apenas em 2021, foram feitas 29.107 solicitações de refugiado, sendo que este Comitê reconheceu 3.086 pessoas de diversas nacionalidades como refugiadas.

No estado do Rio de Janeiro, estas pessoas vêm enfrentando grandes dificuldades para se reestabelecer com autonomia, por diversas questões como a falta de políticas públicas específicas para o atendimento das necessidades apresentadas por esta população, pelo desconhecimento sobre seus direitos, pela xenofobia e dificuldade de acesso a formas de geração de renda.

Tal panorama se torna ainda mais complexo quando falamos de mulheres migrantes e refugiadas, que se deslocam, muitas vezes acompanhadas de seus filhos pequenos, sem rede de apoio familiar e que, em geral, precisam quebrar paradigmas e ressignificar sua inserção social bem como seu papel no contexto familiar no Brasil.

Em geral, falamos de pessoas que utilizaram todo o pouco dinheiro que possuíam para realizar o deslocamento até o Brasil e chegam ao país desprovidos de recursos, sem rede de apoio social e familiar, com traumas, muitas vezes tendo passado por situações de violência e de extrema vulnerabilidade.

Pessoas de todas as idades, diversas culturas e nacionalidades acompanhadas de crianças pequenas ou tendo deixado seus filhos no país de origem aos cuidados de familiares, que foram forçadas a deixar seus lares, famílias, empregos. Pessoas que, de um momento para outro, perderam todos os elementos que referenciavam sua vida até então, sobretudo, seu local de moradia, e que buscam acolhimento e oportunidades no novo país de acolhida.

Conforme dados do Programa de Atendimento a Refugiados e Solicitantes da Cáritas Arquidiocesana do Rio de Janeiro (PARES-Cáritas/RJ), em 2022 foram realizados 34.946 atendimentos para 3.064 pessoas. Destas, 50% são homens e homens trans e 50% são mulheres e mulheres trans. No que se refere à faixa etária, temos que 18% são crianças e adolescentes (0 a 17 anos), 78% são adultos (18 a 59 anos) e 4% são idosos (60+). No que tange às origens, foram atendidas pessoas de 72 nacionalidades diferentes, sendo as principais: Venezuela (54%), Angola (11%), República Democrática do Congo (7%) e Cuba (7%).

No Brasil, bem como em outros países, os refugiados e os solicitantes de refúgio deparam-se com diversos obstáculos durante o processo de integração profissional, como falta de domínio do idioma local, dificuldades para revalidar seus diplomas e para comprovar experiência e formações prévias, e ainda preconceito, xenofobia e desconhecimento sobre o tema do refúgio por parte dos potenciais empregadores. Diariamente, esses e outros óbices não apenas prejudicam como inclusive impedem que muitos refugiados e solicitantes de refúgio tenham acesso ao mercado de trabalho e às diversas políticas públicas.

Além de ser um direito consagrado na Lei 9.474/1997, o acesso às políticas sociais e o exercício de atividade remunerada são absolutamente primordiais para garantir a integração e a sobrevivência dos refugiados no Brasil.

No que tange à saúde, o SUS, sistema que tem como princípios a universalidade e a integralidade, representa uma das primeiras políticas das quais as pessoas em situação de refúgio se aproximam e utiliza. Entretanto, esta inserção não se dá de forma simples e linear para todos e nem em todos os níveis.

Existem alguns eixos principais de preocupação com relação ao acesso às políticas de saúde, quais sejam: o acesso à informação, diversidade cultural, idioma e situação de vulnerabilidade.

O eixo de informação se desmembra em duas partes, a informação para os migrantes e a orientação para os profissionais de saúde. Ao que se refere às pessoas em situação de refúgio, a preocupação se dá pelo fato de serem pessoas que vêm de países com diversas realidades e com diferentes sistemas de organização de saúde pública, e desconhecem por completo sistemas onde o acesso aos serviços se faz independente de contribuição.

Da mesma forma, também é fundamental falar sobre o direito de acesso aos serviços de saúde para os profissionais que atuam nas unidades, nos diferentes níveis de atenção em saúde, uma vez que o desconhecimento representa uma das principais barreiras de acesso a esse serviço. O documento que os refugiados e solicitantes de refúgio portam, a dificuldade de comunicação e o próprio fato de serem migrantes, para muitos profissionais, são motivos para que lhe sejam negados esses serviços. Por vezes, os profissionais acreditam que os refugiados devem ser atendidos somente em unidades específicas ou que não têm direito de acessar alguns serviços.

Uma vez superadas as questões relacionadas à falta de informação sobre o direito de acesso, os migrantes e refugiados enfrentam outros entraves, como, por exemplo, o idioma. Entendendo que a maior parte das pessoas em situação de refúgio que vêm para o Brasil em busca de proteção não têm o português como idioma nativo, comunicar-se nesse idioma em especial nos primeiros meses vivendo no país é um grande desafio. Podemos imaginar então, esta dificuldade de comunicação em um atendimento de saúde, onde o idioma, somado à diversidade cultural, afastam paciente e profissional de saúde, que em geral está atuando dentro de um sistema com déficit de profissionais, com pouca estrutura de recursos materiais, superlotação das unidades e que necessita lidar, em seu atendimento, com mais uma diversidade, além de todas as já postas em seu cotidiano.

Um último ponto que merece destaque refere-se à forma como essas pessoas se deslocam e conseqüentemente como chegam ao país. Muitas vezes os refugiados enfrentam longas caminhadas sem acesso à alimentação adequada e água potável, enfrentam violências diversas, seja no país de origem, no deslocamento ou mesmo no Brasil, utilizam todos os recursos financeiros de que dispõem para realizar esse deslocamento e chegam sem nenhum

recurso para moradia, alimentação e cuidados em saúde. Esta população, com este nível de vulnerabilidade, é um dos públicos do Sistema Único de Saúde do país, e mesmo que enfrentem o desconhecimento sobre o tema e sobre a documentação que possuem (ou ainda não possuem), e ainda a barreira do idioma e da cultura, muitas vezes esbarram na inviabilidade de se deslocar até as unidades de saúde, na impossibilidade de comprar o medicamento que é prescrito, mas não está disponível na farmácia da unidade, e permanecem em situação de vulnerabilidade e desprotegidos.

Este é um dos principais pontos que nos mostra claramente a necessidade de articulação constante entre as políticas públicas e a garantia de acesso a direitos como às políticas de transferência de renda, educação, habitação e geração de renda.

Diante desta realidade, a equipe de Serviço Social do PARES-Cáritas/RJ vem atuando em diferentes frentes para buscar garantir o acesso das pessoas em situação de refúgio ao SUS. A primeira delas se refere ao atendimento diário – que se dá individualmente e em grupos – em que buscamos orientar sobre a Política de Saúde brasileira, informando sobre direitos, forma de acesso, níveis de atenção e organização por território. Nesta modalidade, há um cuidado de tratar do tema com todas as pessoas atendidas durante a Entrevista Social, que é o primeiro atendimento realizado pelo Serviço Social com todos os assistidos.

Em 2022, 208 pessoas receberam atendimento relativo à questões de saúde, sendo orientadas sobre a organização do SUS e as formas de acesso de acordo com os níveis de atenção; obtiveram informação sobre a unidade básica de saúde de referência para o acompanhamento de saúde de acordo com a região de moradia; casos mais complexos foram discutidos em equipe multidisciplinar e levados à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com vistas a identificar possibilidades de atendimento observando o princípio da equidade; foi estabelecida parceria com uma psicóloga voluntária que iniciou atendimento individual a refugiados na sede da Cáritas/RJ; foi cedido ainda, pela SMS, um profissional de saúde mental fluente em francês para atendimento de refugiados também na sede da Cáritas/RJ, além dos atendimentos individuais e em grupo realizados pelas graduandas da Faculdade de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), que ocorrem através de parceria firmada com a universidade.

A segunda frente se dá pela oferta gratuita de curso de português para pessoas em situação de refúgio em parceria com a UERJ, que organizou material didático próprio além de trabalhar temas importantes para a integração local como direitos, mobilidade urbana, acesso à saúde, à assistência social, ao trabalho entre outros.

A terceira frente de atuação se dá pela divulgação da temática por meio de materiais específicos e em nossas redes sociais. Em 2022, foi produzido um material informativo sobre o SUS e distribuído para a população atendida, orientando sobre a estrutura e forma de acesso à saúde pública no Rio de Janeiro. Ainda, divulgamos alguns posts informativos falando sobre o SUS, sobre a importância das vacinas e outros temas relacionados em nossas redes sociais. Tal ação resultou um grande alcance, visto que no final de 2022 observamos novo aumento do número de seguidores em todas as plataformas on-line, nas quais o nosso Facebook contou com mais 36 mil seguidores, o Instagram com mais de nove mil pessoas de forma orgânica (sem utilização de ferramentas de automação) e o Twitter com 919 seguidores.

A quarta frente diz respeito a uma parceria com a SMS, que desde 2015 realiza Feiras de Saúde no Centro de Atendimento do PARES-Cáritas/RJ. Nesta iniciativa, diferentes equipes de saúde do município do Rio de Janeiro participam da ação durante todo o dia, oferecendo orientação sobre a política de saúde e o referenciamento para a rede do território. Foram disponibilizadas vacinas para adultos e crianças (gripe, COVID-19, poliomielite entre outras) e instruções de como manter o cartão de vacinação atualizado, orientação sobre saúde bucal, saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher, além da oferta de serviços de práticas integrativas oferecidas pelo SUS, como auriculoterapia. Em 2022, cerca de vinte profissionais de saúde do município participaram desta ação; essa equipe multidisciplinar formada por enfermeiros, psicólogos, odontólogos e agentes comunitários de saúde que atuam em diferentes regiões do país ofereceu atendimento a pouco mais de cinquenta pessoas de diferentes nacionalidades em situação refúgio.

Por fim, uma quinta frente de atuação se dá nas ações de *advocacy* junto a legisladores e gestores da Política de Saúde nas três esferas, e na capacitação de equipes de saúde que atuam nos territórios de maior concentração de população migrante e refugiada. Neste caso, além dos contatos e reuniões com legisladores e gestores, mantemos nossa participação ativa nas reuniões do Comitê Estadual Intersetorial de Políticas de Atenção aos Refugiados Migrantes (CEIPARM/RJ), propondo pautas e atualizando os participantes sobre o acompanhamento de casos de alta complexidade, nas reuniões do Comitê Técnico de Saúde da População Migrante e Refugiada (nível estadual), do Comitê Municipal de Políticas de Atenção a Refugiados e Migrantes (COMPARM) e dos Grupos de Trabalho de Saúde e de Saúde da Mulher destes Comitês.

Entendendo o direito de acesso aos serviços e políticas públicas por parte de migrantes e refugiados, assim como a supracitada necessidade de articulação entre tais políticas, torna-se fundamental a construção de espaços públicos de discussão e elaboração de propostas, estratégias e políticas de atenção a esta população que deem conta de considerar todas as questões específicas que perpassam a condição de migrante e refugiados.

No estado do Rio de Janeiro contamos com o Comitê Estadual, Intersetorial de Políticas de Atenção a Refugiados e Migrantes (CEIPARM) e com o Comitê de Saúde da População Migrante e Refugiada. No nível municipal, contamos com o recém-criado Comitê Municipal de Políticas de Atenção a Refugiados e Migrantes (COMPARM). Todos estes espaços democráticos de discussão, dos quais participam representantes da sociedade civil, de universidades, de diversas secretarias do governo, pesquisadores e também os próprios migrantes e refugiados, são de extrema importância para que se possa, a partir da observação e vivência desses migrantes e refugiados, pensar estratégias e garantir ações que permitam bloquear e minimizar as barreiras que impedem que essas pessoas acessem seus direitos.

Importante destacar que todo este trabalho de articulação com vistas à garantia de direitos tem como objetivo que essas pessoas, que foram impelidas a deixar suas casas e seus países e que viram no Brasil a única alternativa de retomar suas vidas tenham equidade no momento de acessar as políticas públicas. Não se pretende garantir mais espaços ou mais direitos a essas pessoas, mas sim, a garantia de que todas as questões apontadas anteriormente no texto, como o idioma, a cultura e o desconhecimento não sejam impedimentos para que acessem seus direitos em igualdade aos nacionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CONVENÇÃO RELATIVA AO ESTATUTO DOS REFUGIADOS. Genebra, 28 de julho de 1951.
- BRASIL. Decreto nº 50.215. Promulga a Convenção relativa ao Estatuto dos Refugiados. Brasil, 28 de janeiro de 1961.
- LEI Nº 9.474. Define mecanismos para a implementação do Estatuto dos Refugiados de 1951, e determina outras providências. Brasil, 22 de julho de 1997.
- LEI Nº 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasil, 19 de setembro de 1990.
- DECRETO Nº 42.182. Dispõe sobre o Comitê Estadual Intersetorial de Políticas de Atenção aos Refugiados e dá outras providências. Rio de Janeiro, 11 de dezembro de 2009.
- DECRETO Nº 50.187. Dispõe sobre o Comitê Municipal de Políticas de Atenção aos Refugiados, Migrantes e Apátridas e dá outras providências. Rio de Janeiro, 11 de fevereiro de 2022.
- RELATÓRIO TENDÊNCIAS GLOBAIS. Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados, 2022.
- RELATÓRIO “REFÚGIO EM NÚMEROS”. 7ª ed. Comitê Nacional da Refugiados do Ministério da Justiça. Brasil. 2022
- RELATÓRIO ANUAL. PROGRAMA DE ATENDIMENTO A REFUGIADOS E SOLICITANTES DA CÁRITAS ARQUIDIOCESANA DO RIO DE JANEIRO (PARES-Cáritas/RJ). Dezembro, 2020.
- RELATÓRIO ANUAL. PROGRAMA DE ATENDIMENTO A REFUGIADOS E SOLICITANTES DA CÁRITAS ARQUIDIOCESANA DO RIO DE JANEIRO (PARES-Cáritas/RJ). Dezembro, 2021.
- RELATÓRIO ANUAL. PROGRAMA DE ATENDIMENTO A REFUGIADOS E SOLICITANTES DA CÁRITAS ARQUIDIOCESANA DO RIO DE JANEIRO (PARES-Cáritas/RJ). Dezembro, 2022.

ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO QUILOMBOLA

Lucélia Luiz Pereira

O reconhecimento oficial das populações quilombolas pelo Estado brasileiro ocorreu na Constituição de 1988 por meio do artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), no qual se lê que “Aos remanescentes das comunidades de quilombos que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes os títulos respectivos”. Esse marco legal afirma o direito territorial das comunidades quilombolas, abrindo espaço para a discussão sobre o conceito jurídico e legal de quilombo na busca pela efetivação dos direitos desta população a partir do reconhecimento e da titulação da terra.

Data de 1740 a definição do Conselho Ultramarino Português que institui quilombo como “toda habitação de negros fugidos que passem de cinco, em parte desprovida, ainda que não tenham ranchos levantados nem se achem pilões neles” (MOURA, 1981). Este conceito foi formulado como resposta à consulta realizada pelo rei de Portugal e abarca elementos descritivos relacionados a um passado em que pessoas negras escravizadas fugiram e se rebelaram contra o sistema escravocrata. Os ajuntamentos se expandiram como forma de protesto às condições a que os negros foram submetidos no período da escravidão, representando uma forma alternativa de organização social, política e étnica.

O contexto histórico de formação social e política das populações quilombolas está relacionado ao tráfico e comércio de africanos que vieram forçadamente de diversas partes do continente africano. Apesar de não haver um consenso sobre a formação do primeiro quilombo no Brasil, há uma convergência de que ele se formou a partir do ingresso no território brasileiro dos primeiros africanos escravizados.

De acordo com José Honório Rodrigues, “a fuga e a formação dos quilombos começam em 1559 e vêm até a abolição” (RODRIGUES, 1970). É importante lembrar que o Brasil foi o país do continente americano que recebeu o maior fluxo de africanos vindos à força para serem escravizados e foi a última nação a abolir legalmente a escravidão. Há registros também de significativa quantidade de indígenas na composição dos quilombos.

Os quilombos têm uma importância singular na história e dinâmica da sociedade brasileira, sendo assim definida pelo Decreto 4.887 de 20 de novembro de 2002: “Art. 2º – Consideram-se remanescentes das comunidades dos quilombos, para os fins deste Decreto, os grupos étnico-raciais, segundo critérios de autoatribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida” (BRASIL, 2003). Vale destacar que Ilka Boaventura Leite (2000) critica a noção de remanescente por entender que é um termo que restringe o significado de quilombo e também pressupõe uma dimensão estática e análoga. Portanto, para a autora, a definição contemporânea de quilombos assume novas interpretações e envolve uma perspectiva relacional e dinâmica dos processos de constituição e re-existências deste grupo populacional.

De qualquer forma, a história aponta para uma diversidade de processos que constituíram as comunidades quilombolas. Esses processos incluem fugas com ocupação de terras livres e isoladas, sendo esse formato colonial o mais conhecido. Mas os

aquilombamentos foram originados também por heranças, doações, recebimento de terras como pagamento de serviços prestados ao Estado, e a permanência nas terras que ocupavam e cultivavam no interior das grandes propriedades (ALMEIDA, 1999; GUSMÃO, 1995).

Considerando os diferentes tipos, formas de constituição e história dos quilombamentos, estes grupos foram denominados também como terras de preto e territórios negros. Tais formações históricas são fruto, portanto, de características distintas em sua formação e organização. Para Almeida (1999), os quilombos englobam o compartilhamento de um território e de uma identidade.

A caracterização da identidade quilombola está atrelada à territorialidade. Ela dá base não só à reprodução material da vida, mas também à reprodução simbólica dessa população, ou seja, a reprodução econômica, social e cultural. A terra é entendida no seu sentido amplo, de territorializar-se, de construir um determinado modo de vida e identidade social e étnica compartilhada. Disso vem a importância da CF/88 reconhecer o direito das populações quilombolas à propriedade definitiva de suas terras.

As comunidades quilombolas são resultado, portanto, da diversidade dos desdobramentos históricos de uma população que emerge a partir da afirmação como sujeitos políticos que lutam pelo direito ao território coletivo e pelo reconhecimento de uma história de luta, resistência e contribuições na formação social, econômica e cultural brasileira. Nesse sentido, há uma luta por desfazer essa visão de população homogênea resultado de processos insurrecionais, havendo uma disputa política, jurídica e territorial das comunidades pelo respeito à identidade étnica quilombola.

A constituição das populações quilombolas como práticas de resistência à escravidão e pós-Abolição ocorreu em diversos lugares da América onde houve escravidão. De acordo com Gomes (2005), essas comunidades foram formadas com denominações distintas, por exemplo “palenques ou cumbés na América espanhola, maroons e grand marronage nas áreas de colonização inglesa e francesa, respectivamente”. Assim, as comunidades quilombolas construíram em toda a América uma territorialidade negra coletiva com formas específicas de reprodução material e social, com um modo de vida específico nos territórios composto por dimensões políticas, econômicas, de parentesco e religiosidade. Para Marques e Gomes:

[...] tais grupos podem apresentar todas ou algumas das seguintes características: definição de um etnônimo, rituais ou religiosidades compartilhadas, origem ou ancestrais em comum, vínculo territorial longo, relações de parentesco generalizado, laços de simpatia, relações com a escravidão, e principalmente uma ligação umbilical com seu território, etc. (MARQUES; GOMES, 2013, p.142).

Nesse sentido, as comunidades quilombolas são coletivos caracterizados por aspectos como uso comum dos recursos naturais, vínculos ampliados de parentesco nas comunidades, capacidade organizativa para luta pela demarcação e titulação coletiva dos territórios. Aspectos que constituem estratégias para assegurar memórias coletivas, tradições ancestrais, modo de vida dos grupos, respeito aos mais velhos, liderança feminina, conhecimento de plantas sendo que a maioria dos quilombolas tem sua ocupação vinculada à agricultura.

Apesar da grandiosa contribuição na formação socio-histórica, cultural e econômica do Brasil, as comunidades quilombolas se caracterizam como segmentos sociais vulneráveis

com desvantagem em várias esferas da vida e maior dificuldade de acesso a direitos sociais, inclusive à política de saúde (PEREIRA; SANTOS, 2018; VARGA *et al.*, 2020). Este segmento populacional reivindica os direitos de cidadania ao Estado brasileiro. Hoje, no Brasil, não existe um consenso sobre o número de comunidades existentes. De acordo com a Base de Informações sobre indígenas e quilombolas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), estima-se que aproximadamente 1.674 municípios possuem população quilombola e foi identificado 5.972 comunidades quilombolas no país (IBGE, 2020). O desconhecimento do quantitativo de quilombolas é uma expressão do racismo, que cria obstáculos para a formulação de políticas públicas para este segmento populacional e o conhecimento de suas demandas.

De modo particular, ao discutirmos atenção à saúde, verificamos que diversos fatores influenciam nos processos de saúde e doença das populações, fazendo com que os problemas de saúde atinjam as pessoas de maneira diferenciada. As ocorrências de doenças e eventos de saúde são socialmente determinadas, refletindo diferenças biológicas, distinções sociais e iniquidades sociais, tendo como expressão as desigualdades em saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Nesse sentido, deve-se compreender saúde não somente como ausência de doenças, mas considerar as condições de alimentação, habitação, saneamento, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, acesso ao serviço de saúde, dentre outros.

Portanto, condições ambientais, socioeconômicas e a persistência do racismo, somadas ao acesso insuficiente aos serviços provoca situações de vulnerabilidade e inequidades em saúde das populações quilombolas. Apesar da existência de marcos normativos voltados para o enfrentamento de iniquidades, a população negra, e particularmente as populações quilombolas, vivenciam condições de vida e saúde desfavoráveis, tendo menor qualidade na atenção. Alguns estudos destacam que condições de vida e condições sanitárias precárias deste segmento populacional influenciam no perfil epidemiológico de adoecimento e mortalidade, evidenciando as iniquidades raciais em saúde (PEREIRA; SANTOS, 2018; AMORIM *et al.*, 2013; SILVA, 2007).

Um dos principais problemas vivenciados nas comunidades quilombolas se refere às questões higiênico-sanitárias e abarcam a qualidade da água, o acesso a energia elétrica, a rede de esgoto, coleta de lixo e ao manejo adequado de resíduos, sendo as enfermidades mais prevalentes as doenças crônicas e parasitárias.

Estudos apontam também o desconhecimento da população dos fatores de risco para a hipertensão como obesidade, sobrepeso, diabetes, baixa escolaridade, histórico familiar e outros (AMORIM *et al.*, 2013); outras investigações mostram que ocorre um grave problema de escassez de profissionais médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, uma alta rotatividade e dificuldade de recrutamento e fixação de profissionais de saúde em comunidades rurais quilombolas; apontam também dificuldades para agendamento de consultas e realização de exames, associados à falta de medicamentos (OLIVEIRA *et al.*, 2012; VOLOCHKO; BATISTA, 2009). Além disso, destaca-se as visitas pouco frequentes dos agentes comunitários de saúde (ACS) às famílias quilombolas, muitas vezes devido à distância entre os domicílios, à grande quantidade de famílias para realizar o acompanhamento, somados à indisponibilidade de transporte para percorrer longas distâncias (FREITAS *et al.*, 2011).

Neste sentido, diante do quadro de necessidades de atenção à saúde apresentados pelas comunidades quilombolas, e apesar da população quilombola depender quase

exclusivamente do SUS para atender as suas necessidades em saúde, ocorre uma intensificação das desigualdades de acesso em função de variadas barreiras, relacionadas a questões geográficas, econômicas, culturais e organizacionais, somadas à presença do racismo institucional. Ressalta-se que racismo é um dos determinantes sociais dos processos de saúde e doença, acarretando diferenças raciais tanto nos processos de viver, adoecer e morrer quanto no acesso e utilização dos serviços de promoção de saúde e prevenção e tratamento de enfermidades.

Assim, em sua maioria, as comunidades têm uma estrutura insuficiente para a prestação de serviços básicos, pouca disponibilidade de insumos e equipamentos e grandes barreiras geográficas devido ao isolamento físico, além de quadro insuficiente de profissionais. É importante destacar que a rede de serviços de saúde disponibilizados à população não garante atendimento integral, universal e com equidade.

É importante destacar ainda que uma alternativa tradicional e de cunho cultural adotada pelas comunidades quilombolas para responder as suas necessidades em saúde, bem como para sanar as dificuldades de acesso à rede de serviços de saúde, é a utilização da medicina alternativa a partir do preparo de chás, garrafadas, banhos, ervas e benzeção. Tal prática demonstra o uso de saberes ancestrais e tradicionais que contribuem para a proteção e promoção da saúde dos quilombolas (AMORIM *et al.*, 2013; FREITAS *et al.*, 2009).

Considerando as iniquidades presentes no acesso aos serviços de saúde pelas populações negra, quilombola e do campo, e em função da luta e reivindicações dos movimentos sociais organizados, algumas iniciativas governamentais têm sido criadas visando contribuir na garantia do direito à saúde e da efetivação dos princípios do SUS para as populações excluídas ou com acesso limitado ao SUS, buscando corrigir disparidades existentes no campo da saúde.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída em 2009, foi um marco legal importante para o reconhecimento do racismo institucional presente no Sistema Único de Saúde (SUS). A PNSIPN busca combater o racismo e a discriminação existentes nas instituições e serviços de saúde do SUS, promovendo saúde integral da população negra, de forma a reduzir iniquidades em saúde (BRASIL, 2010).

Outra política importante para avançar na equidade no SUS é a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Instituída em 2011, a PNSIPCF é resultado do debate com representantes da sociedade civil e reconhece as necessidades diferenciadas de saúde das populações do campo e da floresta, estando incluídas, neste contexto, “os camponeses, sejam eles agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados ou acampados, assalariados e temporários que residam ou não no campo. Incluem-se ainda as comunidades tradicionais, como as ribeirinhas, quilombolas e as que habitam ou usam reservas extrativistas em áreas florestais ou aquáticas e as populações atingidas por barragens, entre outras”. (BRASIL, 2013, p.8) A política busca melhorar a saúde destas populações, estabelecendo objetivos, diretrizes e estratégias, reforçando a importância da implementação transversal e com responsabilidade compartilhada entre as três esferas do governo.

Apesar dos avanços relacionados à existência destes marcos normativos e legais, tais políticas não têm sido executadas de forma efetiva. Não há metas estabelecidas, tampouco indicadores e dotação orçamentária. Assim, além do fortalecimento da PNSIPN e da PNSIPCF, para enfrentar o racismo institucional no SUS é importante haver uma formação

continuada dos profissionais de saúde e o preenchimento da variável raça/cor e identificação das comunidades quilombolas nos sistemas de informação e nos atendimentos em saúde, a fim de possibilitar a análise da dimensão racial do acesso e utilização dos serviços de saúde pela população quilombola.

Nesse sentido, sendo o Assistente Social um profissional de saúde, é importante que a atuação do Serviço Social nos espaços institucionais do SUS, em todos os seus níveis de atenção, seja atenção primária, secundária ou terciária, esteja comprometida com o enfrentamento do racismo e com a intervenção efetiva na garantia do acesso da população a seus direitos sociais, inclusive aos serviços de saúde. Destaca-se que o projeto ético político da profissão, bem como o Código de Ética do Assistente Social (BRASIL, 1993) e a Lei de Regulamentação do exercício da profissão de Assistente Social (Lei n. 8.662/1993) preconiza que os profissionais devem defender de forma intransigente os direitos humanos, empenhar na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivar o respeito à diversidade e denunciar casos de discriminação e violência. Além disso, estabelece que o exercício profissional deve ser exercido sem ser discriminado/a, nem discriminar, por questões de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física.

Considerando esses marcos normativos da profissão, o enfrentamento do racismo compõe os princípios da profissão e faz parte da competência profissional que deve ser crítica e reflexiva frente ao racismo estrutural. Nesta direção, citamos a iniciativa do Conjunto CFESS-CRESS que realizou campanha na Gestão 2017-2020 intitulada “Assistentes Sociais no Combate ao Racismo”. Além disso, em 2018 foi lançado o documento “Subsídios para o debate da questão étnico-racial na formação do Serviço Social”. Destaca-se também que o tema do Dia do Assistente Social promovido pelo Conselho Federal de Serviço Social no ano de 2021 foi “Há mais de 500 anos, sempre na linha de frente”, refletindo sobre a importância dos assistentes sociais atuarem na defesa dos povos originários e tradicionais, dentre elas, comunidades indígenas, quilombolas, ciganas e outras.

A formação é uma área significativa na luta antirracista e na defesa dos direitos das populações quilombolas, por isso a relevância da criação de estratégias para inserir conteúdos nos currículos dos cursos de Serviço Social. É imprescindível a discussão acerca da questão étnico-racial na formação profissional, dado o processo de formação sócio-histórica brasileira e as repercussões do racismo na vida das populações negras e quilombolas.

A garantia de atenção à saúde de qualidade para as populações quilombolas com ações de promoção, prevenção, recuperação e tratamento exige, dentre outras estratégias, o fortalecimento do SUS; o reconhecimento do racismo como um determinante dos processos de saúde e doença e seus efeitos negativos na saúde das populações; a mudança nas práticas institucionais; a formação continuada dos profissionais de saúde, inclusive assistentes sociais; e a implementação de políticas específicas e programas para efetivar a equidade no acesso e utilização dos serviços, possibilitando a garantia universal do direito à saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, A. W. Os quilombos e as novas etnias. In: LEITÃO (Org.). Direitos Territoriais das Comunidades Negras Rurais. São Paulo: Instituto Socioambiental, 1999.
- AMORIM, M. M. *et al.* Avaliação das Condições Habitacionais e de Saúde da comunidade quilombola Boqueirão, Bahia, Brasil. *Biosci. J.* vol. 29, n.4, p. 1049-1057. 2013.
- BRASIL. Decreto Presidencial no 4.887, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 nov. de 2003.
- _____. Código de Ética profissional do/a Assistente Social. Lei 8662/93 de regulamentação da profissional. 4 ed. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 1993.
- _____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 1. ed.; 1. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Secretária de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, v. 17, n.1, p. 77-93, 2007.
- FREITAS, D. A. *et al.* Saúde e comunidades quilombolas: Uma revisão da literatura. *Revista CEFAC*. v. 13, n. 5, p. 937-943, 2011.
- GOMES, F. S. A hidra e os pântanos: mocambos, quilombos e comunidades de fugitivos no Brasil (Séculos XVII-XIX). São Paulo: Unesp; Polis, 2005.
- GUSMÃO, N. Os Direitos dos Remanescentes de Quilombos. *Cultura Vozes*, n 6. São Paulo: Vozes, nov/dez de 1995.
- IBGE. Dimensionamento Emergencial de População Residente em Áreas Indígenas e Quilombolas para Ações de Enfrentamento à Pandemia Provocada pelo Coronavírus 2020, Subsídios para o Ministério da Saúde visando ao Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.
- LEITE, I. B. Quilombos no Brasil: Questões conceituais e normativas. *Etnog.* V. 4, n. 2, p. 333-54, 2000.
- MARQUES, C.E.; GOMES, L. A Constituição de 1988 e A resignificação dos quilombos Contemporâneos: Limites e potencialidades. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 28, n. 81, 2013.
- MOURA, C. Os quilombos e a rebelião negra: Tudo é História. São Paulo: Brasiliense, 1981.
- OLIVEIRA, S. K. M. *et al.* Saúde em comunidade rural quilombola: Relato de experiência sob o prisma dos atributos da atenção primária à saúde. *Motricidade*, v. 8, n. 2, p. 83-88, 2012.
- PEREIRA, L. L.; SANTOS, L. M. P. Programa Mais Médicos e Atenção à Saúde em uma comunidade quilombola no Pará. *Argumentum*, Vitória, v. 10, n. 2, p. 203-219, 2018.
- RODRIGUES, J. H. História e Historiografia. Rio de Janeiro: Vozes, 1970.
- SILVA, J. A. N. Condições sanitárias e de saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade

- Quilombola do Estado da Paraíba. *Saúde e Sociedade*, São Paulo. Vol. 16, n.2, p. 111-124, 2007.
- VARGA, I. V. D. *et al.* Um retrato das desigualdades étnico-raciais na saúde. In: Stefano, D. e Mendonça, M. L. (Orgs.). *Direitos Humanos no Brasil 2020: Relatório da Rede Social de Justiça e Direitos Humanos*. São Paulo: Outras Expressões, 2020.
- VOLOCHKO, A.; BATISTA, L. E. *Saúde nos quilombos*. São Paulo: Instituto de Saúde. São Paulo: GTAE – SESSP. 2009.

ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM

Cláudia Domingues Guimarães

DEFINIÇÃO, HISTORICIZAÇÃO DO CAMPO OU ÁREA

A atenção à saúde do homem tem se consolidado como área de conhecimento e de cuidado no âmbito da Saúde Coletiva, a partir dos anos 1990, em diálogo com os estudos sobre masculinidades no Brasil. Entre os principais eixos de debate estão, de um lado, a ideia de que o risco de adoecimento masculino está na própria construção social das masculinidades e, de outro, que a política brasileira de atenção à saúde do homem irá salvá-lo de sua própria “natureza” (VIVEROS, 2018).

Segundo Laurenti *et al.* (2005, p. 40), no perfil de morbimortalidade masculina três grupos de doenças se destacam no Brasil a partir da transição epidemiológica: as neoplasias malignas (próstata, pulmão e estômago); as doenças crônicas (hipertensão arterial, cardiopatias, diabetes, pneumopatias); e as causas externas (homicídios, suicídios, acidentes de trânsito e de trabalho), cooperando para isso tabagismo, etilismo, dependência química e práticas de risco que compõem o repertório das masculinidades. Em relação às causas externas, enquanto homens adultos sofrem mais acidentes de trânsito e de trabalho (por pouca adesão ao uso de equipamentos de segurança), homens jovens são as principais vítimas da violência urbana, com destaque para os pretos e pardos. No que se refere à violência de gênero, o imperativo da conquista sexual masculina, a homofobia e a transfobia situam os homens como os principais autores de atos violentos.

Além disso, a procura masculina por serviços de saúde é tardia (na maioria das vezes, com doença instalada, via unidades de emergência), contribuindo para isso a baixa adesão a medidas preventivas e a tratamentos de longa duração, que exigem modificação de hábitos de vida (SCHRAIBER *et al.*, 2005). Nos estudos sobre saúde sexual e reprodutiva, Arilha; Medrado; Ridenti (1998) e Medrado *et al.* (2010) destacam a exposição dos homens durante a pandemia de HIV, a experiências sexuais sem preocupação com o cuidado de si e das(os) parceiras(os). Medrado e Lyra (2011), em seus estudos sobre paternidade, apontam o predomínio da visão restrita e instrumental do homem como procriador, a despeito de sua participação ativa no planejamento familiar e no pré-natal.

Nesse sentido, as práticas sociais que prejudicam a saúde são frequentemente signatárias da masculinidade, ou seja, ao descartar cuidados em saúde, os homens estão construindo masculinidade. O que inclui a recusa em admitir fraqueza, investimento em controle emocional, físico e exibição de comportamentos de risco. Assim, enquanto a prática dos cuidados em saúde é construída como feminina, os homens precisam cruzar as fronteiras culturais das masculinidades para fazê-lo (COURTENAY, 2000).

No processo histórico de implementação de programas de saúde direcionados a grupos específicos no Brasil, um primeiro aspecto a ser destacado refere-se à agência política dos atores envolvidos. Enquanto os programas de atenção integral à saúde de mulheres, pessoas negras e LGBTQIA+ fizeram parte da agenda política dos movimentos sociais desses segmentos populacionais, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – PNAISH (BRASIL, 2009a,b) não foi fruto de movimento social organizado de homens

reivindicando um programa de saúde específico. Resultou de decisão governamental, estando a sociedade civil representada por associações médicas, Organizações não Governamentais (ONGs) e pesquisadores no campo das masculinidades, sob a justificativa de que os programas de atenção à saúde vigentes priorizavam crianças, adolescentes, mulheres e idosos, deixando de fora cerca de 27% da população brasileira, ou seja, os homens de 20 a 59 anos.

A construção da PNAISH envolveu um convite do Ministério da Saúde a representantes das especialidades médicas relacionadas às principais causas de morbimortalidade masculina para participarem em Brasília de seminários organizados pela Área Técnica de Saúde do Homem, entre abril e maio de 2008. Estiveram envolvidos inicialmente representantes das Sociedades Brasileiras de Urologia, Cardiologia, Gastroenterologia, Pneumologia, Medicina de Família e Comunidade. Num segundo momento foram convidados representantes da Associação Brasileira de Psiquiatria, de três ONGs (Instituto Papai, Promundo e Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transsexuais) além de pesquisadores da Saúde Coletiva que analisavam o adoecimento masculino numa perspectiva relacional de gênero (HEMMI, 2018).

De um lado, os representantes das Sociedades Médicas (sobretudo a de Urologia) propunham ações que garantissem visibilidade à sua especialidade como referência para a saúde do homem na atenção primária, alinhada aos interesses da indústria farmacêutica de tratamento da disfunção erétil e do distúrbio androgênico do envelhecimento masculino (andropausa). De outro, as ONGs e os pesquisadores sobre masculinidades se preocupavam em atrair os homens para os serviços de atenção básica para prevenção de doenças. Em consequência das disputas entre duas racionalidades: a biomédica e a da saúde coletiva, a PNAISH apresentou um discurso híbrido, para dar conta de objetivos diversos, relacionados ao mercado de trabalho e consumo, cuidado em saúde, gênero e masculinidades. Nessa linha, propôs estratégias de estímulo à presença masculina nos serviços de saúde pela medicalização para “salvar os homens de si mesmos”, em detrimento de sua autonomia; protagonismo no autocuidado e na luta pela universalização do acesso aos serviços de saúde. Apesar disso, a PNAISH é considerada inovadora, por ser a primeira política de saúde do homem implementada na América Latina e a segunda no continente americano (após o Canadá), só existindo iniciativas semelhantes na Irlanda e na Austrália (COUTO; GOMES, 2012).

LEGISLAÇÃO E REDE DE ATENÇÃO

A PNAISH foi regulamentada pela Portaria GM/MS nº 1.994 de 27 de agosto de 2009, e propõe ações tendo as Unidades Básicas de Saúde (UBS) como portas de entrada e coordenadoras da rede de Atenção à Saúde do Homem no Sistema Único de Saúde, através de cinco eixos temáticos

- Acesso e Acolhimento: organização do atendimento que leve os homens a reconhecerem os serviços de saúde como espaços de cuidado masculino;
- Saúde sexual e reprodutiva: atenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), à saúde dos homens que fazem sexo com homens (HSH), aos que vivem com HIV, aos bissexuais, transexuais e às travestis;

- Paternidade e Cuidado: estímulo ao envolvimento masculino no planejamento familiar, no pré-natal (em todas as fases da gestação) e pós-natal; nas ações de cuidado com seus(uas) filhos(as) e parceiras(os);
- Doenças prevalentes na população masculina: assistência básica às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT): cardiopatias, diabetes, pneumopatias, câncer de próstata, testículos e pênis, incluindo campanhas educativas de detecção precoce;
- Prevenção de Violências e Acidentes: desenvolvimento de ações educativas e assistenciais para a prevenção de acidentes de trabalho, de trânsito, violência urbana e doméstica.

PRINCIPAIS DESAFIOS

O desafio central para que a atenção à saúde do homem alcance o princípio da integralidade está na desconstrução social da noção moderna de masculinidade como impermeável ao cuidado. Não existe uma masculinidade essencial e homogênea. Enquanto construções sócio-históricas relacionais de gênero são múltiplas e estão em constante mudança. Os homens não são sempre dominadores, eles ocupam posições com “dividendo patriarcal” (CONNELL; PEARSE, 2015, p. 269), o que leva alguns a gozarem de muitos privilégios e outros a não receberem nenhum, de acordo com sua inserção de classe social, raça/etnia, geração, sexualidade, capacidade, território etc.

Connell (1995; 2013) tem contribuído através dos conceitos de masculinidade hegemônica e masculinidades subordinadas. O primeiro diz respeito ao conjunto de práticas sociais que legitimam as hierarquias de gênero garantindo, tanto em nível local quanto global, a supremacia de um determinado modo de ser homem (branco, jovem, heterossexual e economicamente privilegiado). O termo “hegemonia” não designa a masculinidade da maioria dos homens, e sim aquela dominante na ordem de gênero, pois depende de certo consenso ou cumplicidade dos grupos subalternos e pressupõe expressões subordinadas (homens idosos, deficientes, migrantes, racialmente marcados, com sexualidades dissidentes etc.).

O pensamento feminista negro tem contribuído para desconstruir o posicionamento supremacista masculino, convidando à relativização da participação nos “dividendos patriarcais” e questionando a invisibilidade epistemológica dos homens negros nas ciências humanas e sociais, da mesma forma que questiona os dividendos da branquitude. (HOOKS, 2018, 2022; VIVEROS, 2018). Tal crítica tem sido fundamental para que os estudos sobre masculinidades não incorram no mesmo equívoco do “feminismo civilizatório” que, segundo Vergès (2020), essencializava a categoria “mulher”, desconsiderando os efeitos da heteronormatividade, da racialização e da inserção de classe social na subordinação.

De acordo com Bell Hooks (2018; 2022), sexismo refere-se à opressão de gênero da qual participam o sistema econômico-político, educacional e a “mídia de massa patriarcal” (ao produzir e difundir discursos fundamentados ou não na ciência), sustentando a supremacia da branquitude masculina. A autora reconhece, portanto, que o “sexismo é sistêmico e institucionalizado”, não tendo esfera da vida social que deixe de participar de sua construção e manutenção. Nesse sentido, dialoga com a noção de “coprodução entre gênero e ciência” (ROHDEN, 2012a,b) na medida em que a formulação e o uso dos conhecimentos são influenciados pela ordem do gênero da mesma forma que cooperam para sua manutenção, inclusive por meio de políticas públicas e programas de saúde que reiteram o

paradigma da diferenciação sexual com base em argumentos anatômicos, genéticos, hormonais ou neurocientíficos (e, supostamente imutáveis porque “naturais”) para sustentar a “substancialização da diferença” (ROHDEN, 2012a,b).

Além da agenda neoliberal subjacente à crise de financiamento da política de saúde no Brasil e da desarticulação entre seus níveis de atenção do SUS, é também um desafio a superação dos paradigmas binários na produção de conhecimentos e práticas de cuidado que excluem o amplo espectro das identidades de gênero na formulação de programas e na capacitação dos profissionais de saúde (entre eles o assistente social), para romper com a feminização da assistência que configura, por exemplo, as UBS como espaços para crianças e idosos, pressupondo as mulheres como cuidadoras inatas.

Aos assistentes sociais que atuam na atenção à saúde do homem é fundamental, portanto, desconstruir o conceito universal de “masculinidade” que posiciona socialmente os homens em lugar constante de privilégio. Os dividendos patriarcais não são experimentados da mesma forma por todos os homens. Para atuar em consonância com “um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação-exploração de classe, etnia e gênero” (CFESS, 2011, p. 24), é preciso considerar as demandas de saúde distintas entre os homens, oriundas de opressões raciais, de geração, classe social e decorrentes de sexualidades dissidentes, que se interseccionam às que fazem parte do ciclo da violência urbana e doméstica e incluí-las nas ações socioassistenciais e socioeducativas cotidianas.

QUESTÕES ESPECÍFICAS E POLÊMICAS DA ÁREA

A principal polêmica da área refere-se ao discurso contraditório da PNAISH. Ao mesmo tempo em que enfatiza aspectos da saúde do homem que reforçam o modelo de masculinidade hegemônica, desconsiderando demandas específicas de suas expressões subordinadas, destila um discurso vitimário que direciona o modelo de assistência à saúde dos homens para a medicalização (CARRARA *et al.*, 2009). De acordo com Oliveira (1998) tal discurso caracteriza o homem como vítima de fatores sociais e psíquicos que resultariam em prejuízos à sua saúde física e mental, em função da socialização que lhe exige práticas de risco e torna-o inábil para lidar com seus sentimentos e fragilidades. Não questiona os privilégios masculinos numa situação relacional de poder e busca, na leitura vitimizante dos dados epidemiológicos, autorização social para suprir a coadjuvância masculina na implementação da PNAISH, transformando-os em alvo do cuidado (GOMES, 2008; 2011; MEDRADO; LYRA, 2011).

Desta forma, a PNAISH opera para medicalizar os homens ao:

- a) considerar maior frequência aos serviços médicos como sinônimo de vida saudável;
- b) enfatizar ações de maior complexidade (como o controle do câncer de próstata), destilando por exemplo, a ideia de que “a disfunção erétil é um importante marcador para certas doenças, como a coronariopatia e a diabetes” (BRASIL, 2009b, p. 27);
- c) subsumir a prevenção de doenças à genitalização do corpo masculino e fomentar a indústria farmacêutica para tratamento de suas disfunções sexuais, estando ambas a serviço de salvar a virilidade.

No debate sobre o biopoder, por conseguinte, a regulação do corpo é central na produção das diferenças de gênero (inclusive no cuidado) e, historicamente, o corpo feminino sempre esteve mais sujeito ao controle. Neste contexto, Muller e Birman (2016) questionam: “como administrar um corpo que resiste ao toque da medicalização?” e destacam que os interesses difusos e contraditórios que resultaram na PNAISH convergiram no objetivo de produzir “um território corporal masculino que se permite tocar, invadir, examinar” (MULLER; BIRMAN, 2016, p. 704).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARILHA, M.; MEDRADO, B.; RIDENTI, S. G. U. (Orgs.). Homens e masculinidades: outras palavras. São Paulo: Editora 34, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.944 de 27 de agosto de 2009. Instituto no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Diário Oficial da União de 28 de agosto de 2009a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html>. Acesso em 24 ago. de 2022.
- _____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília, 2009b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf>. Acesso em 24 ago. de 2022.
- CARRARA, S.; RUSSO, J. A.; FARO, L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 659-678, 2009.
- CONNELL, R. Políticas da Masculinidade. *Educação & Realidade*, v. 20, n. 2, p. 185-206, Porto Alegre, jul./dez 1995.
- _____; MESSERSCHMIDT, J. Masculinidade hegemônica; repensando o conceito. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 21, n.1, p. 241-282, jan.-abr. de 2013.
- _____; PEARSE, R. Gênero uma perspectiva global: compreendendo o gênero – da esfera pessoal à política – no mundo contemporâneo. São Paulo: nVersos, 2015.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 9ª ed. Brasília, DF: CFESS, 2011.
- COURTENAY, W. H. Constructions of Masculinity and Their Influence on Men's Well-Being: a Theory of Gender and Health. *Social Science & Medicine*, v. 50, p. 1385-1401, 2000.
- COUTO, M. T.; GOMES, R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2569-2578, 2012.
- GOMES, R. Sexualidade masculina, gênero e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- _____. (Org.). Saúde do Homem em debate. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- HEMMI, A. P. Participação em construção de políticas de saúde: o caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2018.

- HOOKS, B. O feminismo é para todo mundo: políticas arrebatadoras. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2018.
- _____. A gente é da hora: homens negros e masculinidade. São Paulo: Elefante, 2022.
- LARENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 10, n. 1, jan./mar., p. 35-46, 2005.
- MEDRADO, B; LYRA, J.; AZEVEDO, M.; BRASILINO, J. (Orgs.) Homens e masculinidades: práticas de intimidade e políticas públicas. Recife: Instituto Papai, p. 53-78, 2010.
- MEDRADO, B.; LYRA, J. *et al.* A construção de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. In: TRINDADE, Z. MENANDRO, M. C.; NASCIMENTO, C. R. (Orgs.). Masculinidades e Práticas de Saúde. Vitória: GM Editora, v. 1, p. 27-36, 2011.
- MÜLLER, R. F.; BIRMAN, J. Negociando saberes e poderes: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e a Sociedade Brasileira de Urologia. *História. Ciências. Saúde*. V. 23, n. 3, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, Jul-set, p. 703-717, 2016.
- OLIVEIRA, P. P. Discursos sobre a masculinidade. *Revista Estudos Feministas*. v. 6, n. 1. Florianópolis: UFSC, p. 91-112, 1998.
- ROHDEN, F. Capturados pelo sexo: a medicalização da sexualidade masculina em dois momentos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 10. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 2645-2654, 2012a.
- _____. Notas para uma antropologia a partir da produção do conhecimento, os usos das ciências, intervenções e articulações heterogêneas. In: FONSECA, C.; ROHDEN, F.; MACHADO, P.S. (Orgs.). Ciências na vida: antropologia da ciência em perspectiva. São Paulo: Terceiro Nome, p. 49-57, 2012b.
- SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 1. Rio de Janeiro, ABRASCO, p. 7-17, jan. de 2005.
- VERGÈS, F. Um feminismo decolonial. São Paulo: Ubu Editora, 2020.
- VIVEROS, M. V. As cores da masculinidade: experiências interseccionais e práticas de poder na Nossa América. Rio de Janeiro: Papéis Selvagens, 2018.

ATENÇÃO DOMICILIAR NO SUS

Luciana Rodrigues Gonçalves

O Brasil tem assistido nas últimas décadas a uma transformação progressiva na estrutura etária da população. Tal transformação traz consigo uma série de questões sociais, econômicas, políticas, demográficas e epidemiológicas que têm reconfigurado o perfil dos usuários dos serviços de saúde, bem como das demais políticas sociais.

O crescimento exponencial do número de idosos no Brasil hoje é progressivo e deve ser considerado uma questão de saúde pública. Segundo dados recentes da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (IBGE, 2022) somam aproximadamente 15% da população. Torna-se necessário, assim, uma efetivação de práticas condizentes com o conceito de saúde e o entendimento das questões que incidem sobre a capacidade funcional e cognitiva das pessoas idosas fazendo com que necessitem do acompanhamento de cuidadores e cuidados em domicílio.

De antemão, é necessário esclarecer a escolha do termo “Atenção Domiciliar” em meio a outras possibilidades como “atendimento domiciliar”, “visita domiciliar”, “internação domiciliar” e “assistência domiciliar”. Isto se deve à consolidação do termo na literatura e na legislação próprias deste campo, desde as primeiras portarias em 2011 até a mais recente em 2016. Além disso, Atenção Domiciliar (AD) engloba todos os procedimentos, como visitas e internações, sendo mais abrangente que os demais e pressupõe a integralidade na articulação entre as ações de prevenção, promoção, recuperação da saúde e palição (BRASIL, 2016; BRASIL, 2012; DIAS; NETO, 2014; NETO, 2014).

Segundo Mehry e Feuerwerker (2008), os cuidados de saúde no domicílio já eram descritos em sociedades egípcias antigas e europeias. A Europa, por exemplo, apresentava essa modalidade de cuidado em domicílio bem antes do surgimento dos hospitais, no século XIX. A prática de cuidado em domicílio está relacionada à própria constituição da família.

Diogo e Duarte (2002) afirmam que um dos objetivos da criação das instituições de saúde foi a concentração dos recursos de atendimento destinado à saúde, mas com o tempo estas instituições demonstraram grande fragmentação de seus serviços, com dificuldades de implementação de ações intersetoriais e precarização do atendimento à população, tornando-se necessário buscar alternativas de atendimento que humanizassem as práticas em saúde, considerando as relações sociofamiliares.

A AD institucionalizada surge no ano de 1947, nos Estados Unidos, como uma sistematização dos serviços ofertados em domicílio, extensão do hospital. Ganha projeção na década de 1960 do século passado, no sentido de minimizar recursos e liberar leitos hospitalares, com intuito de “descongestionar o hospital e proporcionar aos pacientes e familiares um ambiente psicológico mais favorável” (REHEM; TRAD, 2005, p. 234).

No Brasil, o primeiro serviço de AD data de 1949, e esteve vinculado ao Ministério do Trabalho. Em 1963 foi implantado o primeiro serviço de AD planejado no Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital dos Servidores Públicos do Estado de São Paulo – HSPE (BRASIL, 2012).

Os serviços de AD foram ampliados a partir de 1990, dadas as perspectivas trazidas pela promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080 e Lei 8.142 de 1990), bem como a

criação e consolidação do Programa Saúde da Família – criado em 1994 e transformado em Estratégia de Saúde da Família na reorganização da Atenção Básica no Brasil, em 2006.

Desta forma, nos anos 2000 a AD se diversifica significativamente, no sentido de humanização, substituição e racionalização dos recursos. Um dos principais programas criados nesse período é o Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI) e a Atenção Domiciliar Terapêutica para Pessoas com AIDS (ADT-AIDS). As iniciativas desse período foram pontuais, partindo de secretarias municipais ou hospitais, nos diversos níveis de atenção, com baixo financiamento e regulamentação inconsistente. Nos anos seguintes surgiria uma série de portarias e legislações que consolidariam a Atenção Domiciliar.

Em 2002, a Portaria nº 10.424 acrescenta um capítulo e um artigo à Lei 8.080 de 1990 estabelecendo o atendimento domiciliar e a internação domiciliar no âmbito do SUS. Nesse mesmo ano, a Portaria nº 249 estabelece a AD nos Centros de Referência à Saúde do Idoso.

A Portaria nº 825 de 26 de abril de 2016 é a mais importante até o momento, porque redefine a Atenção Domiciliar no SUS e o Programa Melhor em Casa (PMC) – que surge no ano de 2011 e traça as diretrizes para a reorganização dos serviços de Atenção Domiciliar no Brasil. A portaria nº 825 considera como AD a

[...] modalidade de atenção à saúde integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados (Artigo 2º, inciso I).

De acordo com os documentos do Ministério da Saúde, um dos eixos centrais para o desenvolvimento da AD no Brasil é a desospitalização como estratégia para reduzir custos, diminuir riscos de infecções hospitalares, celeridade das altas, entre outros. No fluxo de desospitalização proposto pelo PMC, quando o usuário internado apresenta melhora clínica, necessita de cuidados e é elegível à AD, passa por avaliação sobre a modalidade para qual será encaminhado (BRASIL, 2012; ARAÚJO, 2015).

Em relação à organização dos serviços, o PMC está estruturado em Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), caracterizados como serviços complementares e/ou substitutivos à Atenção Básica, serviços de urgência e internação hospitalar, além de gerenciadores das Equipes (BRASIL, 2016), dispostos em três modalidades de atendimento: AD1, AD2 e AD3, conforme a necessidade de frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento e uso de equipamentos.

Uma das questões a destacar é a influência do cuidador no acesso das pessoas que necessitam de atendimento em domicílio, critério de admissão nas modalidades AD2 e AD3 da Atenção Domiciliar no SUS. De acordo com a Portaria nº 825, cuidador(es) é/são “pessoa(s), com ou sem vínculo familiar com o usuário, apta(s) para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que, dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deverá(ão) estar presente(s) no atendimento domiciliar” (BRASIL, 2016, artigo 2º, inciso III).

Cabe ressaltar que é a condição de dependência do usuário que vai determinar a elegibilidade e o enquadramento nesta modalidade de atenção, o que vai trazer uma série de questões quanto a ampliação da demanda de cuidados em domicílio – dado o quadro demográfico e epidemiológico atual – e a restrição do acesso aos usuários em “situação de

restrição ao leito, ou ao lar de maneira temporária ou definitiva, ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos” (BRASIL, 2016, artigo 5º; SANTOS, 2019).

A alocação de tais equipes obedece à lógica de adscrição da clientela, que tem relação com a responsabilização da equipe pelos sujeitos que vivem em uma área geográfica definida, em um processo de territorialização. Neste caso, as EMAD (Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar) devem “atender a uma população adstrita de 100 mil habitantes, com base no local de residência do usuário, e poderá estar alocada nos diversos tipos de serviços de atenção à saúde”, com a designação de uma EMAP (Equipe Multiprofissional de Apoio) para o suporte e complementação das ações, de acordo com indicação clínica.

Para Mehry e Feuerwerker (2008), os serviços de Atenção Domiciliar podem ser pensados como “experiências de práticas de saúde que desafiam e/ou repetem modos hegemônicos de se produzir o cuidado na saúde” (p. 1). Como visto anteriormente, o modelo de atenção em saúde ainda está sob a égide do modelo hospitalocêntrico, apesar dos princípios preconizados pelo Sistema único de Saúde, como a integralidade (BRASIL, 2012; SANTOS, 2019).

O Caderno da Atenção Domiciliar (BRASIL, 2012) indica duas vertentes que neste estudo se apresentam como concorrentes, mas que na perspectiva dos gestores mobilizam – quase que igualmente – a decisão político-institucional em relação à AD e a implantação dos serviços: uma é racionalizadora, ou seja, prima pela redução de custos ou o uso adequado desses recursos. A segunda vertente é de reorientação do modelo técnico-assistencial, que diz respeito à transformação de um modelo prevalentemente biomédico e curativo para um modelo condizente com a diretriz de prevenção e a interação com outras culturas de cuidados realizados em domicílio.

Assim, compreende-se que a AD na perspectiva de reorientação do modelo técnico-assistencial, pode constituir-se como uma estratégia de enfrentamento das iniquidades em saúde e atendimento das necessidades específicas da população, como por exemplo, pessoas idosas, pessoas com deficiência e mobilidade reduzida, acamadas por doenças incapacitantes, entre outros. Isto se considerados os limites e possibilidades postos no cenário atual de progressiva desconstrução de direitos, refilantropização e privatização dos cuidados em saúde – tanto no que diz respeito à transformação da saúde em um negócio lucrativo, quanto à responsabilização das famílias e demais sujeitos envolvidos no cuidado (BRAGA, 2016; CARVALHO, 2015; POZZOLI, 2017; SANTOS, 2019).

Muitos são os desafios para repensar a legislação vigente, tendo em vista o perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira, que demandará cada vez mais a atenção em saúde no domicílio. Uma atenção que considere e se articule com os equipamentos das políticas públicas presentes no território/áreas de abrangência dos serviços, que repense os critérios de admissão levando em conta as especificidades das famílias (trabalho, alternância de cuidado, fragilidade dos vínculos) e situação habitacional de muitos trabalhadores que moram distante dos centros urbanos, em áreas consideradas inegáveis.

Ademais, não se pode deixar de abordar a configuração das equipes de AD. Nas EMAD, além de médico, enfermeiro e técnico/auxiliar de enfermagem a equipe conta com fisioterapeuta “ou” assistente social. Já nas EMAP, as equipes deverão ter no mínimo três

profissionais de saúde de nível superior, dentre os quais está o assistente social. Ratifica-se a importância da permanência dos assistentes sociais nas equipes da AD, uma vez que poderão atuar como articuladores entre os sujeitos envolvidos no cuidado e os recursos sociais da rede intersectorial, além de contribuir para formação continuada dos profissionais de saúde, ultrapassando “a formação de profissionais simplesmente técnicos, treinados ‘para intervir num campo de ação determinado com a máxima eficácia operativa ou intelectual’” (VASCONCELOS, 2012, p. 72).

A oferta de cuidados de saúde no domicílio dos usuários dos serviços tem a perspectiva de ampliar o acesso daqueles que se encontram impossibilitados de comparecer aos serviços, tanto pelas limitações físicas, como da situação socioeconômica. Também possui grande potencial para a articulação da equipe com os equipamentos das políticas sociais dos territórios e também de interação da equipe de saúde com a rede de cuidados familiar e/ou comunitária.

Cabe então reforçar a Atenção Domiciliar desenvolvida pelo Programa Melhor em Casa como um direito de saúde na perspectiva integral, o que coaduna com os princípios do SUS, em especial com a universalidade do acesso, primado pela Reforma Sanitária, inscrita na legislação em vigor. Guardadas as devidas proporções e as limitações discutidas anteriormente, a AD atende também a descentralização político administrativa do SUS, com atendimento territorializado e mais próximo da realidade social em que o usuário vive.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAÚJO, C. M. Assistência Domiciliar de Saúde: Desafios no atendimento aos usuários do SUS que residem em área de violência urbana, 2015. Dissertação (Mestrado em Gestão em Saúde, Ciência, Tecnologia & Inovação) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.
- BRAGA, P. P. *et al.* Oferta e demanda na Atenção Domiciliar em saúde. In: Revista Ciência e Saúde Coletiva, 21 (3): 903-912, 2016.
- BRASIL. Constituição Federal de 1988.
- _____. Lei Orgânica da Saúde. Lei 8080/90 e Lei 8142/90.
- _____. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011.
- _____. Caderno de atenção domiciliar. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 1 v., 2012.
- _____. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília, 2016.
- DIOGO, M.J.D.; DUARTE, Y. A. O. Cuidados em domicílio: Conceitos e práticas. In: FREITAS, E. V. de (Org.). Tratado de Geriatria e Gerontologia, p. 762-767. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- GUERRA, Y. Dimensão investigativa no exercício profissional. In: CFESS e ABEPSS (Orgs.). Serviço Social: Direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS / ABEPSS, 2009.
- IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9173-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-trimestral.html>>. Acesso em 31 de out. 2022.

- MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Atenção domiciliar: Medicalização e substitutividade. In: Seminário Nacional de Divulgação dos Resultados da Pesquisa: Implantação de atenção domiciliar no âmbito do SUS – Modelagem a partir das experiências correntes, n. 1. Anais eletrônicos. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/ad-medicalizacao_e_substitutividade.pdf>. Acessado em 8 de abr. de 2019.
- NETO, A. V. O.; DIAS M. B. Atenção Domiciliar no Sistema único de Saúde (SUS): O que representou o Programa Melhor em Casa? In: Revista Divulgação em Saúde para Debate I, n. 51, p. 58-71, outubro. Rio de Janeiro, 2014.
- POZZOLI, S. M. L.; CECÍLIO, L. C. de O. Sobre o cuidar e o ser cuidado na atenção domiciliar. In: Revista Saúde Debate, v. 41, p. 1116-1129, out.-dez. Rio de Janeiro, 2017.
- REHEM, T. S. B.; TRAD, L. A. B. Assistência domiciliar em saúde: Subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. In: Ciência e Saúde Coletiva, 10 (sup), p. 231-242, 2005.
- SANTOS, B. F; GOMES, M. R. B. Atenção Domiciliar à Saúde e a centralidade dos cuidados na família: Coparticipação ou super responsabilização? In: O Social em questão – Ano XXII – n. 43 – jan.-abr., 2019.
- VASCONCELOS, A. M. A prática do Serviço Social: Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 2015.

ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Anália da Silva Barbosa

A atenção psicossocial nos demanda, antes de tudo, resgatar os processos históricos e os contextos políticos e sociais que incidem na construção de uma nova estrutura da política de saúde mental, em que se tem como propósito a garantia da dignidade humana e o direito à cidadania por meio de dispositivos que substituam o modelo asilar.

No Brasil, o campo da saúde mental até a década de 1970 teve predominantemente o modelo hospitalocêntrico como determinante, em que a oferta de assistência à população era pautada no saber psiquiátrico e no isolamento. A partir desse contexto, e do debate da violência institucional e do aparato manicomial (AMARANTE, 2007), surge o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira como um processo ético-político e social (BRASIL, 2005).

Sendo assim, foi somente a partir da luta dos trabalhadores, usuários e familiares, e consequentemente das conquistas das Reformas Psiquiátrica e Sanitária, que se elabora a reformulação da política de saúde mental, um conjunto de práticas substitutivas ao modelo asilar, denominada de atenção psicossocial. Tal conceito acompanha as diversas transformações em relação ao paradigma manicomial, principalmente rompendo com as violências institucionais e a construção de outros dispositivos de cuidado que assegurem a assistência em liberdade e territorial (COSTA-ROSA, 2003).

O modelo de Reforma Brasileira baseia-se na proposta reformista da Psiquiatria Italiana, na qual entende-se o cuidado não mais focado na doença, mas sim no sujeito, e realizado na rede substitutiva ao hospital psiquiátrico. Assim, cuidar compreende não anular a doença, mas articular possibilidades de vida diversas nos campos do trabalho, moradia, circulação pela cidade, lazer e cultura (AMARANTE, 1996).

Logo, compreende-se que o cuidado em saúde mental demanda um olhar ampliado para a noção de saúde, entendendo-a não apenas como ausência de doença, mas como um processo complexo atravessado pelos determinantes sociais.

Desta maneira, para pensar o cuidado em saúde mental em uma perspectiva que configure a desinstitucionalização, se faz necessário pensar a articulação com os territórios de vida dos sujeitos. Neste mesmo sentido, Franco Basaglia ao propor a noção de desinstitucionalização destaca que esta não se restringe a uma crítica ao modelo de cuidado centrado no hospital psiquiátrico, mas deve ser uma mudança teórica e política em que se faz necessária a desconstrução do lugar da loucura de exclusão e estigmatização social. A partir de Basaglia é inaugurado um novo campo de relacionamento com a loucura, não mais como proposto pela psiquiatria moderna, tendo no centro o manicômio e a produção de exclusão e tutela.

Após a Lei 10.216 de 2001 o modelo de saúde mental foi redirecionado para a perspectiva da Atenção Psicossocial, e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) passam a ser considerados dispositivos estratégicos do movimento de progressivo deslocamento do centro do cuidado para fora do hospital em direção à comunidade (BRASIL, 2004).

O CAPS caracteriza-se como um serviço de saúde aberto, comunitário e de cuidado intensivo, que tem como objetivo disponibilizar atendimento à população adscrita na sua área de abrangência; oferecer acompanhamento clínico e estimular a reinserção social dos

usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004). Vale ressaltar que o CAPS é o serviço central da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), dessa forma não é o único substituto dos hospitais psiquiátricos, mas sim parte de uma rede articulada de diferentes serviços que possuem como um dos objetivos a integralidade da assistência (BRASIL, 2011).

De acordo com o previsto pelo Ministério da Saúde, a partir da publicação da Portaria 336 se regulamentou a constituição e funcionamento dos CAPS em nível nacional (BRASIL, 2011). Também é dada aos CAPS a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território, em uma perspectiva na qual estes dispositivos devem estar articulados na rede de serviços de saúde e intersetorial, a RAPS. A interação com outras redes de atenção é necessária para fazer face à complexidade das demandas de inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade por transtornos mentais (BRASIL, 2004).

A organização desta rede tem a noção de território como importante orientador. O conceito de território no campo da saúde mental opera como instrumento para promoção de saúde e cidadania, afirmando que só será possível produzirmos saúde se valorizarmos a região emoldurada pelas referências sociais e culturais daquela comunidade. O território deve ser entendido pela perspectiva não apenas do bairro de domicílio do sujeito, mas como um conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenham seu projeto de vida e sua inserção no mundo (SANTOS, 2007).

Dito isso, para que a execução desta política esteja de acordo com o paradigma psicossocial, é imprescindível que o tratamento dos sujeitos em sofrimento psíquico seja realizado no seu território de convívio. Dessa maneira, objetiva-se o desenvolvimento da autonomia e cidadania dos usuários, com um cuidado que pressupõe qualificar suas vivências em comunidade por meio da reinserção social (FERREIRA; BEZERRA, 2017). Tal sintetização vai ao encontro do que está preconizado na Portaria 3.088 – o respeito aos direitos humanos e a garantia de autonomia; a diversificação de estratégias de cuidado; a realização de atividades no território com objetivo de exercer a cidadania, e o desenvolvimento de ações intersetoriais que garantam a integralidade do cuidado (BRASIL, 2011).

Seixas *et al.* (2021) ressaltam que as apostas no cuidado em saúde mental devem privilegiar como estratégia um cuidado ampliado no território, mais próximo da população, presentes na vida cotidiana dos usuários; articulando diferentes atores no território para criar novas possibilidades de cuidado que atendam às necessidades particulares de cada sujeito, entendendo que é imprescindível essa compreensão para não sermos cooptados pela lógica médico-centrada e retomada do modelo manicomial.

Nessa mesma perspectiva, Deleuze e Guattari apontam para a complexidade desse conceito nos processos de subjetivação dos sujeitos:

[...] Os seres existentes se organizam segundo territórios que os delimitam e os articulam aos outros existentes e aos fluxos cósmicos. O território pode ser relativo tanto a um espaço vivido, quanto a um sistema percebido no seio do qual um sujeito se sente “em casa”. O território é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre si mesma. Ele é o conjunto de projetos e representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos

espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos (*Apud* HAESBAERT; BRUCE, 2002, p. 6).

Desta maneira, para pensar o campo da atenção psicossocial em uma perspectiva que configure a desinstitucionalização, se faz necessário pensar a articulação com os territórios de vida dos sujeitos. Significa, também, criar outros recursos, inventar e produzir espaços, ocupar o território com a loucura – do manicômio, lugar zero das trocas sociais, ao espaço público como *locus* terapêutico, de intervenção, de montagens e instalações em permanente processo de produção (ROTELLI, 2001).

O cuidado em saúde mental passa a fazer parte do panorama da cidade, apropriando-se dos bairros, das ruas, das praças, das igrejas, do bar da esquina, enfim, dos espaços sociais, que se constituem como os novos lugares da loucura. Ao lançar-se no espaço aberto, sem fronteiras demarcadas e sem medidas prévias de tempo, não são só os usuários de saúde mental que estão diante da novidade de experimentar os espaços urbanos, mas também os profissionais, com seus saberes e práticas, que se deparam com uma nova realidade de atuação, as quais passam a incorporar a paisagem citadina, os espaços públicos, com o desafio de articular o espaço-tempo da cidade com a condição espaço-temporal própria da loucura (PALOMBINI, 2004, p. 10).

Nesse percurso, verifica-se em pesquisas realizadas na área de saúde mental que têm como campo de estudo a atuação e funcionamento dos CAPS, que ainda há uma precariedade das ações territoriais e, conseqüentemente, se faz necessária a aproximação dos serviços às comunidades (LEÃO; BARROS, 2012).

Superar o isolamento historicamente imposto à experiência da loucura, na busca de uma vida mais possível para todos, substanciando a desinstitucionalização e os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira é um desafio aos sujeitos, aos profissionais e às instituições a se implicarem na produção de um cuidado junto aos territórios a partir dos encontros e das relações que ali se configuram cotidianamente.

Sendo assim, destaca-se que o trabalho multiprofissional das equipes que atuam no campo da atenção psicossocial tem como direção a efetivação do processo de desinstitucionalização e elaboração de novas práticas de cuidado. Para tanto, se estabelecem novas relações entre os profissionais de saúde mental, permitindo maior diversidade das ações e busca de consensos, através de uma relação baseada na interdisciplinaridade e não somente na multidisciplinaridade – entendida como mera justaposição de saberes. Logo, deve-se priorizar uma comunicação horizontal, afetiva e solidária na relação entre profissionais, com responsabilidade compartilhada, e que resulte na transformação de suas práticas no sentido de irem ao encontro de um novo modelo de atenção.

Frente às questões apresentadas e ao cenário político, econômico e social vivido atualmente é um desafio enorme manter e sustentar o modelo da atenção psicossocial no campo da saúde mental, uma vez que a desinstitucionalização é norteadora do cuidado e vai na contramão do sistema vigente que cada vez mais legitima políticas públicas que reproduzem a lógica manicomial.

Não é estranho se deparar atualmente com o subfinanciamento da política de saúde mental e com a fragilização da efetivação do modelo da atenção psicossocial frente a lógicas de trabalho que priorizam o viés biomédico centralizado na doença. Sendo assim, se faz urgente a construção de espaços coletivos de luta que configure uma arena de debates e o

desenvolvimento de ações que fortaleçam o campo da atenção psicossocial envolvendo usuários, familiares, profissionais, movimentos organizados da sociedade civil e diferentes atores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: O debate em torno da Reforma Psiquiátrica. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, Jul/Set., 1996.
- _____. Saúde mental e atenção psicossocial. Fiocruz, 2007.
- BRASIL. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Ministério da Saúde, 2002.
- _____. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Ministério da Saúde, 2005.
- _____. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Ministério da Saúde, 2011.
- COSTA-ROSA A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção psicossocial: Rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). *Archivos de Saúde mental e atenção psicossocial*, v. 2, p. 13-44, 2003.
- FERREIRA, G. H. L.; BEZERRA, B. D. G. A “reinserção” social dos usuários (as) dos CAPS II do município de Mossoró-RN sob a ótica das assistentes sociais. *Revista Includere*, 3(1), 51-62, 2017.
- HAESBAERT, R.; BRUCE, G. A desterritorialização na obra de Deleuze e Guattari. In: *Geografia*, v. 4, n. 7, p. 7- 25, 2002.
- LEÃO, A. B. Território e Serviço Comunitário de Saúde Mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira. São Paulo, v. 21, n. 3, p. 572-586, 2012.
- ROTELLI, F.; LEONARDI, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.). *Desinstitucionalização*, p. 17-59. São Paulo: Hucitec, 2001.
- SANTOS, M. O espaço do cidadão, 7. ed. São Paulo: EdUSP, 2007.
- SEIXAS, C. T. *et al.* A crise como potência: Os cuidados de proximidade e a epidemia pela Covid-19. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação [online]*, v. 25(1), 2021.

ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

Debora Lopes de Oliveira

[...] a Saúde do Trabalhador é campo de práticas e conhecimentos cujo enfoque teórico-metodológico, no Brasil, emerge da Saúde Coletiva, buscando conhecer (e intervir) (n)as relações trabalho e saúde-doença, tendo como referência central o surgimento de um novo ator social: a classe operária industrial, numa sociedade que vive profundas mudanças políticas, econômicas, sociais. Ao contrapor-se aos conhecimentos e práticas da Saúde Ocupacional, objetiva superá-los, identificando-se a partir de conceitos originários de um feixe de discursos dispersos formulados pela Medicina Social Latino-Americana, relativos à *determinação social* do processo saúde-doença; pela Saúde Pública em sua *vertente programática* e pela Saúde Coletiva ao abordar o sofrer, adoecer, morrer das classes e grupos sociais inseridos em *processos produtivos* (BRASIL, 1999).

O surgimento do campo da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (STT) no Brasil é datado no final da década de 1970, Lacaz (2007) aponta que este processo é desencadeado com o esgotamento da Ditadura Cívico-Militar iniciada em 1964, e delimita os anos de 1978 e 1979 como o ápice das reivindicações por ações em STT, devido à retomada do cenário político pelo movimento sindical, reportando ao processo que se inicia no ABC paulista a partir das grandes greves de 1978 nas indústrias automobilísticas e que se espalham por grande parte do território nacional.

Marco deste processo foi a criação em 1978 da Comissão Intersindical de Saúde e Trabalho (CISAT), em São Paulo, responsável pelas primeiras Semanas de Saúde do Trabalhador (SEMSAT) em 1979, dando origem em 1980 ao Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas em Saúde do Trabalhador (DIESAT), que irá difundir um importante papel de subsídio e assessorias sindicais em saúde e trabalho, importante instrumento de luta pela saúde no trabalho e na sua relação com o Estado (LACAZ, 2007; VASCONCELLOS, 2011).

No âmbito da América Latina surgem significativos estudos sobre a relação trabalho-saúde, com destaque para as produções de Asa Cristina Laurel sobre o México em 1975, e de Anamaria Testa Tambellini, em relação ao Brasil em 1978. As produções denotam a emergência de uma nova formulação teórico-conceitual acerca da determinação social dos adoecimentos e mortes dos(as) trabalhadores(as), incorporando o marxismo através das formulações teóricas da Medicina Social Latino-americana e da Saúde Coletiva.

As primeiras experiências de inclusão de práticas de STT no âmbito da saúde pública brasileira ocorrem com a criação dos Programas de Saúde do Trabalhador (PST) em São Paulo. Setores do movimento sindical em São Paulo (metalúrgicos, químicos, petroquímicos, bancários) exigem dos serviços de saúde pública envolvimento com as questões de saúde relacionadas ao trabalho. Os PSTs se espraiam pelo estado de São Paulo e posteriormente para outros estados do país como: Rio de Janeiro, Bahia, Minas Gerais e Rio Grande do Sul.

Incorporavam os seguintes pressupostos: 1 – a participação dos trabalhadores, em alguns casos na própria gestão, controle e avaliação; 2 – ir além do acesso às informações obtidas a partir do atendimento; possibilidade de desencadeamento de ações de vigilância nos locais de trabalho geradores de danos à saúde, com participação sindical; 3 – percepção do trabalhador como dono de um saber e como sujeito coletivo inserido no processo produtivo, agora visto não apenas como mero consumidor de serviços de saúde, de condutas, de prescrições; e 4 – a compreensão de que o processo de trabalho é danoso à saúde, ultrapassando o horizonte de visão da Saúde Ocupacional, o que aponta outras determinações para o sofrimento, o mal-estar e a doença, relacionados às relações sociais que se estabelecem no processo de trabalho (LACAZ, 2007).

No plano acadêmico há desdobramentos importantes para a constituição do campo da saúde do trabalhador e da trabalhadora, como: 1 – a emergência do debate sobre a relação saúde-trabalho na Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO); 2 – o engajamento de diversos intelectuais, trabalhadores e profissionais em várias frentes – sindicatos, órgãos de fiscalização do trabalho, serviços de saúde, faculdades de medicina, entre outras – moldaram as iniciativas na luta pela mudança do modelo; e 3 – a criação do Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (CESTEH), em 1985, vinculado à então Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, contribuiu para a formação de especialistas em saúde do trabalhador, a partir de 1986, fato que agregou novos sujeitos institucionais à luta pela mudança do paradigma.

A institucionalização do campo da saúde do trabalhador enquanto política de saúde pública pode ser compreendida em três momentos diferenciados: o primeiro entre 1978 a 1986 enquanto parte do movimento pela Reforma Sanitária, compreende a realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST), que surge como desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), a marca deste período foi a inclusão da atenção à saúde do trabalhador como uma prática de saúde pública. O segundo compreendido entre 1987 e 1997, inclui a realização da 2ª CNS, bem como a institucionalização das ações na rede de assistência à saúde, em face de consolidação do marco legal do Sistema Único de Saúde (SUS). E o terceiro momento, nos anos 2000, que se caracteriza pela criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), em que estão compreendidas as realizações em 2005 da 3ª CNST e em 2014 da 4ª CNST (LACAZ, 2005; OLIVEIRA, 2022).

No final dos anos de 1980 ocorrem conquistas legais a partir da incorporação da STT na Constituição Federal de 1988, que são regulamentadas na década de 1990 pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) e pelas Constituições Estaduais. Com o SUS são atribuídas as ações e serviços relacionados com a promoção, a proteção e a recuperação da saúde no duplo aspecto – preventivo e curativo –, visando à redução do risco de doenças e de outros agravos, em especial aqueles relacionados ao trabalho. Ao consagrar o direito universal à saúde, afirma-se que o Estado é responsável pela implementação de políticas públicas que assegurem à saúde, que evitem o risco de doenças e interfiram nas suas fontes causadoras. A saúde, como decorrência do direito à vida, é assegurada a qualquer indivíduo no exercício ou não da atividade laboral. Assim, é afirmado o direito aos trabalhadores(as) de não serem submetidos a riscos nos ambientes de trabalho, seja no mercado formal ou informal, independente do vínculo empregatício e se em ambiente urbano ou rural.

No Capítulo I, da Lei 8.080 de 19 de setembro de 1993, que apresenta os objetivos e atribuições do SUS, observa-se que no artigo 6º a STT é incluída na atuação do SUS, sendo definida como um conjunto de atividades destinadas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, realizada através de ações de vigilância em saúde, sejam elas epidemiológicas ou sanitárias. A STT, de acordo com a esta normativa legal abrange: a assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou doenças do trabalho ou profissionais; a participação em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos existentes no processo de trabalho; participação na normatização, fiscalização e controle das condições de produção, dentre outros; avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde; informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidente, doenças profissionais e do trabalho, assim como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais, dentre outros; participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador sejam instituições públicas ou privadas; revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e a garantia ao sindicato dos trabalhadores(as) de requerer ao órgão competente a interdição de máquina quando houver exposição a risco iminente para vida ou saúde dos trabalhadores(as).

Como parte do processo de institucionalização da STT, conforme dito anteriormente, foram realizadas quatro conferências temáticas de STT no Brasil nos anos de 1986, 1994, 2005 e 2014. Vale ressaltar que, embora as conferências representem espaços importantes e ricos para a formulação de propostas, principalmente por parte do controle social, elas não têm alcançado este objetivo, pois suas proposições não são concretizadas, e consequentemente não impactam a configuração de uma política consistente e comprometida com as demandas e necessidades da população trabalhadora.

As CNSTT que ocorrem nos anos de 1986 e 1994 apresentam um percurso em direção à consolidação da área da STT no SUS. A 1ª CNSTT ocorre em 1986 como um desdobramento da 8ª CNS, apresenta como tônica a formulação de uma Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores voltada para toda a população trabalhadora, atrelada visceralmente a uma proposta mais abrangente de Política Nacional de Saúde (VASCONCELLOS, 2007).

As CNSTT realizadas nos anos 2000, figuram como uma inflexão dentro do campo da CSTT. A 3ª CNSTT ocorre em 2005, após um intervalo de mais de uma década, tendo como lema central “Trabalhar Sim, Adoecer Não”, diferente das duas edições anteriores, esta conferência foi convocada por um ato conjunto dos ministros da Saúde, do Trabalho e Emprego e da Previdência Social. Se num primeiro momento, este ato pode apontar para a busca da superação das resistências ao processo de unificação das ações de Estado em Saúde do Trabalhador, é preciso ressaltar que, *se a unificação em tela não se pautar pelos princípios da universalidade, da integralidade e pelo controle-participação social nessa política, conforme advoga o SUS, estará fadada ao fracasso*. A expectativa externada era que a esta conferência pudesse ser um marco na busca da superação da fragmentação, da baixa eficácia e da duplicação desnecessária de ações, no entanto a questão da política nacional se tornou refratária e se perde em meio a uma fragmentação da estrutura temática organizada (LACAZ, 2005; OLIVEIRA, 2022).

A 4ª CNST ocorre em 2015, uma década após a 3ª CNS, tendo como tema central: “Saúde do trabalhador e da trabalhadora, direito de todos e todas e dever do Estado”, e por objetivo “propor diretrizes para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – PNST”. Foram organizados 4 (quatro) subeixos: I – O Desenvolvimento socioeconômico e seus Reflexos na Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; II – Fortalecer a Participação dos Trabalhadores e das Trabalhadoras, da Comunidade e do Controle Social nas Ações de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; III – Efetivação da Política Nacional de Saúde e do Trabalhador e da Trabalhadora, considerando os princípios da integralidade e intersetorialidade nas três esferas de governo; e IV – Financiamento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, nos municípios, estados e União. Diferente da 3ª CNS a PNSTT (Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora), será o escopo dos debates, e não a Política de Segurança e Saúde no Trabalho. Isso pode indicar uma retomada do eixo dos debates na área. No entanto é possível observar em várias das propostas aprovadas o viés da saúde ocupacional.

O desafio posto ao campo da STT após as conquistas da Constituição Federal de 1988 e da LOS, ao conformar a STT como atribuição e competência do SUS, foi a sua institucionalização a partir do estabelecimento de uma PNSTT capaz de ordenar as ações, ainda dispersas no âmbito dos estados e municípios. Observa-se que a institucionalização da área foi periférica e marginal, fruto principalmente das dificuldades de intervenção sobre os fatores determinantes do processo saúde-doença, seja pela disputa dos órgãos do trabalho e da previdência no não reconhecimento da competência da saúde para intervir na relação trabalho-doença-saúde, seja pela ausência de vontade política para subsidiar as ações de saúde do trabalhador no SUS. As tensões, os conflitos de interesse que perpassam os embates deste campo irão refletir na forma como a STT foi se incorporando no SUS.

Com o propósito de dar organicidade e estrutura à área no SUS emerge a ideia da formulação de uma rede, como afirmam Vasconcellos e Leão (2011). Tal proposta decorre de uma revisão crítica sobre a inserção e a dinâmica dos serviços constituídos entre as décadas de 1980 e 1990, os centros de referência e os programas de saúde do trabalhador, que centralizavam as ações de STT, marcados pelo isolamento e marginalidade, sem estabelecerem vínculos mais sólidos com as estruturas orgânicas de saúde, pela ausência de mecanismos mais efetivos de comunicação e relação entre si, e embora considerados estratégicos para a consolidação da área de saúde do trabalhador no SUS, esgotaram sua capacidade de contribuir para novos avanços.

A estruturação da RENAST no Brasil, em seu aspecto legal, se confirmará por meio de três portarias ministeriais. A primeira é a Portaria 1.679 de 19 de setembro de 2002; a segunda é a Portaria 2.437 de 7 de dezembro de 2005, e a terceira é a Portaria 2.728 de 11 de novembro de 2009. A primeira portaria que cria a RENAST, em 2002, foi resultado de “uma oportunidade política, surgida no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, que permitiu a criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), pela portaria 1.679 de 19 de setembro de 2002” (DIAS; HOEFEL, 2005, p. 821).

A RENAST, enquanto estratégia para atenção à STT no SUS deveria integrar e articular as linhas de cuidado da atenção básica, da média e alta complexidade ambulatorial, pré-hospitalar e hospitalar, sob o controle social, nos três níveis de gestão: nacional, estadual e municipal. O eixo central das ações são os CERESTs. Nesta portaria é utilizada a sigla

CRST para denominá-los, e a mudança para CEREST se configurou a partir da segunda portaria da RENAST em 2005. Infere-se que na perspectiva da primeira portaria, eles deixariam de ser porta de entrada do sistema, para assumir o “papel de suporte técnico e científico e de núcleos irradiadores da cultura da centralidade do trabalho e da produção social das doenças no SUS. Sendo o lócus privilegiado de articulação e pactuação das ações de saúde, intra- e intersetorialmente, no seu território de abrangência [...]” (BRASIL, 2005).

Oliveira (2022) com base em Dias e Hoefel (2005), Minayo-Gomez e Lacaz (2005), Lacaz e Santos (2010), e Vasconcellos e Leão (2011) depreende a seguinte caracterização da RENAST: definida como uma rede nacional de informação e práticas de saúde, organizada com o propósito de implementar ações assistenciais, de vigilância e de promoção da saúde no SUS; a proposta é qualificar a atenção à saúde, já exercida no SUS, fazendo com que o sistema, como um todo, funcione na perspectiva da saúde do trabalhador; se estrutura a partir de centros de referência, serviços de saúde de retaguarda e municípios-sentinelas, organizados em torno de um dado território; os serviços de saúde de retaguarda de média e alta complexidade já instalados no SUS configuram a rede-sentinelas, com o objetivo de compor o fluxo de atendimento aos doentes e acidentados do trabalho em todos os níveis de atenção do SUS, de modo articulado com as vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental; prevê a organização de municípios-sentinelas, que devem ser definidos considerando dados epidemiológicos, previdenciários e econômicos, que indiquem fatores de riscos significativos à saúde dos trabalhadores, oriundos de processos de trabalho em seus territórios, objetivando a produção, sistematização e disponibilização da informação em saúde do trabalhador; avança no aspecto formativo de quadros caracterizado pela busca de cursos de formação na área.

A publicação da PNSTT, tardiamente em 2012, é resultado das lutas e mobilizações em torno da estruturação de uma ação concreta coordenada nacionalmente, demanda que se colocava no plano das reivindicações e proposições desde a I CNST. Como uma resposta à demanda histórica dos sujeitos engajados na STT, reflete o patrimônio reflexivo e as práticas logradas pela área, coadunada aos princípios do campo, propondo diretrizes, estratégias para as três esferas de gestão do SUS no desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, visando à promoção, a proteção de sua saúde e à redução da morbimortalidade decorrente do adoecimento e dos agravos no trabalho (MINAYO-GOMEZ, 2013).

A área da saúde do trabalhador passa por mudanças significativas no cenário contemporâneo devido às conquistas obtidas no plano jurídico-institucional, no entanto persistem entraves a sua efetivação, postos pelo contexto da política neoliberal de desmonte do Estado, a partir dos anos 1990. Destaca-se que a implementação da RENAST foi realizada por um Estado que teve a sua atuação marcada pela restrição de direitos dos trabalhadores, bem como pela diminuição dos investimentos sociais (DIAS; HOEFEL, 2005).

A proposição de uma rede nacional, voltada para a STT, foi fundamentada na ideia sistêmica do SUS, que corporifica a rede de saúde no Brasil, concebida como uma proposta divergente do modelo verticalizado, fragmentado e centralizado que caracterizou a assistência à saúde por um longo período, e que só a partir dos anos de 1990 pode ser modificada, dado o início da construção de uma estrutura alternativa a esta lógica. Neste sentido, a ideia de rede assume papel central no enfrentamento à verticalização de estruturas decisórias, pois favorece as inter-relações na esfera organizacional do sistema (VASCONCELLOS; LEÃO, 2011, p. 463; TREVISAN, 2007, p. 249).

No processo de implantação da RENAST foram identificados avanços e limites. Impõe-se a contínua reflexão para formulação de estratégias que ajudem na superação dos limites, na sua efetivação. Por conseguinte, pensar a RENAST criticamente não consiste na negação desta rede, e nem tampouco ignorar seus possíveis avanços, porém é uma ação necessária à revisão das estratégias e dos caminhos percorridos, para entender, como afirma Vasconcellos e Leão (2011) por que a “rede não enreda”, levando em consideração elementos que decorrem não apenas das práticas, da gestão direta das ações, mas também as questões estruturantes que estão relacionadas com a conjuntura dos retrocessos sociais, políticos e econômicos desencadeados através das contrarreformas, em particular na saúde.

A perceptível manutenção das dificuldades que são alvo de discussão e mobilização no ordenamento das ações desde o final dos anos de 1990, mesmo após a criação da RENAST, exhibe a relevância de repensar, avaliar e construir proposições que colaborem para a efetivação das mudanças necessárias na perspectiva da integralidade. O que deve incorporar todos os sujeitos políticos envolvidos com a STT, particularmente os(as) trabalhadores(as), de tal forma que os mecanismos utilizados oportunizem uma ampla participação social, onde as necessidades, demandas e percepções dos trabalhadores sejam reconhecidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Saúde do Trabalhador. Versão Preliminar para discussão (Mimeo), 1999.
- _____. Constituição da República Federativa do Brasil. Coleção Saraiva de Legislação, 18ª edição, atualizada e ampliada. São Paulo: Editora Saraiva, 1998.
- _____. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a organização do SUS. Brasília: DF, 1990.
- _____. Lei 8.142/90 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade no SUS. Brasília: DF, 1990.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.679/GM de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.437/GM de 7 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.728/GM de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.
- DIAS, E. C.; HOEFEL, M. da G. O desafio de implementar as ações e saúde do trabalhador no SUS: A estratégia a RENAST. In *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 1, n. 4, out./dez. de 2005.
- LACAZ, F. A. C. Saúde do Trabalhador: vinte anos de história e trajetória. In Brasil. Ministério da Saúde. 3.ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador: 3.ª CNSST:

- “trabalhar, sim! adoecer, não!”: coletânea de textos / Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência e Assistência Social. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- _____. Reforma Sanitária e saúde do trabalhador. *Saúde e Sociedade* [online], v. 3, n. 1, p. 41-59, 1994.
- _____; SANTOS, A. P. L. Saúde do trabalhador hoje: re-visitando atores sociais. *Revista Médica de Minas Gerais*, 2010, 20 (2 supl2): S5-S12.
- MINAYO-GOMEZ, C. Avanços e entraves na implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 2013, v. 38, n. 127, pp. 21-25.
- _____; LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 4, 2005.
- OLIVEIRA, D. L. O. Na cadência da Saúde do Trabalhador: compassos e descompassos da trajetória do CEREST Duque de Caxias / Rio de Janeiro. 2022. 327 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.
- TREVISAN, L. Das pressões às ousadias: o confronto entre a descentralização tutelada e a gestão em rede no SUS. *Revista de Administração Pública*, v. 41, n. 2, p. 237-254, 2007.
- VASCONCELLOS, L. C. F. Saúde. Trabalho e desenvolvimento Sustentável: apontamentos para uma política de Estado. 2007, 421f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.
- _____; LEÃO, L. H. C. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST): reflexões sobre a estrutura da rede. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 20, n. 1, p. 85-100, jan./mar., 2011.

BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS

Marinete Cordeiro Moreira

Os benefícios previdenciários aqui referenciados correspondem à prestação realizada em espécie, em diferentes situações, relativos aos direitos previdenciários previstos na Constituição Federal e em leis infraconstitucionais, visando à proteção social para os segurados e dependentes do Regime Geral de Previdência Social (RGPS). A previdência social constitui-se como uma das principais políticas sociais do Brasil, com impacto direto na redistribuição de renda e combate à pobreza extrema, e compõe a Seguridade Social brasileira, juntamente com a Saúde e a Assistência Social, a partir da Constituição Federal de 1988. Dados recentes apontam que em setembro de 2022 eram 32.145.325 benefícios em manutenção, abrangendo benefícios programáveis e não programáveis, visando atender às necessidades mais elementares de segmentos de trabalhadores e trabalhadoras e seus dependentes em diferentes situações.

O artigo 201 da Constituição Federal define que a organização da previdência social se dará sob a forma do Regime Geral de Previdência Social (RGPS), de caráter contributivo e de filiação obrigatória, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial. Deverá atender às situações de cobertura dos eventos de incapacidade temporária ou permanente para o trabalho e idade avançada, de proteção à maternidade, especialmente à gestante; de proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário; de salário-família e auxílio-reclusão para os dependentes dos segurados de baixa renda; de pensão por morte do segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e dependentes, conforme define o referido artigo. Os benefícios previdenciários do RGPS também estão regulamentados na Lei 8.213/91 e suas alterações e na Instrução Normativa 128/2022, entre outros atos normativos. Os benefícios programáveis abrangem as aposentadorias, em suas diversas modalidades, ressalvada a aposentadoria por incapacidade permanente. A aposentadoria programada apresenta como requisitos, para pessoas seguradas filiadas a partir de 14 de novembro de 2019, com a aprovação da EC 103/19, ter 62 (sessenta e dois) anos de idade, se mulher, 65 (sessenta e cinco) anos de idade, se homem; e 15 (quinze) anos de tempo de contribuição, se mulher, e 20 (vinte) anos de tempo de contribuição, se homem. O cálculo é efetuado considerando 60% (sessenta por cento) do salário de benefício, com acréscimo de 2 (dois) pontos percentuais para cada ano de contribuição que exceder o tempo de 15 (quinze) anos de contribuição, se mulher, e 20 (vinte) anos de contribuição, se homem. Outras aposentadorias programadas são: aposentadoria programada para professor/a, aposentadoria por idade para trabalhadores/as rurais, aposentadoria especial e aposentadoria para pessoa com deficiência. Para os/as segurados/as filiados/as antes da Emenda Constitucional 103, ou seja, antes de 13 de novembro de 2019, existem regras de transição específicas, a exemplo da permanência de, no mínimo, 15 anos de contribuição para o homem acessar a aposentadoria programada. Outras regras de transição estão vinculadas à pontuação, à exigência de pedágio e diferentes modalidades de cálculo. Para maior aprofundamento, buscar as legislações acima referenciadas.

Os benefícios não programáveis são: a aposentadoria por incapacidade permanente, auxílio por incapacidade temporária, auxílio-acidente, salário-maternidade, salário-família, pensão por morte e auxílio-reclusão.

Em relação aos direitos previdenciários, alguns conceitos são fundamentais para garantir o acesso. Destacam-se o conceito de carência – que se refere ao quantitativo de contribuições necessárias para acessar diferentes benefícios – e de qualidade de segurado – que se refere ao tempo que o/a trabalhador/a manterá o direito ao acesso aos benefícios após o desemprego, a cessação de contribuições ou do benefício anterior, entre outras situações.

São gigantescos os desafios apresentados no enfrentamento às limitações presentes no acesso aos direitos previdenciários, considerando cobertura previdenciária, critérios de acesso, valores de benefícios, operacionalização da política previdenciária e complexidade da legislação, dentre outros aspectos. A política de previdência social voltada para o RGPS é operacionalizada pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), autarquia pública federal.

As políticas sociais nas sociedades capitalistas são constituídas visando atender à lógica do capital de acumulação e de reprodução da força de trabalho, e também atender às necessidades de proteção da classe trabalhadora. O trabalho assalariado ganha centralidade nesta construção, conforme aponta Mota (1995) ao afirmar que a estruturação dos sistemas de proteção social nas sociedades capitalistas ocidentais se vincula ao “processo de assalariamento na fase de acumulação intensiva” (MOTA, 1995, p. 125). A constituição da política de previdência social está relacionada intrinsecamente à política econômica adotada e à correlação de forças existentes entre as classes sociais antagônicas presentes em determinado contexto histórico. “A relação entre acumulação do capital, organização do trabalho e proteção social” (SILVA, 2012, p. 69) se revela como um processo dinâmico, contraditório e histórico, e que deve ser apreendido dentro de uma concepção de totalidade, sem qualquer transposição automática de modelos e configurações.

Faleiros (1985) ressalta que na América Latina a classe operária foi a força propulsora para a implantação dos seguros sociais e tal força só se manifestou quando as condições de industrialização e organização foram favoráveis. A intervenção do Estado se deu de forma gradual, considerando as diversas forças sociais. Houve a exclusão dos camponeses, favorecendo a oligarquia rural e a incorporação dos operários se realizou “por categoria, por seguros e por regiões, contribuindo para a manutenção da paz social na indústria” (FALEIROS, 1985, p. 124) e fazendo com que as contribuições dos trabalhadores custeassem a reprodução da força de trabalho.

Nas primeiras décadas do século XX no Brasil, no início do processo de industrialização e urbanização dos grandes centros, a ampliação dos conflitos na relação capital/trabalho exigiu a intervenção pública do Estado. O país – cujas características em relação ao capitalismo mundial significam periférico e dependente, com uma formação social constituída no escravismo, no colonialismo, no patrimonialismo, com uma burguesia em ascensão, azeitada à oligarquia rural existente, sem rupturas e com uma economia agroexportadora fortemente dependente do mercado externo – vivia tensões, nas quais as expressões da questão social, como a crescente desigualdade social e o desemprego estrutural, não poderiam ser mais tratadas no âmbito privado e/ou só com o poder repressivo do Estado.

As demandas de proteção social em relação ao trabalho favoreceram a organização de uma classe operária em ascensão no país. A luta por proteção social em situações específicas vivenciadas pela classe trabalhadora e seus dependentes, como adoecimento e velhice, ensejou o surgimento das primeiras conquistas legais. Boschetti (2009, p.326) destaca que no “Brasil, a lógica do seguro estruturou e estabeleceu os critérios de acesso da previdência e da saúde desde a década de 1923 até a Constituição de 1988”.

A Lei Eloy Chaves, de 1923, é considerada, oficialmente, o marco inicial da previdência Social no Brasil. Ela criou a Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAP), vinculada à empresa de estrada de ferro no país. A organização era em forma de instituições de natureza civil e privada. O Estado, apesar de imposição legal, no que se refere à criação e regulamentação, não participava diretamente da administração e custeio. Só intervinha em situações extremas, em conflitos. Em 1933 é criado o primeiro Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAP) voltado para os trabalhadores marítimos, iniciando o processo de apropriação, pelo Estado, da política de previdência social, abrangendo o sistema de contribuição e gerenciamento. Vianna (2000) ressalta que através da filiação compulsória, sob o regime de capitalização, se constituíam os IAPs como autarquias vinculadas ao Ministério do Trabalho. Depois de um longo processo, em 1960, houve a promulgação da Lei Orgânica de Previdência Social que uniformizou os benefícios e serviços prestados pelos IAPs. Em 1966 com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) houve a unificação dos Institutos existentes, exceto do IPASE.

O modelo econômico monopolista em vigor no país neste período exige

[...] o aprofundamento da abertura ao capital estrangeiro, o que ensejou mudanças no processo tecnológico de produção e necessidade de novo mercado consumidor. Por outro lado, o modelo exigiu o controle da população pelo esvaziamento das reivindicações sociais e rebaixamento salarial. Isto veio explicar os motivos de ampliação da política previdenciária acionada como mecanismo compensatório (BRASIL, 1994, p. 8).

Em 1977, houve a criação do Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS), uma racionalização técnico-administrativa que confirma o caráter de seguro social pela relação contribuição-beneficiário. E foi instituída também, neste ano, a previdência complementar privada. Assim, houve a expansão do sistema pós 1964 na qual Mota (1995, p.43) destaca que é “a relação existente entre as fases de desenvolvimento do processo produtivo, a constituição do trabalhador coletivo, as formas de produção de mais-valia e os mecanismos de reprodução do salariedade, que ampara a lógica de sua expansão”.

Nas décadas de 1970 e 1980, com a exaustão do governo militar e a forte crise econômica, grandes mobilizações se alastram pelo país, exigindo o restabelecimento das liberdades democráticas. Nova Constituição é elaborada, onde a seguridade social é concebida como direito social, reafirmando a responsabilidade do poder público neste processo. A Constituição Federal de 1988, de caráter reformista, apresenta importantes avanços em relação aos direitos previdenciários, com destaque para a universalização de cobertura e de atendimento, equidade e uniformidade entre benefícios urbanos e rurais, piso de um salário mínimo para os benefícios, pensão por morte para cônjuge homem, alteração

mais vantajosa no cálculo dos benefícios e diversidade da base de financiamento da seguridade social, dentre outros avanços.

Mas com a adesão do país ao neoliberalismo, na década de 1990, a regulamentação dos direitos previdenciários previsto na Constituição Federal, através da Lei 8.213/91, impôs redutores aos direitos da previdência social, como o aumento de carência para fins de aposentadoria e a desvinculação dos reajustes dos benefícios do reajuste do salário mínimo. Com a crise estrutural da economia no país, incluindo inflação acelerada, aumento do desemprego, da pobreza e da desigualdade social, endividamento externo e interno face à situação pós milagre econômico, aliados aos fatores externos provenientes da crise energética dos anos 1970 e do esgotamento do processo de acumulação baseado no pacto fordista keynesiano, a disputa do fundo público se aprofunda e há a intensificação da mercantilização da política da previdência social, visando à acumulação do capital financeiro. O Estado assume cada vez mais a função voltada para providenciar as condições gerais de produção (MANDEL, 1985). O modelo de previdência social baseado na repartição, no qual se resgata a noção de solidariedade de classe, de pacto entre gerações e da dimensão pública, e que foi instituído com a Constituição de 1988, mesmo de forma incipiente, é cada vez mais substituído pelo modelo de capitalização, que enfatiza a proteção securitária individual e “entrega os recursos construídos pelo trabalho para a utilização do capital que, somente pela exploração dos trabalhadores poderá fazer estes recursos multiplicarem” (GRANEMANN; SALDANHA, 2003, p. 4).

Em 1990 é criado o Instituto Nacional de Seguro Social, consolidando a previdência social pública na ótica do seguro. Tem-se a ampliação da Previdência privada complementar, favorecendo o acesso a quase totalidade dos trabalhadores, incluindo os servidores públicos, na compra de seguros previdenciários privados. A contrarreforma (BEHRING, 2003) da previdência social assume posição estratégica, no neoliberalismo, no Brasil, a partir dos anos 1990, não sendo “meros arranjos conjunturais para um equilíbrio de caixa, como apregoa o governo, mas um processo de refundação das relações de acumulação e das relações de classe” (FALEIROS, 2000, p. 102).

O que se vivencia nos últimos anos é a agudização desse processo e o firme propósito de utilizar a previdência social como nicho de acumulação do capital, sendo o Estado o grande orquestrador, a serviço do capital financeiro. Nesta perspectiva, ocorre a desestruturação do Estado-providência, pois o fundo público precisa fazer parte da margem do lucro (OLIVEIRA, 1988). Os processos contrarreformistas se deram de forma contínua a partir dos anos 1990, em diferentes governos e com diferentes intensidades com a justificativa da inviabilidade econômica da previdência social pública. No governo Fernando Henrique Cardoso foi aprovada a Emenda Constitucional 20, em 1998. No governo Lula, as aprovações das EC 41 em 2003 e EC 47 em 2005 abrangeram mudanças no Regime Próprio de Previdência Social (RPPS), referentes aos servidores públicos. No governo Dilma Roussef, destaca-se a imposição de medidas restritivas aos/as segurados/as e dependentes do RGPS, via medidas provisórias, e posteriormente aprovadas em leis, como restrição no acesso à pensão por morte e ao seguro-desemprego.

A aprovação da Emenda Constitucional 103/19 no governo Bolsonaro promoveu uma das mais profundas e restritivas contrarreformas da previdência social no país. Ressalta-se a desconstitucionalização dos direitos previdenciários, priorizando regulamentações via atos infraconstitucionais; a adoção de medidas restritivas no acesso aos benefícios como

aumento da idade e de tempo de contribuição e atrelamento de um quesito ao outro; a restrição nas regras de acumulação de benefícios, com diminuição de valores recebidos nas situações de acúmulo de pensão por morte com aposentadorias; ataque ao orçamento único da seguridade social ao estabelecer rubricas próprias para as três políticas que compõem a seguridade social; redução drástica no valor dos benefícios incluindo aposentadorias e pensões. Destaca-se a aposentadoria por incapacidade laboral, que antes correspondia a 100% do salário de benefício e que após a EC 103/2019 diminuiu para 60%, além do próprio cálculo do salário de benefício também ter sofrido alteração que reduziu o seu valor. Outra mudança refere-se à permissão para a previdência complementar aberta no serviço público além da instituição de alíquotas progressivas de contribuição social para servidores públicos. A gestão de benefícios, em relação aos benefícios não programados, poderá ser privada. As propostas contrarreformistas avançam na utilização da previdência social pública como um nicho de acumulação, no qual o capital financeiro é alimentado vorazmente pelo fundo público e pela renda do trabalho.

As demandas previdenciárias são frequentes em diferentes espaços sócio-ocupacionais e muitas vezes, uma simples divulgação das informações concretiza um direito. É fundamental conhecer, problematizar e defender a previdência social pública, contribuindo para seu fortalecimento na ótica da ampliação de direitos. Aglutinar forças em defesa da previdência social pública e de qualidade é tarefa imprescindível e necessária. Os desafios são imensos, mas a reafirmação cotidiana das diretrizes profissionais em consonância com o projeto ético político mostrará caminhos, ações, possibilidades e estratégias, sem fatalismo ou messianismo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BEHRING, E. R. Brasil em contra-reforma – desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.
- BOSCHETTI, I. A política de seguridade social no Brasil In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.
- BRASIL. Constituição Federativa do Brasil, atualizada. Disponível em <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf>. Acesso em 25 de nov. de 2022.
- _____. Ministério da Previdência e Assistência Social/Instituto Nacional de Seguro Social. Matriz teórico-metodológica do Serviço Social na Previdência Social. Brasília: MPAS/INSS/ Divisão de Serviço Social, 1994.
- FALEIROS, V. P. A política social do Estado capitalista: as funções da Previdência e da Assistência Social, 4 ed. São Paulo: Cortez, 1985.
- _____. A questão da reforma da Previdência Social no Brasil. In: Ser Social, n.7, p. 97-116, jul.-dez., 2000.
- GRANEMANN, S. SALDANHA, J. M. B. Os fundos de pensão e a acumulação capitalista. Jornal Opinião Socialista 150 ed. (15 a 28/05/2003). Disponível em: <www.assistentesocial.com.br>. Acesso em 6 de jun. de 2005.
- MANDEL, E. O capitalismo tardio, 2ª ed. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

- MOTA, A. E. Cultura da crise e seguridade social – um estudo sobre as tendências a previdência e assistência social brasileira nos anos 80 e 90. São Paulo: Cortez, 1995.
- OLIVEIRA, F. O surgimento do antivalor – capital, força de trabalho e fundo público. In: Os direitos do antivalor. Petrópolis: Vozes, 1988.
- SILVA, M. L. L. Previdência Social no Brasil: (des.) estruturação do Trabalho e Condições para sua universalização. São Paulo: Cortez, 2012.

BENEFÍCIOS SOCIOASSISTENCIAIS

Juliana Menezes Mendes Maurício

Os benefícios socioassistenciais compõem a política de assistência social e caracterizam-se por serem provisões, materiais ou em pecúnia, direcionados aos indivíduos em situação de pobreza ou, como optam por conceituar as normativas vigentes no âmbito da referida política, em situação de vulnerabilidade social.¹

Por conseguinte, faz-se necessário situarmos os benefícios socioassistenciais nos domínios da política social, em geral, como provisões concebidas para responder às expressões da questão social, evidenciadas na cena pública, a partir do desenvolvimento e da maturação do modo de produção capitalista. Cumpre recuperarmos que a contraposição entre o capital e o trabalho se situa nos fundamentos da questão social e, evidentemente, das políticas sociais e dos benefícios socioassistenciais. Buscamos aclarar que, embora a questão social se expresse em distintas mazelas sociais, possui um vínculo incontestável com a forma como se organiza a produção e a reprodução social sob a égide do capitalismo, ancoradas na subsunção e na exploração do trabalho pelo capital.

Nesse ínterim, cabe mencionarmos, ainda, a importância da noção de cidadania, que se consolida progressivamente conforme ocorre a generalização da economia mercantil² e conforme o Estado se torna permeável às lutas e pressões sociais. A noção de cidadania e a igualdade liberal que lhe é adjacente, erguida a partir de três eixos – civil, político e social – emerge e se fortifica na medida em que se aprofundam as desigualdades de classes (IAMAMOTO; CAVALHO, 1986).

Desse modo, a política social, estruturada a partir de serviços sociais e composta por benefícios sociais, responde e consubstancia direitos sociais de cidadania. Representa, portanto, uma conquista da classe trabalhadora no acesso a parte da riqueza socialmente produzida, ao mesmo tempo em que representa, contraditoriamente, os interesses da classe burguesa, garantindo as condições – objetivas e subjetivas – para a manutenção da sociabilidade capitalista.

No Brasil, de maneira tardia em relação aos países centrais da dinâmica capitalista – na primeira metade do século XX, mais especificamente por volta da década de 1930 –, podemos identificar a presença dos serviços sociais sistematizados, no bojo do processo de industrialização e urbanização nacional. Podemos considerar que antes de 1930 as iniciativas eram mais esparsas e frágeis. Todavia, vale sinalizarmos que a emergência dos serviços sociais ocorre de maneira mais permanente somente com a promulgação da Constituição Federal de 1988, na qual teremos a regulamentação da política de assistência social e a constituição da seguridade social. Melhor dizendo, muito embora o marco de implementação das políticas e serviços sociais no Brasil seja a década de 1930, no campo da assistência social, antes da

¹ Na construção da política de assistência social tivemos a inserção dos conceitos de vulnerabilidade e risco social, sobretudo para definir quem serão os indivíduos que se constituirão público da citada política, haja vista, como iremos abordar, o seu caráter seletivo. Não houve consenso, da parte dos elaboradores da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), por exemplo, no que se refere ao significado e às implicações no uso dos conceitos, podendo adquirir conotações diversas, a depender da ótica analítica (ALVARENGA, 2012).

² Cabe esclarecer que a noção de cidadania não nasce por ocorrência da sociabilidade burguesa, todavia, é nesse chão histórico que encontrará sua máxima expressão, teórica e prática (COUTINHO, 1999).

Constituição de 1988, as iniciativas ficavam à mercê das iniciativas filantrópicas e de solidariedade.

Promulgada a Constituição, fruto de articulação e mobilização popular, a assistência social passa a ser reconhecida como uma política pública, de direito, e o Estado passa a ter o dever de estruturá-la e ofertá-la a quem dela necessitar. Nessa perspectiva, a política de assistência passa a constituir, em conjunto com as políticas de saúde e de previdência social, a seguridade social brasileira. Seguramente, é possível afirmar que, sem precedência histórica, operou-se um salto qualitativo no país, do ponto de vista dos direitos positivados e da proteção social delineada.

Todavia, em que pese o reconhecimento do salto operado, cumpre grifarmos que afora a delonga no reconhecimento da assistência social como política pública, normatizada, a referida recebeu a marca da seletividade na sua edificação. Em outros termos, como aludimos anteriormente, após o seu reconhecimento jurídico-político, a assistência social passou a ser garantida àqueles que dela necessitam, distanciando-se de uma política pública de feição universal. Nessa perspectiva, são estabelecidos os critérios sociais e econômicos capazes de indicar a efetiva “necessidade” dos indivíduos e, como efeito, cancelar o usufruto dos serviços e benefícios que constituem a política de assistência. Há que esclarecer que, nos domínios da seguridade social brasileira instituída, somente a política de saúde recebeu o selo da universalidade, visto que a previdência social é contributiva e, a assistência social, como já dito, seletiva.

Pormenorizando a política de assistência inaugurada, tivemos algumas normatizações significantes, na perspectiva da complementação do texto constitucional, cuja explanação faz-se necessária.

Em 1993, tivemos a aprovação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS).³ A citada LOAS “[...] visa romper com o assistencialismo apresentado como favor e a assistência como um conjunto de ações caritativas” (MORGADO, 2007, p. 27) por meio da definição legal da assistência social como direito. Cerca de dez anos depois, em 2004, foi aprovada a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), consubstanciando as diretrizes da IV Conferência Nacional de Assistência Social, realizada em 2003 e cuja principal deliberação foi a implementação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Vale apontarmos que a PNAS assumiu como preceitos a descentralização político-administrativa; a participação da população; a primazia da responsabilidade do Estado na condução da política de assistência; e a centralidade da família (BRASIL, 2004).

É importante demarcarmos que, antes da aprovação da PNAS, alguns municípios tinham implantado os chamados Núcleos de Atendimento Familiar (NAFs). Posteriormente, ainda antes da aprovação da política nacional, os Centros de Referência de Assistência Social (CRASs) foram lançados, atrelados ao Plano Nacional de Atendimento Integral à Família (BRASIL *apud* RANGEL, 2009).

No entanto, somente após a PNAS e a estruturação do SUAS que teremos a delimitação dos níveis de complexidade dos serviços que constituem a política de assistência social em seu processo de organização e operacionalização. Desse modo, do ponto de vista da complexidade, estabelece-se que a assistência social oferta proteção social básica e especial, sendo a proteção especial subdividida em proteção social especial de média e de alta

³ Mais tarde, a LOAS será alterada e complementada pela Lei nº 12.435, de 2011.

complexidade. Nos domínios dos distintos níveis de complexidade referidos, temos as instituições e os serviços que, conforme a política avança em sua normatização e sistematização, passam a ser mais bem descritos e tipificados.

Sob a ótica supracitada, temos a partir do ano de 2004, com a PNAS, o desenho, na proteção social básica, do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e, na proteção social especial de média complexidade, do Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS). Já na proteção social especial de alta complexidade, temos as unidades de acolhimento institucional destinadas às crianças, aos adolescentes, aos jovens, aos idosos, às pessoas com deficiência e às pessoas em situação de rua (BRASIL, 2004). Dentro de cada equipamento de assistência social delineado temos determinados serviços que são ofertados à população usuária, os quais serão mais bem detalhados, do ponto de vista normativo, com a publicação no ano de 2009 do documento intitulado Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais – que citaremos adiante. Aqui compete fazermos duas sinalizações: a primeira caminha no sentido de elucidar o corte seletivo dos distintos serviços integrantes da proteção social básica e da proteção social especial – que conforme já aludido, de maneira compatível com a política a que pertencem, se destinam a quem deles necessitar, seja em decorrência da denominada vulnerabilidade socioeconômica, seja como consequência das chamadas situações de risco pessoal e/ou social (BRASIL, 2004). A segunda sinalização afluí na direção de situar os benefícios socioassistenciais, essencialmente, no âmbito da proteção social básica, haja vista o seu direcionamento à população que experimenta a vulnerabilidade social resultante da pobreza e/ou privação – de renda ou de serviços públicos (BRASIL, 2004).

Ainda no viés da implementação do SUAS, no ano de 2005, foi aprovada a Norma Operacional Básica (NOB-SUAS) – que terá o seu texto atualizado posteriormente, em 2012. Conforme indica Morgado (2007, p. 29), a NOB-SUAS “[...] estabeleceu os parâmetros de operacionalização da gestão da política de assistência e a normatização para implementação do Sistema Único de Assistência Social”. E, no ano de 2006, foi aprovada a Norma Operacional Básica (NOB-RH/SUAS), com o intento de delinear os principais elementos da gestão do trabalho no âmbito socioassistencial.

Visando caracterizar e tipificar os programas, projetos, serviços, benefícios socioassistenciais e níveis de complexidade do SUAS é aprovada pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), no ano de 2009, a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.

Após abordarmos sumariamente os principais marcos normativos na esfera da assistência social, urge tratarmos de maneira mais destacada dos benefícios socioassistenciais, matéria deste verbete. A LOAS, em 1993, subdivide os benefícios em duas modalidades: o benefício de prestação continuada (BPC) e os benefícios eventuais. Posteriormente, a PNAS, reconhece uma terceira modalidade, os benefícios de transferência de renda. Desse modo, cumpre recuperarmos a conceituação inicialmente perfilhada de que os benefícios têm como pressuposto a provisão financeira ou material para indivíduos que, de acordo com os critérios sociais e econômicos vigentes, deles necessitam.

Segundo a LOAS (1993), Art. 20, o BPC é a “garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família”. Ainda na mesma legislação, em seu parágrafo 2º, estabelece-se que para efeito da concessão

do BPC será considerada pessoa com deficiência aquela que apresentar impedimento prolongado de “natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas” (BRASIL, 1993).

Como reconhece a PNAS, o BPC envolve uma prestação direta, de competência do governo federal, presente em todos os municípios do Brasil. Apesar de ser um benefício assistencial, logo, regulamentado e constituinte da política de assistência social, o referido benefício vem sendo operacionalizado pela política de previdência social, notadamente pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Nessa perspectiva, é o INSS o órgão responsável por realizar a avaliação social e médica, sendo essa última necessária nos casos dos indivíduos que pleiteiam o benefício por incapacidade, de longo prazo, para o trabalho – pessoas consideradas com deficiência pelas normatizações. Há que apontarmos que, apesar de os trâmites necessários para a viabilização do BPC serem realizados pelo INSS, atualmente exige-se que o requerente e sua família estejam necessariamente inseridos no Cadastro Único para programas sociais do governo federal, gerido e executado no âmbito da proteção social básica da assistência social.

Como caracterizamos, o BPC destina-se a idosos ou a pessoas com deficiência que comprovem não possuir meios de prover a sua manutenção. A avaliação social e econômica dos indivíduos que solicitam o BPC é feita pelo/a assistente social que atua no INSS e segue como parâmetro os critérios legais estabelecidos pela Lei 14.176, de 2021, que altera a LOAS para estabelecer o critério de renda familiar per capita e para estipular os parâmetros adicionais de caracterização da situação de miserabilidade e de vulnerabilidade social. Em conformidade com a referida legislação, em seu parágrafo 3º, afora os demais critérios de elegibilidade adicionais que apontaremos, “terão direito ao benefício financeiro de que trata o *caput* deste artigo a pessoa com deficiência ou a pessoa idosa com renda familiar mensal per capita igual ou inferior a ¼ (um quarto) do salário-mínimo” (BRASIL, 2021).

Embora a legislação fixe a renda per capita em igual ou inferior a ¼ do salário-mínimo, institui a possibilidade legal de ampliar o limite de renda mensal familiar per capita para até ½ (meio) salário-mínimo, observado o disposto no art. 20-B, da citada lei, que estabelece os parâmetros adicionais conforme sinalizaremos.

Destarte, acerca dos parâmetros adicionais, fica estabelecido que outros elementos probatórios serão observados na análise do contexto social e econômico das famílias, cujo membro encontra-se pleiteando o benefício. Sob essa ótica, serão observados, quando cabível, o grau da deficiência; a dependência de terceiros; e o comprometimento do orçamento do núcleo familiar exclusivamente com gastos/itens de saúde ou assistência social, que não sejam ofertados gratuitamente e que sejam comprovadamente imprescindíveis (BRASIL, 2021).

No que se refere aos benefícios eventuais, a LOAS os define em seu Art. 22 como provisões suplementares e provisórias ofertadas aos indivíduos e às famílias em decorrência de “nascimento, morte, situações de vulnerabilidade temporária e de calamidade pública” (BRASIL, 1993). Já no ano de 2004, ao tratar dos benefícios eventuais, a PNAS sinalizou que eram ofertados em todos os municípios brasileiros, fazendo uso de recursos próprios ou da esfera estadual e do Distrito Federal, sendo a oferta balizada por critérios específicos, nacionais e locais. De maneira predominante, os benefícios eventuais disponibilizados pelos municípios são auxílios-natalidade e auxílios-funeral.

No que tange aos benefícios de transferência de renda, insta elucidar que dizem respeito ao repasse direto de recursos dos fundos de assistência social aos beneficiários, de modo a garantir acesso à renda e, conseqüentemente, enfrentar a fome e a pobreza. Se inscreve nesse domínio o famigerado Bolsa Família, programa em que as famílias cadastradas e selecionadas por dado perfil social e econômico recebem o benefício de transferência direta de renda, submetendo-se às condicionalidades de saúde, educação e da própria assistência social.

Após breve referência aos benefícios socioassistenciais, vale expressar que o reconhecimento legal da assistência social e o estabelecimento de sua ossatura representam, decerto, um grande avanço na arena assistencial brasileira, haja vista a trajetória histórica da referida política, povoada pelo voluntariado e pela benemerência. Em que pese o avanço supracitado, insta referirmos sinteticamente as tendências experimentadas nas últimas décadas, no contexto político-econômico neoliberal, visto que tais tendências se mostraram progressivamente presentes na arena nacional pouco tempo após a promulgação da Constituição.

O neoliberalismo desponta no Brasil na década de 1990, nos trilhos das respostas do capital à crise econômica encetada internacionalmente a partir dos anos de 1970. O receituário político-ideológico neoliberal centra suas intervenções e argumentações nas ações estatais, apregoando um Estado mínimo para o social e máximo para o capital. Neste cenário deveras adverso, há a primazia do privado em detrimento do público, inaugurando uma conjuntura profundamente desfavorável para as políticas sociais. O tardio e de certo modo frágil sistema brasileiro de proteção social ingressa em uma conjuntura marcada pelo progressivo incentivo à privatização; às associações público-privadas; e à refilantropização.

Nessa perspectiva, após 1990, os anos que se seguem, apesar de suas distintas nuances, são marcados pela implementação de contrarreformas que, sob a alegação do equilíbrio das contas públicas, incidem reduzindo direitos, precarizando as políticas públicas ofertadas aos usuários, bem como precarizando as condições de trabalho nesse âmbito. Cabe indicarmos que, no bojo dessas tendências observadas nas últimas décadas, ocorre um processo que tem sido nomeado de assistencialização das políticas sociais. De maneira sintética, diz respeito ao processo que atribui à assistência social lugar de destaque em face das demais políticas sociais, que vão sendo precarizadas, notadamente no enfrentamento à miséria, a partir de uma abordagem seletiva e focalizada na extrema pobreza. Nesse ínterim, se destaca como carro-chefe o benefício socioassistencial de transferência de renda Bolsa Família.

No atual momento, cerca de 34 anos após o reconhecimento da política de assistência social como direito, experimentamos uma conjuntura de tônica ultraneoliberal. Ocorre o aprofundamento do desmonte das políticas públicas, da precarização do trabalho e do aviltamento das condições de vida da classe trabalhadora. Logo, é possível constatar que muito embora a política de assistência social venha resistindo, é incontestável que não sem prejuízos, haja vista a imposição de medidas draconianas como as reduções alarmantes de recursos.

Frente às incertezas político-econômicas, nos resta, à luz do compromisso ético-político com a classe trabalhadora, defender reiteradamente as políticas e os benefícios sociais e alçar estratégias coletivas de resistência e enfrentamento, perseguindo como horizonte uma sociedade radicalmente emancipada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVARENGA, M. S. Risco e vulnerabilidade: razões e implicações para o uso na Política Nacional de Assistência Social. 128 p. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2012.
- BRASIL. Lei nº 14.176, de 22 de junho de 2021. Brasília, DF, 2021. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.176-de-22-de-junho-de-2021-327647403>>. Acesso em 28 de out. de 2022.
- _____. Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Brasília, DF, 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742compilado.htm>. Acesso em 28 de out. de 2022.
- _____. Política Nacional de Assistência Social. Brasília (PNAS), DF, 2004. Disponível em: <https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf>. Acesso em 28 de out. de 2022.
- COUTINHO, C. N. Cidadania e modernidade. Perspectivas, p. 41-59. São Paulo, 1999.
- IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. Relações sociais e Serviço Social no Brasil. Esboço de uma interpretação teórico-metodológica. 5. ed. São Paulo: [s.n.], 1986.
- MORGADO, R. Contexto e desafios a implementação do Sistema Único de Assistência Social – SUAS. In: Política de Assistência Social no Brasil: desafios para o assistente social. SOUZA, N. R. O. Q. de S. *et al.* (Org.). [S.l.]: Public, 2007. p. 27-39.
- RANGEL, E. de F. A implementação e implantação dos CRAS – Centros de Referência de Assistência Social em São José dos Campos: um estudo do CRAS – Eugênio de Melo. 107 p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2009.

CONSCIÊNCIA SANITÁRIA

*Maria Valéria Costa Correia
Silvana Márcia de Andrade Medeiros*

A *Reforma Sanitária brasileira*, caracterizada por Escorel (1998) como responsável por uma reviravolta na saúde, moveu-se na direção de romper com o modelo dominante do sistema de saúde até os anos 1980. A concretização de suas propostas e pressupostos teve como eixo a irradiação de uma produção teórica crítica sobre o processo saúde e doença inserida nas relações sociais capitalistas, como também sobre o desvelamento da forma capitalista de organização das práticas sanitárias. Nessa trajetória estão presentes dois componentes intimamente relacionados. O primeiro consiste na elaboração do pensamento social crítico que remete à relação entre saúde e sociedade, e o segundo refere-se à sua propagação como “fermento na massa” necessário para a organização das lutas pela saúde, designado como *consciência sanitária*, termo que apareceu no debate da Reforma Sanitária italiana nos anos 1970, cujos caminhos estratégicos exerceram decisiva influência nos quadros intelectuais brasileiros.¹

Sobre essa produção teórica crítica da saúde, torna-se necessário apresentar o pioneirismo da *medicina social* que emergiu em contextos revolucionários, como a Revolução Francesa e a Revolução de 1848, considerada a primavera dos povos e a primeira revolução potencialmente global no continente europeu. Expôs a função da medicina na sociedade como um campo que investiga sistematicamente as condições de vida decorrentes das mudanças resultantes da Revolução Industrial como fonte de enfermidades e determina medidas de promoção e prevenção das doenças que possam gerar o bem-estar da população, incluídos instrumentos legais de proteção ao trabalho.

Ainda no século XIX, houve o crescimento do número de inquéritos como os produzidos por inspetores de fábrica ingleses, citados por Marx em *O capital* (Livro 1) e por Engels em *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*, que abordaram as condições de trabalho e vida, como nutrição, moradia, saneamento, principais morbidades, relacionando-as às situações que determinam o adoecimento. Amplia-se, assim, de forma original, a percepção da saúde e da medicina como um assunto de interesse societário e da obrigação de protegê-la.

A tradição da medicina social permaneceu viva e nos anos 1970 esteve presente nos movimentos de saúde na América Latina, a exemplo da difusão protagonizada pelo médico e sociólogo argentino Juan César García, que ultrapassou a influência desenvolvimentista dos organismos internacionais da saúde. Estes, embora privilegiassem a saúde como objetivo social fundamental e vissem a necessidade de romper um círculo vicioso de pobreza, ignorância e doença, silenciavam sobre as condições da autocracia burguesa consolidada na ditadura militar, como era o caso do Brasil.

¹ Cabe assinalar as similaridades da Reforma Sanitária brasileira e da italiana, vinculadas às lutas contra o fascismo italiano e contra a ditadura brasileira pós-1964 e aos projetos do campo de esquerda que as movem: “[...] iniciaram-se em períodos de mobilizações populares e ampliação das lutas por direitos. Porém, configuraram-se em um contexto regressivo marcado por um período contrarrevolucionário das massas e a reestruturação capitalista que delimitará os rumos das reformas instituídas” (MEDEIROS, 2008, p. 174).

A atualização dessa perspectiva crítica reuniu condições para o nascimento de um campo intelectual novo, especialmente no Brasil: a *Saúde Coletiva*, que passou a articular práticas e saberes, ou seja, uma produção científica enraizada e engajada na realidade que propiciava o terreno e potencializou a atuação dos movimentos sociais da saúde, com destaque para o Movimento Sanitário, como dirigente e porta-voz das principais bandeiras formuladas e disseminadas. No contexto de lutas pela democratização do país, a Saúde Coletiva como campo teórico e político promoveu a articulação da produção acadêmica com os movimentos da saúde, tendo como pressuposto e direção estratégica a construção coletiva “[...] das condições para se ter saúde para todos – como um complexo de determinantes, irrealizável através da simples prevenção de riscos fatoriais e da modificação das atitudes individuais – e na construção social dos sistemas de saúde e formulação de política pública” (MEDEIROS, 2008, p. 151).

Logo, o desenvolvimento da *consciência sanitária* torna-se um eixo estratégico desse processo político e formativo, promovido mediante a ampliação de experiências e práticas de reflexão sobre a dinâmica das classes sociais nas relações sociais capitalistas, por meio das quais se explicam a distribuição da doença na população, as formas desiguais de acesso aos serviços de saúde e a lógica mercantil da saúde. Importa ressaltar que essa expansão de espaços de debates ultrapassou os âmbitos locais para alcançar uma dimensão nacional, em 1986, na histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, antecedida de etapas estaduais e municipais.

Dessa forma, o conceito de consciência sanitária se torna indelevelmente ligado ao processo da reforma como luta social, que envolve a construção de sujeitos políticos e a transformação da falsa consciência sanitária na nova versão científica e política do processo de produção e reprodução da saúde e doença. Mais ainda, implica o reconhecimento da heterogeneidade desse sujeito, mesmo que seja a classe trabalhadora e o movimento sindical, e das suas limitações ideológicas e políticas para construir alianças e definir táticas e estratégias que avancem na direção da emancipação dos trabalhadores (FLEURY, 2015, p. 3557).

Teve relevância nesse cenário problematizar de forma incisiva o papel do Estado na universalização do direito à saúde e no enfrentamento à mercantilização do setor ao proclamar uma medicina socializada. Na importante obra *Saúde e sociedade*, Donnangelo (1976) assinala que o Estado, ao se tornar o principal produtor de serviços de saúde, elimina ou reduz a produção privada e mercantil da saúde, o que “equivale, na sociedade capitalista, ao modelo mais radical de interferência nesse campo de problemas, na medida em que envolve, potencialmente, maior controle dos elementos em jogo na prática médica e na distribuição e consumo de cuidados” (DONNANGELO, 1976, p. 78). Essa perspectiva influenciou os rumos da reforma da saúde no Brasil e a conquista do preceito constitucional inédito “Saúde como direito de todos e dever do Estado”.

No âmbito da propagação desse debate, registra-se o notório crescimento de publicações que cabe atualmente revisitar, com destaque para as obras de Giovanni Berlinguer, médico italiano e membro do Partido Comunista Italiano (PCI), sobre os caminhos estratégicos da Reforma Sanitária italiana que deteve como originalidade um amplo

movimento cultural, sindical e político e a conquista, em 1978, da lei que instituiu a Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale.

Foi a partir dos primeiros anos da década de sessenta que o movimento operário italiano adquiriu consciência da relação entre as exigências de saúde, a organização produtiva, as reformas legislativas e as mudanças no poder; compreendeu que a política sanitária e assistencial, como tem sido veículo e instrumento de distorções, pode tornar-se um estímulo para a melhoria do ambiente de trabalho e fora do trabalho, para a participação na vida democrática e para a transformação das instituições (BERLINGUER, 1988, p. 37).

Tornaram-se pontos de referências a “relação entre luta na fábrica e luta na sociedade, entre reformas institucionais e gestões de poder das bases, entre movimento reivindicativo e movimento político” (BERLINGUER, 1983, p. 60). Houve experiências bem-sucedidas principalmente no âmbito das lutas nas fábricas, onde se aclamava a classe trabalhadora como titular do direito à saúde, e nas áreas da psiquiatria democrática e da saúde da mulher, que estimularam batalhas culturais e mudanças institucionais protagonizadas por movimentos partidários, sindicais e feministas, como também por especialistas do campo da saúde e administrações locais, concebendo-se, assim, a particularidade da reforma da saúde como resultante de um prolongado processo nas lutas de classes.

A Reforma Sanitária requer um tal esforço de coerência, de tenacidade renovadora, de direção política. [...]. Não é apenas constituída de normas processuais, de decretos, de mudanças institucionais. Deve ser um processo de participação popular na promoção da saúde que envolve milhões de cidadãos; deve impor mudanças sociais, ambientais e comportamentais que tornem a existência mais saudável; deve mobilizar dezenas de milhares de conselheiros de regiões, de província, de municípios, de circunscrições, de quadros de movimentos sindicais, femininos, cooperativos, juvenis e milhares de assessores e de prefeitos; deve transformar a atividade cotidiana de médicos, técnicos e enfermeiros. [...] mudar profundamente o comportamento cotidiano, os modelos de vida, a produção e o consumo, as formas de participação na atividade comunitária, a direção política do governo e das administrações locais. É necessária uma revolução profunda que envolva todos os partidos e atravesse a existência cotidiana de cada um (BERLINGUER, 1988, p. 2-3).

Na reforma de saúde italiana concebe-se prevenção de maneira ampliada (entre nós, ela corresponde à concepção de promoção da saúde), um eixo da intervenção pública que busca modificar as condições de vida e do mundo do trabalho, as estruturas civis da cidade e do campo, em contraposição aos interesses hegemônicos. Para isso, foi necessário um processo político e educativo capaz de criar unidade política e alianças, alicerçado em canais de comunicação, participação e debates no âmbito dos serviços de saúde, mas que atravessam seus limites e ampliam “a capacidade de partir das exigências de saúde para mudar tudo que

se lhe oponha”, o que “é o verdadeiro jogo da reforma sanitária” (BERLINGUER, 1988, p. 51).

Para tanto, a *socIALIZAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE O PROCESSO SAÚDE E DOENÇA* que afeta a população constitui-se *como condição estratégica de realização da reforma*. A apropriação do perfil epidemiológico pelas massas é concebida como ponto de partida, tendo em vista revelar a condição coletiva das doenças e agravos, havendo a apropriação da ciência (da saúde) na ação sanitária, sindical e política, enriquecendo a ciência da luta de classes. “*Os trabalhadores tomam consciência das causas morbígenas, intervêm e se organizam para combatê-las*” (BERLINGUER, 1983, p. 59), principalmente na relação trabalho-saúde como terreno mais adiantado às exigências de emancipação das classes trabalhadoras (MEDEIROS, 2008, p. 170, grifo nosso).

Nessa direção, há o reconhecimento da formação de uma *consciência sanitária* como produto da práxis que dinamiza a ação individual e coletiva para conquistar a saúde como direito da pessoa e como interesse coletivo. Reconhece-se uma alusão ao conceito presente na Introdução à *Crítica da filosofia do direito de Hegel*, em que Marx (2005) se refere à arma da crítica e à conversão da teoria em força material quando penetra nas massas.²

Ao articular organicamente a produção e a disseminação do conhecimento crítico, Berlinguer (1978) destacou o volume de publicações cuja especificidade consiste em dizer que a tomada de consciência representa um salto que intensifica a vinculação entre cultura e povo, potencializando a ruptura da distância entre o mundo do saber, o mundo da cultura e o povo, já assinalada por Gramsci como típica na história dos intelectuais italianos.

[...] o resultado cultural é testemunhado pelo aparecimento de um “gênero literário”, novo na Itália, que não acredito se encontre em outros campos do saber, e que representa um exemplo de *auto-educação sanitária* que tem poucas comparações até em outros países. Trata-se de milhares de folhetos diferentes, e de muitas centenas de livrinhos, opúsculos, apostilas, documentos difundidos em formas de impressos, de fotocópias, de mimeografados, que, diferentemente dos folhetos tradicionais para a educação sanitária, são lidos e discutidos pelos trabalhadores, porque escritos por eles mesmos, e porque contêm histórias verdadeiras. Falam de uma fábrica, de um setor, do tema geral trabalho-saúde-exploração, e são redigidos em conjunto por trabalhadores e por especialistas com a contribuição operacional e financeira de organizações sindicais, grupos espontâneos, movimento estudantis, de prefeituras e províncias. Constituem o testemunho vivo de uma troca de informação e experiências verbais (em assembleias, comitês, reuniões, conversas) sem dúvida de vulto mais amplo (BERLINGUER, 1978, p. 22, grifo nosso).

² Vale registrar a aproximação à contribuição marxista sobre a produção de ideais, representações e consciência como determinada pelas condições objetivas da vida material, isto é, a consciência é um produto social e as ideias de uma época são as ideias da classe dominante (MARX; ENGELS, 1993). Marx e Engels (2005) reconhecem a história de todas as sociedades como a história das lutas de classes, possibilitando a identificação de fases de desenvolvimento da classe trabalhadora a que correspondem distintos níveis para alcançar a consciência de classe.

Ressalta-se que semelhante processo educativo caracterizou a Reforma Sanitária brasileira, cujo universo categorial propiciou um arsenal estratégico a ser continuamente conhecido e atualizado com novos recursos pedagógicos, possibilitando recriar o caminho teórico-metodológico do estudo das condições concretas de reprodução das classes subalternas, dos antagonismos classistas e desigualdades de gênero e raça para apreender o processo saúde-doença, assim como buscar a adoção de estratégias capazes de ter como pressuposto a produção social da saúde (CORREIA; MEDEIROS, 2014).

Da atuação dos movimentos engajados na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) floresceram áreas como a *promoção da saúde*³ – enquanto estratégia de produção da saúde – e a *educação popular em saúde*, constituindo-se campos de conhecimento que norteiam as práticas e a organização dos serviços de saúde, situando uma intervenção voltada para a determinação histórica e social do processo saúde e doença e uma educação direcionada para o desenvolvimento da consciência crítica, do fortalecimento da ação coletiva e da formação de sujeitos como protagonistas na história. Ou seja, tais áreas adquirem novos impulsos e reacendem a concepção de consciência sanitária constituída como parte da reforma da saúde.⁴

A Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS (PNEPS-SUS), instituída por portaria em 2013, tem entre seus princípios a emancipação, considerada “um processo coletivo e compartilhado no qual pessoas e grupos conquistam a superação e a libertação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência ainda vigentes na sociedade e que produzem a desumanização e a determinação social do adoecimento” (BRASIL, 2013). Dentre seus objetivos destacam-se: fortalecer a gestão participativa nos espaços do SUS; fortalecer os movimentos sociais populares, os coletivos de articulação social e as redes solidárias de cuidado e promoção da saúde na perspectiva da mobilização popular em defesa do direito universal à saúde; e incentivar o protagonismo popular no enfrentamento dos determinantes e condicionantes sociais de saúde.

Desse modo, a educação popular em saúde detém uma dimensão pedagógica voltada para a conscientização, participação e emancipação, direcionando-se para fortalecer formas coletivas de enfrentamento de situações que produzem e agravam os problemas de saúde.

Isto acontece não somente como ato psicológico e individual, mas, sobretudo como ato social e político, pois a tomada de consciência confere determinado poder a pessoas e grupos, gerado a partir dos próprios sujeitos, resultado de uma práxis de reflexão crítica sobre a realidade. As práticas de educação em saúde no SUS compreendem relações entre sujeitos sociais que portam diferentes saberes e ocupam diferentes espaços. São práticas dialógicas, estratégicas, participativas, mediadas pela ação comunicativa entre os participantes, podendo ser mais ou menos formalizadas (BRASIL, 2009, p. 17).

³ Iniciativas como a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), em 2006, voltadas para analisar a situação da saúde da população brasileira e construir uma agenda prioritária expressa em um Pacto pela Saúde, não conseguiram mudar a lógica assistencial que hegemoniza os serviços de saúde, a exemplo da tênue repercussão do relatório final da CNDSS sobre as causas sociais das iniquidades em saúde e a atual desestruturação da PNPS.

⁴ Sem deixar de evidenciar o embate frente a um afastamento progressivo da perspectiva original da Saúde Coletiva, fundada no pensamento marxista, e a aproximação de preceitos pós-modernos que a tomam como diálogo multifásico. Essa perspectiva, sobretudo, nega a análise das complexas esferas de determinação e subordinação das relações sociais capitalistas, necessária para entender a causalidade estrutural das condições de existência e adoecimento.

O documento *Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde* critica o caráter instrumental que a educação em saúde tem assumido, como uma dimensão das práticas da saúde, e o modo tradicional como vem sendo tratado o problema da consciência sanitária, focada estritamente na informação ou na prevenção, relegando a segundo plano a investigação da determinação do processo saúde-doença. Propõe como atribuição do trabalhador da saúde “a transformação da consciência sanitária dos brasileiros, de modo a torná-la consentânea com o projeto de uma nova sociedade” (BRASIL, 2007, p. 11).

Esse percurso teórico-metodológico aproxima-se da contribuição do intelectual italiano Antônio Gramsci, quando este indica que “o nascimento de uma ‘consciência crítica’ assinala o florescer de uma nova ‘individualidade’, em luta contra um dado conformismo” (LACORTE, 2017, p. 141). No Caderno 11 sobre o estudo da filosofia, Gramsci supõe um processo longo e difícil de criação de intelectuais, ao compreender o senso comum e discorrer sobre a elaboração crítica e o processo de consciência e conhecimento como produto do processo histórico (GRAMSCI, 2006).⁵

Criar uma nova cultura não significa apenas fazer individualmente descobertas “originais”; significa também, e sobretudo, difundir criticamente verdades já descobertas, “socializá-las” por assim dizer; e, portanto, transformar em base de ações vitais, em elemento de coordenação e de ordem intelectual e moral. O fato de que uma multidão de homens seja conduzida a pensar coerentemente e de maneira unitária a realidade presente é um fato “filosófico” bem mais importante e “original” do que a descoberta, por parte de um “gênio” filosófico, de uma nova verdade que permaneça como patrimônio de pequenos grupos intelectuais (GRAMSCI, 2006, p. 95-96).

Por fim, na reflexão sobre o papel das equipes e profissões na saúde, o(a) assistente social vem ocupando lugar privilegiado como intelectual que participa do processo de reprodução das relações sociais, o que abrange a reprodução da vida material e espiritual e das formas de consciência social, cujo exercício no cotidiano profissional insere-se na mediação das expressões da questão social, como conjunto das desigualdades da sociedade capitalista. Situa-se no horizonte do trabalho profissional desnudar a determinação social do processo saúde doença, analisada por Laurell (1983) como fenômeno coletivo expresso historicamente em situações concretas.

A ampliação da concepção de saúde instituída na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.080/90 e os princípios do SUS, com destaque para a universalização de acesso e a participação social, passam a ser a argamassa para a atuação profissional na perspectiva de viabilização das bases do Projeto da Reforma Sanitária⁶ e do fortalecimento das premissas

⁵ Gramsci (2002, p. 41), alinhado a Marx e Engels, reconhece momentos da consciência política coletiva: “O primeiro e mais elementar é o econômico-corporativo: [...] sente-se a unidade homogênea do grupo profissional e o dever de organizá-la [...]. Um segundo [...] se atinge a consciência da solidariedade de interesses entre todos os membros do grupo social, mas ainda no campo meramente econômico [...]. Um terceiro [...] em que se adquire a consciência de que os próprios interesses corporativos, em seu desenvolvimento atual e futuro, superam o círculo corporativo, de grupos meramente econômicos, e podem e devem tornar-se os interesses de outros grupos subordinados”.

⁶ Importa destacar a necessidade da compreensão das perspectivas de Reforma Sanitária – a original dos anos 1970/1980, a flexibilizada (BRAVO; PELAEZ; DE MENEZES, 2020) e a do SUS possível (SOARES, 2020) – e, principalmente, observar os caminhos da mercantilização e privatização da saúde (CORREIA, 2022) que são empecilhos para a consolidação do SUS público, estatal e universal propugnado pela Reforma Sanitária original.

do Projeto Ético-Político Profissional. O documento *Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde* (CFESS, 2010), ao referenciar a intervenção profissional, apresenta a articulação entre esses projetos. Essa aproximação supõe uma ação profissional que se estrutura e se sustenta no conhecimento da realidade e dos sujeitos e na definição de objetivos, abordagens e instrumentos que remetam a um processo democrático, com ações socioeducativas como eixo central da atuação, cuja direção deve:

[...] ter como intencionalidade a dimensão da libertação na construção de uma nova cultura e enfatizar a participação dos usuários no conhecimento crítico da sua realidade e potencializar os sujeitos para a construção de estratégias coletivas. Dessa forma, tem-se como objetivo a consciência sanitária, conceito fundamental da Reforma Sanitária (CFESS, 2010, p. 53).

Os desafios decorrem dos avanços do conservadorismo, que intensificam a propagação, com sucesso, dos valores individualistas da tradição liberal, incorporados na racionalidade dos serviços de saúde, o que abrange uma avaliação de grupos de risco restrita a fatores e comportamentos. Tende, portanto, a responsabilizar e culpabilizar os sujeitos individuais, ao enquadrá-los “numa ótica de *individualização* que transfigura os problemas sociais em problemas pessoais (privados)” (NETTO, 1996, p. 32, grifo do original), acompanhada da naturalização e moralização da questão social. Torna-se urgente o enfrentamento contínuo e sistemático a esses valores que “geram desesperança, conformismo e encobrem a apreensão da dimensão coletiva das situações sociais presentes na vida dos indivíduos e grupos” (CFESS, 2010, p. 69).

No contexto pós-golpe de 2016, em entrevista sobre os 30 anos da 8ª CNS, Paim lembra que, para Berlinguer, “o direito à saúde representa uma conquista social, expressão de uma consciência sanitária. E quando o direito é sufocado ou descuidado, a consciência sanitária significa luta, individual e coletiva, para a sua concretização” (BARDANACHVILI; GONZAGA, 2016). Esse contexto foi marcado por avassaladores retrocessos políticos e sociais e ameaças à vida e à democracia, contudo, as resistências no campo da saúde pública constatarem o vigor da Reforma Sanitária brasileira na sua dimensão civilizatória e a relevância do arcabouço teórico-metodológico que a sustenta – resistências que, aliás, transformaram o SUS no maior sistema público e universal do mundo. As lutas para sua consolidação enquanto sistema público e estatal, em condições absolutamente adversas de ofensiva do capital, pressupõem sempre a organização popular e a sementeira de uma cultura e consciência de classe das classes subalternas, com uma agenda estratégica que priorize a defesa do direito à saúde e o confronto à sua mercantilização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BERLINGUER, G. A saúde nas fábricas. São Paulo: CEBES: Hucitec, 1983.
_____. Medicina e política. São Paulo: CEBES: Hucitec, 1978.
_____. Uma reforma para a saúde. In: BERLINGUER, G. *et al.* Reforma sanitária: Itália e Brasil. São Paulo: CEBES: Hucitec, 1988.

- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base – documento I. Brasília: Funasa, 2007.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Temático Promoção da Saúde IV. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, (Painel de indicadores do SUS, 6), 2009.
- BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; DE MENEZES, J. S. B. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. *Ser Social*, v. 22, n. 46, 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde. Brasília: CFESS (Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Públicas), 2010.
- CORREIA, M. V. C. A ofensiva do capital e a necessária defesa da saúde pública e estatal. *Temporalis*, v. 22, n. 43, 2022.
- _____; MEDEIROS, S. M. de A. M. As bases da promoção da saúde nas conferências internacionais e a reforma sanitária brasileira; concepção do processo saúde e doença em questão. In: VASCONCELOS, K. E. L.; COSTA, M. D. H. da C. (Orgs.). *Por uma crítica da Promoção da Saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS*. São Paulo: Hucitec, v. 1, p. 111-158, 2014.
- DONNANGELO, C. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.
- ENGELS, F. *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*. São Paulo: Boitempo, 2008.
- ESCOREL, S. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- GRAMSCI, A. *Cadernos do cárcere*, v. 1, caderno 11, 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.
- _____. *Cadernos do cárcere*, v. 3, caderno 13, 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.
- FLEURY, S. Giovanni Berlinguer: socialista, sanitário, humanista! *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 20, n. 11, nov. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320152011.15052015>>.
- LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E. D. *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global, 1983.
- LACORTE, R. Consciência. In: LIGUORI, G.; VOZA, P. (Org.). *Dicionário gramsciano*. São Paulo: Boitempo, 2017.
- MARX, K. *Crítica da filosofia do direito de Hegel*. São Paulo: Boitempo, 2005.
- _____. *O capital: crítica da economia política*. Livro I, v. I e II. (Os economistas). 2. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1985.
- _____; ENGELS, F. *A ideologia alemã*. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 1993.
- _____; ENGELS, F. *Manifesto comunista*. São Paulo: Boitempo, 2005.
- MEDEIROS, S. M. de A. *Direção das lutas dos trabalhadores: o caso da Reforma Sanitária brasileira*. Tese (Doutorado) – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2008.
- NETTO, J. P. *Capitalismo monopolista e Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 1996.

BARDANACHVILI, E.; GONZAGA, V. R. J. P.: “Não há espaço para o SUS democrático e constitucional nesse governo”. Centro de Estudos Estratégicos Fiocruz, 23 set. 2016. Disponível em: <<https://cee.fiocruz.br/?q=node/459>>. Acesso em 10 de jan. de 2023.

SOARES, R. C. Contrarreforma no SUS e o serviço social. Recife: Ed. UFPE, 2020.

CUIDADO EM SAÚDE

*Carla Cristina Lima de Almeida
Marco José de Oliveira Duarte*

O conceito de cuidado remonta a importantes tradições filosóficas, religiosas e culturais, e a sua trajetória acompanha as mudanças que marcaram as organizações societárias ao longo do tempo. Correntes filosóficas oriundas de diferentes cenários geopolíticos compreendem a existência humana em sua dimensão de interdependência (NASCIMENTO, 2016; BOFF, 1999).

A emersão do pensamento ocidental moderno foi um marco para a hegemonia do conhecimento técnico-científico em detrimento da conexão entre as dimensões ético-político-estéticas do cuidado. Como aponta Foucault (1985, p. 50), o “cuidado de si” em seu alcance geral enquanto “cultura de si” tomou a forma de uma atitude, desenvolveu-se em procedimentos, constituindo um conjunto de práticas e saberes que demarcaram uma “intensificação das relações sociais”. Esse processo está articulado ao aprofundamento do capitalismo que, no seu expansionismo colonial, subjugou violentamente não apenas os povos negros e indígenas como também um conjunto de filosofias e cosmovisões não modernas.

A par desses processos, podemos assinalar que o conceito de cuidado passa a integrar a lógica de atenção em saúde no Brasil, especialmente, a partir de 1988, no bojo da estruturação da saúde como direito, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, no campo da saúde, os sujeitos (trabalhadores, usuários e gestores) operaram as mudanças nas organizações e modelos de atenção e cuidado da saúde, como observado historicamente na área da saúde mental e drogas, mas também como em diversas políticas e programas que imprimiram os princípios da integralidade e da equidade do sistema, não sem disputas de direção, matizes e dimensões sobre a produção do cuidado na saúde.

Afirmar a lógica da produção do cuidado como trabalho em saúde tem sido, para além de uma estratégia discursiva, a necessidade de compreender, ontologicamente, as questões específicas deste modo de agir no campo da saúde. Principalmente porque a centralidade do trabalho em saúde baseia-se, portanto, no processo produtivo do cuidado, ao tomar como pressuposto que este ato produtivo do cuidado é uma atividade humana, seja material ou não material.

É neste sentido que se compreende que toda a atividade humana é um ato produtivo e desta forma, todos(as) trabalhadores(as) da saúde produzem cuidado ao usar das tecnologias de trabalho, dos tipos leve, leve-dura e dura (MERHY, 2002). Estas que são operadas pelos sujeitos e, dialeticamente, pelo mundo do cuidado em saúde, entendida, como trabalho vivo em ato (MERHY, 1997). Este entendimento do agir em saúde é, desta forma, a experiência radical de (re)invenção da saúde como bem público e potência de luta em defesa da vida singular e coletiva.

Desta forma, segundo Franco e Merhy (2012), pode-se afirmar que há um modo específico como cada um significa o trabalho e o cuidado, determinados socialmente, na produção do agir em saúde, seja ele expresso no trabalho prescritivo, repetitivo e *taylorizado*, entendido na lógica do procedimento-centrado, seja ele expresso como trabalho acolhedor,

emancipador (ALMEIDA, 2014) e compartilhado, com estabelecimento de vínculo entre o trabalhador e o usuário (e também autor) do cuidado, na perspectiva assim entendida como usuário-centrado. Contudo, vale ressaltar, que em ambos os casos, “a subjetividade está agenciando as opções para o cuidado. A subjetividade, portanto, é uma das muitas dimensões que compõem o complexo cenário do trabalho em saúde” (FRANCO; MERHY, 2012, p. 152) seja como reprodutora da ordem das coisas, em uma perspectiva curativa, seja como produtora de sentido de vida, em uma perspectiva ampliada de saúde e do processo de trabalho e do cuidado em saúde.

Em se tratando de trabalho vivo do cuidado em saúde, a partir do olhar do trabalho profissional do Serviço Social, tem-se a ideia de que a dimensão material deste cuidado se comporta no uso de tecnologia leve, nas chamadas tecnologias relacionais das práticas profissionais com o conjunto de usuários, contribuindo, assim, para a organização de um modelo técnico-assistencial em saúde que articula os saberes (interprofissionalidade) compartilhados (trabalho coletivo) e que se exerça de modo livre e criativo um modo de produção do cuidado, pautado no acolhimento, na criação e estabelecimento de vínculos, na construção e acompanhamento de projetos terapêuticos, para se garantir e efetivar o direito de todos à saúde.

Ressalta-se que, historicamente, a configuração do modelo de assistência na saúde esteve – e em alguns casos ainda é, se tomamos o modelo privatista – centrada nas tecnologias duras (instrumentos) e leve-duras (técnica), segundo Franco e Merhy (2012), desenvolvendo um processo estruturante da produção do cuidado centrado nos procedimentos, com menores graus de liberdade de seus trabalhadores e usuários, operado por lógicas estruturadas, instituídas e protocolares, típicas do trabalho morto, ou seja, alienado e regulado pelo mundo do trabalho em si.

Assim, o cuidado ganha a forma de um dispositivo de controle, ao ser reduzido aos saberes especializados como parte do projeto de sociabilidade colonial dominante cuja norma é o homem branco, cis-heterossexual e burguês. O cuidado adquire um aspecto moral que por meio da condenação articula um conjunto de estratégias eugenistas e higienistas sobre os corpos de trabalhadores(as) pobres, negros(as) e dissidentes das periferias do mundo.

Os efeitos dessas técnicas são a manutenção de corpos dóceis; a reprodução das desigualdades sociais de gênero, sexualidade, raça e classe; bem como a subalternização de distintas lógicas de viver. As instituições de saúde são um lugar de regulação dessas normas e, em vista disso, ocorre uma permanente tensão entre profissionais e entre estes(as) e usuários(as) dos serviços e suas famílias em torno da sua capacidade ou não de prover cuidados, o que aparece com frequência associado ao julgamento sobre as formas de organização das famílias atendidas.

Nesse percurso, são acionados valores políticos e morais acerca dos comportamentos de mulheres, consideradas na ordem burguesa as principais responsáveis pela organização da vida familiar e pelo atendimento de suas demandas, em suma pelos cuidados de entes familiares. Essa expectativa comprime ainda mais as mulheres negras das classes trabalhadoras, tendo em vista que na condição de provedoras e precariamente inseridas como força de trabalho, apresentam grandes dificuldades de atender as demandas apresentadas pelos equipamentos sociais em torno de cuidados cada vez mais intensificados. Há, portanto, uma divisão sexual e racial do trabalho articulada no trabalho do cuidado.

Gonzalez (2020, p.49-59) sinaliza a sobrecarga de trabalho das mulheres negras, sendo comum terem que enfrentar nas instituições sociais muitas demandas que não consideram suas condições de vida e trabalho, como as exigências das escolas sobre o “rendimento” de seus filhos; ou ainda “acordar mais cedo (três ou quatro horas da “manhã”) para enfrentar as filas dos postos de assistência médica pública, para tratar de algum filho doente”.

Desse modo, sob as condições da organização social capitalista o cuidado precisa ser entendido como trabalho. Não somente pela natureza das atividades como também por sua funcionalidade na produção da vida da classe trabalhadora. Estudos feministas têm denunciado a invisibilização do trabalho realizado na vida doméstica e familiar, a naturalização das mulheres nos trabalhos de cuidado (dentro e fora de casa) e sua desvalorização social. Advogam a ampliação do conceito de trabalho, incorporando a dimensão da produção e reprodução social como inerentes à funcionalidade do sistema capitalista (KERGOAT, 2016; IPEA, 2016; BHATTACHARYA, 2019).

Nas instituições de saúde, esses aspectos se apresentam no cotidiano da assistência quando as famílias são acionadas para efetivarem os acompanhamentos de saúde em casa, nas consultas ambulatoriais ou nas internações hospitalares, sendo retificadas quando porventura não são as mulheres as principais referências do trabalho do cuidado. O cuidado familiar muitas vezes é parte dos protocolos de atendimento, uma vez que se torna coadjuvante de projetos terapêuticos os quais envolvem assistência domiciliar e outras formas de cuidado exercidos majoritariamente por mães, filhas e parentes do gênero feminino (BERNARDO, 2018). Nesse sentido, os cuidados em saúde são cada vez mais delegados às famílias e, conforme Alencar (2004, p. 63) “ressurgem os discursos e as práticas de revalorização da família”, apoiados no conservadorismo que justificam a responsabilidade das famílias na provisão das necessidades de seus entes.

Como apontam Nogueira e Monteiro (2014, p. 151) ocorre um “deslocamento da lógica do cuidado institucional ao cuidado domiciliar”, ao mesmo tempo em que o Estado se ausenta das suas funções. Esse fenômeno tem sido descrito como “familismo”, para designar o lugar que as famílias ocupam nas políticas sociais neoliberais, destituindo do Estado a prerrogativa da proteção social, e por consequência o direito à saúde como um direito social. Ocorre que o familismo das políticas sociais, se articula com a feminilização dos cuidados e a racialização, como vimos apontando anteriormente. A premissa moral de que cabe às mulheres exercer o trabalho do cuidado, desconsidera que as mulheres – marcadas por classe, sexualidade e raça – são atingidas de maneira desigual pelos efeitos da precarização do trabalho, do desmantelamento das políticas sociais e da violência e violação de direitos conduzida pelas práticas neoconservadoras e fascistas que se abatem sobre a sociedade capitalista contemporânea.

Desse modo, o dispositivo de controle acionado por meio do trabalho do cuidado em saúde, além de reafirmar muitos tradicionalismos em relação ao gênero, reatualiza a desumanização da população negra (também da indígena e das pessoas dissidentes de sexualidade e gênero), o que Carneiro (2005) enuncia como dispositivo de racialidade. Com isso, também são negadas as inúmeras estratégias de cuidado e proteção desses sujeitos, o que repercute nas práticas de saúde e nas lógicas de organização do sistema.

Se por um lado, a formalidade instituída do cuidado em saúde limita-se à um nível de atenção do sistema de saúde, a escolha de um procedimento, a um ponto de atenção da rede,

por outro, a dimensão subjetiva e instituinte do cuidado, implica em sentidos, significados, produção de encontros, integralidade, de atender, acolher e respeitar o direito de ser diferente, tanto de usuários como de trabalhadores, a partir dos marcadores sociais, como raça-etnia, gênero e identidade de gênero, sexualidade e orientação sexual, mas também de deficiências ou patologias, de vulnerabilidades e sofrimentos próprios em decorrência de seus territórios existenciais (AYRES, 2004).

De fato, resta-nos estabelecer linhas de fuga de forma organizada frente à captura explicativa pelo modelo biomédico de que o processo saúde-doença e seu adoecimento é instalado no corpo biológico, fazendo patológico e disfuncional. É este o modo hegemônico de se fazer o cuidado em saúde, como temos visto, individualizante em si, enaltecendo medidas morais do cuidado e do autocuidado, reforçando a ordem médica, vai de encontro a um processo de medicalização da vida, associado aos usos indiscriminados de fármacos, reforçando a medicamentação dos sujeitos.

É neste contexto, portanto, que se introduz novos elementos nesse olhar sobre o cuidado, na perspectiva do projeto radical da Reforma Sanitária no seu agir em saúde, como aposta coletiva, produzindo esta ação entre muitos sujeitos e saberes, principalmente, pela materialidade do trabalho coletivo do ato cuidador em equipe (DUARTE, 2004). É nesta direção que emerge uma ética do cuidado que não está descolada da compreensão política e crítica da distribuição desigual, social, histórica e discursiva do processo saúde-doença-cuidado entre os vários grupos populacionais, demarcados socialmente pela diferença, mas também pelos modos de subjetivação e de andar a vida, historicamente determinados.

Como também é na gestão do cuidado e na implementação de práticas assistenciais em saúde, comprometidas e responsáveis pelos usuários nos seus modos de andar a vida singular e coletiva, que se traçam as linhas, os projetos e modelos criativos e potentes das muitas formas de fazer o cuidado com o outro, mas também de si, e que se expressam no cotidiano dos serviços de saúde, nas organizações da sociedade civil, mas também nas instâncias do controle social e de gestão da política de saúde. É sobre uma aposta em um projeto coletivo e plural do bem-viver, entendendo que saúde é democracia em tempos de resistência e de construção. Desta forma, lutar pelo cuidado digno, humanizado e integral em saúde é um direito no Estado democrático.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALENCAR, M. M. T. Transformações econômicas e sociais no Brasil dos anos 90 e seu impacto no âmbito da família. In: SALES, M. A.; MATOS, M. C.; LEAL, M. C. (Orgs.). Política social, família e juventude: uma questão de direitos. 2ª ed. São Paulo: Ed. Cortez, 2004.
- ALMEIDA, C. C. L. Saúde e cuidado: elementos para o trabalho com famílias. In: DUARTE, M. J. de O. *et al.* (Orgs.). Política de saúde hoje: interfaces & desafios no trabalho de assistentes sociais. Campinas, SP: Ed. Papel Social, 2014.
- AYRES, J. R. de C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde e Sociedade, v. 13, n. 3, p. 16-29. São Paulo, set., 2004.

- BERNARDO, M. H. de J. A produção de cuidados na família e as políticas para o envelhecimento. Em Pauta -Teoria social e realidade contemporânea, n. 42, v. 16, p. 65-80. Rio de Janeiro, jul.-dez., 2018.
- BHATTACHARYA, T. O que é teoria da reprodução social? Revista Outubro, n. 32, p. 99-113. São Paulo, jan.-jun., 2019. Disponível em: <http://outubrorevista.com.br/wp-content/uploads/2019/09/04_Bhattacharya.pdf>. Acesso em 18 de abr. de 2023.
- BOFF, L. Saber cuidar: ética do humano – Compaixão pela terra. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 1999.
- CARNEIRO, A. S. A construção do outro como não-ser como fundamento do ser. 2005. 340f. Tese (Doutorado em Educação), Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- DUARTE, M. J. de O. Por uma cartografia do cuidado em saúde mental: repensando a micropolítica do processo de trabalho do cuidar em instituições. In: BRAVO, M. I. S.; VASCONCELOS, A. M.; GAMA, A. de S.; MONNERAT, G. L. (Orgs.). Saúde e serviço social. São Paulo: Cortez, 2004.
- ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO – EPSJV. (Org.). Dicionário da educação profissional em saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2008.
- FOUCAULT, M. História da sexualidade: o cuidado de si. v. III. 4ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. Tempus - Actas de Saúde Coletiva, n. 6, v. 2, p. 151-163. Brasília, 2012.
- GONZALEZ, L. A mulher negra na sociedade brasileira: uma abordagem político-econômica. In: RIOS, F.; LIMA, M. (Orgs.). Lélia Gonzalez: Por um feminismo Afro-Latino-Americano. Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 2020.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Economia dos cuidados: marco teórico-conceitual. Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7412/1/RP_Economia_2016.pdf>. Acesso em 17 de abr. de 2023.
- KERGOAT, D. O cuidado e a imbricação das relações sociais. In: ABREU, A. R. P.; HIRATA, H.; LOMBARDI, M. R. (Orgs.). Gênero e trabalho no Brasil e na França: perspectivas interseccionais. São Paulo: Boitempo Editorial, 2016.
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.
- MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.
- NASCIMENTO, W. F. Aproximações brasileiras às filosofias africanas: caminhos desde uma ontologia Ubuntu. Prometeus, ano 9, n. 21, edição especial, p. 231-245, dez. 2016. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/320930747_APROXIMACOES_BRASILEIRAS_AS_FILOSOFIAS_AFRICANAS_CAMINHOS_DESDE_UMA_ONTOLOGIA_UBUNTU>. Acesso em 18 de abr. de 2023.
- NOGUEIRA, A. C.; MONTEIRO, M. V. Família e atenção em saúde: proteção, participação ou responsabilização? In: SILVA, L.; RAMOS, A. (Orgs.). Serviço Social,

saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional.
Campinas, SP: Papel Social, 2014.

CUIDADOS PALIATIVOS

*Ana Raquel de Mello Chaves
Laura Freitas Oliveira*

O crescente interesse na temática dos cuidados paliativos por profissionais e estudantes de serviço social é reflexo de diversos fatores e um dos grandes motivos pelos quais o convite para compor o presente *Dicionário crítico* foi aceito. Ao encontro disto, reverencia-se aqui este reconhecimento da importância do tema para a área, considerando as lacunas ainda existentes na produção científica e a consequente necessidade de investimento na formação crítica sobre o assunto. Ao mesmo tempo, importa destacar o enorme desafio que se impõe ao tratar temática de tamanha complexidade com a concisão exigida por um verbete.

Na contemporaneidade, o termo CUIDADOS PALIATIVOS é comumente empregado em debates e discussões na área de saúde para referir-se ao conjunto de atividades de equipes multiprofissionais no cuidado voltado às pessoas, de todas as idades, acometidas por doenças e condições crônicas complexas e incuráveis, sem possibilidade terapêutica curativa atual. Soma-se ainda à discussão acerca do tema o aumento da população mundial e a importante ampliação da expectativa de vida devido ao envelhecimento populacional, além da incidência e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, que impactam serviços de saúde nos seus atuais modelos de cuidado. Ao mesmo tempo, destaca-se o inegável avanço e incorporação técnico-científica na área da saúde, que influenciam diretamente no aumento da sobrevida e prolongam o processo de viver, trazendo contornos singulares ao processo do final de vida e do morrer.

Os cuidados paliativos foram definidos em 1990 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e em 2002 o conceito foi revisto e ampliado: o que anteriormente fora voltado para o câncer, passa a incluir a assistência a outras doenças e comorbidades, crônicas terminais e em condições complexas, tais como AIDS, diabetes, doenças pulmonares, cardiovasculares e fragilidades extremas de velhice. Assim, segundo a OMS, em livre tradução,

Os cuidados paliativos são uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias enfrentando o problema associado com uma doença ameaçadora da vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento através da identificação e impecável avaliação e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (WHO, 2002, p. 84).

Avalia-se, de tal forma, que a concepção em vigor permite uma relação com as diferentes realidades sociais e o perfil epidemiológico da população, bem como os recursos tecnológicos e humanísticos disponíveis para que a vida seja vivida em plenitude até o fim. Ainda de acordo com o conceito definido pela OMS, são apresentados os seguintes princípios gerais dos cuidados paliativos:

- Proporciona alívio da dor e outros sintomas angustiantes;
- Afirma a vida e encara a morte como um processo normal;
- Não pretende apressar ou adiar a morte;

- Integra os aspectos psicológicos e espirituais do cuidado ao paciente;
- Oferece um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viver o mais ativamente possível até morte;
- Oferece um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente e em seu próprio luto;
- Usa uma abordagem de equipe para atender às necessidades dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento de luto, se indicado;
- Irá melhorar a qualidade de vida e também pode influenciar positivamente o curso de doença;
- É aplicável no início da doença, em conjunto com outras terapias destinadas a prolongar a vida, como quimioterapia ou radioterapia, e inclui as investigações necessárias para entender melhor e gerenciar complicações clínicas angustiantes (WHO, 2002, p. 84).

Partindo desta concepção, é expressa a importância de que se desenvolvam os cuidados paliativos o mais precocemente possível, simultaneamente ao tratamento curativo, engendrando esforços imprescindíveis para o melhor entendimento, manejo e controle dos sintomas, propiciando conforto e qualidade de vida na sua singularidade, considerando os valores, crenças e história de vida das pessoas. Dessa maneira, cada caso é individualizado e as condutas necessitam ser avaliadas e adequadas a partir de decisões terapêuticas compartilhadas, não devendo prolongar o sofrimento e levando em consideração as necessidades da pessoa em cuidados paliativos e sua família, rede social e de apoio, até o momento de sua morte. Variados conceitos e categorias atravessam a temática dos cuidados paliativos. Nos ateremos aos principais. Destacam-se, nesse sentido, a tanatologia; a obstinação e futilidade terapêutica; bem como os conceitos de eutanásia e suicídio assistido, distanásia e ortotanásia, além de aspectos relacionados à comunicação de notícias difíceis.

Para uma aproximação à discussão, vale apresentar um pouco da origem e desenvolvimento histórico dos cuidados paliativos. Na Idade Média, durante as Cruzadas, existiram os chamados “hospices”, que eram instituições religiosas, espécies de hospedarias em mosteiros, mormente voltadas para a caridade, cujo objetivo era abrigar e cuidar de viajantes e peregrinos doentes, moribundos, pessoas famintas, pobres, órfãos e leprosos, ofertando acolhimento, proteção e alívio do sofrimento (FLORIANI; SCHRAMM, 2007; ANCP 2022). Ao longo de tempo, surgiram casas da caridade, comuns no século XVII até os meados do século XX, que acolhiam órfãos, pobres, doentes e moribundos, tais como a Ordem das Irmãs da Caridade, em Paris, St. Joseph’s Convent e o St. Joseph’s Hospice, em Londres.

A partir do Moderno Movimento Hospice, na década de 1960, a denominada “assistência Hospice” foi organizada e difundida, graças ao pioneirismo de Cicely Saunders – enfermeira, assistente social e médica em sua formação profissional –, tendo como marco a Fundação do Saint Christopher Hospice, em 1967, em Londres, onde se preconizava o cuidar de um ser humano que estava morrendo e de sua família com compaixão e empatia (FLORIANI; SCHRAMM, 2007). Nas Américas, o movimento Hospice se principia com a psiquiatra suíça Elisabeth Kübler-Ross nos Estados Unidos, na década de 1970, com estudos sobre a morte e o morrer. Posteriormente se dissemina, integrando cuidados a pessoas com enfermidades severas e incuráveis, em diversos países (MATSUMOTO, 2012). A medicina paliativa veio a ser reconhecida no Reino Unido no final dos anos 1980, e seus

princípios baseiam-se na boa prática médica, da humanização da assistência, estando centrados em atitudes, na comunicação com familiares e equipe de saúde e no cuidado, na ética e no respeito à vida humana.

No Brasil, apesar de discussões primárias e independentes na década de 1970, os cuidados paliativos se configuram nos anos 1980/1990, com a expansão de serviços no Rio Grande do Sul, São Paulo, Santa Catarina, Paraná e Rio de Janeiro, o que permitiu uma aproximação com este novo paradigma do cuidar, visto a defasagem do ensino e difusão da temática dos cuidados paliativos nas instituições formadoras, como as universidades. No final da década de 1990 a criação da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos teve sua importância por agregar profissionais interessados na divulgação da filosofia dos cuidados paliativos. Nos anos 2000 é criada a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), considerada um marco histórico para a medicina brasileira ao contribuir para o ensino, a pesquisa e a difusão dos cuidados paliativos no país (ANCP, 2022). Registra-se algumas publicações de destaque: *Manual de cuidados paliativos*; *Atlas dos cuidados paliativos no Brasil*; *Cartilhas de cuidados paliativos e de cuidados de fim da vida a idosos*.

No marco normativo, os cuidados paliativos foram incluídos em 2005 na Política Nacional de Atenção Oncológica (Portaria GM/MS no 2439/2005) – atualmente substituída pela Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013, que contempla a temática dos cuidados paliativos na área – que manifestava ação do Ministério da Saúde em consolidá-los no país, através de portarias e documentos, embora excluísse outras pessoas com doenças e comorbidades também complexas, que necessitam desse tipo de cuidados, não havendo uma linha que contemplasse todos os níveis de atenção. Mobilizações ao longo dos anos tem ocorrido, em encontros com representantes de diversas instituições de saúde pública e privadas de todo o país, interconectados às discussões internacionais, no sentido de debater a construção de uma política pública de Cuidados Paliativos, compreendendo o esforço interdisciplinar e intersetorial para sua construção, bem como de educação de profissionais de saúde e integração dos serviços. Registra-se que em 2009, o Conselho Federal de Medicina (CFM) incluiu em seu Código de Ética Médica os Cuidados Paliativos como princípio fundamental, e no ano de 2011 a medicina paliativa foi reconhecida como área de atuação médica no Brasil.

No âmbito internacional, em 2014, a *Resolução 6.719, publicada pela Assembleia Mundial da Saúde/OMS*, exortou países membros a implementarem cuidados paliativos como uma responsabilidade ética, integrando-os aos sistemas públicos de saúde, com ênfase na atenção básica e no atendimento domiciliar. A discussão global repercutiu no Brasil com consolidação em políticas públicas, tais como: *Portaria nº 483/2014* do Ministério da Saúde, que redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, abrangendo os cuidados paliativos (BRASIL 2014); e a *Resolução nº 41/2018* que “dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”, definindo ser “elegível para cuidados paliativos toda pessoa afetada por uma doença que ameaça a vida, seja aguda ou crônica, a partir do diagnóstico desta condição” (BRASIL, 2018). Em 2020, é criado pelo Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), o Programa de Cuidados Paliativos no SUS – Atenção Hospitalar, Ambulatorial Especializada e Atenção Domiciliar, impulsionando a organização e a integração da prática de cuidados paliativos em toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Em 07 dezembro de 2023 foi aprovada, ainda, pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Cuidados Paliativos, através da Resolução nº 729,

que deverá ser publicada em portaria específica, sendo este grande avanço recente na área. Iniciativas em estados da federação brasileira também despontam com a inclusão dos cuidados paliativos em políticas de saúde, como em Goiás, em 2017, Paraná, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, em 2019, São Paulo, em 2020, e Minas Gerais, em 2021.

Os cuidados paliativos constituem-se, ademais, em uma abordagem, um campo de administração de cuidados multi e interdisciplinar de assistência humanizada, inseridos ao modelo de cuidados totais, ativos e integrais ofertados à pessoa com doença avançada ou em fase terminal e sua rede de apoio, na perspectiva de uma morte com dignidade (FLORIANI; SCHRAMM, 2007). Neste campo interdisciplinar, onde diferentes saberes e competências das distintas categorias profissionais envolvidos são compartilhados, em complementariedade, os canais de comunicação devem ser abertos, de modo a dividir conhecimento e decisões. Vale destacar, neste ensejo, que

[...] o processo de trabalho do assistente social no âmbito da saúde e, em especial, nos cuidados paliativos, está ancorado nos princípios da interdisciplinaridade, da integralidade e da intersetorialidade, em consonância com o que é preconizado pela própria Lei Orgânica da Saúde (LOS – Lei no 8.080/1990) e os princípios ético-políticos do serviço social e seus fundamentos teórico-metodológicos e técnico-operativos, visando a um cuidado humanizado e integral e contribuindo para o desvelamento da realidade social em que se inserem os sujeitos (ROQUE *et al.*, 2022, p.134).

O papel, portanto, do(a) assistente social nas equipes de atenção em Cuidados Paliativos, de acordo com Andrade (2012, p. 341), “orienta-se pela atuação junto ao paciente, familiares, rede de suporte social, instituição na qual o serviço encontra-se organizado e junto às diferentes áreas atuantes na equipe”, podendo sua atuação ser resumida em

[...] conhecer paciente, família e cuidadores nos aspectos socioeconômicos, visando ao oferecimento de informações e orientações legais, burocráticas e de direitos, imprescindíveis para o bom andamento do cuidado ao paciente, e para a garantia de morte digna. Cabe a esse profissional também avaliar a rede de suporte social dos envolvidos, para junto a estes acioná-la em situações apropriadas; conhecer e estabelecer uma rede intrainstitucional, no intuito de garantir atendimento preciso ao paciente, além de constituir-se como interlocutor entre paciente/família e equipe nas questões relacionadas aos aspectos culturais e sociais que envolvem o cuidado de forma geral. Soma-se a isso a importância da escuta e da acolhida em momento tão especial, que é o do enfrentamento de uma doença incurável e em fase final de vida (ANDRADE, 2012, p. 344).

Outro desafio que se impõe aos profissionais de saúde tem estreita relação com uma aproximação e leitura apropriada de dados epidemiológicos, bem como rankings atuais que espelham os índices de qualidade de morte e as iniciativas, no país e mundialmente, de cuidados prestados em medidas de alívio e conforto às pessoas com doenças ameaçadoras e em fase final de vida, bem como a oferta de analgésicos disponíveis para o controle de dor e

a existência de programas de cuidados paliativos, por exemplo. Tal desafio diz respeito também à formação e organização de recursos humanos para efetivação de um processo de atenção e cuidado que atenda às necessidades impostas pelo adoecimento, pela realidade da finitude humana e terminalidade de vida, com as competências e habilidades indispensáveis no exercício profissional, visto serem ainda carentes e deficitários os currículos de formação profissional, graduação e pós-graduação, inclusive nos programas de residência multiprofissional em saúde.

O cenário atual de saúde no Brasil aponta para alguns importantes desafios para o trabalho profissional no que tange aos cuidados paliativos, dos quais pode-se citar o esforço da comunidade técnico-científica para ampliar o conhecimento e o acesso a estes cuidados em todas as regiões do país, considerando as disparidades socioeconômicas e as consequentes desigualdades de acesso e iniquidades em saúde. Polos de cuidados paliativos ainda são concentrados nas grandes metrópoles, sobretudo nas regiões Sul e Sudeste, o que resulta em que apenas uma pequena parcela da população tenha acesso a esse tipo de serviço. É nítida, portanto, a necessidade de uma política pública específica para o tema, que deve contemplar as diferenças socioeconômicas e culturais do país. Imperioso, ainda, identificar e dar acesso ao tratamento da dor e promover alívio nos demais sintomas que as pessoas com doenças incuráveis possam desenvolver, desde o diagnóstico, com a gradativa ampliação da oferta de cuidados paliativos mediante a evolução da doença. A integração da rede de atenção à saúde também se constitui em desafio para o compartilhamento de conhecimento e experiências e para aprimorar a atenção e o cuidado a este público.

Aposta-se que práticas e serviços de cuidados paliativos, a partir de um modelo de atenção e cuidado à saúde robusto, sejam capazes de atender a população com eficiência e eficácia, inclusive com uso racional de tecnologias, medicamentos, procedimentos, técnicas de diagnóstico, ou seja, de investigação e de tratamento em ambulatórios e hospitais, otimizando recursos, evitando encaminhamentos tardios aos cuidados paliativos, reduzindo tempo de internação e rompendo com descontinuidades assistenciais em saúde, comuns ainda hoje.

Outro ponto, relacionado à moderna tecnologia médica, é que apesar dos grandes avanços no conhecimento, tecnologias e maquinário desenvolvidos para atuar sobre o corpo, sobre a dor e sintomas, a morte ainda é permeada de pouco cuidado, não sendo encarada enquanto direito de cidadania e dignidade da pessoa humana. As estruturas hospitalares, por exemplo, se tornam cada vez mais presentes no processo de viver e morrer das pessoas, modelo que subsiste desde o século XIX, tornando o morrer continuamente isolado e controlado, de forma que não atrapalhe o cotidiano institucional e responda, acriticamente, a uma organização do sistema econômico vigente. Quando isto ocorre, o resultado é um cuidado superficial, fragmentado, e com excesso de medicalização – via de regra, inadequada – e a transferência da responsabilidade para outros serviços da rede. Ainda hoje, portanto, o que se verifica é que muitas pessoas enfrentam doenças e agravos e morrem sem acesso aos cuidados paliativos, passando por um sofrimento que poderia e deveria ser evitado, sendo subtratadas em sua dor, o que suprime sua esperança e dignidade, tendo em vista a má qualidade de cuidados ao fim da vida disponível, inclusive sem o manejo adequado da dor e demais sintomas. No final da vida, especialmente, o modelo dos cuidados paliativos, discutido mundialmente, deve ser enfatizado, sendo inclusive viável economicamente, podendo ser implantado próximo ao território onde vivem as pessoas que dele necessitam.

Imprescindível, portanto, subverter a lógica dominante da medicina centrada na doença e na cura, sob uma perspectiva mercadológica e funcional ao capital, em que a morte é encarada como algo que amedronta, que deve ser afastado, escondido das casas e de crianças, como um fracasso na sociedade de produção e consumo (HENNEMANN-KRAUSE, 2012).

Conclui-se que os cuidados paliativos não devem ser reduzidos a uma especialidade na área da medicina, uma vez que constituem “uma disciplina que inclui assistência, ensino e pesquisa [...]” (FLORIANI; SCHRAMM, 2008, p. 2127). Além disso, sua relevância se expressa no fato de que os seus princípios se aproximam, em mais de um aspecto, aos princípios do SUS, em que integralidade, equidade e universalidade exigem de todos os profissionais da saúde, de toda a rede e de todos os níveis de complexidade, o conhecimento, a atenção e o cuidado necessários para o atendimento da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. O que são cuidados paliativos. Disponível em: <<https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/o-que-sao>>. Acesso em 5 de out. de 2022.
- ANDRADE, L. O papel do assistente social na equipe. In: CARVALHO, R. T. de; PARSONS, H. A. (Orgs.). Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2ª ed., p. 341-344 2012.
- BRASIL. Portaria GM/MS nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2439_08_12_2005.html>. Acesso em 22 de out. de 2022.
- _____. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html>. Acesso em 22 de out. de 2022.
- _____. Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html>. Acesso em 29 out. de 2022.
- _____. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710>. Acesso em 5 de out. de 2022.
- _____. Resolução nº 729, de 07 de dezembro de 2023. **Aprova a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do SUS (PNCP)**. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/3265-resolucao-n-729-de-07-de-dezembro-de->

- 2023#:~:text=Aprova%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de,%C3%A2mbit
o%20do%20SUS%20(PNCP).&text=Considerando%20que%20a%20maior%20parte,a
os%20Cuidados%20Paliativos%20(CP)%3B>. Acesso em 31 jan. 2024.
- FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(9): 2072-2080, set., 2007.
- HENNEMANN-KRAUSE, L. Ainda que não se possa curar, sempre é possível cuidar. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, UERJ, ano 11, p. 18-25, abr./-jun. de 2012.
- MATSUMOTO, D. Y. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.). *Manual de Cuidados Paliativos*. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), p. 23-30, 2012.
- PROADI/SUS. CUIDADOS PALIATIVOS (CP). Programa de Cuidados Paliativos no SUS - Atenção Hospitalar, Ambulatorial Especializada e Atenção Domiciliar. Disponível em: <<https://hospitais.proadi-sus.org.br/projeto/cuidados-paliativos-cp>>. Acesso em 28 de out. de 2022.
- ROQUE, R. *et al.* Avaliação do serviço social. In: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. *A avaliação do paciente em cuidados paliativos: Cuidados paliativos na prática clínica*, v. 1. Rio de Janeiro: INCA, 2022.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. 2 ed. Geneva: WHO, 2002.

DESIGUALDADE SOCIAL

Ana Elizabete Mota

A expressão *desigualdade social* designa um fenômeno inerente ao desenvolvimento do capitalismo, cujas determinações históricas situam-se no âmbito da relação dialética e contraditória entre o crescimento da riqueza e a pauperização relativa e absoluta, agudizada ou minimizada em contextos históricos diversos, mas insuprimível na sociedade regida pela apropriação privada da riqueza e a exploração do trabalho, como é o caso da sociedade capitalista.

A síntese analítica apresentada por Karl Polanyi em *A Grande Transformação* (POLANYI, 2021, p. 172), identifica a emergência da pobreza e da fome como fenômenos do século XVI – portanto, vigentes há cinco séculos – e que, por força das lutas de classes, transformaram-se em objeto da intervenção do Estado, através da constituição de direitos sociais e medidas de seguridade social no século XX.

Referindo-se à Inglaterra, berço da revolução industrial clássica, Polanyi sustenta que a emergência da pobreza moderna no século XVI relaciona-se diretamente com o fim do feudalismo, ao transformar a população destituída de terra e meios de sobrevivência “numa classe de trabalhadores livres, que resultou da combinação de uma feroz perseguição à vagabundagem e de um fomento à indústria interna, que recebeu impulso com a expansão contínua do comércio exterior” (POLANYI, 2021, p. 172).

Originalmente objeto de leis *cruéis* e sanguinárias (MARX, 2017, p. 805-813) e de outras medidas afins, como a Lei dos Pobres e a Lei de Speenhamland (POLANYI, 2021, p. 139-170), os cercamentos e a expropriação das terras determinaram o surgimento do que Polanyi conceituou de *nova pobreza*, no contexto da *nova sociedade* que ali emergia: a sociedade burguesa, assentada no modo de produção capitalista.

A partir do século XVII, o pauperismo e a fome, principais expressões da desigualdade social, passam a ser objeto de teorizações dos mais diversos pensadores da época (liberais, socialistas, naturalistas e conservadores), dentre os quais Smith, Townsend, Owen, Ricardo, Proudhon, Burke (POLANYI, p. 171-202), que, ora tratavam a pobreza na perspectiva da assistência aos pobres, ora das causas do seu surgimento e, mesmo com pontos de vista divergentes, defendiam que *os pobres* deveriam trabalhar, convencidos de que “a organização apropriada do trabalho dos desempregados deveria produzir um excedente” (POLANYI, 2021, p. 179), o que viria a ocorrer plenamente no século XIX. Na larga e diferenciada documentação do século XIX, ainda hoje sobressai – pela sua historicidade e pelo seu caráter revolucionário – a obra do jovem F. Engels (ENGELS, 2010), *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*, cujo capítulo intitulado *Resultados* (Engels, 2010, p. 135-171) descreve em detalhes a penúria e as condições de vida dos trabalhadores e de suas famílias.

Pensadores como Smith, Ricardo e Burke (POLANYI, 2021, p. 181-201) discorreram amplamente sobre a relação entre trabalho, livre mercado e o significado da pobreza no âmbito do pensamento liberal e conservador, cientes do peso do trabalho na produção da riqueza. Contudo, é no decorrer do século XIX, em face da luta de classes – que a relação entre o livre mercado e a proteção social do Estado –, presente até nossos dias, transformou

a questão da pobreza e do trabalho, numa questão eminentemente política, base do que se designa *questão social*.

Numa outra vertente, Marx (2017), ao empreender a crítica da economia política e contrapor-se aos pensadores referidos na síntese de Polanyi (2021), embora tomando o mesmo ponto de partida, analisou com radicalidade as determinações da emergência dessa pobreza e desigualdade social no clássico capítulo XXIV do Livro 1 d'O *Capital* – “A chamada acumulação primitiva”, considerada por ele o ponto de partida do modo de produção capitalista (MARX, 2017, p. 785; ROSDOLSKY, 2001, p. 209-235). Ao referir-se ao significado da *acumulação primitiva*, ironicamente afirma que ela é o pecado original da economia política, numa alusão à teologia. Assim argumentou:

A lenda do pecado original teológico conta-nos, certamente, como o homem foi condenado a ganhar o pão com o suor do seu rosto; no entanto, a história do pecado original econômico revela-nos por que há gente que não tem necessidade disso [...]. E desse pecado original datam a pobreza da grande massa que ainda hoje, apesar de todo o seu trabalho, continua a não possuir nada para vender a não ser a si mesma, e a riqueza dos poucos, que cresce continuamente, embora a muito tenha deixado de trabalhar (MARX, 2017, p. 785).

Em diálogo crítico com liberais e conservadores que viram no trabalho assalariado da população sobrance e pobre um meio de produzir riqueza privada, Marx considerou que se iniciava ali a subjugação capitalista do trabalhador, uma espécie de mudança de forma da servidão feudal, quando grandes massas humanas são arrancadas súbita e violentamente de seus meios de subsistência e lançadas no mercado de trabalho como proletários absolutamente livres (MARX, 2017, p. 787).

Violentemente expropriada da terra e entregue à *vagabundagem*, a população “viu-se obrigada a se submeter por meio de leis grotescas (ah, o direito!) e terroristas, e por força de açoites, ferros em brasa e torturas, a uma disciplina necessária ao trabalho assalariado”. Assim, estavam postas as condições para “no evoluir da produção capitalista [desenvolver-se] uma classe de trabalhadores que, por educação, tradição e hábito, reconhece as exigências desse modo de produção como leis naturais e evidentes por si” (MARX, 2017, p. 808). Eis a análise de Marx,

Na história da acumulação primitiva, o que faz época são todos os revolucionamentos que servem de alavanca à classe capitalista em formação, mas, acima de tudo, *os momentos em que grandes massas humanas são despojadas súbita e violentamente de seus meios de subsistência e lançadas no mercado de trabalho como proletários absolutamente livres. A expropriação da terra que antes pertencia ao produtor rural, ao camponês, constitui a base de todo o processo. Sua história assume tonalidades distintas nos diversos países e percorre as várias fases em sucessão diversa e em diferentes épocas históricas. Apenas na Inglaterra, e por isso tomamos esse país como exemplo, tal expropriação se apresenta em sua forma clássica*” (MARX, 2017, p. 788; itálicos nossos).

Estava historicamente posto o processo no qual a massa de trabalhadores – ocupados ou sobrantes – passariam a depender da venda da sua força de trabalho para obter os meios de subsistência, organizada agora através do mercado, mediante recebimento de salários. Os trabalhadores, sempre ameaçados pela existência de uma população sobrente, que pressiona para baixo os salários, estariam à mercê do desemprego, da pobreza e da fome.

Esse processo expulsou e expropriou parte da população rural e simultaneamente libertou os trabalhadores para o capital industrial, criando um mercado interno. Os meios de vida – produção de subsistência e trabalho não mercantil – transformam-se em mercadorias e progressivamente os trabalhadores foram alienados dos instrumentos e produtos do trabalho.

Estabelecidas secularmente, as bases materiais e alguns dos traços ideopolíticos do trato da desigualdade social, sob novos conteúdo e forma, podem ser identificados na atualidade: a existência de classes sociais antagônicas, a exploração do trabalho, a produção do valor e a propriedade privada, reproduzindo a relação antagônica e contraditória entre produção da riqueza e desigualdade social, expressa, esta última, na pauperização dos trabalhadores.

É verdade que as sociedades se complexificaram e são muitas as mediações históricas que percorrem o desenvolvimento do capitalismo e a própria configuração da classe trabalhadora, assim como seus meios de luta para enfrentar a desigualdade social e os mecanismos de controle do capital sobre o trabalho. Todavia, é inconteste que, diferentemente do que ocorria nas formações sociais precedentes ao capitalismo, a desigualdade social e a conseqüente pauperização não *derivam* da penúria generalizada, mas de uma contínua produção de riquezas como é próprio ao modo capitalista de produção.

Na atual quadra histórica, é evidente que a dinâmica do capitalismo adquiriu novas configurações, dentre elas a expansão do processo de financeirização e suas articulações com a base produtiva, gerando a produção de lucros inimagináveis, bem como as expressões objetivas das lutas de classes e da ação do Estado. Processos que adquiriram particularidades nos países centrais e periféricos, ora *atravessados por crises econômicas*, políticas e sociais, *além* das sequelas da crise sanitária decorrente da pandemia da Covid-19, num cenário tornado ainda mais complexo pela emergência da guerra entre a Rússia e a Ucrânia. Assiste-se, em escala mundial, ao brutal recrudescimento das desigualdades sociais, ao lado do desmonte de políticas sociais estruturadoras, conquistadas pelas lutas das classes subalternas.

O Relatório da Oxfam-Brasil, divulgado em maio de 2022 (OXFAM, 2022), destacou o crescimento das desigualdades, afirmando que cerca de 263 milhões de pessoas ingressaram na extrema pobreza em todo o mundo, aumentando a fome e a falta de condições materiais e sociais de existência da população trabalhadora e empobrecida.

Note-se, segundo dados publicados no Relatório, que a fortuna dos bilionários aumentou em 24 meses o montante equivalente a 23 anos. Bilionários dos setores alimentício e de energia aumentaram suas fortunas em um bilhão de dólares a cada dois dias. Surgiram 62 novos bilionários do setor de alimentos e um novo bilionário surgiu a cada 30 horas, em média, durante a pandemia. Ao mesmo tempo em que surgia um novo bilionário, um milhão de pessoas caíam na pobreza extrema.

Como qualquer fenômeno humano-social, a compreensão da desigualdade social requer contextualização histórica: há que situá-la nas condições macrossociais da dinâmica capitalista que regem a produção da riqueza social e os modos de vida da população mundial,

sem descurar das implicações da crise capitalista e da ofensiva neoliberal dessas últimas décadas (MOTA; RODRIGUES, 2020). É possível constatar a existência de imbricações entre as metamorfoses pelas quais passa o capitalismo do século XXI e a emergência de crises sociais, mediadas, dentre outros vetores, pela produção destrutiva da natureza, pelo comércio ilegal da fauna e da flora, pela expropriação da terra para produção de alimentos voltados à subsistência humana e pelo concomitante crescimento da grande propriedade fundiária e do agronegócio, tendências que imprimem características particulares às suas manifestações e meios de enfrentamento em cada região e país.

Embora o discurso dominante impute à pandemia da Covid-19 a principal causa do aumento das desigualdades sociais nos países centrais e periféricos, o fato é que a pandemia do coronavírus não responde pelas contradições do mundo capitalista. Ao contrário, a crise sanitária é potenciada pelas estratégias de enfrentamento da crise do capital levadas a efeito pela grande burguesia, visando reverter a queda da taxa de lucro através de iniciativas que redefinem a divisão internacional do trabalho e instituem renovadas formas de exploração do trabalho (MOTA, 2021, p. 49).

A realidade brasileira – na qual os modos de ser e de viver das classes subalternas carregam marcas de relações sociais (de classes) genericadas, racializadas, superexploradas e socialmente desprotegidas – é herdeira de uma formação social com raízes no sistema colonial, no trabalho escravo e no latifúndio; nela, a modernização capitalista se funda historicamente na dependência e subordinação ao capital imperialista, sob a dominação da autocracia burguesa e a exclusão política e econômica das classes trabalhadoras e subalternas (FERNANDES, 1987).

Na contemporaneidade, essas determinações históricas permanecem vigentes e se espraiam sob expressões diversas, marcadas por inaudita regressividade social, econômica e civilizatória, agravadas pela preexistência de precárias condições infra-estruturais, cortes orçamentários e desmonte de políticas públicas. São décadas de políticas econômicas neoliberais a transformar serviços públicos em mercadorias, incentivando a riqueza corporativa e a evasão fiscal que corroeram o fundo público, os direitos e as condições de vida dos trabalhadores, sob orientações neoliberais e com a emergência de uma nova direita fascista.

Nesse ambiente tóxico, o oportunismo e as estratégias das classes dominantes adquirem fôlego, seja através das ações do Estado, seja através dos aparelhos privados de hegemonia, num quadro de acirradas lutas e enfrentamentos políticos de classes, mediante estratégias coercitivas e consensuais, tanto no nível ideocultural como no dos aparatos repressivos (públicos e privados).

Em face das contradições do capitalismo contemporâneo – cuja avidez pela acumulação da riqueza implica o agravamento da exploração e pauperização das classes trabalhadoras – as classes dominantes *voluntarizam e emergencializam* o enfrentamento da desigualdade social, por fora das políticas sociais estruturadoras e à mercê de ações pontuais, fragmentárias, de fácil uso demagógico e eleitoreiro (MOTA; RODRIGUES, 2020).

Guardando as devidas distâncias e os contextos históricos, talvez possamos perceber o quanto as classes dominantes têm secularmente creditado à sujeição à fome e à pobreza as alternativas de enfrentamento ao que de fato é a barbarização da vida – elas insistem em que a solução da fome dependerá do suor do trabalho, ainda que não exista oferta de trabalho para os pobres. Quanto aos sobrantes estruturais – mesmo que sejam potenciais usuários do

que ainda resta das políticas públicas de seguridade social –, cabe-lhes socorrer-se dos auxílios e da assistência social voluntária e eventual, numa reedição das medidas liberais que estiveram presentes no alvorecer do capitalismo. Aliás, uma prática minuciosamente narrada por Engels (2010) no capítulo “A atitude da burguesia em face do proletariado” (op. cit., p. 307-328).

Ao teorizar sobre o capitalismo contemporâneo, Harvey (2004) afirma que, no curso do seu desenvolvimento, o capitalismo sela a unidade entre a potenciação da *exploração do trabalho* e a da *espoliação material e social* (da terra, da natureza, do dinheiro e dos direitos e meios de vida da população trabalhadora e subalterna), concluindo que a espoliação social é a marca do “novo imperialismo” (HARVEY, 2004).

Ao considerar essa dinâmica, identificamos uma ressignificação e uma atualização histórica da expressão *desigualdade social* no capitalismo contemporâneo: ora como pobreza, ora como exclusão, ora como fenômeno temporário que pode ser enfrentado com auxílios e políticas compensatórias. Essa ressignificação – teórica e prática – revela a histórica necessidade do capital em reproduzir as desigualdades, porém adotando meios, formas e estratégias que se atualizam, tornando-os compatíveis com a dinâmica capitalista do século XXI (MOTA, 2012; 2018).

Assim, pobreza e desigualdade social adquiriram novas dimensões: surgem modernas formas de expropriações, próprias do capitalismo deste século, com muitas diferenças em relação ao passado (como Marx o descreveu ao tratar da *acumulação primitiva*). Na atualidade, também o Estado das classes dominantes torna-se permeável às expressões da desigualdade social, mas o faz no limite das suas necessidades, donde a recorrência aos programas sociais de transferência de renda, nominados de auxílios, qualificando-as como políticas de assistência aos pobres, objeto da solidariedade moral dos dominantes e até mesmo de outros trabalhadores em relação aos que não conseguem assegurar-se dos meios de sobrevivência.

Estamos defrontados com uma conjuntura que não favorece expectativas otimistas; porém, é inquestionável que a redução da desigualdade social depende da organização e *das lutas das* classes subalternas, demonstrando ser atual a clássica determinação marxiana segundo a qual os homens e as mulheres fazem a história, mas sob condições e relações que não escolhem. Desse fazer história dependerá o enfrentamento político e público da desigualdade social e, no limite, a sua superação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ENGELS, F. A situação da classe trabalhadora na Inglaterra. S. Paulo: Boitempo, 2010.
- FERNANDES, F. A revolução burguesa no Brasil: ensaios de interpretação sociológica. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.
- HARVEY, D. O novo imperialismo. São Paulo: Edições Loyola, 2004.
- MARX, K. A assim chamada acumulação primitiva. In: Marx, K. O Capital: crítica da economia política. Livro I. São Paulo: Boitempo, p. 785-833, 2017.
- MOTA, A. E. Questão social, pobreza e Serviço Social: em defesa da perspectiva crítica. In: GOMES, V.L.B.; VIEIRA, A. C.; SOUZA, NASCIMENTO, M. A. C. (Orgs.). O avesso dos direitos: Amazônia e Nordeste em questão. Recife, Editora Universitária da UFPE, p. 25-40, 2012.

- _____. Expropriações contemporâneas: hipóteses e reflexões. In: BOSCHETTI, I. (Org.). Expropriações e direitos no capitalismo. São Paulo: Cortez, 2018.
- _____. Crise sanitária, políticas públicas e sociabilidade: desafios ao Serviço Social brasileiro. In: CFESS, Diálogos do cotidiano – Assistente Social. Reflexões sobre o trabalho profissional. Brasília, CFESS, 2021.
- _____; RODRIGUES, M. Legado do Congresso da Virada em tempos de conservadorismo reacionário. Revista Katalysis. Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 199-212, mai./ago., 2020.
- OXFAM-MEDIA-BRIEF-BR. Lucrando-com-a-Dor-Davos-2-sem-embargo.pdf. 2022. Disponível em: <<https://www.oxfam.org.br/justica-social-e-economica/forum-economico-de-davos/lucrando-com-a-dor/>>. Acesso em 21 de jan. de 2023.
- POLANYI, K. A grande transformação: as origens políticas e econômicas da nossa época. Rio de Janeiro: Contraponto, 2021.
- ROSDOLSKY, R. Gênese e estrutura de O Capital de Karl Marx. Rio de Janeiro, EDUERJ/Contraponto, p. 209-235, 2001.

DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE DOENÇA

*Leticia Batista Silva
Rodriane de Oliveira Souza*

Por vezes a determinação social da saúde e os determinantes sociais da saúde têm se apresentado como sinônimos, entretanto, trata-se de duas concepções diferentes. Ao longo do texto, buscaremos apresentar alguns pontos de análise histórica e crítica dessas distintas perspectivas.

Como apontam Laurell (1982), Fleury-Teixeira (2009) e Breilh (2013), a expressão *determinação social da saúde* foi cunhada no contexto da Epidemiologia Latino-Americana dos anos 1970, no escopo dos debates sobre as reformas sanitárias, enquanto era construída uma crítica contundente ao modelo biologicista e se introduzia o debate crítico sobre a inter-relação entre desigualdade social, condições de vida e trabalho e processo de saúde-doença.

Na construção do campo da Epidemiologia Latino-Americana,¹ destacam-se pesquisas desenvolvidas pelo Centro de Estudos e Ação Social, de Quito, no Equador, e da Universidade Autônoma do México, na Cidade do México. Na tradição equatoriana, ressaltam-se os estudos de Jaime Breilh, responsável por introduzir ao campo da epidemiologia os sentidos críticos da determinação social, enquanto na perspectiva mexicana, ganhou notoriedade a produção de Asa Cristina Laurell (1982).

Breilh (2013) aponta que a epidemiologia, como toda ciência, é também campo de disputas, de assimetrias nas relações de poder e de interesses conflitantes, inclusive de classe. O autor assevera sobre o contexto histórico da época e o desenvolvimento conceitual da crítica ao modo de produção capitalista no campo da epidemiologia e sua relação com a saúde em sentidos sociais e econômicos ampliados.

Sob a influência social da década de 1970, foram criadas as condições para que vários núcleos de medicina social da América Latina se debruçassem sobre a relação entre a ordem social capitalista e a saúde, cenário em que nos foi possível propor direta e detalhadamente a uso da noção de determinação social da saúde em epidemiologia. Categoria que desenvolve uma crítica ao paradigma empírico-funcionalista da epidemiologia e propõe uma ferramenta para trabalhar a relação entre reprodução social, modos de viver e adoecer e morrer (BREILH, 2013, p. 14).

As elaborações de Breilh e de outros estudiosos do campo da epidemiologia crítica latino-americana provocaram o rompimento com a lógica da epidemiologia clássica e permanecem atuais no debate com os chamados determinantes sociais da saúde.

¹ Como assinalado por Breilh (2013, p. 14, tradução nossa): “O pensamento crítico latino-americano bebeu, na maioria dos casos, de duas fontes importantes do pensamento epidemiológico crítico: as ideias revolucionárias sobre a determinação de saúde para os personagens que inspiraram a luta anticolonial no século XVIII; e as obras revolucionárias da Europa do século XIX explicadas por Howard Waitzkin, em sua crítica à ‘medicina e saúde pública no fim do império’. Na América do Norte, o fio condutor de um raciocínio epidemiológico crítico do sistema social e integral se refletia em obras como as de Henry Sigerist, ou um pouco mais tarde nas de George Rosen.”

Já o embrião sobre a discussão em torno dos determinantes sociais da saúde surge com a reformulação do conceito de saúde pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, quando esta definiu saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social, não o limitando à apenas ausência de doença. Contudo, foi na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela entidade, na cidade de Alma-Ata, na República do Cazaquistão, que o conceito de determinantes sociais de saúde adquiriu notoriedade, sendo retomado em debates travados entre o final da década de 1990 e os anos 2000, momento em que o assunto *desigualdade social e saúde* passa a ser uma agenda mundial capitaneada pelos organismos internacionais, em especial a OMS, e indo ao encontro das movimentações em torno dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; CARVALHO, 2013; SOUZA; SILVA; SILVA, 2013).

No ano de 2005, a OMS funda a Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS), sendo seu objetivo promover, em âmbito internacional, o debate sobre a importância dos determinantes sociais na situação de saúde das populações e sua relação com o combate às iniquidades em saúde (CDSS, 2008). No Brasil, no ano de 2006, também houve a criação de uma Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Em 2010, a CDSS/OMS reafirma sua concepção acerca dos determinantes sociais da saúde e sua perspectiva no debate, compreendendo-o em

[...] uma perspectiva holística dos determinantes sociais da saúde. A saúde deficiente dos pobres, a gradação social na saúde dentro dos países e as desigualdades profundas entre países são provocadas pela distribuição desigual de poder, rendimentos, bens e serviços, nas escalas nacionais e global, a consequente injustiça nas circunstâncias visíveis e imediatas da população – o seu acesso a cuidados de saúde, escolas e educação, as suas condições laborais e recreativas, os seus lares, comunidades, vilas e cidades – e as suas hipóteses de usufruir de uma vida próspera (CDSS, 2010, p. 1).

Embora a CDSS (2010) aponte a questão da desigualdade e sua relação com as condições de saúde dos mais pobres, não apresenta crítica ou responsabilidade ao modo de produção capitalista. Na verdade, essa perspectiva não aparece em momento algum, pois o termo desigualdades comparece apenas fazendo referência a *estruturas econômicas injustas* combinadas com políticas e programas *débeis*.

Ressaltamos que a questão central aqui é que, nessa lógica, a compreensão de determinante está focada no lugar ocupado pelo indivíduo na *hierarquia social* (CDSS, 2010), ou seja, não em uma discussão estrutural sobre a relação entre o modo de produção capitalista, suas bases fundantes e expressões, bem como sua relação com as condições de vida e o processo de saúde-doença.

Tanto a CDSS-OMS como a CNDSS partem do modelo de *influências em camadas*. Modelo desenvolvido por Dahlgren e Whitehead (1991) e reformulado por Diderichsen e Hallqvist (1998), sendo ainda, posteriormente, adaptado por Diderichsen, Evans e Whitehead (2001).

Neste texto, discutiremos mais detidamente o modelo base proposto e desenvolvido por Dahlgren e Whitehead que parte de alguns cruzamentos entre estratificação socioeconômica a partir dos eixos renda, escolaridade, gênero, cor da pele e habitação. Nesta

lógica, os resultados de saúde estão associados com a posição social ocupada por indivíduos e grupos. Assim, é a posição social que determina as condições de saúde dos indivíduos. Este modelo *em camadas* salienta a estratificação social estabelecida através do contexto social de indivíduos em posições sociais distintas. Nesse raciocínio, são considerados como uma das camadas os chamados comportamentos e estilos de vida do indivíduo, assim como as chamadas redes sociais e de apoio da comunidade, que representam, dependendo da capacidade de organização, o quanto determinado grau de coesão social e relações de solidariedade podem determinar a proteção da saúde em nível individual e coletivo. Há também a questão dos fatores que dizem respeito às condições de vida e de trabalho, acesso a alimentos, aos serviços essenciais, comparando aqui os diferentes graus de risco que emergem com a condição de pobreza. Há ainda a camada que se refere aos macrodeterminantes, dialogando com as condições econômicas, sociais, culturais e ambientais vigentes (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Ao observar a representação do modelo de determinantes sociais da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991), também encontrada na publicação de Buss e Pellegrini Filho (2007), pode-se notar que os indivíduos, a partir de suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos, estão na base. Na camada seguinte aparecem o comportamento e os estilos de vida individuais. Na próxima camada a influência das redes comunitárias e de apoio. Na próxima estão representados os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação. Estando na última camada os macrodeterminantes relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade e que possuem grande influência sobre as demais camadas. Esse modelo, porém, não explicita as mediações estabelecidas entre os níveis indicados e o fundamento das disparidades sociais (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Com base nesse modelo, compreende-se os determinantes sociais da saúde como fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que, de algum modo, impactam no processo de saúde-doença. A análise autonomizada desses aspectos em relação às bases fundantes do modo de acumulação capitalista, esvaziada de historicidade, provoca uma interpretação fragmentada e reducionista da realidade, reiterando a lógica contida nos princípios positivistas do processo de saúde-doença, pois ao encobrir a essência da dinâmica social da qual deriva o adoecimento da população – e/ou seu agravamento –, faz com que os *problemas sociais e de saúde* sejam entendidos como exógenos ao capitalismo (BREILH, 2013; PEREIRA; SOUZA, 2017).

Tal abordagem contribui para a difusão da ideologia dominante e pode ser verificada nos discursos da OMS e nas normatizações do Sistema Único de saúde (SUS), por meio do Ministério da Saúde, como expressão da concepção gerencialista, cujo objetivo é apenas minimizar as consequências da desigualdade capitalista, caracterizando a sintonia com um ideário funcional ao projeto reformista da burguesia e à racionalidade instrumental (SOUZA; SILVA; SILVA, 2013; TAMBELLINI; SCHÜTZ, 2009; CARVALHO, 2019).

Nesse sentido, apresenta-se como fundamental a retomada da questão da determinação social do processo saúde-doença como uma totalidade, não podendo se restringir a óticas biológicas, individuais ou mesmo subjetivas. Em termos da totalidade, o processo de saúde-doença é integrante de processos sociais mais amplos que se correlacionam. Trata-se, portanto, de se conceber a produção social da saúde, nos marcos do

capitalismo, como um processo dialético e contraditório vinculado estritamente às dimensões econômicas, sociais, culturais e políticas resultantes da expropriação dos meios de produção, da exploração da classe trabalhadora e das desigualdades.

Os modos de vida, de adoecimento e de morte assim como as formas de se obter saúde expressam, de maneira individual e coletiva, contradições e desigualdades. Sustenta-se, igualmente, que

[...] o processo saúde-doença tem caráter histórico em si mesmo e não apenas porque está socialmente determinado (em) termos gerais, o processo saúde-doença é determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento, apropriação que se realiza por meio do processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção (LAURELL, 1982, p. 15-16, tradução nossa).

Dito de outra forma, a determinação social do processo saúde doença aqui é entendida como a compreensão da totalidade do processo saúde-doença historicamente determinado pelas formas de produção e reprodução social. Toma-se a saúde como reflexo da contradição de classes, a partir dos embates entre interesses contraditórios no âmbito dos conflitos advindos da relação capital e trabalho (MOREIRA, 2013).

Em virtude dessas questões, não se pode desconsiderar a determinação social do processo saúde doença – categoria fulcral do projeto da Reforma Sanitária – e a exigência da análise de totalidade, ou seja, a problematização teórica e política do contexto atual de vida, trabalho e saúde da população usuária do Sistema Único de Saúde.

É essa categoria que explicita a saúde enquanto expressão da questão social, revelada pelas desigualdades sociais, que se apresentam por meio de desemprego, subemprego, precarização, ausência de moradia, abastecimento de água e saneamento básico inexistentes ou escassos, realidade que coexiste perversa e contraditoriamente.

Por fim, cabe chamar atenção para a adoção do conceito de determinantes sociais da saúde pelas(os) assistentes sociais. Carvalho (2019) considera que essa tendência pode se justificar pela dimensão interventiva do Serviço Social e, sobretudo, pela requisição de respostas – que evidenciam apenas o caráter técnico da profissão – aos aspectos presentes nos determinantes e condicionantes da saúde apregoados nas normativas e publicações do Ministério da Saúde, a partir da pauta dos organismos internacionais. Todavia, em função da perspectiva teórica que os conformam, se distanciam dos fundamentos do projeto ético-político do Serviço Social.

Essa apropriação indevida repercute diretamente na atuação profissional. A autora destaca que, dada a insuficiência teórico-metodológica para analisar a totalidade do contexto e das relações sociais, há uma tendência das(os) assistentes sociais caírem em uma *armadilha* que envolve o *possibilismo*, que ocorre ao intervirem nas demandas imediatas da população – derivadas da relação entre os fatores sociais e a doença – acreditando estar enfrentando a determinação social. Nesse sentido, as(os) assistentes sociais acabam se afastando das raízes do projeto ético-político profissional e do projeto da Reforma Sanitária dos anos de 1980. Nesta mesma direção, Pereira e Souza (2017) também consideram que a apropriação da abordagem contida nos determinantes sociais da saúde provoca intervenções residuais que

tão só atenuam os *problemas* existentes no âmbito privado, longe de alterar substancialmente as condições de vida, trabalho e saúde da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BREILH, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública, Medellín*, v. 31, supl. 1, p. 13-27, 2013. Disponível em: <<https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/16637/14425>>. Acesso em 3 de nov. de 2022.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=pdf>>. Acesso em 25 de out. de 2022.
- CARVALHO, A. I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: FIOCRUZ. *A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário*. v. 2, Rio de Janeiro: Fiocruz; Ipea; Ministério da Saúde, Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/8pmmy/pdf/noronha-9788581100166.pdf>>. Acesso em 5 de nov. de 2022.
- CARVALHO, G. A. Determinação social da saúde e Serviço Social: concepções que norteiam o trabalho do/a Assistente Social no atual contexto do SUS. 2019. 131f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) na Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Natal, RN, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/28721/1/Determinacaosocialsaude_Carvalho_2019.pdf>. Acesso em 7 de mar. de 2021.
- CDSS. *Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais*. Lisboa: OMS, 2010. Disponível em: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789248563706_por.pdf>. Acesso em 5 de nov. de 2022.
- CNDSS. *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/bwb4z/pdf/comissao-9788575415917.pdf>> Acesso em 5 de nov. de 2022.
- CNDSS. *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS)*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, abr. 2008. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf>. Acesso em 5 de nov. de 2022.
- DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. *Policies and Strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies, 1991. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>>. Acesso em 8 de ago. de 2020.
- DIDERICHSEN, F.; EVANS, T.; WHITEHEAD, M. The social basis of disparities in health. In: EVANS, T. *et al.* (Eds.) *Challenging inequities in health: From ethics to action*.

- Oxford: Oxford University Press, p. 12-23, 2001. Disponível em: <<https://academic.oup.com/book/26479>>. Acesso em 11 de ago. de 2020
- DIDERICHSEN, F.; HALLQVIST, J. Social inequalities in health: some methodological considerations for the study of social position and social context. In: ARVE-PARÈS, B. (Ed.) *Inequality in Health: A Swedish Perspective*. Stockholm: Swedish Council for Social Research, p. 25-39, 1998.
- FLEURY-TEIXEIRA, P. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 380-389, set./dez., 2009. Disponível em: <https://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=V.33%2C+N.83+-+set&pesq=&x=91&y=22>. Acesso em 4 de set. de 2020.
- LAURELL, A. C. La salud-enfermedad como proceso social. *La salud-enfermedad como proceso social*. *Revista Latinoamericana de Salud*, Cidade do México, n. 2, p. 7-25, 1982. Disponível em: <<https://buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/laurell.pdf>>. Acesso em 4 de set. de 2020.
- MOREIRA, M. C. Determinação social da saúde: Fundamento teórico-conceitual da Reforma Sanitária brasileira. 2013, 145 f. Dissertação (Mestrado) na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Serviço Social, Programa de Pós-graduação em Serviço Social, 2021. Disponível em: <<https://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/555/1/452446.pdf>>. Acesso em 6 de set. de 2020.
- PEREIRA, J. B; SOUZA, D. O. A recente produção teórica em torno dos determinantes sociais da saúde. In: PAIVA, M. J. G. *et al.* (Org.). *Capitalismo, trabalho e política social*. São Paulo: Blucher, v. 2, p. 85-98, 2017. Disponível em: <<https://www.blucher.com.br/livro/detalhes/capitalismo-trabalho-e-politica-social-vol-2-1250>>. Acesso em 6 de jan. de 2020.
- SOUZA, D. O. O caráter ontológico da determinação social da saúde. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 137, p. 174-191, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ssoc/n137/0101-6628-ssoc-137-0174.pdf>>. Acesso em 6 de jan. de 2020.
- SOUZA, D. O.; SILVA, S. E. V; SILVA, N. O. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 44-56, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n1/06.pdf>>. Acesso em 6 de jan. de 2020.
- TAMBELLINI, A. T.; SCHÜTZ, G. E. Contribuição para o debate do Cebes sobre Determinação Social da Saúde: repensando processos sociais, determinações e determinantes da saúde. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 371-379, 2009. Disponível em: <http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=V.33%2C+N.83+-+set&pesq=&x=80&y=16>. Acesso em 8 de fev. de 2021.

DIMENSÕES DO TRABALHO PROFISSIONAL NA SAÚDE

Ana Maria de Vasconcelos

Quando construímos as complexas e exigentes condições necessárias de manter, individual e coletivamente, referências ético-políticas, teórico-metodológicas e técnico-operativas fundadas na emancipação humana e na crítica da economia política, não temos limite no desenvolvimento de práticas mediadas pelo projeto do Serviço Social brasileiro. Práticas que, enfrentando estrategicamente as péssimas condições de trabalho próprias à classe trabalhadora na sociedade do capital, podem favorecer, a partir de uma margem razoável de certeza com relação ao complexo sistema do capital, a realização do compromisso dos assistentes sociais com a classe trabalhadora, que está condicionada à formação e organização necessárias à realização da emancipação humana.

O Serviço Social não existe em abstrato. É um movimento protagonizado por uma categoria que, em meio a contradições e disputas históricas, internas e externas, impõe um salto de qualidade na direção social da profissão originado no movimento de renovação da profissão, iniciado na década de 1960. Como processo em desenvolvimento, é um todo indissociável que tem seu movimento protagonizado pelos sujeitos profissionais, protagonismo materializado na prática socioassistencial, docente-investigativa, político-organizativa/representativa que articula e é articulada pelo Conjunto CFESS/CRESS, ABEPSS e ENESSO; prática orientada pela legislação vigente no país e no Serviço Social – Constituição Federal de 1988, Lei nº 8.666 que regulamenta a profissão, Código de Ética do assistente social de 1993, entre outras.

Nesta totalidade complexa, como parte e expressão da totalidade social capitalista, é no seu Código de Ética que os assistentes sociais sustentam onze princípios que definem a visão de mundo, definem o ponto de vista da análise, da existência e da atuação no mundo, princípios capazes de sustentar os compromissos assumidos pelos sujeitos profissionais, individual e coletivamente, a partir de uma prática profissional crítica ancorada na análise social fundada na crítica da economia política, referenciada por Marx e pelo marxismo.¹

A “adoção de uma teoria social crítica que possibilite a apreensão da totalidade social em suas dimensões de universalidade, particularidade e singularidade” (ABEPSS, 1996), como um dos princípios que fundamentam a formação profissional graduada-pós-graduada e permanente, não decorre de uma escolha ao acaso. Isso porque os princípios que fundamentam o projeto profissional requerem um suporte teórico-metodológico crítico que possibilite aos assistentes sociais que optam por esse projeto apreender, por aproximações sucessivas, o movimento contraditório da realidade social capitalista, nas suas leis, contradições, tendências e possibilidades, assim como apreender o movimento dos espaços socioassistenciais onde atuamos, objetivando identificar na realidade social/profissional as

¹ Nos diferentes marxismos, cabe ressaltar que, para além da sua necessária e essencial interpretação tendo em vista dar conta das transformações históricas, somente em Marx podemos ter acesso à teoria social que forneceu/fornece instrumentos para a crítica da ordem burguesa a partir do método materialista histórico e dialético, da teoria do valor trabalho e da perspectiva da revolução.

possibilidades e alternativas presentes na contraditória sociedade do capital, possibilidades e alternativas que condicionam práticas mediadas pelo referido projeto.

Assim sendo, a partir dos princípios e finalidades do projeto profissional, é o método da teoria social (NETTO, 2009) que se coloca como referência/instrumento necessários à realização do compromisso dos assistentes sociais com a classe trabalhadora,² visto que não existe prática crítica sem pensamento crítico, assim como não existe pensamento crítico sem teoria social crítica, o que demanda dos assistentes sociais que escolhem o projeto do Serviço Social como referência grandes exigências com relação à formação graduada e permanente.

Orientando os onze princípios, temos o princípio dos princípios, aquele que diz que todos os outros são conteúdo: “Reconhecimento da liberdade como valor ético central e de todas as demandas a ela inerentes: autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais.” Liberdade que, entendida como movimento coletivo em construção permanente, está condicionada, muito além da simples defesa da democracia burguesa e da justiça social, ao “processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero”, processo do qual o projeto do Serviço Social brasileiro se põe como parte e expressão.

É diante dessas referências – ético-política e teórico-metodológica – orientadoras do projeto do Serviço Social brasileiro que ressaltamos a relevância da saúde – entendida como direito do cidadão e dever do Estado – como uma das mais importantes áreas de atuação do assistente social. Isso porque é na área da saúde que tanto os trabalhadores como os assistentes sociais podem apreender com mais clareza a questão social nas suas diferentes expressões, na medida em que, superando uma concepção de saúde abstrata e/ou focada no tratamento de doenças, a saúde, como indica a Constituição de 1988 e expressa a Lei nº 8.080 de 1990/Art. 3, “tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.” Mesmo a Constituição e suas leis complementares explicitarem uma nova concepção de saúde que, fundamentada na teoria social crítica, passa a ser entendida como resultado das formas de organização social e de produção que geram desigualdades nos níveis de vida, essa concepção permanece em disputa, diante de concepções abstratas e/ou centradas na doença não superadas tanto pela sociedade inteira, como pelos próprios profissionais de saúde que operam o SUS.

Diferentemente dos demais direitos garantidos por políticas sociais na sociedade capitalista – direitos garantidos por políticas sociais seletivas, focalizadas – e para além das ações assistenciais básicas dirigidas ao segmento dos trabalhadores que não usufruí de Planos de Saúde privados, a política de saúde, estabelecida pela Constituição Federal de 1988, objetivada através do Sistema Único de Saúde (SUS),³ é universal ao disponibilizar a Vigilância Sanitária, a Vigilância Epidemiológica, a Emergência e os serviços assistenciais de excelência na Atenção Terciária, como transplantes, reabilitação, traumatologia e ortopedia,

² Consideramos as classes sociais, na sua complexidade, relações e conexões dialéticas necessárias. Julgamos necessário esclarecer que com a utilização dos termos trabalhadores/trabalhadoras, classe trabalhadora etc., temos presente a complexidade de uma classe composta pelo operariado, demais trabalhadores assalariados, desempregados e demais indivíduos que só podem sobreviver a partir da venda e/ou autoexploração da força de trabalho. Com a utilização de burguesia, classe burguesa, capitalistas etc., estamos nos referindo à burguesia nos seus diferentes segmentos – agrária, industrial, financeira; classe que se constitui como a classe detentora dos meios essenciais de produção, concentradora da riqueza socialmente produzida e exploradora, direta ou indiretamente, da força de trabalho.

³ Ver verbetes: Reforma Sanitária, Seguridade Social, Sistema Único de Saúde, Universalidade.

além da distribuição gratuita de medicamentos/insumos, da Política Nacional de Sangue, dos Componentes e Hemoderivados, do tratamento no exterior,⁴ dentre outros.

Assim, enquanto a Vigilância Sanitária e Epidemiológica garante condições de vida no país às classes trabalhadoras e às classes dominantes e a atenção terciária e de reabilitação, altamente especializada e dispendiosa, garante a todos o acesso aos serviços de saúde mais caros, o que garante a participação do Estado capitalista na alimentação do Complexo Médico Industrial (VASCONCELOS, 2013. Ver especialmente o Posfácio), as ações assistenciais de Atenção Básica em Saúde – a porta de entrada do SUS que objetiva promover cuidados educativos/preventivos e que, financiada e organizada, é capaz de resolver 80% dos problemas de saúde da população – se resume a uma atenção pobre (porque sem financiamento necessário) para pobres, ou seja, para aqueles que não podem pagar um plano de saúde e que de tão pobres não portam condições de insurgência contra esse estado de coisas.

É necessário deixar claro que o conjunto de conhecimentos indissociáveis para subsidiar a atuação do assistente social não guarda relação direta com o Serviço Social e, muito menos, com a prática docente/socioinstitucional, o que exige, desde a graduação, um processo pedagógico que possibilite tanto as complexas mediações desses conteúdos com a profissão, como o exercício de mediações pelos futuros assistentes sociais. Profissionais que, no seu ofício, são requisitados a planejar a atividade profissional, ou seja, materializar a relação indissociável teoria-realidade/teoria prática, com vistas a garantir uma prática pensada, ou seja, planejada e avaliada nas suas consequências. São mediações complexas e de difícil realização que devem atravessar toda a formação graduada, pós-graduada e permanente, impossíveis de serem garantidas somente na atividade de Estágio Curricular Obrigatório.

Sendo assim, a relação teoria-prática está condicionada tanto a uma apreensão dos conteúdos mediados pela profissão, quanto ao exercício, pelos futuros assistentes sociais, das mediações necessárias entre conteúdo/profissão e prática profissional – que prepare o assistente social para o exercício das complexas mediações exigidas no cotidiano da prática docente e socioinstitucional em movimento. Um complexo processo que revela a indissociabilidade entre formação graduada/permanente/ exercício profissional, na medida em que, se a graduação possibilita uma primeira aproximação – quantitativa e qualitativa –, com o complexo conteúdo expresso nos Núcleos de Fundamentação, é o planejamento da atividade profissional que vai exigir do assistente social uma atitude investigativa e interpretativa – condição central do processo de formação profissional e da relação teoria-realidade/teoria-prática – que alimentando a apreensão do movimento da realidade, fundamente a identificação de possibilidades e alternativas de prática e a definição de objetivos, metas, estratégias, ações e instrumentos de registro e técnico-operativos.

Assim, temos que a dimensão técnico-operativa é sobre-determinada, ou seja, ela está subordinada e se põe como consequência das dimensões ético-política e teórico-metodológica. Sem convicção/certeza da escolha dos princípios e finalidades que orientam

⁴ Mesmo que o tratamento de doenças graves no exterior seja um direito de todo brasileiro, é preciso sinalizar que sua realização está condicionada, antes de tudo, ao conhecimento da existência desse direito. Para além dos gastos necessários à concretização da burocracia e dos que antecedem uma viagem ao exterior, este direito favorece exclusivamente os segmentos mais abastados da sociedade que podem arcar com despesas para usufruir desse direito.

o projeto do Serviço Social e a atividade profissional e segurança com relação à teoria social crítica que garanta uma análise social fundada na crítica da economia política, o assistente social, se pondo como presa fácil das requisições do capital, não tem condições de se colocar como sujeito da atividade profissional, capaz de fazer escolhas conscientes com relação à direção social de suas ações, possibilidade de escolha consciente que é favorecida pela produção de conhecimento, de crítica social, pautada pelo projeto profissional que, desde 1979, ilumina os assistentes sociais, o que poucas profissões têm a sua disposição.

Desse movimento, faz parte Relatos de Experiência (VASCONCELOS, 2016) que objetivem democratizar o que está sendo realizado pelos assistentes sociais junto à classe trabalhadora na perspectiva do projeto profissional. Os Relatos de Experiência realizados pelos assistentes sociais que ocupam os espaços socioassistenciais são fundamentais para uma interação qualificada com a academia. Através deles, os assistentes sociais têm a oportunidade, tanto de democratizar experiências e problemas/desafios delas decorrentes, como indicar questões relevantes a serem investigadas em profundidade por pesquisadores vinculados à academia, assim como resgatar a importância da dimensão investigativa da profissão, suporte de qualquer Relato de Experiência qualificado. Isso porque, um Relato de Experiência necessita de uma base empírica de qualidade, que ofereça condições de análise teórico-crítica do que foi realizado, o que está condicionado a uma prática planejada que inclua instrumentos de registro qualificado do que foi e como foi realizado, o que vai exigir muito além dos registros requeridos pelas instituições empregadoras.

A constituição desse círculo virtuoso – prática planejada e avaliada nas suas consequências – é que pode contribuir para que avancemos das propostas teóricas de realização de nossas competências e atribuições de forma criativa, crítica e propositiva, o que está condicionado à análise teórico-crítica do trabalho que realizamos junto aos diferentes segmentos da classe trabalhadora (incluindo a prática docente), o que exige considerar tanto o que realizamos individualmente, como coletivamente (VASCONCELOS, 2015, Capítulo 3). O exercício da investigação e da análise – princípios formativos e condição central da formação profissional –, condicionado à apropriação do conhecimento produzido e da produção de conhecimento no exercício profissional, é essencial a uma prática pensada, o que exige planejamento posto em prática, registro, sistematização, análise teórico-crítica, tendo em vista um círculo virtuoso de superação de condições adversas. Um movimento que, através de aproximações sucessivas, materializa o pensamento crítico e a indissociabilidade teoria-prática.

As dimensões consubstanciam um complexo processo em construção permanente para todo e qualquer assistente social que assume conscientemente o compromisso com a classe trabalhadora, na medida em que, independentemente da nossa vontade/escolha, estamos sujeitos às imposições do capital sobre o trabalho quanto às nossas formas de pensar e agir, o que exige um processo de crítica daquilo que o capitalismo fez e faz de nós, em busca de assegurar o reconhecimento da condição de classe do trabalhador/usuário e do próprio assistente social. Ou seja, o reconhecimento de que como indivíduo social compomos uma das classes em presença na sociedade do capital implica reconhecer os *demandantes* da nossa atuação profissional como classe dominante/classe capitalista, assim como reconhecer os usuários das ações e serviços socioinstitucionais e o assistente social como classe trabalhadora e, conseqüentemente, reconhecer os limites das péssimas condições de vida e de trabalho impostas aos trabalhadores em geral.

Desse modo, o projeto do Serviço Social, fundado nas dimensões abordadas acima, é que, iluminado os assistentes sociais com princípios emancipatórios e referências teórico-críticas, através de um processo de formação extremamente exigente, põe possibilidades de o assistente social – individual e coletivamente – garantir um ponto de vista de classe orientando a atividade profissional na direção dos interesses dos interesses e necessidades históricos dos trabalhadores, sem prejuízo das requisições institucionais que nos legitimam na sociedade capitalista.

Assim, do ponto de vista do projeto profissional e do projeto de sociedade emancipatório ao qual ele está articulado, independentemente das áreas de atuação do assistente social, o central é a disputa de classes entre interesses contraditórios e não uma ou outra política social. Nessa direção, podemos entender a escolha estratégica do conjunto CFESS/CRESS/ABEPSS de articular a categoria dos assistentes sociais, não a partir da sua inserção em políticas sociais, mas a partir da mobilização e organização da categoria como um todo no país. Isso porque a palavra que está ausente de toda e qualquer legislação referente às diferentes políticas sociais no Estado capitalista é *classe*, ainda que, as políticas sociais, mesmo aquelas consideradas universais como a saúde – que realmente é universal – sejam dirigidas, prioritariamente, aos diferentes segmentos da classe trabalhadora.

A partir de referências ético-políticas, teórico-metodológicas e técnico-operativas, a serem apropriadas na graduação, aprofundadas e sedimentadas no cotidiano da vida profissional por meio de uma exigente formação permanente, o projeto do Serviço Social brasileiro objetiva iluminar e municiar os assistentes sociais que elegem como seus os onze princípios que o fundamentam de capacidade crítico-reflexiva para pensar a realidade contemporânea e atuar no sentido de sua transformação, realizando o compromisso com a classe trabalhadora, processo do qual é parte e expressão, e sedimentar a democratização de conhecimentos e informações mediada pela reflexão crítica junto aos segmentos de trabalhadores/usuários com os quais atuamos, ou seja, no cotidiano da vida e da prática socioassistencial, docente e político-organizativa da categoria, apreendida como parte e expressão da classe trabalhadora.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABEPSS. Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social (Com base no Currículo Mínimo aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 8 de novembro de 1996). Rio de Janeiro, nov. 1996. Disponível em: <https://www.abepss.org.br/arquivos/textos/documento_201603311138166377210.pdf>.
- BRASIL. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>.
- _____. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

- _____. Presidência da República. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS – e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências.
- _____. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Superior. Coordenação das Comissões de Especialistas de Ensino Superior. Comissão de Especialistas de Ensino em Serviço Social. Diretrizes Curriculares Curso: Serviço Social, 1999. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/legislacao_diretrizes.pdf>.
- CFESS. Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 9. ed. rev. e atual. – [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [2011].
- MÉSZÁROS, I. O século XXI. Socialismo ou barbárie? São Paulo: Boitempo, 2003.
- NETTO, J. P. Transformações societárias e Serviço social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. Ser. Soc. Soc., São Paulo, n. 50, p. 87-132, abr., 1996.
- _____. Introdução ao método na teoria social. In: CFESS; ABEPSS. Direitos sociais e competências profissionais, p. 667-700. Brasília: CFESS, ABEPSS, 2009.
- VASCONCELOS, A. M. A prática do Serviço Social. Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo, Cortez, 8. ed., 2013.
- _____. O assistente social na luta de classes. Projeto profissional e mediações teórico-práticas. São Paulo: Cortez, 2015.
- _____. Relato de Experiência – Roteiro (Notas iniciais). Anais do 15º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, 2016.

DIMENSÃO TÉCNICO-OPERATIVA

Renato Veloso

O debate sobre a dimensão técnico-operativa tem sido um dos mais aquecidos do Serviço Social. A preocupação e reflexão sobre a instrumentalidade, as técnicas, os procedimentos e as mediações técnico-operativas, atravessam décadas e têm proporcionado ricas contribuições para o nosso exercício profissional. Alguns pressupostos são fundamentais para nos situar neste debate e gostaria de destacar dois deles.

Primeiro, a dimensão técnico-operativa não pode estar dissociada das demais dimensões que constituem o exercício profissional, a saber, a dimensão teórico-metodológica e a dimensão ético-política; são estas duas dimensões que vão dar sentido teórico e direção política para a escolha e o uso de determinados instrumentos. Segundo, como consequência do primeiro, a valorização da técnica não deve ser confundida com o tecnicismo. O tecnicismo não é simplesmente a valorização da técnica, mas a sobrevalorização desta em detrimento das demais dimensões que compõem o nosso exercício. A(O) profissional que se utiliza de técnicas sem uma sólida fundamentação teórica e ética cai na armadilha do tecnicismo. Por outro lado, a(o) profissional que busca a competência técnica deve fazê-lo sem prescindir das contribuições teórico-metodológicas e ético-políticas. Trata-se de uma articulação necessária e ineliminável.

Como sabemos, o cotidiano profissional é marcado por uma série de processos e fenômenos que, muitas vezes, conduzem a(o) assistente social a uma atuação pragmática e demasiadamente preocupada com aspectos operativos e instrumentais. Muitas vezes as determinações da vida cotidiana são vistas pelos(as) profissionais como obstáculos ao trabalho, o que evidencia um grave equívoco profissional, já que é na cotidianidade que se materializam e se concretizam as expressões da questão social. Atribuir ao cotidiano a condição de obstáculo corresponde a fechar os olhos para a própria realidade e suas múltiplas determinações, incluindo as possibilidades de intervenção sobre a mesma. A reflexão constante sobre os principais aspectos do cotidiano profissional apresenta-se como uma postura fundamental não só para que os(as) profissionais tenham condições de entender as principais determinações e condicionamentos presentes em sua realidade de trabalho, mas também para que novas modalidades de análise e intervenção sobre as expressões da questão social possam ser formuladas e implementadas.

É a partir do cotidiano da atuação profissional, marcado por situações e processos os mais diversificados, os quais dão concretude e complexidade ao trabalho profissional, que se verifica a relevância da dimensão técnico-operativa como componente potencializador do trabalho e como condição fundamental para sua realização.

A técnica e o instrumento estão voltados para a satisfação de necessidades humanas e são gerados e desenvolvidos no interior da sociedade capitalista, onde se observa um forte desenvolvimento das forças produtivas, sem que isso signifique, no entanto, o desenvolvimento das potencialidades de autonomia de homens e mulheres. Em outras palavras, há uma forte contradição entre o desenvolvimento das forças produtivas e as relações sociais de produção, em que estas últimas continuam fortemente marcadas pela propriedade privada. Assim, o desenvolvimento das forças produtivas proporciona o

desenvolvimento de formas de dominação e exploração do trabalhador cada vez mais acentuadas, o que possibilita, por sua vez, a potencialização e intensificação da extração da mais-valia no processo produtivo.

Para que as bases da sociedade capitalista sejam mantidas, foram criados diversos mecanismos de regulação social, dentre os quais se destaca a “racionalidade instrumental” (GUERRA, 2000), de caráter subjetivista e formalista, que se opõe a uma razão substantiva, emancipatória, sintonizada com fins universalistas e valores sociocêntricos, preocupada com as finalidades e com as implicações acerca das escolhas e dos meios para alcançá-las. A razão instrumental encontra-se subordinada ao alcance de fins particulares e de resultados imediatos, o que a torna funcional às estruturas da sociedade capitalista, sendo marcada pela abstração da possibilidade de reflexão crítica e pela redução das formas de objetivação humana a meras técnicas.

Esta postura faz com que a competência profissional seja entendida como resultado do domínio do instrumental técnico. O mesmo ocorre com o saber, que passa a ser revestido de instrumentalidade, convertendo-se em técnica, num sistema de referências metodológicas que tem por objetivo a manipulação técnica, enfim, um saber tecnicamente aproveitável. Ao problematizar a instrumentalidade do trabalho do Serviço Social, Guerra (2000) aponta a existência de dois níveis de abordagem em que se percebe a prevalência da razão instrumental: um que se refere à sua “funcionalidade ao projeto reformista da burguesia” e outro que diz respeito à sua “peculiaridade operatória” (GUERRA, 2000, p. 23).

São níveis de abordagem que se preocupam com o atendimento às requisições instrumentais feitas ao Serviço Social. Embora esta dimensão seja uma condição necessária ao exercício profissional, ela não é suficiente para o adequado desempenho das atribuições profissionais, não permitindo aos(as) assistentes sociais o acesso às possibilidades de escolha que permitam ampliar seus espaços de atuação. Enquanto no primeiro nível a instrumentalidade do Serviço Social remete à sua condição de instrumento de controle e de manutenção da produção material e reprodução ideológica da força de trabalho, no segundo nível, refere-se às respostas operativo-instrumentais, de caráter manipulatório, voltadas à transformação das condições imediatamente dadas. Trata-se de uma ação que não permite aos sujeitos alçarem do atendimento das finalidades particulares para as finalidades da sociedade, posto que, preocupados com a imediaticidade dos fatos, não superam o estrito nível do particular e não fazem escolhas que sejam capazes de elevar seus interesses e finalidades particulares para o nível da genericidade, abarcando valores humano-genéricos.

A preocupação maior consiste na satisfação de critérios de eficácia e eficiência criados a partir de padrões da racionalidade burguesa, os quais, por sua vez, não demandam a apreensão de todos os nexos do processo, descartando as mediações que constituem e vinculam os fenômenos. O importante é a vinculação direta entre ação e pensamento, configurando escolhas profissionais condicionadas por critérios de utilidade prática imediata, de eficácia no nível do imediato.

A presença da razão instrumental no Serviço Social encontra suporte numa concepção que toma a profissão como técnica ou tecnologia social, o que pode ocasionar o fortalecimento de tendências como o metodologismo e o instrumentalismo, as quais tendem a subordinar os valores profissionais, os fins ético-políticos e a legitimidade social da profissão, enfim, o seu projeto ético-político. Tal tendência acaba por caracterizar o

“instrumental técnico” do Serviço Social como um “referencial estratégico” para a ação, abordando-o de forma pobre, limitada e reducionista.

A reflexão sobre a instrumentalidade requer considerar tanto os indicativos teórico-práticos de intervenção imediata, como também a sua vinculação aos objetivos, finalidades e valores profissionais, acionando e potencializando as diversas competências profissionais. É neste sentido que a instrumentalidade pode ser entendida como mediação. Tratar o instrumental técnico como mediação possibilita superar a histórica ruptura entre meios e finalidades, ultrapassando o nível da razão instrumental. Isso implica em considerar os valores subjacentes às ações e a direção das respostas oferecidas às demandas apresentadas, extrapolando a preocupação limitada ao bom uso de técnicas e instrumentos. Coloca-se, assim, um desafio para o Serviço Social no sentido de não sucumbir à razão instrumental, ou seja, não limitar a sua atuação profissional à mera utilização de técnicas e instrumentos de trabalho, perdendo de vista as finalidades que se pretende alcançar.

O instrumental técnico, como mediação, é um meio a ser utilizado para alcançar propósitos específicos, como uma forma de se implementar determinados projetos, os quais, por sua vez, consistem em atos conscientes de intervenção no mundo. A dimensão técnico-instrumental, neste sentido, encontra-se articulada a ideias e valores vinculados a projetos que expressam o relacionamento da ação a uma finalidade, em vista da qual são preparados e dispostos os meios necessários e adequados, são escolhidos os objetos e os procedimentos de ação.

A instrumentalidade reside entre o momento de formulação de projetos e a ação propriamente dita. São as finalidades socialmente construídas que determinam o modo de atuar e a escolha das alternativas, orientando a busca, a seleção e a construção dos meios mais adequados à ação. Tendo em vista o alcance de finalidades, os indivíduos transformam os objetos em instrumentos adequados a seus propósitos. Assim, tratar do instrumental técnico-operativo implica em pensar as propriedades, competências e atribuições que a profissão vai adquirindo na articulação entre as condições de trabalho e o projeto profissional construído coletivamente.

A reflexão sobre a importância e a contribuição do instrumental técnico-operativo requer que este seja situado no interior do projeto profissional ao qual a categoria de assistentes sociais vem dedicando atenção especial nas últimas décadas. O projeto ético-político profissional é uma forma determinada de pensar e exercer a profissão de Assistente Social, construída a partir do final dos anos 1970 e marcada pela ruptura com o tradicionalismo e o conservadorismo profissionais. Constitui-se como uma “autoimagem” (NETTO, 1999) da profissão, na qual estão presentes seus valores, seus objetivos, suas funções e os requisitos, normas e balizas para o seu exercício. Sua síntese pode ser encontrada na Lei 8662/93, que regulamenta a profissão de Assistente Social no Brasil; no Código de Ética Profissional de 1993; e nas Diretrizes Curriculares da formação profissional em Serviço Social.

Evidentemente, não se concebe o projeto ético-político como algo dado. Antes, ele constitui-se como uma conquista da categoria profissional que se encontra em processo permanente de construção e consolidação. Fruto da recente trajetória de renovação profissional, este projeto encontra-se articulado às lutas da sociedade. Sua origem remonta ao contexto de crise da ditadura militar, no âmbito do processo de redemocratização, onde o Serviço Social se renova a partir do processo de socialização da política no Brasil. Tem

como um de seus principais desafios a sua materialização no cotidiano do exercício profissional, o que supõe pensá-lo em articulação com as condições reais de trabalho das(os) assistentes sociais.

A apropriação do instrumental técnico-operativo se dá nos marcos do projeto ético-político profissional, concretizando-se no trabalho cotidiano nas instituições, em projetos de trabalho consistentes, críticos e comprometidos com a qualidade no atendimento prestado aos usuários e usuárias. Ao se apropriar do instrumental, a(o) profissional imprime ao uso que dele fizer uma direção social compatível com os valores e princípios fundamentais que definidores este projeto.

Uma apropriação consistente do instrumental técnico-operativo, em consonância o projeto profissional hegemônico, pode contribuir para o aprimoramento de uma dimensão que já vem sendo considerada, segundo diversos autores, estratégica para o Serviço Social: a competência crítica nas suas dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa.

Iamamoto (1993) afirma que para se entender o significado social da profissão, como componente da organização da sociedade, há que se levar em consideração que a atuação do(a) Assistente Social é, necessariamente, polarizada pelos interesses das classes sociais fundamentais e suas personagens, que, por sua vez, só existem em relação, pela mútua mediação entre elas. Como enfatiza a autora, é a partir desse entendimento que se pode estabelecer uma “estratégia profissional e política para fortalecer as metas do capital ou do trabalho” (p. 75, grifos da autora).

A construção desta estratégia demanda do Serviço Social a incorporação e o domínio de uma série de recursos e capacidades que, concretamente, lhe possibilitará, em maior ou menor medida, “colocar-se no horizonte dos interesses das classes trabalhadoras” (p. 75). O potencial estratégico do instrumental técnico-operativo reside exatamente na possibilidade de contribuir para que o Serviço Social robusteça a opção de participar das “respostas às necessidades legítimas de sobrevivência da classe trabalhadora, face às suas condições de vida” (p. 95) e consolidar-se como um “intelectual orgânico a serviço [...] das forças populares emergentes [...], reforçando um projeto político alternativo, apoiando e assessorando a organização dos trabalhadores, colocando-se a serviço de suas propostas e objetivos” (IAMAMOTO, 1993, p. 96).

O instrumental técnico-operativo é pensado como uma das dimensões privilegiadas do trabalho profissional, a qual, em sintonia com os valores e princípios profissionais e articulada às outras dimensões (teórica e ética), possibilita avançar na luta pela defesa de direitos, pela ampliação e consolidação da cidadania, e pelo aprofundamento da democracia, demonstrando, neste sentido, a primazia da competência crítica, e não apenas técnico-instrumental.

As dificuldades e limites presentes no cotidiano de trabalho e a necessidade de aprimoramento e desenvolvimento profissional devem ser apropriadas pelos(as) próprios(as) profissionais, que, a partir de seu acervo de conteúdos e instrumentais analíticos, técnicos e éticos, podem formular as diretrizes e alguns aspectos necessários ao seu trabalho. Isso, é claro, levando-se em conta as condições concretas em que sua atividade, como trabalho assalariado que é, se processa. Não se trata de compreender o(a) profissional como um indivíduo acima dos limites institucionais concretos em que se situa, mas de salientar que,

pelo fato de possuir uma relativa autonomia técnica, mostra-se possível conduzir propostas profissionais que possam alterar algumas das características da organização de seu trabalho.

As condições de trabalho nas quais os(as) assistentes sociais estão inseridos(as) podem ser consideradas um fator de grande importância no desenvolvimento das suas dimensões constitutivas, dentre elas a técnico-instrumental. São inúmeros os desafios presentes na articulação entre as dimensões teórica, ética e técnica, envolvendo, dentre outros, escolha e domínio dos instrumentos, condições objetivas e subjetivas de trabalho e um projeto profissional crítico. Dentre eles, talvez o mais importante seja justamente a superação de posturas limitadas à racionalidade instrumental e ao tecnicismo, construindo um instrumental técnico-operativo que permita concretizar de forma cada vez mais consistente os valores e princípios presentes em nosso projeto ético-político profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- GUERRA, Y. Instrumentalidade do processo de trabalho do Serviço Social. In: Serviço Social e Sociedade, n. 62, p. 5-34. São Paulo: Cortez, 2000.
- IAMAMOTO, M.V. O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 1998.
- _____. O serviço social no processo de reprodução das relações sociais. In: IAMAMOTO, Marilda; CARVALHO, Raul de. Relações sociais e serviço social no Brasil. Esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 9ª ed., p. 71-123. São Paulo: Cortez; [Lima, Peru]: CELATS, 1993.
- NETTO, J. P. A construção do projeto ético-político do Serviço Social frente à crise contemporânea. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 1. Brasília: CEAD/ABEPSS/CFESS, 1999.
- VELOSO, R. Condições de trabalho e dimensão técnico-operativa do Serviço Social. In: DUARTE, M. J. O.; ALMEIDA, C. C. L.; MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. de (Orgs.). Política de saúde hoje: interfaces & desafios no trabalho de assistentes sociais, p. 115-133. Campinas: Papel Social, 2014.

DIREITOS

Jefferson Lee de Souza Ruiz

Uma dimensão ineliminável da vida é a contradição. Em sociedades divididas em classes ela tende a ter seu caráter dicotômico acentuado, posto que interesses distintos em disputa se confrontam abertamente. Estes não são apenas econômicos: também envolvem, dentre outros aspectos, acesso a cultura, lazer, educação, alimentação, condições adequadas de vida e, quando necessário, ao atendimento qualificado em saúde. Ou seja, se relacionam com distintas dimensões às quais costumamos dar o nome de direitos.

Konder (2009) afirma, corretamente, que há lutas de classes em torno das palavras. Informa que conteúdos pejorativos de palavras como vilão e arrogante respondem a contextos em que segmentos populacionais empobrecidos foram vistos como ameaças. Vilão era quem morava nas vilas, e sua reação ao empobrecimento ameaçava o *status quo* de quem vivia nas cidades. Arrogar se contrapunha a rogar: a primeira tem como significado original “reivindicar”; já a segunda, “pedir”, “solicitar”. Quando populações subalternizadas passam da conformidade de meramente pleitear ajuda e resolvem organizar lutas por seus interesses, algo muda no sentido que se dá às palavras que definem tais ações.

Direito é um dos vocábulos mais presentes no cotidiano de assistentes sociais no Brasil após o período conhecido como Virada profissional. Ele está presente em nosso trabalho diário, na bibliografia produzida por assistentes sociais e no nosso Código de Ética. Em vários momentos se assume uma determinada parcialização deste “complexo social” (LUKÁCS, 2013): a defesa de “direitos sociais”. Em outros, como no segundo princípio de nosso Código, se afirma a “defesa intransigente dos direitos humanos” (CFESS, 2012). Mas, embora seja parte do repertório ideológico das sociedades de classes, também está presente entre nós a associação meio que direta entre direito e lei. Ela não ocorre ao acaso: analisar o papel previsto para o Direito (aqui como área do conhecimento) em sociedades divididas em classes exige perceber que ele é uma dimensão da sustentação fundamental de cada modo de produção. Mesmo quando falamos da defesa de um Estado Democrático de Direitos (como na conturbada conjuntura mundial de 2022), é desejável e necessário apreciar a que Estado nos referimos; qual nossa concepção de democracia (COUTINHO, 2009); e de que direitos estamos falando (RUIZ, 2022). Ou o resultado final pode ser a defesa da sociedade desigual e desumana em que vivemos. Corre-se o risco de fetichizar os direitos, conferir-lhes significados quase sobrenaturais, que eles não têm em si. Uma das consequências deste procedimento é o esvaziamento das contradições que os compõem. Em decorrência disso, sua naturalização – não é um acaso que outra perspectiva ideológica em torno dos direitos seja a do “Direito natural”.

O debate em torno do que são direitos, de seus limites e potencialidades, de sua necessidade ou não em uma futura sociedade humanamente emancipada (para Marx, 2009; 2012 – aquela em que não haja exploração ou opressão de parte da humanidade por outra parte) é um dos mais promissores e, simultaneamente, ausentes em movimentos sociais e em profissões como o Serviço Social. Mesmo no âmbito do marxismo (referência prioritária, embora não exclusiva, de nossa profissão no Brasil nas últimas cinco décadas), há inúmeras polêmicas e dimensões a serem apreciadas quando nos referimos aos direitos.

A afirmação, muito comum, de que todos os seres humanos são iguais surge em dado momento histórico: o da ascensão do capitalismo. Até então, a ideia de igualdade – ainda que fosse encontrada em pequenas sociedades, por exemplo, à época de Cristo – não fazia parte da forma como a sociedade se organizava. Em sociedades como a feudal, predominava (sem grandes questionamentos) a ideia da desigualdade entre as pessoas. Utilizando-se, fundamentalmente, de explicações teológicas para a vida em sociedade, todas as etapas da vida dos indivíduos eram vistas como vontade divina. Sua aceitação significava ser temente a alguém muito maior que nós, e resultaria numa espécie de compensação, garantir “um pedacinho no céu” após a morte.

Uma rápida consulta à Constituição Federal em vigor no Brasil (e não é diferente em vários documentos legais de outros países) permite constatar que tal igualdade se dá “perante a lei”. Ou seja, limita-se tal condição a uma determinada esfera social: à do regramento legal de atuação prioritária, como sabemos, de profissionais do Direito.

Há repercussões de distintas ordens desta abordagem. Por exemplo, deixamos de perceber que, como afirma Marx (2011), somos seres humanos em uma composição de distintas dimensões: universais, particulares e singulares. Como a mais desenvolvida espécie animal, há algo que nos é universal: somos seres sociais, gregários, capazes de realizar trabalho, de alterar a natureza para satisfazer as nossas necessidades. Neste último processo, também nos modificamos gerando incessantemente novas necessidades, em um processo profundamente dialético que move nossas vidas. Ao mesmo tempo, contudo, temos particularidades: mulheres não são iguais a homens, nem fisicamente, nem socialmente, nem no tratamento que recebem do mercado de trabalho, da divisão sexual das tarefas na sociedade etc. A população negra não recebeu nem recebe, ao longo da história até os dias atuais, o mesmo tratamento destinado a pessoas brancas – embora pertença à mesma espécie. Há outras diversas particularidades, de gênero, orientação sexual, faixa etária, condição física e/ou mental etc. Por fim, cada indivíduo social (porque mesmo nosso reconhecimento enquanto uno implica vida em sociedade) tem suas características próprias: carga genética, gostos, predileções, habilidades (ainda que boa parte delas possa ser treinada e desenvolvida). Esta estranha e maravilhosa complexidade dos seres e indivíduos sociais que somos (MARX, 2010) certamente compõe os elementos que nos diferenciam dos demais seres vivos. Mesmo sendo parte do mundo animal, somos uma espécie distinta, plural e una. Tudo isso, simultaneamente.

A ideia de igualdade perante a lei remete a outras instâncias da sociedade a deliberação acerca de aspectos centrais para a vida. Naturalizamos a atual forma de existência de poderes como o Legislativo e o Judiciário, por exemplo. O que tende a emprestar às leis o *status* de inquestionáveis. Mas não nos esqueçamos que a escravidão já esteve prevista em lei. E as reações a ela eram tratadas como conflitos com o “direito”, como “crimes”. Pensemos sobre o que conforma determinadas defesas do “Estado Democrático de Direito”, como afirmado anteriormente: em geral, a ideia de que não é possível questionar a forma de vida vigente. Ainda que, no nosso caso, ela se efetive em plena sociedade desigual, com apropriação privada da riqueza socialmente produzida (MARX, 2017a), com milhões de pessoas famintas etc. Não imaginar a possibilidade de uma sociedade libertária (alternativa, portanto, à do capital) é desprezar nossa capacidade teleológica de projeção de soluções, de propor e

construir sociabilidades realmente justas e fraternas, de permitir que todas as potencialidades dos seres sociais possam ser plenamente desenvolvidas (MARX, 2012).

Também é herdeira da sociedade capitalista a divisão dos chamados “direitos” em categorias, famílias, gerações. Fruto, fundamentalmente, da obra de Marshall (1967), a ideia de cidadania civil, política e social viu-se transferida para o âmbito dos direitos. E deixamos de nos questionar: qual direito não é social? O de ir e vir? Certamente ele tem significado distinto na sociedade feudal ou na capitalista – nesta última, realiza a circulação e o consumo de mercadorias, permitindo a conexão entre valor de uso e de troca e a produção final do mais-valor (MARX, 2011; 2017a). Mas sempre em sociedade... O direito político? Ao longo da história, não apenas o direito ao voto, mas o de mobilização coletiva sempre foi reprimido por quem compunha classes dominantes e/ou hegemônicas. Contudo, refletamos: alguém que não circula livremente pelos territórios em que vive em função da presença de milícias e de facções do tráfico de drogas está tendo seu direito de ir e vir ameaçado. Trata-se meramente de um direito civil? Em tempos de internet e *fake news*, o direito à comunicação – visto não mais como acesso à informação sem censura, mas também como produção e circulação de visões sobre o mundo, de expressões culturais etc. – é, mesmo, um direito meramente individual? A complexidade da vida em sociedade articula dimensões civis, políticas, sociais, culturais, econômicas, de autodeterminação dos povos. Parcializá-las em distintos “direitos” dificulta a apreensão da totalidade de tais complexos sociais.

A mesma reflexão acima pode ser proposta para outra dimensão. Afinal, qual direito não é humano? Mesmo aqueles previstos para outros animais (não serem torturados em rodeios, não serem retirados de seu habitat natural etc.) são construções humanas. Salvo em excelentes obras de ficção, não há registro de mobilizações de galinhas, formigas ou outras espécies em defesa de seus “direitos”. O mesmo ocorre com a flora: a defesa cada vez maior de direitos da natureza se impõe em função de interesses humanos: a vida de nossa espécie no planeta Terra está ameaçada com as atuais formas de destruição do meio ambiente.

DISTINTAS APREENSÕES SOBRE O DIREITO

Como afirma a tradição marxista, as ideias que temos sobre o mundo são dadas e construídas a partir da materialidade de nossas vidas. Se elas são desiguais, é de se esperar que tenhamos concepções distintas para determinados temas e experiências.

Em sociedades divididas em classes há disputas em torno de direitos. O que é direito para um, não é necessariamente apreendido da mesma forma por outro. Lutas por redução de jornadas de trabalho e por acesso a lenha para proteção do frio foram analisadas por Marx (2009; 2017b) já no século XIX. Atender as perspectivas de alguns necessariamente se opunha às de outros. Tais processos compõem a história da humanidade há milênios: uma das hipóteses para o desaparecimento de Jesus nos registros bíblicos a partir de seus 14 anos é exatamente sua entrada na idade produtiva do ponto de vista do trabalho (ASLAN, 2013). Para o autor, quando nos baseamos em registros arqueológicos e históricos sobre aquela época e região, é bastante razoável afirmar que foi do contato com a desigual organização do trabalho e de sua vivência pessoal que Jesus construiu suas percepções de justiça, que comporiam a história que se registra a seu respeito até os dias atuais.

Contudo, direitos não são disputados apenas entre distintas classes sociais, embora esta seja uma dimensão sempre presente em sociedades socialmente desiguais. Mas

internamente às classes também há disputas e conflitos, como as que visam eliminar racismo, machismo, LGBTQIA+fobia, preconceitos e discriminações de quaisquer espécies. Pode-se afirmar, assim, que direitos são, necessariamente, resultado de lutas sociais e/ou de classes. Respirar, que é algo que fazemos naturalmente, ainda não precisa ser disputado como um direito (infelizmente, respirar ar puro é cada vez mais uma repercussão necessária das lutas em torno da preservação do meio ambiente e da natureza). Em outras palavras, onde há direitos, há disputas. Por vezes elas não estão evidentes: são resultados de anos, décadas, séculos de história de organização popular. Ou, nos mesmos períodos, de explorações e opressões impostas a distintas populações.

Assim, a apreensão mais promissora para a temática dos direitos os associa às necessidades. Qualificamos como direito aquilo que, para nós, é necessário para uma vida de maior qualidade. Saúde, educação, habitação, livre expressão e vivência da sexualidade, igualdade étnico-racial e de gênero, previdência social, políticas de esporte e lazer etc. Ao que reconhecemos como necessário chamamos “meu direito”. A ressalva, corretamente feita por Marx e Engels (2008) está no direito à propriedade privada dos meios de produção de riquezas que, como ambos reconhecem desde o século XIX, na sociedade burguesa já está suprimida para ao menos nove décimos da população. Nas palavras de Herrera Flores (1989, p. 89-90), todas as necessidades devem ser reconhecidas, exceto aquelas que consideram nossa espécie como puro meio, que geram opressão de outras pessoas, manutenção irracional do poder, humilhação e degradação do ser humano.

Outra dimensão para a qual precisamos ter atenção é a de que a sociedade de classes produz supostas necessidades, supérfluas, que não estão relacionadas às exigências de uma vida decente. O consumo desenfreado e o acúmulo de riquezas estão entre elas. Embora propostas como padrão coletivo de vida, expressam a necessidade burguesa de busca de novos nichos de lucratividade capitalista para a tentativa de superar suas infundáveis crises.

OS DIREITOS E O TRABALHO PROFISSIONAL DE ASSISTENTES SOCIAIS

Em nosso trabalho cotidiano nos deparamos com pessoas que nos apresentam demandas não previstas em leis. Como exemplos, podemos citar o acesso universal a medicamentos. Ou o aborto, quando visto como tema de saúde pública e direitos reprodutivos.

O fato de não constarem em lei não faz com que deixemos de considerá-los direitos destas pessoas. Acionamos dimensões de nossa atuação que transbordam as previsões já presentes em legislações, políticas sociais e/ou públicas, regimentos institucionais. Recorremos à intersetorialidade e/ou à interprofissionalidade para buscar atender a tais reclames. Na mesma direção, nos utilizamos da dimensão pedagógica da atuação de assistentes sociais para dialogar com a população que nos demanda acerca das possibilidades de automobilização em busca de novas conquistas e de níveis mais avançados de autonomia. Em outras palavras, assim como ocorre com as classes em disputa (e com os distintos segmentos que as compõem, dadas suas particularidades), temos em nossa atuação cotidiana determinada aceção acerca do que seja o direito. Cabe, contudo, nos autoquestionar acerca de estarmos ou não assimilando, acriticamente, ideologias jurídicas ainda predominantes.

As leis, como aquelas previstas na Constituição Federal de 1988, são expressões de determinado momento histórico e das lutas sociais e/ou de classes. Podem favorecer ou não determinadas populações. Já o direito, na linguagem popular (lembremo-nos que nossas

ideias vêm das experiências concretas de nossas vidas) está envolto, legitimamente, por demandas e necessidades que identificamos em nosso cotidiano.

Quando falamos, portanto, sobre o direito fundamental à saúde, estamos nos referindo à possibilidade de que as pessoas desenvolvam suas vidas com a mais ampla qualidade. Como nos lembram concepções mais amplas e avançadas sobre o tema, saúde não pode ser definida como mera ausência de doença: este é apenas um – e secundário – de seus aspectos. O fato de estar em segundo plano não reduz sua importância: temos uma essencial e reconhecida contribuição para a prevenção em saúde, mas parte significativa de nossas ações nesta política se realiza com pessoas que, por distintas razões, já se encontram com alguma enfermidade. O que nos exige, sempre, retomar categorias visitadas em nossa graduação, como a totalidade: pensar o direito à saúde envolve, necessariamente, perceber sua profunda conexão com outras dimensões que lhe são afeitas.

Há que se reforçar, ainda, que leis – com todas as suas contradições – também são resultados de lutas. Algumas estão mais evidentes, envolvem grandes mobilizações populares. Já outras decorrem de estratégias político-ideológicas de enfrentamento de dadas situações, e acabam subsumindo, ocultando as lutas sociais e/ou de classes que lhe alimentam.

Neste sentido, diferenciar direitos e leis não significa ignorá-las. Muitas delas expressam conquistas humanitárias e com graus emancipatórios. A própria legislação da saúde pública brasileira é reconhecida mundialmente como referência para os debates da área. Contudo, é preciso reconhecer seus limites, potencialidades, possibilidades e necessidades de avanços e aprimoramentos para o atendimento das legítimas demandas da população.

A defesa intransigente de direitos humanos, princípio de nosso código de ética, exige agir em quaisquer situações e sociedades em que houver óbices à concretização das necessidades de nossa espécie (RUIZ, 2013). Afinal, como reflete Bertolt Brecht (2012, p.73):

Quem se defende porque lhe tiram o ar
Ao lhe apertar a garganta, para este há um parágrafo
Que diz: ele agiu em legítima defesa. Mas
O mesmo parágrafo silencia
Quando vocês se defendem porque lhes tiram o pão.
E no entanto morre quem não come, e quem não come o suficiente
Morre lentamente. Durante os anos todos em que morre
Não lhe é permitido se defender.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASLAN, R. Zelota – a vida e a época de Jesus de Nazaré. São Paulo: Zahar, 2013.
- BRECHT, B. Poemas 1913-1956. 7ª ed. São Paulo: Editora 34, 2012.
- CFESS – CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Código de ética do/a assistente social. Brasília: CFESS, 2012. Disponível em < <https://bit.ly/2YfhwZc> >. Acesso em out. de 2022.

- COUTINHO, C. N. Democracia: um conceito em disputa. In: Revista Socialismo e Liberdade. Ano I, n. 0 (edição experimental). Rio de Janeiro: Fundação Lauro Campos, p. 15-22, 2009.
- HERRERA FLORES, J. Los derechos humanos desde la Escuela de Budapest. Madrid: Tecnos, 1989.
- KONDER, L. O marxismo na batalha das ideias. São Paulo: Expressão Popular, 2009.
- LUKÁCS, G. Para uma ontologia do ser social II. São Paulo: Boitempo, 2013.
- MARSHALL, T. H. Cidadania, classe social e status. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.
- MARX, K. O Capital: crítica da economia política. Livro I – o processo de produção do capital. São Paulo: Boitempo, 2017a.
- _____. Os despossuídos: debates sobre a lei referente ao furto de madeira. São Paulo: Boitempo, 2017b.
- _____. Crítica do Programa de Gotha. São Paulo: Boitempo, 2012.
- _____. Grundrisse. São Paulo: Boitempo; Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2011.
- _____. Manuscritos econômico-filosóficos. São Paulo: Boitempo, 2010.
- _____. Para a questão judaica. São Paulo: Expressão Popular, 2009.
- MARX, K.; ENGELS, F. Manifesto do Partido Comunista. São Paulo: Expressão Popular, 2008.
- RUIZ, J. L. S. Reflexões críticas sobre o fetiche do direito e o Serviço Social. Anais do XVII Encontro Nacional de Pesquisadoras/es em Serviço Social (Rio de Janeiro, UERJ). Brasília: ABEPSS, 2022.
- _____. A defesa intransigente dos direitos humanos e a recusa do arbítrio e do autoritarismo. In: CRESS-RJ (Org.). Projeto ético-político e exercício profissional em Serviço Social. Os princípios do Código de Ética articulados à atuação crítica de assistentes sociais. Rio de Janeiro: CRESS, p 29-41, 2013.

DIVISÃO SOCIAL DO TRABALHO

Mônica de Jesus César

A expressão divisão do trabalho, em geral, se refere às diferentes formas pelas quais os seres humanos, ao viverem em sociedade, produzem e reproduzem a vida num determinado tempo histórico. A acepção do termo divisão do trabalho remete à diferenciação de atividades na produção de bens e serviços e à alocação de trabalhadores para executá-las. É usual distinguir divisão social e divisão técnica do trabalho, sendo a primeira correspondente à diferenciação dos ramos de atividades na sociedade, e a segunda à parcelização das tarefas especializadas no processo de produção capitalista.

De acordo com Outhwaite e Bottomore (1996), as principais contribuições sobre a divisão do trabalho estão vinculadas aos textos dos antigos gregos, dos autores da Ilustração escocesa do século XVIII, com destaque para Adam Smith e Adam Ferguson e, também, às contribuições de pensadores do século XIX, como Karl Marx e Auguste Comte. Em que pesem as elaborações de Émile Durkheim sobre as formas de especialização da função social na divisão do trabalho; a concepção funcionalista da divisão do trabalho como diferenciação social; e, também, as formulações do feminismo quanto às desigualdades sexuais existentes na divisão do trabalho, interessa sublinhar aqui a compreensão marxista do conceito.

O conceito de divisão do trabalho é primordial para o marxismo devido à centralidade da categoria trabalho como fundante do ser social, considerando o significado da atividade produtiva transformadora da natureza como fundamento da criação de riquezas e da existência das classes sociais. A divisão social do trabalho designa a segmentação do trabalho na sociedade em atividades produtivas, ou ramos de atividades necessárias para a produção e reprodução da vida. Para Marx (1994), a divisão social do trabalho diz respeito ao caráter específico do trabalho humano, através do qual, o homem com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza, ou seja, se apropria dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana, modificando seu ambiente natural e a si mesmo.

A capacidade humana de produzir valor de uso – correspondente a um produto que é um material da natureza adaptado às necessidades humanas por meio da mudança de forma – é potencializada na sua configuração coletiva. Trata-se da força produtiva da sociedade oriunda da cooperação de vários indivíduos condicionados pela divisão do trabalho. Segundo Braverman (1987, p. 71-72), a “divisão social do trabalho é, aparentemente, inerente característica do trabalho humano tão logo ele se converte em trabalho social, isto é, trabalho executado na sociedade e através dela”. Nessa perspectiva, os vários estágios da divisão do trabalho correspondem às formas de propriedade da matéria, dos instrumentos e dos produtos do trabalho desenvolvidos em cada sociedade, nos diversos momentos históricos.

Para Marx, a divisão social do trabalho é condição de toda produção de mercadoria; entretanto, a produção de mercadoria não é condição necessária para a existência da divisão social do trabalho, pois existem formas de trabalho em comunidades tradicionais em que os produtos resultantes do trabalho partilhado não se convertem em mercadorias. Sendo assim, Marx designa a divisão do trabalho como a especialização das atividades presentes em todas as sociedades, a despeito dos produtos do trabalho circularem ou não como mercadoria. Os

trabalhos particulares realizados de modo independente uns dos outros, mas interdependentes em todos os sentidos, integram naturalmente a divisão social do trabalho e, de modo contínuo, se adequam às proporções requeridas pela sociedade. Segundo Marx (1994), “no conjunto formado pelos valores de uso diferentes ou pelas mercadorias materialmente distintas, manifesta-se um conjunto correspondente aos trabalhos úteis diversos – classificáveis por ordem, gênero, espécie, subespécie, variedade –, a divisão social do trabalho”.

Ao abordar a divisão do trabalho na sociedade e na manufatura, Marx (1994, p. 49) considera apenas o trabalho e aponta três espécies de divisão do trabalho. A primeira, designada como divisão do trabalho em geral, corresponde aos grandes ramos da produção social, como a agricultura, indústria, comércio etc. A segunda, denominada divisão do trabalho em particular, se refere à divisão de cada grande ramo da produção social em espécies e variedades. E a terceira, chamada de individualizada e/ou singularizada, abrange a divisão do trabalho em uma oficina, ou seja, a divisão de cada ofício e profissão na manufatura. As duas divisões do trabalho – na sociedade e na manufatura – embora estejam interrelacionadas, possuem origem e desenvolvimento diferenciados.

A produção da vida material e o crescimento da população aprofundaram as relações entre os homens e a divisão do trabalho. A divisão natural do trabalho surgiu nas comunidades primitivas pela diferenciação fisiológica, principalmente de sexo e idade. As comunidades possuíam diferentes modos de produção, de vida e produtos diversos, resultantes das formas de subsistência obtidas no ambiente natural. A troca de produtos teve origem nos contatos entre diferentes comunidades que se expandiam e passaram a se relacionar, transformando esses produtos em mercadorias. Sendo assim, a divisão social do trabalho surge através da troca entre ramos de produção que são originalmente diversos e independentes entre si, porém conectando diversos tipos de trabalho por intermédio de produtos transformados em mercadorias. Com a complexidade da vida em sociedade e o crescimento das trocas e intercâmbios entre diferentes grupos e comunidades, portanto, ocorreu a divisão do trabalho em ramos de atividades produtivas, designada pela expressão divisão social do trabalho ou divisão do trabalho social.

A divisão social do trabalho é a base do desenvolvimento da divisão manufatureira do trabalho, sendo que esta desenvolve e multiplica aquela, numa relação de reciprocidade, principalmente com a ampliação do mercado mundial e com o sistema colonial que marcaram o período de emergência da produção manufatureira mecanizada em meados do século XVIII.

Na Idade Média, os artesãos organizados no sistema de corporações, constituíam uma unidade de produção, de capacitação para o ofício e de comercialização dos produtos. A produção era realizada por mestres artesãos independentes e seus aprendizes, estabelecendo a divisão do trabalho e a organização do processo de produção. Neste sistema, os produtores eram donos da matéria-prima, dos instrumentos de trabalho e tinham o controle sobre o processo de produção. Não vendiam o trabalho, mas o produto do trabalho, num mercado reduzido e restrito próprio de uma economia de consumo. Na organização corporativa, o trabalhador e seus meios de produção estavam unidos de modo indissolúvel “como o caracol e sua concha, e assim faltava a base principal da manufatura, a separação do trabalhador de seus meios de produção e a conversão desses meios em capital” (MARX, 1994, p. 411).

Com a progressiva divisão do trabalho, as corporações se subdividiam e/ou outras corporações surgiam, sem que diferentes ofícios fossem agrupados numa única oficina. Porém, a busca de uma oferta de trabalho necessária à produção capitalista reuniu produtores artesanais, antes independentes, em um mesmo processo de produção, que passou a ocorrer num mesmo local, sob o controle do capital para a extração de mais-valia. À medida em que a manufatura passou a incorporar o ofício de um artesão, realizado em conjunto com outros ofícios, os demais se desmembraram e se tornaram independentes. Do mesmo modo, a produção em certos processos de trabalho passou a ser decomposta em seus elementos constitutivos, cada um dos quais se tornou objeto de um processo de produção distinto. Então, quando a manufatura absorveu um estágio particular de produção de uma mercadoria, os demais estágios se tornaram indústrias independentes ou o mesmo ramo de produção passou a ser subdividido em manufaturas diversas. Portanto, a divisão do trabalho na manufatura se desenvolveu às expensas da divisão social do trabalho e vice-versa. Ambas se expandiram, demarcando e remarcando as fronteiras que as delimitam.

Marx (1994) adverte que, apesar desta reciprocidade, há uma diferença crucial entre a divisão do trabalho na sociedade e a divisão do trabalho na manufatura. Aparentemente, a divisão social do trabalho se distingue da divisão do trabalho na manufatura porque esta aglutina num mesmo local diversos trabalhos parciais. Já na sociedade, a sua conexão é obscurecida por estar difusa em extensos territórios e por existir grande número de ocupações em cada ramo da produção social, sendo que a conexão entre os trabalhadores independentes é estabelecida, de fato, pelas mercadorias por eles produzidas. Entretanto, na divisão manufatureira do trabalho, o trabalhador parcial não produz nenhuma mercadoria, ou seja, somente o produto coletivo dos trabalhadores parciais pode ser transformado em mercadoria.

Enquanto a divisão do trabalho na sociedade ocorre por meio da compra e venda dos produtos de diferentes ramos de trabalho, cujos meios de produção estão dispersos entre os produtores independentes entre si, na divisão manufatureira do trabalho a conexão entre os trabalhos parciais ocorre por meio da compra e venda de diferentes forças de trabalho ao mesmo capitalista, que as emprega como força de trabalho coletiva, por ter concentrado em suas mãos os meios de produção. Quando os trabalhadores são destituídos da terra e das suas ferramentas de trabalho, ou seja, dos meios de produção, eles são obrigados a trabalhar para o capitalista. “Destituídos dos meios de produção, não têm escolha. Devem vender a única coisa que lhes resta – sua capacidade de trabalho, sua força de trabalho” (HUBERMAN, 1986, p. 162).

O trabalhador, sem a posse dos meios de produção, para se tornar um livre vendedor da sua força de trabalho (sua única propriedade) e ofertá-la no mercado em troca de um salário, precisava se desagregar do sistema das corporações, de suas regras e regulamentos de trabalho e de todas as garantias por ele proporcionadas. Incorporado à divisão manufatureira do trabalho, o trabalhador é condenado a executar perpetuamente uma operação parcial, se subordinando completamente ao capitalista. Assim, “a produção manufatureira do trabalho pressupõe a autoridade incondicional do capitalista sobre seres humanos transformados em simples membros de um mecanismo que a ele pertence” (MARX, 1994, p. 408).

A divisão do trabalho na sociedade só interliga os diferentes processos de produção se estes produzem mercadorias, que podem ser compradas e vendidas. Já na divisão do trabalho na manufatura, cada trabalhador é apenas um elemento do trabalhador coletivo, isto

é, a soma total de todas as atividades parcializadas. O capitalista compra a força de trabalho necessária ao processo de produção, a coloca em ação juntamente com os meios de produção concentrados como sua propriedade privada e se apropria do produto do trabalho alheio.

Disto decorre duas divisões do trabalho no capitalismo. A primeira é concebida como um sistema complexo de todas as formas diferentes de trabalho que são mobilizadas de modo independente por produtores privados, ou seja, por capitalistas individuais e independentes que intercambiam e concorrem no mercado. E a segunda ocorre entre os trabalhadores, na medida em que cada um executa uma tarefa parcial de um conjunto de tarefas que, executadas ao mesmo tempo, têm como resultado o produto social do trabalhador coletivo. Nesse âmbito, o do processo de produção capitalista, se dá o confronto entre capital e trabalho. Todavia, as duas divisões do trabalho possuem modos diferentes de organização (BOTTMORE, 1997).

Na divisão do trabalho na sociedade, as relações de mercado desempenham um importante papel na distribuição aparentemente fortuita e caótica dos produtores de mercadorias e de seus meios de produção entre os diferentes ramos de trabalho social, sendo condicionada *ex-post* pelo processo concorrencial. Na divisão do trabalho na manufatura, o trabalhador é submetido ao comando e à disciplina do capital que se apodera de sua força individual de trabalho. A divisão do trabalho é planejada, controlada pelo capitalista e “ferreteia o trabalhador com a marca de seu proprietário”. Deste modo, a organização do trabalho é imposta *ex-ante* pelos poderes coercitivos do capital. Por isso, Marx (1994, p. 409) afirma que na manufatura o sistema estabelecido a *priori* pelo mando do capitalista corresponde, na divisão social do trabalho, a “um sistema que atua a *posteriori* como necessidade natural, interna, muda, perceptível nas flutuações barométricas dos preços do mercado, dominando o arbítrio desmedido dos produtores de mercadorias”. Assim, a anarquia da divisão social do trabalho e o despotismo da divisão manufatureira do trabalho se combinam e condicionam reciprocamente.

Diferente da divisão social do trabalho, existente nas diversas formações econômicas da sociedade, a divisão manufatureira do trabalho, também chamada divisão técnica do trabalho, é exclusiva do modo de produção capitalista. Compreende o fracionamento de uma especialidade produtiva em várias operações parciais e limitadas, cujo produto resulta de uma grande quantidade de atividades realizadas por trabalhadores especializados em cada tarefa. Na manufatura, toda a produção é controlada pelo capitalista e os trabalhadores perdem completamente a sua independência: não possuem a matéria-prima nem os instrumentos de trabalho, como ocorria no sistema de corporações. Além disso, são subjugados ao ritmo impresso pelas máquinas e ao controle das gerências, aprofundando o processo de alienação.

Nesse sentido, a divisão social do trabalho ramifica a sociedade e a divisão do trabalho na manufatura desmembra o trabalhador, tornando-o artificialmente parcial e deformando-o pela repressão de seus instintos e capacidades produtivas. Isto significa que “enquanto a subdivisão da sociedade pode fortalecer o indivíduo e a espécie, a subdivisão do indivíduo, quanto efetuada com menosprezo das capacidades e necessidades humanas, é um crime contra a pessoa e a humanidade” (BRAVERMAN, 1987, p. 72).

A divisão manufatureira do trabalho não apenas fraciona as operações, mas, também, hierarquiza as atividades, atribuindo valores diferentes a cada tarefa executada por diferentes trabalhadores ou conjunto específico de trabalhadores, desvalorizando a força de trabalho. Assim, eleva a produtividade não só pelo aumento da quantidade dos produtos em uma certa

unidade de tempo como também pela diminuição do custo da força de trabalho adquirida pelo capitalista. A emergência da divisão do trabalho na manufatura, portanto, está articulada à apropriação capitalista dos meios de produção; à junção e hierarquização de diversos trabalhadores realizando tarefas específicas num mesmo espaço; ao incremento da gerência no controle do processo e da força de trabalho; e à expropriação do trabalhador do produto do seu trabalho, resultante do trabalho coletivo ou do trabalhador coletivo (PIRES, 2009).

Nas sociedades capitalistas modernas há uma complexificação e ampliação da divisão do trabalho, na qual os trabalhadores executam papéis cada vez mais especializados e diversas funções e instituições são necessárias à manutenção da cooperação social. Os trabalhadores se especializam na produção de bens em particular, cada um deles sendo responsável por apenas um aspecto do processo de produção e ampliam as trocas necessárias à produção e reprodução da vida. A divisão social do trabalho tanto especializa o trabalho quanto pluraliza as necessidades. Ela é um organismo de produção que se formou e continua a evoluir com a produção de mercadoria, que pode ser produto de nova espécie de trabalho, que se destina a satisfazer necessidades emergentes ou, mesmo, criar necessidades antes desconhecidas. Sendo assim, a diferenciação de funções e especialização de tarefas se vinculam à expansão capitalista no mercado mundial e à complexificação das formas de organização social.

Isso implica a ampliação da divisão do trabalho à nível global, aprofundando a interdependência entre Estados-nações e configurando a divisão internacional do trabalho, na qual os países se especializam em setores de atividades econômicas em que possuem vantagens competitivas, tais como exportação de produtos primários, manufaturados ou serviços de tipos diversos (OUTHWAITE; BOTTOMORE, 1996).

A divisão do trabalho ampliada, para além das fronteiras nacionais, requer que os produtores privados se organizem em grandes conglomerados transnacionais para que possam operar em escala internacional, instalando subsidiárias em vários países, dominando os mercados estrangeiros e eliminando a concorrência local. O mercado mundializado gerou um aprofundamento das desigualdades em nível global e uma imensa competitividade entre empresas, países e regiões, fazendo crescer a influência de organizações multilaterais voltadas para administrar um mercado mundial, cada vez mais instável, interdependente e desigual.

Atualmente, a denominada “nova divisão internacional do trabalho” tem sido utilizada para expressar as alterações no mercado na distribuição de capital e das empresas, bem como no fluxo da força de trabalho entre os países e, especialmente, na relação centro-periferia. Isto é, a relação estabelecida entre países capitalistas com maior ou menor potencial competitivo na economia global, ou seja, entre países ricos e pobres. A expressão divisão internacional do trabalho se refere, portanto, à posição ocupada pelos países no mercado e no processo produtivo global, bem como à dinâmica da acumulação capitalista no planeta.

Para finalizar, cabe pôr em relevo que no capitalismo a divisão do trabalho é imposta aos trabalhadores pela classe proprietária, de forma que o sujeito é convertido em objeto e vice-versa. Por isso, Marx e Engels (1998) no *Manifesto comunista* colocam como imperativa a luta pela abolição das relações de propriedade privada e das diferenças de classes. Então, ao invés do despotismo controlar a divisão do trabalho na manufatura, ela deverá ser controlada pelo planejamento concebido coletivamente pela classe produtora, que passará a regular o intercâmbio com a natureza e entre os produtores associados. E a anarquia na divisão social do trabalho deixará de existir, pois a sociedade regulará a produção geral adequada às necessidades globais, para que não haja cisão entre os interesses comum e particular. A

consequente abolição da divisão do trabalho, portanto, tornará possível ao ser humano realizar-se em qualquer atividade que desejar e em qualquer lugar do mundo, sem se submeter às relações capitalistas de exploração e dominação. Assim, o desenvolvimento livre de cada um será a condição para o desenvolvimento livre de todos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BOTTOMORE, T. Dicionário do pensamento marxista. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997.
- BRAVERMAN, H. Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1987.
- HUBERMAN, L. História da riqueza do homem. Rio de Janeiro: LTC Editora, 1986.
- MARX, K. O capital: crítica da economia política. Livro I, v. I e II. São Paulo: Editora Bertrand Brasil, 1994.
- _____; ENGELS, F. O manifesto comunista. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.
- OUTHWAITE, W.; BOTTOMORE, T. Dicionário do pensamento social do Século XX. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996.
- PIRES, D. E. Divisão social do trabalho. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/divsoetra.html>>. Acesso em 1º de out. de 2022.

DROGAS

André de Menezes Gonçalves

A palavra drogas, numa perspectiva conservadora, comumente é relacionada a aspectos moralistas, negativos e problemáticos. Essa associação baliza-se no mirante proibicionista – matriz política que gera, sustenta, reproduz e extensiona a chamada guerra às drogas e que também controla, criminaliza e pune os usuários e os pequenos varejistas das substâncias psicoativas (consideradas, neste texto, sinônimo de drogas). Se perguntarmos a pessoas próximas, se indagarmos em grupos digitais de conversas ou se consultarmos em dicionários eletrônicos o que são drogas, é comum verificarmos que há, geralmente, vinculação do termo a adjetivos pejorativos, dentre os quais podemos citar: dependência, vício, depressão, abuso, violência, doença e criminalidade.

Tais conceitos, e seus equívocos, não se limitam apenas ao campo do senso comum: transitam no meio acadêmico, no ambiente da segurança pública e justiça criminal, assim como no âmbito das políticas sociais. Por exemplo, do ponto de vista legal, as drogas são as “substâncias ou os produtos capazes de causar dependência” (BRASIL, 2006, p. 1) – conceito este presente na Política Nacional sobre Drogas (Lei nº 11.343/2006, atualizada pelo governo de Bolsonaro em 2019, por meio da Lei nº 13.840, de denso teor conservador e proibicionista). A dependência, na passagem textual, seja física ou psíquica, assume conotação reacionária, relacionada com o uso contínuo, repetido ou periódico pela via da obsessão e compulsão para o consumo – situação essa objeto de determinados tratamentos.

Muitas vezes essas concepções se nutrem de elementos classistas, racistas e punitivistas e, em tempo, dão fôlego e alimentam a guerra às drogas e aos usuários (KARAM, 2008). E isso significa o cerco, a repressão e punição às chamadas práticas sociais sobre drogas e seus significados, incidindo sobre a produção, o comércio e os usos diversos.

A matriz proibicionista tem sua gênese nos Estados Unidos, país que ainda hoje determina a política de guerra às drogas em nível mundial, tendo a Organização das Nações Unidas (ONU) um forte aliado na definição das ações de repressão, criminalização (punição e controle) e, contraditoriamente, assistência aos usuários, seus familiares e aos pequenos comerciantes. O organismo tem tido papel-chave na definição das políticas sobre drogas numa perspectiva proibicionista e punitivista, referendada nas três Convenções realizadas para tratar a matéria: Convenção Única sobre Entorpecentes (1961); Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas (1971); e a Convenção Contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas (1988).

Na mobilização para a eleição de presidente dos Estados Unidos, Nixon (1969-1974) encabeçou forte campanha denominada de guerra às drogas, principal estratégia bélico-militar de combate à delinquência e à marginalidade, responsabilizando determinadas práticas de produção, varejo e usos de substâncias à criminalidade e à violência presentes à época.

Porém, antecedendo tal cenário, o proibicionismo de gênese norte-americana pode ser identificado pela Emenda Constitucional nº 18/1919, de caráter moralista, puritanista e conservador que proibia a produção, venda e transporte das substâncias intoxicantes, alcóolicas e embriagantes. Nesse contexto, ampliou-se o movimento denominado de puritanista (temperante) que defendia não só a proibição, mas a abstinência e parcimônia

quanto ao uso dessas bebidas. Seus membros, lideranças políticas e religiosas conservadoras e brancas, defendiam o desenvolvimento moral e social dos EUA. Buscavam combater o que entendiam como ócio, vadiagem e libertinagem relacionados às classes populares, notadamente as frações negras e pobres. Esse movimento consolidou o racismo como principal elemento do proibicionismo, expresso pela “politização do puritanismo, enquanto a guerra às drogas é a instrumentalização mais nefasta e racista do controle proibicionista” (ROCHA, 2020, p. 262).

De posicionamento oposto, que combate quaisquer presunções que proíbam, reprimam e punam essas práticas sociais, concebemos as drogas sob uma perspectiva crítica, antiproibicionista e, ainda, antimanicomial.

O prefixo anti não cabe para a perspectiva de uma política antidrogas, numa “guerra contra as drogas, por um mundo sem drogas”. Mas, cabe ao ser utilizado no termo antiproibicionismo, se esse uso significar de fato uma outra perspectiva que vai de encontro à proibição (LEAL, 2017, p. 6).

Drogas são substâncias inanimadas e têm formas de consumo diversificadas: bebidas, injetadas, fumadas, ingeridas, inaladas etc. Com suas propriedades ativas interagindo com os sistemas humanos, elas podem alterar algumas funções do organismo, particularmente as do sistema nervoso central. Essa potencialidade varia entre as pessoas, suas trajetórias e situações vivenciadas (sejam sociais, culturais, econômicas, de saúde etc.) e, principalmente, pelos contextos sócio-históricos que determinam os usos, regulações, tolerâncias, assim como proibições e penalizações múltiplas. Nas palavras de Romaní (2007):

As drogas são substâncias químicas que, incorporadas ao corpo humano, têm a capacidade de modificar várias funções deste (percepção, comportamento, habilidades motoras etc.); mas cujos efeitos, consequências e funções estão condicionadas, sobretudo, pelas definições sociais, econômicas e culturais que as sociedades que as utilizam elaboram no marco histórico em que se situam suas práticas (p. 117-118; tradução livre).

Portanto, as substâncias psicoativas têm potencial para modificar o estado de consciência e o comportamento humanos em interação com as condições históricas e a realidade que determinam seus usos e significados, sejam religiosos (ritualísticos), terapêuticos (curativos), recreativos (lúdicos) e, ainda, abusivos (problemáticos).

Na determinação conceitual jurídica ou farmacológica há diversas formas de classificação dessas substâncias, tipificadas por um Estado que, ao longo dos tempos, utiliza-se de um forte aparato para produzir e reforçar a repressão, punição ou, ainda, assistência em matéria de drogas, variando sua atuação entre caso de polícia (hegemonicamente), saúde pública ou questão de privacidade dos indivíduos. Essas definições não são neutras, apolíticas ou isentas das contradições do movimento da realidade histórica.

Em termos de origem, podem ser classificadas em: a) naturais, a exemplo de plantas, como maconha, ópio, iboga, ayahuasca, cogumelos alucinógenos (*mágicos*), certas flores etc.; b) semissintéticas (misturadas), resultantes de reações químicas entre produtos e/ou matérias

naturais, como a pasta de cocaína (*crack*) cristais de haxixe, morfina, heroína, tabaco etc.; e c) sintéticas, engendradas exclusivamente em laboratórios por meio de manipulações químicas, como a Dietilamida do Ácido Lisérgico (LSD-25), *ecstasy*, anfetaminas, *poppers*, calmantes, dentre outros.

Sobre a legalidade são determinadas em: a) lícitas, aquelas cuja produção, comércio e usos não são tipificados como crime penal previsto em lei; e ilícitas, que são as consideradas ilegais e por isso proibidas por instrumentos jurídicos ou listas técnicas específicas. A ilicitude vincula-se a tipificações de crimes e penas para os processos de produção, distribuição, transporte, comércio, prescrição e consumo.

Ainda podem ser definidas quanto aos efeitos: a) depressoras, que causam limitação ou lentidão no funcionamento do sistema nervoso, a exemplo de álcool, soníferos, tranquilizantes e calmantes, ópio, morfina, xaropes, gotas para tosse, assim como inalantes ou solventes, dentre outros; b) estimulantes, que provocam aceleração do funcionamento mental e alteram o comportamento, como as anfetaminas, nicotina, cafeína e cocaína; e c) alucinógenas, que ocasionam alterações das percepções, como maconha, *ecstasy* e LSD-25.

A partir da Lei do Pinto do Pango (1830), um dos primeiros documentos proibicionistas no país (de conteúdo racista), passando por versões dos Códigos Penais e as próprias Leis de Segurança Nacional, o Brasil construiu diversos documentos normativos que lidam com a temática das drogas calcados no mirante proibicionista, sejam de forte orientação internacional (pela condição de signatário da ONU) ou assumindo particularidades no trato da temática a partir de sua formação social (classista, racista, patriarcal e colonial). A criação, em 1976, do Sistema Nacional Antidrogas intensificou a classificação, fiscalização e repressão às chamadas substâncias entorpecentes, com ações direcionadas aos usuários, balizadas na punição, tratamento e recuperação impositivos, e ações de combate à produção e ao tráfico ilícitos no país.

Nos anos 2000, no governo Lula (PT), apesar da mudança de nomenclatura de política antidrogas para política *sobre* drogas, permaneceram espessos conteúdos conservadores sobre a questão das substâncias psicoativas na Lei, na Política e no Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). É fato que houve alguns avanços, a exemplo do campo da saúde mental e dos direitos dos usuários, particularmente na conexão entre situações abusivas e saúde pública. Mas permaneceram fortes tons punitivistas em grande parte das ações públicas e privadas destinadas a esse público.

Uma problemática central apresentada na atualidade é a questão de ausência de critérios mais objetivos quanto à classificação, identificação e determinação da condição de usuário ou traficante de drogas pela Lei nº 11.343. Algumas práticas podem não ser consideradas crimes face à lei, desde que regulamentadas como cerimônias religiosas, o uso para fins medicinais, terapêuticos e científicos. Mas, os marcadores de classe e raça/etnia, associados à ausência da regulamentação quanto a essa definição, têm incidido sobre a classe trabalhadora, notadamente a preta, pobre e jovem periférica de forma a puni-la, encarcerando, violentando e, muitas vezes, assassinando milhares de pessoas quando associadas ao tráfico ilícito de drogas.

Apesar do consumo pessoal de drogas não ser punido pela lei em termos de privação de liberdade (detenção ou reclusão), essa situação é passível de penas que oscilam entre reprimenda verbal por parte da autoridade judicial, prestação de serviços à comunidade ou

inserção compulsória em medidas educativas formativas (geralmente delimitadas por conteúdos proibicionistas), assim como pagamentos de multas pecuniárias.

De um modo geral, o conceito da prática de tráfico ilícito relaciona-se a atividades de negócio ilegal, clandestino e criminoso e, por isso, à luz do direito penal, deve ser combatida. A lei de drogas brasileira apresenta sérios hiatos na determinação das situações: uso pessoal x tráfico. Na ausência dos critérios, vários operadores da segurança pública ou da Justiça têm usado referências subjetivas para tal tipificação, seja na indefinição da quantidade e variedade de substâncias apreendidas, o cenário do flagrante e nos objetos nele presentes (como balanças ou embalagens), assim como as abstratas circunstâncias, condutas e antecedentes sociais e pessoais dos usuários (artigo 18 da referida norma). As penas previstas para a condição de tráfico são: reclusão (até 20 anos) e pagamento de coimas.

A lei citada, desde 2006, tem provocado um aumento considerável de aprisionamento e ataques às liberdades individuais. Com dados referentes de julho a dezembro de 2021, a população carcerária no país era de 670.714 pessoas, majoritariamente do sexo masculino (95,4%). Excluindo-se um percentual de 13,7% em que não há identificação quanto ao quesito de cor/raça/etnia, há uma preponderância de 67,3% de pessoas identificadas como pretas e pardas. Um total de 202.265 pessoas estava enclausurado por motivo de algum crime relacionado à questão das drogas: tráfico (13,3%), associação para o tráfico (2,9%) e tráfico internacional (0,8%) (BRASIL, 2021). Estes detentos são majoritariamente jovens negros, com baixa escolaridade e moradores de periferias, o que leva Karam (2008) a considerar que essa guerra às drogas tem território e alvo certo: a classe trabalhadora e seus estratos que vivenciam diversas situações de pobreza.

As práticas sociais sobre drogas são elementos constitutivos da existência humana e resultado da interação entre os sujeitos, as substâncias e a realidade determinada historicamente. As situações consideradas problemáticas são aquelas que trazem prejuízos diversos, dentre os quais psíquicos, físicos e/ou sociais para os usuários e para os outros em seu meio. A lei de drogas vigente, ao definir os usos indevidos ou dependentes de substâncias, direciona e fortalece as ações fundadas nas perspectivas do retardo ou do não uso como principal procedimento de prevenção a essas situações. A imposição da abstinência tem sido o tom centralizador de boa parte das ações. De cunho punitivista, essa injunção reforça a responsabilização dos usuários e apresenta rotundo apelo moralista.

Definições como drogado, dependente e adicto, que geralmente se vinculam à concepção de incapaz, reforçam estigmas, preconceitos e estereótipos negativos relacionados às pessoas que fazem uso de drogas. Os indivíduos são rotulados para a justificativa de qualquer ação imposta aos mesmos, a exemplo de internações e tratamentos compulsórios em hospitais, manicômios ou comunidades terapêuticas – instituições essas que, geralmente, apresentam forte código disciplinador, com tendências a tratamento moral e coercitivo das pessoas.

Ao contrário, numa perspectiva que compreende os usuários enquanto sujeitos de direito, a estratégia de redução de danos não exclui os usos das substâncias nas situações consideradas problemáticas, seja por opção dos indivíduos ou pela ausência de condições de determinação de interrupção do uso. Redução de danos significa acolhimento, cuidado, prevenção e proteção. A prevenção de danos é promovida sem a necessidade de abstinência e restrição dos usos.

A Redução de Danos (RD) vem sendo considerada uma perspectiva ético-clínico-política, pautada nos direitos humanos, para compreensão e intervenção acerca da problemática do uso de drogas [...]. Ela agrega uma série de ações voltadas à defesa da vida, visando à redução dos riscos e danos sociais, econômicos e à saúde das pessoas que não querem ou não conseguem deixar de usar drogas [...] (SURJUS; FORMIGONI; GOUVEIA, 2018, p. 4).

A questão do uso abusivo ou problemático é um desafio para o Estado e a sociedade no horizonte dos direitos e não da lógica da punição/polícia, perspectiva essa que precisa estar contida nos processos de acolhimento, atendimento, atenção, acompanhamento e articulação local, regional e intersetorial no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). É um norte para a autonomia e liberdade dos usuários, devendo prover novas práticas, conceitos, valores e condutas à luz dos princípios da reforma psiquiátrica – ainda que inconclusa em nosso país (GONÇALVES; ALBUQUERQUE, 2016).

Por fim, é válido destacar as ações, lutas e movimentos de resistência à lógica manicomialista, punitivista e proibicionista instaurada no contexto das políticas sobre drogas no país e que vêm sendo fortalecidas no contexto atual. São grupos, coletivos, movimentos, associações, militantes, pesquisadores, trabalhadores da saúde e demais sujeitos que exigem outras perspectivas públicas face à questão das drogas, fundadas no cuidado e na proteção social. Multiplicam-se diversas experiências para o cultivo da maconha para fins medicinais com o uso do óleo canabidiol, movimentos esses que têm ampliado jurisprudências que impedem que as pessoas (produtoras e usuárias) sejam identificadas como traficantes de drogas.

Essas movimentações variam suas pautas entre legalização, descriminalização, despenalização e liberalização sobre as drogas. De um modo geral, propõem descriminalização das substâncias e abolição das penas incididas sobre os usuários e de algumas condutas ligadas ao comércio de drogas. Resumidamente defendem: a) despenalização: que significa, em oposição à pena de prisão, a adoção de medidas alternativas e substitutivas à privação de liberdade; b) descriminalização: que prevê sanções civis e administrativas, retirando do direito penal qualquer tipificação de crime e punição delituosa aos usuários; c) legalização: em que o circuito da produção, do comércio e do consumo passa a ser controlado pela legislação específica, substituindo punições por restrições; e d) liberalização: que permite deixar todas ou boa parte das substâncias legalmente liberadas (RODRIGUES, 2006).

Somam-se a esses movimentos vários outros coletivos defensores da reforma psiquiátrica, movimentos antirracistas e do abolicionismo penal e, posicionando-se contrariamente à lógica imposta às políticas sobre drogas, colocando-se à defesa dos direitos humanos e sociais dos usuários, numa perspectiva política e antagônica ao trato dado à questão no Brasil contemporâneo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) e dá outras providências. Atualizada pela Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm>. Acesso em 13 de out. de 2022.
- _____. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN). Período de julho a dezembro de 2021. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional – SINDESPEN. Disponível em: <<https://www.gov.br/depen/pt-br/servicos/sisdepen>>. Acesso em 21 de out. de 2022.
- GONÇALVES, A. de M. ALBUQUERQUE, C. S. (Org.). Drogas e Proteção Social: os desafios da Intersetorialidade. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2016.
- KARAM, M. L. A lei 11.343/06 e os repetidos danos do proibicionismo. In: LABATE, B. C.; GOULART, S. L.; FIORE, M.; MACRAE, E.; CARNEIRO, H. (Orgs.). Drogas e Cultura: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA, p. 105-120, 2008.
- LEAL, F. X. Movimento antiproibicionista no Brasil: discursos de resistência. In: Anais do 5º Encontro Internacional de Política Social e do 12º Encontro Nacional de Política Social. Vitória (ES, Brasil): 5 a 8 de junho de 2017, p. 1-12. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/einps/issue/view/755>>. Acesso em 24 de out. de 2022.
- ROCHA, A, P. Nuances do juvenicídio: trabalho no tráfico de drogas justificando prisões e mortes de pretos e pobres. In: GOMES, T. M. da S. PASSOS, R. G.; DUARTE, M. J. de O. (Orgs.). Saúde Mental e Drogas em Tempos de Pandemia: contribuições do serviço social. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020, p. 251-275.
- RODRIGUES, L. B. de F. Controle Penal Sobre as Drogas Ilícitas: o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade. Tese de doutorado em Direito. São Paulo: USP, 2006.
- ROMANÍ, O. De las utilidades de la antropología social para la Intervención en el campo de las drogas. In: ESTEBAN, M. L. (Org.) Introducción a la Antropología de la Salud. Aplicaciones teóricas y prácticas. Bilbao, OSALDE, 2007, p. 117-134.
- SURJUS, L. T. de L. e S.; FORMIGONI, M. L. O. de S.; GOUVEIA, F. Redução de Danos: conceitos e práticas. Material comemorativo aos 30 anos de redução de danos no Brasil. 1ª ed. São Paulo: UNIFESP, 2018. v. 1. 57p.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Maria Helena de Jesus Bernardo

A educação em saúde é área de entrelaçamento das ciências sociais, humanas e da saúde, comportando diversas tendências teóricas, éticas e políticas. Para Stotz (2007), trata-se de um campo de disputas entre práticas e concepções distintas, e variados são os termos utilizados para referir-se a esse campo: educação e saúde, educação para a saúde, educação sanitária, educação em saúde, educação e saúde, educação popular em saúde, dentre outros. Por se tratar de um conjunto heterogêneo de práticas, convém destacar com quais referências ele dialoga, haja vista a incorporação dos termos sem o pleno entendimento dos seus significados. Além disso, embora as práticas educativas em saúde façam parte dos processos coletivos de trabalho, elas tendem a ser atividades desvalorizadas ou secundarizadas, tanto no âmbito da assistência prestada quanto na formação profissional (VASCONCELOS, 2001).

O campo da saúde, por seu turno, consiste em uma das principais áreas de atuação profissional de assistente social, e as práticas educativas constituem-se como atividades potentes para o exercício da dimensão pedagógica. Desse modo, faz-se necessário reconstruir a trajetória das diferentes concepções de educação em saúde no Brasil e os diálogos possíveis como o projeto ético político do Serviço Social.

CONCEPÇÕES DE EDUCAÇÃO E SAÚDE

As primeiras elaborações sobre educação e saúde, enquanto conjunto sistemático de orientações sobre os problemas de saúde, datam do final do século XIX e início do século XX e tiveram suas bases ancoradas no projeto da Higiene. O projeto da Higiene foi uma das iniciativas da medicina, perante as novas determinações de ordem econômica, que buscou interferir nas condições de saúde da população e atender às necessidades de reprodução da força de trabalho, postas pelas profundas transformações decorrentes da Revolução Industrial. Caracterizou-se por providências de cunho disciplinador e manejo sanitário, promovendo medidas de intervenção sobre as cidades e indivíduos (AROUCA, 2003).

O termo educação sanitária desdobra-se dessas práticas preventivas e no Brasil se desenvolve principalmente nas campanhas sanitárias das décadas iniciais do século XX, a partir da necessidade de gerenciamento das epidemias e doenças infectocontagiosas que ameaçavam a economia agroexportadora do país durante a República Velha. Tratavam-se das primeiras intervenções sanitárias por parte do Estado brasileiro, denominadas por Vasconcelos (2001) como “toca boiada”, de cariz higienista, autoritário, normativo e repressor. A classe trabalhadora e majoritariamente negra era o principal foco de intervenção, normalmente responsabilizada pelas precárias condições de vida, pela falta de higiene e saneamento básico de suas moradias. Eram comuns ações de vistorias nas casas, despejos, interdições, além da vacinação obrigatória e das informações verticalizadas sobre formas de contágio das doenças.

Com o início da Era Vargas e o impulso do processo de industrialização em 1930, a ação estatal no setor saúde investiu na construção de um sistema previdenciário para

determinadas organizações profissionais. As ações em saúde para esses segmentos se limitavam à assistência médica individual e curativa; as ações coletivas de saúde pública eram dirigidas às frações mais pobres da população, mantendo a ênfase higienista.

Posteriormente, nos anos 1940 e 1950, o termo educação sanitária será associado à medicina preventiva, desenvolvida inicialmente nos EUA e espalhada para o Brasil em contexto de pós-guerra e de propostas de desenvolvimento de comunidade. Diferente do ponto de vista biológico, a medicina preventiva adotava uma concepção ecológica sobre o adoecimento, que passa a ser apreendido pela relação de causalidade entre o agente etiológico, o ambiente e o indivíduo. A saúde não seria somente ausência de doença, razão pela qual os hábitos e costumes também precisavam ser investigados. Com base na crença de que as condições de saúde melhorariam à medida que a população alterasse seus costumes, os educadores sanitários investiam em métodos educativos mais persuasivos, visando ao convencimento e à moralização do trabalhador urbano.

A expressão Educação para a saúde passou a predominar na década de 1950 e igualmente se referia às ações de caráter preventivo, porém com maior apelo à participação popular. A educação seria um meio para atingir boas condições de saúde, desde que a população aderisse às recomendações sanitárias. Inovações metodológicas e técnicas de ensino são incorporadas nas práticas educativas em saúde, e o foco central passa a ser a família e a comunidade, que deveriam empregar esforços para melhorar os indicadores de saúde (AROUCA, 2003).

Com a instauração do regime ditatorial e militar no país em 1964, acirram-se as condições antidemocráticas no Brasil. O quadro de saúde da população alcançou níveis ainda mais graves com o aumento das taxas de mortalidade, morbidade e acidentes de trabalho, além da persistência de doenças como tuberculose, malária e doença de chagas. O investimento estatal priorizou a expansão de serviços privados e o incremento das tecnologias e da medicalização. Nesse cenário, as práticas educativas em saúde se restringiram ao espaço institucional, com limitada participação comunitária, e passaram a ser denominadas como educação em saúde, dado seu maior atrelamento institucional aos serviços e a incorporação de outros profissionais de saúde que não apenas educadores ou médicos.

Vasconcelos (2001) e Stotz (2007) enfatizam que as práticas educativas em saúde no Brasil, até a década de 1970, foram predominantemente de caráter preventivista, vinculadas ao paradigma biomédico e pautadas na transmissão vertical de informações, que, desvinculadas da realidade social, tendiam a se distanciar dos sujeitos, impondo intervenções em geral preconceituosas e coercitivas.

No âmbito internacional, principalmente a década de 1970 demarca a emergência da crise estrutural capitalista e um conjunto de medidas de contenção de despesas na saúde. No Brasil, vivíamos o recrudescimento antidemocrático, ao passo que surgiam, em cenário de resistência ao regime autoritário, movimentos sociais de críticas ao capitalismo que adensavam seus questionamentos sobre as iniquidades em saúde, a ineficácia do modelo biomédico e seu atrelamento aos interesses de acumulação do complexo médico-industrial. É nesse contexto, embora subsumidos pela repressão e medo, que várias experiências se desenvolveriam. A educação popular inspirada nas concepções pedagógicas de Paulo Freire se articula ao campo da saúde, e um movimento importante desponta a partir das experiências comunitárias que se mantinham como focos de resistência contra a ditadura

militar e como alternativas aos espaços institucionais – a Educação Popular em Saúde – de que trataremos mais à frente.

Os anos de 1980 deflagram o fortalecimento das forças democráticas sociais, impulsionando movimentos em vários campos da sociedade. Na saúde, o movimento sanitário se afirma entre os projetos de oposição à crescente mercantilização da saúde. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, a Constituição Federal e a promulgação do SUS certamente expressaram conquistas da sociedade brasileira, mas, ao mesmo tempo, revelaram as contradições presentes na política, e os ataques que se intensificariam ao longo dos anos de 1990 com o advento do neoliberalismo no Brasil.

A década de 1990 será marcada ainda por dois outros eventos importantes na saúde: a influência do movimento internacional de promoção da saúde e a criação do programa de saúde da família (atualmente Estratégia de Saúde da Família – ESF). Com expressiva mudança no modelo de atenção em saúde e foco na atenção básica, as práticas educativas consistirão em principais recursos para o trabalho comunitário. Para Stotz (2007), prevalecerá nesse período uma concepção de educação em saúde denominada por escolha informada ou desenvolvimento de habilidades pessoais, que ampliará, de alguma forma, a abordagem preventiva e vertical. Essas experiências na ESF (e posteriormente na política de promoção da saúde, que sofre significativa influência da concepção de saúde humanista liberal protagonizada pela OMS) investirão em ações que objetivam instrumentalizar os usuários para aquisição de novos hábitos e em abordagens de fortalecimento dos indivíduos no enfrentamento das condições adversas de saúde. Em que pese a sua maior abrangência, Stotz (2007) ressalta que esse enfoque permanece restrito, pois, ao dissociar as dimensões individuais e coletivas nas práticas educativas, apostando todas as cartas no indivíduo, reduz a complexidade do processo saúde e doença. Além disso, a desconsideração dos aspectos contextuais esvazia a perspectiva educativa. Pressupõe que as informações sejam suficientes para imprimir mudanças nos estilos de vida e os sujeitos “livres” para a tomada de decisão.

Outro enfoque abordado por Stotz (2007) nesse mesmo período e considerado alternativo ao anteriormente citado é o “radical”. Preconizado pelos herdeiros da medicina social que concebiam as práticas educativas como estratégias para transformações mais amplas na sociedade, estimulando a mobilização política e o engajamento social. A educação em saúde, nessa visão, seria um recurso para facilitar a luta política. A divergência com esse enfoque não repousa na leitura sócio-histórica do processo saúde doença, também compartilhada por Stotz (2007), mas na ênfase (quase que exclusiva) à participação política, sem levar em conta os aspectos particulares relativos à experiência de adoecimento da população, carregada por intenso sofrimento subjetivo.

As refutações tecidas por Stotz (2007) reforçam que essas vertentes, embora diferentes entre si, recaem em uma interpretação dicotômica da saúde, o que não converge com o ideal da integralidade, na acepção mais ampla do termo. O desafio reside justamente na organização de práticas de saúde que contemplem a dialética do individual e do coletivo (STOTZ, 2007). De nossa parte, acrescentamos que isso significa ponderar sobre a responsabilidade do Estado na gestão das políticas públicas, visto que valores e pesos diferentes são atribuídos aos papéis dos indivíduos no autocuidado e do Estado na proteção social.

Nesse sentido, Stotz (2007) e outros autores (VASCONCELOS, 2001; ASSIS, 2004) ressaltarão que, no Brasil, a Educação Popular em Saúde (EPS) sintetiza essas preocupações,

pois compreende a saúde como uma construção social e também como uma experiência singular e individual. A EPS comporta uma variedade de experiências com diferentes matizes teóricas, mas afinadas por uma leitura crítica de sociedade e com os princípios da educação popular de Paulo Freire.

A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE – EPS

Como apresentado, a educação em saúde é atravessada por distintas concepções de educação e saúde que vão incidir nas práticas educativas. Segundo Morosini, Fonseca e Pereira (2009), a lógica biomédica, ainda predominante na saúde, concebe a educação como um ato normativo de prescrição e instrumentalização, ou seja, um “ato de indicar o que deve ser feito e o modo de fazê-lo”, ou ainda um ato de capacitação estritamente técnica. Pautando-se numa “pretensa objetividade e neutralidade do conhecimento”, essa concepção compreende a saúde “como fenômeno objetivo e produto de relações causais”. Para as autoras, a objetivação das ações humanas resulta em práticas reducionistas e sujeitos apassivados. Na educação, o professor seria um mero transmissor de conhecimentos e, na saúde, o profissional seria um prescritor de condutas e o doente, um objeto ou um corpo manipulável.

Em contraposição a essa perspectiva tradicional de educação em saúde, tem-se a emergência de formas educativas mais dialógicas que assumem a dimensão política e buscam desvelar as contradições dos processos sociais e da saúde como resultado das condições de vida e de trabalho. A educação em saúde, quando ancorada no pensamento crítico, pode indicar maior integração entre os campos da educação e da saúde e presume um processo político-pedagógico que requer o desenvolvimento de um pensar problematizador e reflexivo.

Como dissemos anteriormente, tomaremos a EPS como referência. Sustentada pelo diálogo, problematização e participação, a educação popular em saúde compreende o usuário como sujeito e protagonista de sua história. A relação educativa é horizontal e baseia-se na troca entre saberes, na produção de sentidos e na construção coletiva do conhecimento. Na área da saúde, a EPS permite pensar a própria saúde de forma ampliada, não somente localizada na ausência ou presença de doença, mas também na sua relação direta com as condições de vida e de trabalho. As ações advindas dessa concepção não se esgotam no plano individualizado de maior acesso às informações, mas, sobretudo, no reforço à compreensão dos mecanismos que reproduzem as desigualdades e, por conseguinte, na construção de estratégias coletivas de garantia de direitos na saúde e nas lutas por políticas públicas mais equânimes.

Segundo Vasconcelos (2001), essas experiências inovadoras de Educação Popular em Saúde (EPS) surgem nos anos de 1970 por meio da interlocução de profissionais de saúde com grupos comunitários das periferias urbanas e rurais. Para Santos e Senna (2017), tais experiências foram fundamentais para multiplicar e fortalecer as proposições do movimento da reforma sanitária, uma vez que muitos profissionais integravam ambos os movimentos à época.

No processo de articulação com o movimento sanitário e com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a EPS envidou esforços para atingir maior institucionalidade. Em 2005, a EPS passa a ser área técnica de secretaria do Ministério da Saúde (MS) e organiza um

conjunto de ações visando à multiplicação dessa prática da rede de saúde, à mobilização de lideranças, à capacitação de profissionais e gestores, além da produção de conhecimento. Assumiu, portanto, ao longo dos anos 2000, progressivo reconhecimento culminando na aprovação em 2013 da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEP-SUS). Segundo Bonetti (2021, p. 24), a “a PNEP está abandonada pela atual gestão do MS (iniciada em 2019) e a área técnica responsável pela sua gestão foi eliminada da estrutura ministerial”.

Diferente das práticas populistas de desenvolvimento de comunidade do anos 1950 e 1960, o adjetivo popular da EPS não condiz com a ideia de “ensinar a população a sair da pobreza”; ao contrário, tem sentido político porque assume o compromisso de suas ações com a justiça social, com os segmentos subalternizados e com a realidade concreta na qual as pessoas vivem, de modo a construir mediações com a diversidade e os diferentes modos de vida e pensar. Por isso que, do ponto de vista pedagógico, as atividades de EPS partem “de onde as pessoas estão”, de suas experiências, seus saberes, cultura e formas de organização.

A EPS tem um amplo campo de atuação, haja vista seu compromisso com a construção da consciência sanitária junto às classes populares. Espaços comunitários, organizações populares e movimentos sociais são espaços oportunos para o trabalho coletivo em saúde. Mas, no âmbito dos serviços e nos diferentes níveis de atenção em saúde, observa-se maior visibilidade dessas experiências nas práticas de prevenção e promoção da saúde. Ao que parece, esses níveis de atenção requisitariam mais diretamente ações de cunho educativo.

A EPS tem potencialidade para: ampliação do trabalho clínico/assistencial, superando a ênfase biomédica, no processo de formação junto à população e às equipes, na gestão participativa, na produção de materiais educativos e, finalmente, na reorientação dos serviços, no sentido de favorecer a integralidade da atenção e a participação dos usuários no seu processo de cuidados.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL

A dimensão pedagógica crítica que orienta o trabalho profissional requer a articulação das demais dimensões constitutivas da profissão; logo, as práticas educativas em saúde desenvolvidas por assistentes sociais guardam conexões com os princípios e valores do projeto ético-político da categoria. Para Abreu e Cardoso (2009), a dimensão pedagógica assume um lugar estratégico porque atravessa diferentes níveis de ações profissionais, influenciando os modos de pensar, sentir e agir da população usuária.

As práticas educativas envolvem um conjunto de ações de informação, reflexão e organização objetivados em recursos técnico-operativos (dispositivos grupais em suas diferentes modalidades, materiais educativos e de comunicação em saúde, dentre outras) que podem e devem ser redimensionadas nos diferentes espaços sócio-ocupacionais a partir da realidade local e das expressões da questão social materializadas em necessidades de saúde. As práticas educativas, portanto, não se restringem aos processos socioassistenciais realizados diretamente com os usuários ou nas ações de mobilização, mas também permeiam as experiências de gestão e ensino, essas últimas relativas à educação permanente em saúde. Em resumo, são inúmeras as possibilidades de atuação profissional no campo das práticas educativas em saúde, como são múltiplos os desafios para o exercício profissional em contexto neoliberal e de ascensão do conservadorismo.

As lutas de fortalecimento do SUS como política pública, em contraposição às investidas do capital constituem um cenário no qual as práticas educativas em saúde vão, de igual maneira, ser tensionadas entre perspectivas educativas tradicionais e propostas pautadas no diálogo e na participação, pleiteando espaços institucionais e a hegemonia de projetos mais democráticos e equânimes na saúde. O (a) assistente social faz parte dessas lutas e as ações educativas têm potencial para politizar demandas, produzir conhecimento crítico e fortalecer os espaços coletivos de participação da população usuária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, M. M.; CARDOSO, F. G. Mobilização social e práticas educativas. Cadernos Capacitação em Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais, p. 686-702. Brasília, 2010.
- AROUCA, S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2003.
- ASSIS, M. Promoção da Saúde e Envelhecimento: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI/UERJ. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – ENSP, RJ, 2004.
- BONETTI, O. P. Por uma institucionalidade transformadora e contra-hegemônica: reflexões sobre o inédito viável da Política de Educação Popular em Saúde no Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Interface (Botucatu), 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.200660>>. Acesso em 2 de dez. de 2022.
- FREIRE, P.; CECCIM, R. (Intr.). Pacientes Impacientes. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Educação Popular, p. 32-43. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- MOROSINI, M. V; FONSECA, A. F; PEREIRA, I. B. Educação em Saúde. In: PEREIRA, I. B; LIMA, J. C. F. (Orgs.). Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, EPJV, 2009.
- SANTOS, M. A; SENNA, M.C.M. Educação em Saúde e Serviço Social: instrumento político estratégico na prática profissional. Revista Katálysis, v. 20, n. 3, p. 439-447, Florianópolis, set./dez. 2017.
- STOTZ, E. Enfoques sobre educação popular. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Educação Popular. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. Interface, v. 5, n. 8, p. 121-126, São Paulo, 2001.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Simone Eliza do Carmo Lessa

Iniciamos a apresentação deste verbete lembrando Saviani (2007) que, fundamentado no pensamento marxista, nos diz: somente as sociedades humanas trabalham e educam. Esta é uma experiência que caracteriza a condição humana e que é fundamental para a sua sobrevivência, visto que permite o aprender sobre si e sobre o mundo, reunindo condições para transformá-lo. Educar é relação social e prática coletiva que acontece nas instituições formadoras e fora delas. No entanto, este não é um processo natural, inato e pressupõe organização do conhecimento e da ação de ensino-aprendizagem, tendo os sujeitos desta prática em diálogo, especialmente, de modo presencial.

Como nos diz Paulo Freire (1985), os seres humanos se educam coletivamente, mediatizados pelo mundo com todas as suas contradições e disputas, tensões de classe, limitações e possibilidades. Sendo assim, o acesso às possibilidades de aprendizagem é mediatizado pela conjuntura, pelas condições de vida daqueles que ensinam e aprendem, pelas políticas sociais, instituições e pelo trabalho, já que a partir deste, é fundamental perguntar: para quê e quem educamos.

Ensinar não é transferir conhecimento, mas propiciar condições para sua sistematização, organização e socialização. Da mesma forma, aprender não é se abrir como um receptáculo vazio e acrítico ao conhecimento que vem do outro, visto como superior, mas receber tais informações, cientes de que também se é detentor de saberes, experiências, dados e que este diálogo deve ser de muitas trocas, respeito e cuidado.

Na sociedade capitalista esta experiência é marcada pela desigualdade. Assim, o acesso à educação e à qualidade educacional são desiguais, pois como fenômeno histórico e social, a formação é recortada por conflitos de classe, assumindo características diferenciadas, segundo a condição social dos sujeitos e a conjuntura em que estes se inserem.

Entendemos que a Educação Permanente em Saúde (EPS) inscreve-se neste contexto de lutas sociais por direitos no Brasil. Decerto, a EPS é resultado de processos de organização da classe trabalhadora pelo direito à saúde pública de qualidade, em uma sociedade classista, desigual, dotada de políticas sociais tardias, incompletas, focalizadas, de frágil financiamento, marcadas por interesses privatistas ao longo de sua construção (BERTOLLI, 2000).

Buscando superar a ideia limitada de treinamento para os profissionais de saúde, a EPS como política pública é uma experiência recente, inédita no Brasil e, apesar de contar com base legal constituída, está em construção cotidiana. Tal qual a política educacional de escopo mais amplo, possui disputas em sua viabilização, podendo se apresentar de forma mais avançada – como vivência democrática, interdisciplinar, multiprofissional, elaborada por profissionais e população no cotidiano institucional – ou mais tradicional, como aprendizado tecnicista, em serviço, em que profissões com mais status são lideranças na formação. Da mesma forma, conjunturas políticas mais democráticas e participativas – ou não – influenciam este processo, tornando-o mais avançado ou conservador.

A EPS está contida, como conceito, na Constituição Federal de 1988 em seu Artigo 200, Inciso III (BRASIL, CF 1988) que destaca o compromisso com o ordenamento da formação em saúde no Brasil. Sua institucionalização como política pública, data de 2004, a

partir da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), mas esse conceito antecede a este processo.

Suas bases remontam às reflexões na Conferência Sanitária Pan Americana de 1974, quando se inicia o debate sobre a relevância da formalização de políticas para a educação dos profissionais de saúde de forma permanente (SARRETA, 2009). Na ocasião, no Brasil, nos encontrávamos em ditadura militar empresarial. Dentre os coletivos de luta e resistência a este processo, estava o movimento sanitário, que se organizava pela democracia e defesa de uma visão ampliada da saúde (BRAVO, 2007), para quem, a formação em saúde era fundamental.

É também um marco deste processo a Conferência Nacional de Saúde de 1986 (RELATÓRIO DA 8ª CNS, 1986), ela integra o movimento democrático de luta por saúde pública, defendendo princípios como trabalho em condições dignas, com controle dos trabalhadores sobre o processo, educação e informação plenas, além do questionamento das condições de formação de recursos humanos inadequadas.

Sua estruturação legal se dará a partir de 2003 – não por acaso, bem *depois* da Conferência Sanitária de 1974, dos debates em torno do SUS nos anos 1980 e da CF 1988, e isso está relacionado a uma sociedade em que representantes do conservadorismo têm muita força e em que os avanços sociais são tolhidos. Assim, somente no início dos anos 2000 quando estávamos em um contexto democrático, de ascensão de governo de perfil popular, foi que as pressões dos lutadores da saúde pública se concretizaram no sentido da educação permanente, como elemento fundamental na efetivação do SUS e de sua qualidade.

Como bases legais da EPS, dispomos da Resolução nº 335/2003 do Conselho Nacional de Saúde que baliza a organização de uma Política Nacional de Formação para o SUS, e da Portaria nº 198/2004 que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, além da Portaria 1996/2007 que trata de sua organização nas diferentes esferas do governo. A meta é organizar uma política nacional de formação de modo a articular necessidades dos serviços às demandas de seus trabalhadores, sempre em diálogo com o que a população solicita, estimulando sua participação e a capacidade resolutiva das instituições. A portaria recomenda, ainda, a estruturação de ações interinstitucionais e campos de formação locorregionais, na intenção de chegar ao cotidiano dos profissionais, indo além do treinamento, superando o conceito de capacitação e atualização de recursos humanos (CECCIM, 2005).

Na PNEPS (2004) ocorre a interlocução entre saúde e educação: trata-se da aprendizagem por meio do trabalho nas instituições de saúde pública. Ali foram delineados os elementos para a efetivação da política de formação de modo a identificar necessidades, qualificar a gestão e a execução, fortalecer o controle social sempre na perspectiva de impactar positivamente na atenção à saúde pública e no aprimoramento dos serviços e do SUS.

Trata-se de uma experiência inovadora de aprendizagem *na* saúde e *em* saúde, de caráter multiprofissional, interdisciplinar, transversal que valoriza diálogos democráticos e em perspectiva horizontal, no qual quem ensina aprende e vice-versa. A transformação da rede pública de saúde e do SUS em rede de ensino-aprendizagem efetivada no cotidiano do trabalho é meta desafiadora, inédita e possível, como nos diz Ceccim (2005).

Como resultado deste processo deve ocorrer a produção de conhecimento no “chão” das instituições de saúde, a partir de demandas, perguntas e reflexões nascidas do cotidiano

e das necessidades da população. Decerto, não é somente uma ação pedagógica, mas também política e ética, podendo gerar impactos positivos na vida dos sujeitos – trabalhadores e usuários – permitindo, além disso, uma melhoria na qualidade dos serviços prestados.

Este entrelaçar de demandas por aprendizado, diálogos entre os atores da política, articulação de saberes técnicos e populares formam a base de conhecimentos da EPS, política estratégica para o SUS. O caldo de cultura daí decorrentes – o aprender e o ensinar no cotidiano dos serviços – deve repercutir na dinâmica institucional e nas pessoas presentes neste processo. Mas fazer política pública, especialmente a de saúde, que é tão essencial para a vida e reprodução da força de trabalho, em um país periférico e desigual, cujas forças privatistas são muito organizadas, detentoras de poder econômico, não é tarefa simples. Neste sentido, os desafios neste campo são muitos: falta de efetivo compromisso com a EPS por parte de gestores; recursos insuficientes, inclusive humanos; dificuldades de identificação de demandas por aprendizagem; difícil preparação dos sujeitos da relação de ensino-aprendizagem; desarticulação de diferentes níveis de atenção e de instituições (SARRETA *et al.*, 2015).

Soma-se a este quadro, o frágil planejamento que coloca a EPS como uma responsabilidade de sujeitos individuais comprometidos com a proposta e não como uma atividade que compõe uma ampla política (RIBEIRO *et al.*, 2013). Tal situação enfraquece a EPS que deixa de ser ação pública, podendo ser descontinuada pela fragilidade de seus executores.

As dificuldades estruturais da política de saúde também se refletem na EPS: superlotação dos serviços, demandas em excesso, profissionais assoberbados, falta de insumos. Como pensar em formação em um ambiente precarizado, sem construí-la também de modo precarizado? Por isso, colocar a EPS nas pautas das lutas por saúde se faz fundamental, bem como torná-la evidente para a população, para que esta também possa entender sua relevância e se movimentar no sentido da sua garantia.

Posta a imensa importância da Educação Permanente em Saúde, com suas potencialidades, limitações e lutas, queremos pensar o que significa aprender de forma permanente. Para tanto, dialogamos com Canário (2001), professor português, referência no campo educacional. Canário debate o conceito de *aprendizagem ao longo da vida*, criticando-o por reduzir o ato de aprender às demandas produtivas, com vistas à empregabilidade. Sob outro prisma o autor apresenta o termo *aprendizagem permanente*, fundamentado política e filosoficamente em movimentos democráticos coletivos por direito ao conhecimento, à arte e à cultura. Tal experiência vai além da escola e faz diálogo com a educação popular. Este formato começou a ser debatido e experimentado inicialmente na Itália no início dos anos 1970, em um contexto de intensa movimentação por democracia, direitos e de crescente organização política dos trabalhadores (CANÁRIO, 2001). Neste marco, a aprendizagem permanente se coloca num patamar menos produtivista, de mais autonomia, vinculada às necessidades da vida, da arte, da cultura de modo a considerar as necessidades dos trabalhadores. Relacionamos esta ideia ao que alguns autores chamam de *aprendizagem significativa crítica* na saúde. Em que aprendizagem significativa parte do princípio de que todos sabemos algo e partimos deste algo para continuar aprendendo. Assim, o conhecimento prévio e o novo interagem e se enriquecem, de modo que o que já se sabia antes adquire novos significados e elaboração (MOREIRA, 2005). A este conceito Moreira

acrescenta a ideia de subversividade, considerando que todo conhecimento deve ser transformador.

Tais conceitos podem ser trazidos para a EPS. Dialogando com Sarreta (2009), entendemos que existem duas visões em disputa: a primeira caracterizada como formação tecnicista, de cima para baixo, ministrada por supostos especialistas, que desconsidera saberes da base da instituição e da população. Em outra perspectiva, encontramos a construção de uma educação horizontal, que valoriza saberes populares e institucionais de modo a construir uma prática educativa *significativa* e com sentido para quem ensina e quem aprende, e queremos associá-la ao conceito de *aprendizagem permanente* destacada por Canário (2001). É preciso reconhecer tais conceitos e disputas e lutar por uma EPS *significativa e permanente*.

Por fim, queremos construir diálogos entre a EPS e o trabalho das assistentes sociais. Neste sentido, resgatamos a ideia que atravessa o conjunto CFESS-CRESS sobre o compromisso da profissão com a formação profissional e o aprendizado permanente, expressos em documentos diversos, inclusive em nosso Código de Ética Profissional (1993), tendo como horizonte o compromisso com a qualidade dos serviços prestados, conforme previsto em nosso Projeto Ético Político.

Além disso, resgatamos a proximidade entre nosso projeto e aquele que defende a Reforma Sanitária e o SUS, entendendo-os irmanados na defesa dos direitos humanos e de uma sociedade com justiça social. Neste sentido, a associação entre ética, política, defesa dos direitos, inclusive de acesso à educação, articulados à dimensão pedagógica da profissão e o compromisso com a formação permanente com vistas à prestação de serviços de mais qualidade, ficam evidenciados tanto na EPS quanto nos fundamentos da formação em Serviço Social.

Dialogando com os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde do CFESS (2008) entendemos a importância de aprofundar o papel da profissão para atuar sobre as diversas expressões da questão social neste campo, produzindo inclusive investigações, dados e reflexões que podem (e devem) ser compartilhadas neste percurso. Neste sentido, as assistentes sociais possuem lugar especial na EPS por sua importante contribuição no entendimento de quem é a população usuária, quais são as expressões da questão social que vivenciam e que impactam na sua saúde, em suas condições de vida e de trabalho, suas demandas, potencialidades, seus saberes, sua cultura e sobre o papel do SUS em suas vidas, por exemplo. Tais reflexões podem ser compartilhadas e ampliadas por meio da EPS, qualificando o trabalho e quiçá, propiciando às equipes de saúde um melhor entendimento da realidade da população usuária, melhorando a atenção prestada. No contexto da pandemia este papel ganha destaque especial, já que a atenção em saúde e o SUS foram percebidos como fundamentais.

Assim, a máxima popular “vivendo e aprendendo” (e acrescentamos, nos serviços de saúde) pode ser resgatada e enriquecida na experiência multiplicadora de saberes que reconhece o trabalhador da saúde como um educador. Retomando a pergunta feita inicialmente, educar para quê e a quem: a EPS deve acontecer democraticamente, pela qualidade dos serviços, com os trabalhadores e com a população usuária e para eles. Portanto, desenvolver atenção em saúde e transformar a realidade de forma ética, técnica e política são ações conectadas que fazem o que Mészáros (2005) define como objetivo da educação: responder às demandas do nosso tempo. A EPS pode ser um importante elemento deste objetivo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BERTOLLI, C. F. História da Saúde Pública no Brasil. Coleção História em Movimento. São Paulo: Editora Ática, 2000.
- BRASIL. Relatório da Oitava Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/relatorios-cns/1492-relatorio-final-da-8-conferencia-nacional-de-saude>>. Acesso em 1º de nov. de 2022.
- _____. Presidência da República. Casa Civil. Constituição Federal de 1988. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em 1º de nov. de 2022.
- _____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES / Departamento de Gestão da Educação na Saúde – DEGES. PNEPS. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Disponível em: <politica-nacional-de-educacao-permanente-em-saude-o-que-se-tem-produzido-para-o-seu-fortalecimento_web-2.pdf> (www.gov.br)>. Acesso em 1º de nov. de 2022.
- _____. Resolução CNS n. 335/2003 que aprova a Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2003/res0335_27_11_2003.html>. Acesso em 1º de nov. de 2022.
- _____. Portaria 198/2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em: <https://www.normasbrasil.com.br/norma/portaria-198-2004_188196.html>. Acesso em 1º de nov. de 2022.
- _____. Portaria 1996/2007. Dispõe sobre a implantação da PNEPS. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html>. Acesso em 1º de nov. de 2022.
- BRAVO, M. I. Serviço Social e reforma sanitária. Lutas políticas e práticas profissionais. São Paulo: Cortez, 2007.
- CANÁRIO, R. A aprendizagem ao longo da vida. Análise crítica de um conceito e de uma política. In: Psicologia da Educação. Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados da PUC SP. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/psicoeduca/article/view/41384>>. Acesso em 1º de nov. de 2022.
- CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação da capacidade pedagógica da saúde. In: Revista Ciência e Saúde Coletiva. Disponível em: <<https://scielosp.org/article/csc/2005.v10n4/975-986/pt/>>. Acesso em 1º de nov. de 2022.
- FREIRE, P. Educação como prática de liberdade. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1985.
- MÉSZÁROS, I. A educação para além do capital. São Paulo: Boitempo Editorial, 2005.
- MOREIRA, M. A. O que é, afinal, a aprendizagem significativa? Disponível em: <<http://moreira.if.ufrgs.br/oqueefinal.pdf>>. Acesso em 1º de nov. de 2022
- RIBEIRO, H. M. C. B.; ANDRADE, A. C.; VILANOVA, M. C. C.; PETROLA, K. A.; ZAPAROLI, W. Desafios da política de Educação Permanente em saúde: Formação

- profissional para consolidação do SUS. In: Anais VI Jornada Internacional de Políticas Públicas, JOINPP. UFMA, Maranhão, agosto de 2013. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo15-impasesedesafiosdaspolicasdeeducacao/pdf/desafiosdapoliticadeeducacaopermanenteemsaude.pdf>>. Acesso em 1º de nov. de 2022.
- SARRETA, Fernanda. Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 248 p. ISBN 978-85-7983-009-9. Available from SciELO Books.
- SARRETA, F.; ETO, S.; BRENTINI, D. C.; NOGUEIRA, D. O.; BISCO, G. C. B. Serviço Social e Educação Permanente em Saúde: a potencialidade para integração ensino-serviço. In: REFACS. Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social, v. 4, n. 01, pp. 17-25, 2016. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/journal/4979/497950105003/html/>>. Acesso em 1º de nov. de 2022.
- SAVIANI, D. Trabalho e Educação. Fundamentos ontológicos e históricos. In: Revista Brasileira de Educação, v. 12 n. 34 jan./abr. de 2007.

ESTADO

Silene de Moraes Freire

Com frequência as palavras Estado e governo são utilizadas como sinônimas, entretanto, elas são distintas e executam papéis diferentes no campo teórico e político. A diferenciação entre os termos, embora ainda seja bastante comum confundi-los, é fundamental. Governo refere-se a uma das partes que compõem o Estado, como se fosse sua divisão administrativa. O governo administra o Estado por meio da formulação e implementação de medidas que levam em conta as dinâmicas do país. O governo não ocorre em uma única esfera, por isso temos no Brasil os governos federal, estaduais e municipais.

Em grande parte das enciclopédias encontramos significados que modernamente definem a palavra Estado como a maior organização política que a humanidade conhece: ela se refere quer ao complexo territorial e demográfico sobre o qual se exerce uma dominação (isto é, o poder político), quer à relação de coexistência e de coesão das leis e dos órgãos que dominam sobre esse complexo. Portanto, entende-se o Estado como um agrupamento de pessoas que vivem num território definido, organizado de tal modo que apenas algumas delas são designadas para controlar, direta ou indiretamente, uma série relativamente restrita de atividades desse mesmo grupo, com base em valores reconhecidos e muitas vezes com base apenas na coerção. Em suma, o Estado é um poder político que se exerce sobre um território e um conjunto demográfico (isto é, uma população, ou um povo); sendo a maior organização política que a humanidade conhece. Tal definição é em alguns aspectos muito ampla e em outras muito restritas.

No Estado estão presentes os seguintes elementos: poder político (governos), povo, território e independência. É necessária a presença desses elementos para que se possa falar de Estado. Desta forma, podemos distinguir o Estado com relação a outras entidades políticas como as colônias dependentes, as Nações Unidas, a Igreja Católica e tantos mais. O Vaticano, por exemplo, não é um Estado no verdadeiro sentido da palavra, mas o é por convenção, no sentido de que dispõe de poder e de um território (embora pequeno, mas isso não tem importância), embora não tenha um povo. Essa é apenas uma descrição externa do Estado, não é uma explicação de sua natureza intrínseca.

A definição de Estado que nos interessa é a definição de Estado Moderno – o Estado unitário dotado de um poder próprio independente de quaisquer outros poderes – que começa a nascer na segunda metade do século XV na Inglaterra, França e Espanha; posteriormente alastra-se por outros países europeus, entre os quais, muito mais tarde, a Itália.

Após a formação dos Estados no sentido moderno da palavra surgem também as reflexões sobre o Estado. Já em 1500 Nicolau Maquiavel, que é o primeiro a refletir sobre o Estado moderno, na obra *O Príncipe*, analisa a Dominação (poder) sobre os homens. Ou melhor, a dominação que é mais exercida sobre os homens do que sobre o território.

Uma característica importante diferencia o Estado moderno em relação àquele da Idade Média. O Estado medieval é prioridade do senhor, é um Estado patrimonial: é patrimônio do monarca, do marquês, do conde, do barão etc. O senhor é dono do território,

bem como de tudo o que nele se encontra (homens e bens); pode vendê-lo, dá-lo de presente, cedê-lo em qualquer momento, como se fosse uma área de caça reservada. No Estado Moderno, preconizado por Maquiavel, existe uma identificação absoluta entre o Estado e o monarca, o qual representa a soberania estatal (GRUPPI, 1985).

Maquiavel, ao refletir sobre a realidade de sua época, elaborou não uma teoria do Estado Moderno, mas sim uma teoria e uma técnica da política entendida como disciplina autônoma, separada da moral e da religião. Maquiavel funda uma nova moral que é a do homem que constrói o Estado.

Se o Estado Moderno tem sua fundamentação a partir da obra de Nicolau Maquiavel, é indubitável que o Contrato Social é a grande narrativa em que se funda a obrigação política capaz de complementar a teoria moderna de Estado. O Contrato é uma obrigação complexa e contraditória porque foi estabelecida entre homens livres para minimizar e maximizar a liberdade. O Contrato Social é, assim, a expressão da tensão dialética entre a regulação social e a emancipação social que se reproduz pela polarização constante entre a vontade individual e a vontade geral, entre o interesse particular e o bem comum.

O procedimento lógico que estabelece o caráter inovador da sociedade civil reside, como é sabido, na contraposição entre o Estado e o estado de natureza, ou estado natural. Não surpreende, pois, que as diferenças bem conhecidas na concepção do Contrato Social entre Thomas Hobbes, John Locke e Jean-Jacques Rousseau se espelhem em concepções distintas do estado de natureza. Quanto mais violento e anárquico é o estado de natureza, maiores são os poderes investidos no Estado resultante do Contrato Social. As diferenças a este respeito, entre os contratos dos jusnaturalistas (teóricos dos direitos naturais) como Hobbes, por um lado, e Locke e Rousseau, por outro, são enormes. Comum a todos eles, no entanto, é a ideia de que a opção de abandonar o estado natural para constituir a sociedade civil e o Estado moderno é uma opção radical e irreversível. Segundo estes pensadores, a modernidade é problemática e plena de antinomias, entre coerção e consentimento, entre igualdade e liberdade, entre soberano e cidadão, entre direito natural e direito civil.

O Contrato Social é a metáfora fundada na racionalidade social e política da modernidade ocidental. Os critérios de inclusão/exclusão que ele estabelece vão ser o fundamento da legitimidade da contratualização das interações econômicas, políticas, sociais e culturais. A abrangência das possibilidades de contratualização tem como contrapartida uma separação radical entre incluídos e excluídos. A lógica operativa do Contrato Social está, assim, em permanente tensão com a sua lógica de legitimação. Em cada momento ou corte sincrônico, a contratualização é simultaneamente abrangente e rígida. Diacronicamente, é um campo de lutas sobre os critérios e os termos da exclusão e da inclusão que pelos seus resultados vão refazendo os termos do contrato.

É o Contrato Social a primeira forma de regulação das relações sociais cujo aprimoramento guiará a existência da esfera pública e das políticas públicas. A partir do jusnaturalismo a questão do direito se coloca como fundamental e deve ser garantida pelo Estado. Ou melhor, a natureza manipuladora do direito passa a ser a sustentação jurídica dos interesses do capitalismo.

Hegel será o crítico mais impiedoso a lógica do Contrato Social. Desde o início da *Filosofia do Direito*, anuncia querer compreender o Estado como uma coisa racional em si que não tem nada a ver com a razão defendida pelo Contrato Social. Ao se opor à teoria do

Contrato Social Hegel destaca que o Estado fundamenta-se em si mesmo, em sua própria substancialidade. Não é o resultado do acordo de vontades dos indivíduos como os contratualistas defendem. Não é, tampouco, uma instância que encontra limites na moralidade individual – o Estado é um momento dialético superior ao plano da moralidade e da individualidade. O Estado, para Hegel, não será uma instância que universalmente instaure um só conteúdo jurídico inexorável – um direito natural eterno e universal nos moldes modernos kantianos –, mas será o elemento processual de organização da própria vida do povo. O Estado é uma individualidade com seus próprios interesses e necessidades históricas.

Com Hegel, o Estado consolida bases ainda mais rigorosas e modernas, deixando este de ser um poder unitário e concentrado, totalitário e absoluto, superando a perspectiva contratualista do jusnaturalismo vigente ao seu tempo. Hegel representa o pensamento, e ele próprio, mais importante da reação ao pensamento político do século XVIII – e ao jusnaturalismo. Em sua concepção o Estado passa a ter caráter essencial, institucional e organizativo na sociedade, fruto de um projeto racionalizado da humanidade em torno do próprio destino.

A noção de Estado de Hegel implica em uma compreensão do homem e dos elementos que o expressam. De um lado, o homem é animal, um objeto material, exteriorizado sob a dominação das leis da natureza. De outro lado, o homem é um ser espiritual – razão externa, materializada no tempo e no espaço. Com o homem começa o espírito. No momento da natureza a ideia estava, em certa medida, sem condições de se manifestar porque a pura exterioridade jamais seria condição de manifestação do que é pura interioridade e subjetividade. É na transição do estado de natureza que o espírito se manifesta.

A principal efetivação desse pensamento anterior é, sem dúvida, a Revolução Francesa, lastreada na separação dos poderes, na liberdade e no liberalismo e, ainda, na igualdade e afirmação política individual. Hegel subverte esse pensamento.

Sem entendermos o argumento hegeliano sobre a neutralidade, universalidade que a racionalidade garante ao Estado, jamais entenderemos como Karl Marx desfaz a argumentação de Hegel ao mencionar que não é o Estado que constrói a sociedade civil, mas justamente o contrário. O primeiro trabalho mais extenso que Marx escreveu depois de sua tese de doutorado, ou seja, a *Crítica da filosofia do direito de Hegel* (1843) está, em grande medida, relacionado com o Estado.

Mesmo sem jamais ter empreendido uma análise sistemática sobre o Estado, o tema é um conceito de grande relevância em muitas das obras de Karl Marx, que considera o Estado como a instituição que, acima de todas as outras, tem como função assegurar e conservar a dominação e a exploração de classe. Tal concepção clássica de Estado está expressa na famosa formulação de Marx e Engels no *Manifesto comunista*: “O executivo do Estado moderno nada mais é do que um comitê para a administração dos assuntos comuns de toda a burguesia.” Notadamente em seus escritos históricos, como por exemplo, *As lutas de classe na França de 1848 a 1850* (1850), o *Dezotoito de Brumário de Luís Bonaparte* (1852) e *A guerra civil na França* (1871) a visão de Estado também aparece de modo nítido. Engels também tratou do assunto não apenas junto com Marx, como em obras individuais. Contudo, um dos textos sobre Estado, mais famosos da tradição marxista, é de autoria do comunista russo

Vladimir Lenin. No livro escrito às vésperas da revolução bolchevique, intitulado *O Estado e a Revolução* (1917), Lenin pretendeu restabelecer o que ele chama de “a verdadeira doutrina de Marx sobre Estado”, contrapondo-se ao que ele considerava como a deformação desta pelo “revisonismo” da Segunda Internacional. Portanto, Lenin não contemplou a possibilidade de renovar, acrescentando novas determinações ao conceito histórico-materialista do Estado. Para ele é importante conceber o Estado do mesmo modo que Marx e Engels o haviam feito em 1848-1850. Para Lênin, a essência do Estado capitalista reside em seus aparelhos coercitivos e repressivos. Por isso a substituição desse Estado pelo Estado proletário é impossível sem uma revolução violenta. Obviamente, tal concepção liga-se à circunstância de que o autor de *O Estado e a revolução* encontra-se na Rússia czarista que possui concretamente um dos Estados mais restritos do seu tempo.

Se ampliarmos nossas reflexões perceberemos que não foram poucos os autores da tradição marxista que se ocuparam da questão do Estado, basta lembrar, por exemplo, os componentes da escola “austromarxista”, que se manifesta, antes de mais nada, como crítica à tendência de Lenin e dos bolcheviques em universalizar/generalizar as características da Revolução de 1917 como estratégia de transição ao socialismo. Entretanto, o maior destaque e notoriedade no debate sobre Estado podem ser atribuídos ao italiano Antonio Gramsci. Foi com Gramsci, que se encontrava numa época histórica e num âmbito geográfico onde já havia operado uma maior materialização do fenômeno estatal e da socialização da política que temos uma ampliação dialética dos novos elementos que repõem e transfiguram os acréscimos de novas determinações do Estado. A ampliação do conceito marxista de Estado, em Gramsci, se dá na definição do conceito de sociedade civil (arena privilegiada da luta de classes). Sendo o Estado resultante da sociedade política mais a sociedade civil. Ou seja, hegemonia revestida de coerção. É no âmbito da sociedade civil que as classes buscam exercer sua hegemonia, ou melhor, buscam aliados para os seus projetos através da direção e do consenso, segundo Gramsci (COUTINHO, 1996).

A infraestrutura econômica determina estruturas jurídico-políticas que muitas vezes incorporam parques direitos reivindicados pelas lutas da classe trabalhadora com o objetivo de reduzir tensões e constituir um nível de legitimidade cujo objetivo é reproduzir os interesses da classe dominante, reprodução esta que em sua essência se faz através da reprodução da força de trabalho e da reprodução dos trabalhadores. Portanto, a análise da reprodução da força de trabalho não pode prescindir da análise da ação do Estado. Não por acaso, a centralidade da compreensão do Estado desfruta de imenso poder nas sociedades capitalistas. Sendo também através da sua compreensão que a classe trabalhadora pode definir suas estratégias revolucionárias em cada contexto histórico.

Na batalha de ideias que circunda o tema, alguns autores não críticos concebem o Estado, sobretudo no seu âmbito jurídico, adotando argumentos para “solucionar” a histórica questão filosófica. Para “sanar” esse debate, Hans Kelsen, por exemplo, lança mão da interpretação do Estado como fenômeno jurídico apenas, destruindo toda a noção de totalidade em nome do que definiu como ciência jurídica e não política. Através de uma grande manipulação no plano teórico que define o Estado como lócus jurídico, sendo o direito o elemento central impermeável e indiferente aos interesses de classe, a teoria de Kelsen se propôs a explicar o direito em sua “pureza” fechado em si mesmo. Em consequência dessa interpretação, temos um Estado fundamentado como pessoa jurídica, portanto, como corporação. Segundo o autor, o que diferencia o Estado de outra

corporação qualquer é o fato de esse ser regido por uma ordem jurídica nacional – em contraste a uma ordem internacional. O Estado é a personificação da comunidade constituída por esse conjunto de normas jurídicas nacionais. Em busca da pureza do direito, Kelsen se afasta de qualquer critério de valor, constituindo a teoria geral do direito positivo. Seu livro *Teoria geral do direito e do Estado* (2005) se insere nos cânones da escola juspositivista, exercendo imensa influencia na concepção de Estado. O fetiche em torno do Estado garantidor de direitos, fundamentado em elementos do positivismo, alcança seu ápice na modernidade, através da manipulação prática e teórica cada vez mais ampliada de uma realidade que é plena de contradições e interesses inconciliáveis das classes.

O entendimento e o debate sobre o Estado exigem um grau de reflexão e estudo que não se esgotam nesse verbete. A compreensão de Estado que fundamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) não é neutra, possui elementos da correlação de forças oriunda dos interesses antagônicos entre as classes sociais em diferentes momentos históricos, mas também nos obriga a resgatar a ordenação que o Estado representa através de um poder soberano institucionalizado, que tem por fim a regulamentação global das relações sociais entre os membros de uma dada população sobre um dado território. Sendo a Constituição o conjunto de normas que organizam os elementos constitutivos do Estado mencionados no início.

Se o Estado moderno é fruto de muitas fundamentações, a sua forma refere-se ao modo de exercício do poder político em função do território: se há unidade de poder sobre o território, tem-se o chamado Estado Unitário, se o poder se reparte no espaço territorial por várias instâncias governamentais regionais, tem-se uma forma de Estado chamada Federação. Que é a forma administrativa que se dá nas várias instâncias de governos. Isso não significa um equívoco das explicações marxistas do Estado. Ao contrário, nos obriga entender que a produção e a reprodução da força de trabalho são processos constitutivos do capital. As estruturas econômicas são determinantes no capitalismo, o ponto de partida do capital é a existência no mercado de uma força de trabalho livre, e a sua continuidade depende da continuidade desta força de trabalho no mercado. Mas, neste modo de produção, o que impede ainda mais a compreensão desta lógica são as estruturas estatais-jurídicas e políticas.

O processo de construção do SUS é compartilhado pelos três níveis de governo. A descentralização das políticas de saúde vem se realizando de forma gradual e heterogênea no país em função de diversas dificuldades, tais como: as diversidades regionais; a fragilidade das bases de financiamento para a saúde; os embates políticos em busca de mais recursos em nome da saúde, muitas vezes desvinculados de sua aplicação em áreas sociais predeterminadas; a desarticulação nos processos de planejamento e coordenação entre as três esferas de governo; entre outras. São poucos os avanços do federalismo, apesar do peso histórico da tradição unitária no Brasil.

A necessidade de sair do quadro de centralização instaurado durante o regime militar levou à necessidade de novamente repensar o federalismo brasileiro, resultado de vários limites históricos em nossa sociedade. O investimento teria de ser considerável, aspecto que não ocorreu. A Constituição de 1988 caracteriza-se pelo chamado federalismo de equilíbrio, no qual as competências federais e estaduais são dosadas de modo a equilibrar o ordenamento central e os ordenamentos parciais (HORTA, 1995), fundamentando-se na técnica da enumeração dos poderes da União, com poderes remanescentes para os governos estaduais. Vale observar que a noção de descentralização administrativa não coincide com a

de autonomia local. É a descentralização política que caracteriza o federalismo e a real autonomia dos entes federativos (ROVERSI-MONACO, 1993).

A promulgação da Constituição Federal de 1988, que instituiu o SUS, trouxe em seu texto as contradições de um processo de transição, avançando na ordem social, mas também incorporando interesses corporativos e cartoriais. Para Netto (1999, p. 91), “continuamos vivenciando uma grande centralização de poder normativo nas mãos da ordem jurídica central, o que acaba por implicar numa excessiva centralização de poder, de todo prejudicial ao regime federativo de Estado”. No caso da saúde, como vimos, a competência é concorrente e, sempre que a competência é concorrente, à União cabe apenas fixar normas gerais. A Constituição de 1988 conferiu maior autonomia a Estados e Municípios e apontou genericamente as diretrizes da descentralização dos serviços, mas não definiu claramente, de início, as competências de cada esfera de governo e os mecanismos de transferências de recursos, comprometendo a descentralização. As metas a serem perseguidas para a consolidação e o aprimoramento do SUS não são poucas e exigem a consolidação do caráter público da gestão do sistema e a retomada do papel do Estado no SUS, para torná-lo agente ativo na supervisão, avaliação, controle e fomento da política de saúde. Como o SUS tem que lidar com uma série de questões que, de forma direta ou indireta, dizem respeito à saúde, isso significa que é preciso contar com uma gama muito variada de profissionais. O artigo 13 da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) destaca algumas das atividades essenciais para o funcionamento do SUS que exigem que uma equipe de profissionais da saúde seja constituída. O assistente social se enquadra nessa equipe e adquire espaço entre as profissões necessárias para constituição das intervenções desse Sistema.

É importante destacar que a presença dos assistentes sociais no domínio da saúde é muito importante, uma vez que, conforme observa Costa (1998), a inserção destes profissionais no conjugado dos métodos de trabalho, destinados a produzir serviços para a população é mediatizada pelo reconhecimento social da profissão, e por um conjunto de necessidades que se definem, a partir das condições históricas, sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil. Como profissionais desta área, é fundamental que o assistente social saiba identificar as tensões e conflitos do sistema, que incidem sobre as principais contradições da saúde pública no país.

O trabalho do assistente social no SUS é determinado por diferentes concepções que incluem não só a visão de saúde prevalecente no Sistema e as condições objetivas da população usuária dos serviços, como também se ancoram na concepção de Estado que permeia essa relação e exigem a mobilização para sua efetivação. Nesse ponto, é importante registrar que “na prática a teoria não é outra”. Ninguém transforma o que não conhece, é preciso conhecer para transformar. Entender que o Estado não é neutro, não é universal, não garante direitos por sua natureza jurídica burocrática, mas sim pela conquista das lutas da classe trabalhadora. Ignorar a dimensão política, econômica e social do processo saúde/doença é ignorar a própria essência da necessidade de execução plena do SUS. Como profissionais desta área, os desafios do assistente social são imensos e exigem uma qualificação constante que seja capaz de decifrar a lógica da realidade em que se insere, na procura do fortalecimento da viabilização das políticas sociais. Afinal, a saúde é um direito de todos e dever do Estado, que precisamos construir.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social – CFESS. Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde – Versão Preliminar. Brasília: março de 2009.
- BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. As Políticas de Seguridade Social Saúde. Brasília: UnBCEAD/ CFESS, 2000.
- CHÂTELET, F. *et al.* História das Ideias Políticas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.
- CHEVALIER, J.J. As grandes obras políticas de Maquiavel a nossos dias. Rio de Janeiro: Agir, 1980.
- COSTA, M. D. H. da C. O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos (as) Assistentes Sociais. São Paulo: Cortez, 1998.
- COUTINHO, C.N. Marxismo e Política. A dualidade de poderes e outros ensaios, 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1996.
- GRUPPI, L. Tudo Começou com Maquiavel. As Concepções de Estado em Marx, Engels, Lênin e Gramsci. Porto Alegre: L&PM, 1985.
- HORTA, R. M. Pacto federativo e constituições federais. Revista do Instituto dos Advogados de Minas Gerais, n. 5. Belo Horizonte: Instituto dos Advogados de Minas Gerais, 1999.
- _____. Estudos de Direito Constitucional. Belo Horizonte: Del Rey, 1995.
- HELLER, H. Teoria do Estado. São Paulo: Editora Mestre Jou, 1968.
- KELSEN, H. Teoria geral do direito e do Estado, 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- LARIVALLE, P. A Itália no Tempo de Maquiavel. São Paulo: Companhia das Letras, 1988.
- MAQUIAVEL, N. O. Príncipe (várias edições brasileiras)
- MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). Agir em Saúde – um desafio para o público. Saúde em Debate – Série Didática. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MOTA, A. E. *et al.* Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional, 2. ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007.
- NETTO, A. L. B. Competências legislativas dos Estados-Membros. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1999.
- NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2007.
- ORTIZ, A. F.; LEVITTE, A. T. Serviço Social no Sistema Único de Saúde (SUS). In: Revista Maiêutica, Indaial, v. 4, n. 01, p. 87-93, 2017.
- ROVERSI-MONACO, F. Descentralização e Centralização. In: Bobbio, N.; Matteucci, N.; PASQUINO, G. Dicionário de Política. Brasília: Edunb, 1993.

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Eliane Martins de Souza Guimarães

No processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2006) apresentou a estratégia de Saúde da Família como orientação governamental para reorganização do modelo assistencial da saúde. A Atenção Básica caracteriza-se por “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2006, p. 10).

A Saúde da Família¹ orienta-se pelo caráter substitutivo em relação à rede de atenção básica tradicional, a atuação no território, com atividades realizadas com base no diagnóstico situacional tendo como foco a família e a comunidade, a integração com instituições e organizações sociais e atuação como espaço de construção de cidadania (BRASIL, 2006, p. 18).

No entanto, as condições em que a Saúde da Família é implementada devem ser analisadas em suas contradições, a partir do contexto político e as repercussões do neoliberalismo nas políticas sociais no cenário mundial e local, questionando a direção que esta assume diante das contrarreformas e da disputa hegemônica na política e projetos de saúde no Brasil (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 10). É preciso considerar que a proposta tem se configurado situada entre reformas progressistas – vinculadas aos ideais das Reformas Sanitárias – e as contrarreformas – focalizadas, vinculada às reformas de ajustes neoliberal –, o que contribui para os diferentes caminhos que o modelo tem percorrido.

A Saúde da Família possui em sua história uma relação de dualidade entre a ampliação da forma de conceber e organizar os serviços de saúde e a focalização da oferta e da prática assistencial. A perspectiva da saúde centrada na doença alcançou hegemonia na política de saúde ao atingir suas diversas esferas – desde a concepção, formação, prestação de serviços, a organização dos sistemas de saúde e de um mercado –, construindo assim uma cultura em torno da doença. A perspectiva apresentada em contraposição retoma a vinculação das demandas sociais à saúde, através da defesa de uma concepção de saúde ampliada na qual a atenção primária, a família e a comunidade, se estabelecem como diretrizes estratégicas.

A reorganização dos serviços se deu por meio da defesa da Atenção Primária a Saúde (APS) e da Promoção da Saúde, em um cenário de difusão do ideário neoliberal, permeada por estratégias difundidas por organismos internacionais que influenciaram os sistemas de saúde. Destaca-se o papel da conferência de Alma Ata em 1978 como referência para a reorganização dos sistemas de saúde e estratégia para o alcance da meta “Saúde para todos no ano 2000”. Como expressão de diversas experiências, a declaração orientou a reorganização dos serviços de saúde e estabeleceu a APS como “porta de entrada para os sistemas de saúde” (STARFIELD, 2002, p. 207). Como resultado da movimentação em

¹ Considerando as diferentes nomenclaturas já utilizadas para o serviço – PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), PSF (Programa Saúde da Família), ESF (Estratégia de Saúde da Família), Médico de Família, Clínica da Família e outras denominações locais –, além do debate entre o uso dos termos Atenção Básica e Atenção Primária, optamos por utilizar o termo Saúde da Família para caracterizar o serviço.

torno da temática, a Carta de Ottawa, fruto da Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em 1986, trouxe o debate sobre a promoção da saúde que se ampliou nos anos que se seguiram, incorporando novas demandas com realização de novas conferências (BRASIL, 2010).

No Brasil, marcado por ações de saúde pública de caráter campanhista e de assistência de caráter previdenciário, a atenção à saúde voltada para o atendimento primário e preventivo foi construído por meio de experiências locais. As ações comunitárias que buscavam superar o caráter desenvolvimentista, pautando a dimensão social do processo saúde-doença, influenciaram o Movimento de Reforma Sanitária e evidenciaram a demanda pela descentralização dos serviços, hierarquização, regionalização e reorientação dos gastos públicos, fomentando o debate sobre a Saúde da Família no SUS (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi implantado em 1991 com caráter seletivo e focalizado, atendeu inicialmente as regiões Norte e Nordeste em áreas rurais e periféricas, com enfoque em situações de alto risco para doenças infecciosas e desnutrição. A experiência do PACS se estendeu a todo o território brasileiro no governo Fernando Henrique Cardoso, através do Programa Saúde da Família (PSF) instituído pela Portaria MS 692/93. Inicialmente voltado para atender pequenos municípios e absorver a demanda reprimida por atendimento de saúde, passou a ser incentivado pela Norma Operacional Básica de 1996 (NOB SUS 01/06), que colocou a Atenção Básica como primeiro nível de atenção e estabeleceu o Piso da Atenção Básica (PAB) como um novo modelo de transferência de recursos financeiros. No entanto, permaneceu voltado para áreas muito pobres com restrição de acesso aos serviços de saúde, mantendo o caráter focalizado.

A Saúde da Família passa a ser concebida como estratégia pelo Ministério da Saúde (MS) no documento intitulado Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial (Brasil, 1997). Tal perspectiva busca estabelecer o serviço como porta de entrada do sistema de saúde, preconizando o atendimento realizado por equipe multiprofissional.

A expansão da cobertura da Saúde da Família ocorreu nos anos 2000 sob a indução do MS por meio do PAB variável que prevê pagamentos adicionais por equipe em funcionamento. Em 2003, passou a ser apoiado pelo Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf), a partir de financiamento internacional, visando a organização e o fortalecimento da atenção básica em grandes centros urbanos. Em 2011, foi criado o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que instituiu o PAB variável relacionado ao desempenho das equipes (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 526).

No processo de expansão nos governos Lula, foi instituída através da Portaria 648/GM de 28 de março de 2006 a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que estabeleceu a Saúde da Família como uma estratégia de reorganização do modelo assistencial da saúde, voltado para a atenção integral através da promoção e prevenção e porta de entrada para o SUS. A Saúde da Família, como estratégia, propõe um modelo de atenção no qual o usuário é visto de uma forma integral, com ênfase no contexto familiar e comunitário, buscando facilitar o acesso dos usuários ao sistema de saúde e a extensão da cobertura na tentativa de garantir a qualidade da assistência de forma humanizada.

Segundo a PNAB (2006), o atendimento nas Unidades de Saúde da Família passa a ser realizado tendo como referência a área de abrangência, com cobertura de cerca de 1.000 famílias para cada equipe. As áreas são divididas em microáreas e atendidas por uma equipe mínima, composta por médico de família, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, a equipe pode contar com profissionais de saúde bucal. No processo de trabalho, são adotados recursos como visita domiciliar, grupos educativos e consultas como estratégias de assistência à saúde. As atividades são realizadas com a priorização de grupos como hipertensos, diabéticos, idosos, recém-nascidos, combate à tuberculose e hanseníase, saúde da mulher, entre outros.

Sobre o processo de trabalho, Paim (2008, p. 168-169) indica algumas perspectivas e racionalidades na organização dos serviços de saúde, que passam a ter grande incidência nas formulações da Saúde da Família como as noções de regionalização, hierarquização, participação comunitária, multiprofissionalidade, tecnologias (materiais e não materiais), vigilância da saúde, a reatualização do debate sobre promoção da saúde, qualidade de vida e humanização do cuidado.

Com a ampliação da demanda de atendimento, em 2008 foi constituído o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), a partir da Portaria 145/2008. O NASF é configurado por equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (ESF), com o apoio matricial às equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e o Programa Academia da Saúde. Com uma composição ampla de profissionais da área da saúde, os assistentes sociais têm composto as equipes, sendo uma das categorias mais requisitadas.

A PNAB foi revisada em 2011, pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que estabeleceu novas diretrizes para organização da Atenção Básica, para a ESF e PACS e regulamentou o NASF.

A implantação da Saúde da Família em todo o país proporcionou importantes avanços diante da perspectiva biomédica, curativa e hospitalar. No entanto, apresenta contradições e limites, já que seu caráter focalista, colocou em questionamento sua possibilidade de promover mudanças na totalidade do sistema de saúde. A estratégia que se projetou com a prerrogativa de atuar como porta de entrada, não conseguiu estabelecer uma rede de referência, e tem se constituído como porta de retenção, seja em grandes ou em pequenos municípios (GIL, 2006; PIRES; GOTENS, 2009).

As contradições também são postas entre as perspectivas para o modelo de atenção básica/primária, que vão influenciar a construção da proposta de Saúde da Família no Brasil, favorecendo uma ou outra tendência (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

No processo de trabalho, é preciso considerar que o investimento no atendimento à família e comunidade em si não torna a proposta progressista. A análise da abordagem familiar e comunitária revela que a Saúde da Família também pode ser permeada por perspectivas e práticas com tendência conservadoras, deslocadas das determinações sociais do processo saúde-doença (GUIMARÃES, 2017).

Em 2016, com a destituição de Dilma Rousseff da presidência da república, Michel Temer assume uma perspectiva liberal, com ajuste fiscal, privatizações, reforma trabalhista e a aprovação da PEC 241/55. Ainda no governo interino, o ministro da Saúde, Ricardo Bastos, anunciou a criação de um grupo de trabalho para elaborar um projeto de Plano de Saúde Popular, chamado de Plano de Saúde Acessível. Em agosto de 2017, é proposto pelo

MS a revisão da PNAB, que foi aprovada em 30 de agosto de 2017, pouco mais de um mês após tornar-se oficialmente pública.

Os impactos da nova PNAB (2017) atingem o financiamento, a composição das equipes e o modelo dos serviços. Para Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018) a nova PNAB aponta a ruptura com a sua centralidade, instituindo novas formas de financiamento que não contemplam as equipes multiprofissionais, a diferenciação de ações e serviços “legitimando sua configuração como uma política focalista e restrita a populações mais vulneráveis ou agravos mais comuns, limitando-se a oferta do mínimo do mínimo no que consta aos serviços oferecidos à população” (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 16).

As análises sobre os impactos da nova PNAB (2017) vão apontar elementos de continuidade, descontinuidade e possíveis agregações. Sinaliza-se a diminuição dos ACS e mudança de seu perfil, bem como a priorização da chamada AB tradicional em detrimento da ESF, que em uma conjuntura de crise política e econômica do país “faz-se inoportuna e oferece condições de desmonte da ESF, além de aprofundar a cisão entre atores da política de saúde” (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2018, p. 49).

Um dos pontos cruciais para todo o SUS, em especial para a Atenção Básica, é o financiamento, sendo este um dos impactos provocados na mudança da PNAB. Na análise de Mendes, Carnut e Guerra (2018), o financiamento foi sempre orientado pela fragmentação, com incentivos financeiros através do PAB Variável, que reforçou a ideia restrita de Atenção Básica, sendo essa introduzida a PNAB 2017.

Um dos reflexos das mudanças na PNAB atinge diretamente o NASF. Reis e Menezes (2020) apontam alteração na nomenclatura do serviço e ampliação o escopo de atuação do Nasf, incluindo também outras equipes de AB. No final de 2019, o programa Previne Brasil consolidou mudanças significativas no modelo de financiamento que impactaram sobre o Nasf-AB, gerando grande repercussão nos setores da saúde que passaram a questionar a possibilidade de continuidade do NASF. Destacam que apesar das afirmações de continuidade do NASF, a publicação da Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS sinaliza que não há mais nenhum tipo de estímulo à lógica do apoio matricial, ficando a cargo do gestor local a definição de manutenção dos profissionais.

Nesse contexto, o que se observou foram relatos de equipes desfeitas e profissionais demitidos, com ampliação da adoção de Organizações Sociais (OS) para a contratação de profissionais e gerenciamento dos serviços. Sob argumento da recente crise econômica e das mudanças na PNAB, a decisão dos gestores municipais tem sido de reduzir equipes de Saúde da Família, tendo a noção de produtividade como critério de corte (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019).

No governo de Jair Bolsonaro, em um contexto de crise social e políticas ultraconservadoras e ultraneoliberais com repercussões diretas na vida da classe trabalhadora, a pandemia de COVID-19 evidenciou as contradições sociais, representando um desafio sem precedentes para a ciência e para a sociedade. Mesmo considerando as fragilidades da Saúde da Família e com a resposta sanitária centrada nos serviços hospitalares, Medina (2020) reafirma a importância do modelo, considerando sua responsabilidade territorial e orientação comunitária no apoio às populações, na manutenção do cuidado e no vínculo das pessoas com profissionais.

Ao retomar o processo histórico de constituição, expansão e o desmonte da política de Atenção Básica em Saúde no Brasil, evidencia-se a disputa entre os projetos de saúde e os

impactos das contrarreformas no modelo do sistema de saúde, no financiamento, na formação, na contratação de profissionais e no processo de trabalho. Assim, a análise da Saúde da Família, requer o desvelamento de suas contradições, buscando compreender a direção social que vem assumindo para a construção de mediações críticas no trabalho em saúde.

Em suas contradições e potencialidades, a Saúde da Família representa uma perspectiva de construção de práticas que consideram a dimensão social na saúde. Contudo, é preciso reafirmar o reconhecimento das determinações sociais, considerando a formação social brasileira e as questões de gênero, raça e classe que a atravessam. A abordagem familiar e comunitária traz como exigência que a centralidade da família seja questionada e não referendada, e que o vínculo com a comunidade e o território possa subsidiar processos reivindicatórios, buscando recuperar o potencial da participação popular. No processo de trabalho e educação em saúde, torna-se necessário a ruptura com os vieses fiscalizatório e controlador, com apropriação do seu potencial de reconhecimento da realidade social, das contradições e demandas existentes, e da possibilidade de construção de processos reflexivos que potencializem o acesso à informação e à organização coletiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.
- _____. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde*. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.
- BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. *Argum*, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. de 2018.
- GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, n. 22, jun. de 2006.
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, Ligia (Org.). *Política e Sistema de Saúde no Brasil*. 2ª ed.. rev. e amp., p. 493-547. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.
- GUIMARAES, E. M. de S. Expressões conservadoras no trabalho em saúde: a abordagem familiar e comunitária em questão. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 130, p. 564-582, dez. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282017000300564&lng=en&nrm=iso. Acesso em 10 de mar. de 2020.
- MEDINA, M. G. *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cadernos de Saúde Pública* [online]. v. 36, n. 8 [Acessado 1 Dezembro 2022], e00149720. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720>>. ISSN 1678-4464. <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720>>.

- MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H. M.; TEIXEIRA, M. A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4593-4598, dez. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232019001204593&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 de mar. de 2020. Epub Nov 25, 2019.
- MENDES, Á.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 224-243, Set. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042018000500224&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 8 de mar. de 2020.
- PAIM, J. S. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.
- PIRES, M. R. G. M.; GOTTEMS, L. B. D. Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. *Revista brasileira de enfermagem*, Brasília, v. 62, n. 2, abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672009000200020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 12 de set. de 2009.
- REIS, S.; MENESES, S. *Novo financiamento da atenção básica: possíveis impactos sobre o Nasf-AB*. CEBES- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2020. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2020/02/novo-financiamento-da-atencao-basica-impactos-sobre-o-nasf-ab/>>. Acesso em 8 de mar. de 2020.
- STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

ÉTICA EM PESQUISA

*Luciana Maria Cavalcante Melo
Maurílio Castro de Matos*

Por meio do trabalho o homem desenvolveu uma série de capacidades, como a teleologia (aptidão de projetar idealmente uma ação que ainda ocorrerá), a consciência (reconhecimento da sua capacidade e responsabilidade), a linguagem (que estabelece a comunicação auxiliando a organização do trabalho e das ações que derivam deste), a moral (estabelecimento de parâmetros de convivência) e a liberdade (a capacidade da realização de escolhas que são construídas historicamente) (BARROCO, 2001).

No que se refere à liberdade, para a realização das suas escolhas o indivíduo precisa valorar. Em outras palavras, definir o que é bom/ruim, belo/feio, justo/injusto etc. Todas as capacidades humanas que surgem do trabalho são interligadas. Mas, para fins didáticos, cabe destacar que para a realização da liberdade o ser social precisa valorar algo em detrimento a outra coisa. Neste sentido, toda escolha implica em uma valoração moral.

Na sociedade de classes, como há uma alienação do homem pelo trabalho, uma vez que ele não trabalha mais para responder às suas necessidades e sim vende a sua força de trabalho para sobreviver, há uma alienação em todas as esferas de sua sociabilidade, à exemplo da alienação moral.

O ser social pensante, ao dominar a natureza, mas sem nunca poder viver fora dela, certamente, desde as suas origens, se deparou com a necessidade de compreender também o que aparentemente é inexplicável, o que precisa ser reordenado na sociedade em que vive e como viver melhor e com saúde.

Assim, a pesquisa surge a partir de um problema prático da vida humana. Em geral, vamos pesquisar para encontrar uma resposta para aquilo que ainda não tem explicação ou cuja resposta é considerada insuficiente. É neste sentido que reside a diferença entre a ciência e o senso comum. Para a ciência não basta a resolução do problema, mas também a identificação dos seus motivos, de sua estrutura e dinâmica, de modo que seu resultado atenda ao horizonte de uma coletividade, isto é, a partir das necessidades histórico-sociais concretas dessa coletividade.

Dentre os problemas identificados no processo de humanização, certamente estavam os condizentes à saúde. Afinal, por que uns adoecem mais e outros menos? Ainda que imbricado com o pensamento mágico ou religioso, já há a existência de pessoas que irão se destacar na atenção à saúde, tanto no atendimento como na busca de avanços na compreensão do fenômeno.

Credita-se a Hipócrates o primeiro juramento da medicina, no entanto, ao avançar sob os estudos decolônias, identifica-se o egípcio Imhotep, como o verdadeiro pai da medicina, “que há três mil anos antes de Cristo, já praticava grande parte das técnicas básicas da Medicina, conhecendo também a vacinação e a farmacologia” (VIEIRA, 2012, p. 105). A descoberta da cura, dos diagnósticos, das doenças, dos tratamentos não é exclusiva do continente europeu, as investigações para além do eurocentrismo indicam descobertas científicas seculares, como a prática da cirurgia cesariana, antes do médico inglês Dr. Felkin, que a desenvolveu; a realização de cirurgia de catarata, técnica encontrado no Mali e no Egito;

e até cirurgia de tumores cerebrais que ocorreram pelo menos há 4.600 anos atrás (VIEIRA, 2012). O que certamente revela que os experimentos científicos-investigativos são milenares e provêm das práticas dos povos originários em atender as necessidades próprias de seu tempo.

A humanidade, desde então, dever ter vivenciado experiências com seres humanos para a realização da pesquisa. Será que a conjunção de tais ervas com outros elementos da natureza curam determinada doença? Quem vai ingerir essa medicação? Qualquer pessoa, de qualquer estrato social? Uma pessoa que já está doente, vale a pena testar essa medicação, sem saber se pode curar, nada ocorrer ou piorar os sintomas que sente?

Então, se as pesquisas decorrem de problemas da vida prática e se ter saúde é uma necessidade humana, certamente as pesquisas envolvendo seres humanos fazem parte da história da humanidade.

No entanto, a humanidade é um processo de constituição social, de modo que, com o desenvolvimento da sociedade, das necessidades humanas, do desenvolvimento científico, tais pesquisas certamente foram se adensando e complexificando.

Assim, queremos chamar atenção que é no modo de produção capitalista que ocorrerá um incremento da realização de pesquisas com vistas a buscar melhoria ou cura da situação de saúde. E considerando que “A burguesia despiu da sua auréola sagrada todas as atividades até então veneráveis e reputadas como dignas. Transformou o médico, o jurista, o padre, o poeta, o homem de ciência em trabalhadores assalariados pagos por ela” (MARX; ENGELS, 1998, p. 8). É de se esperar que as pesquisas, desenvolvidas por professores, médicos, profissionais de saúde, sofram impacto na trajetória do capitalismo, especialmente com objetificação de sujeitos/participantes das pesquisas.

A origem da preocupação com a ética na pesquisa se dá no final da Segunda Guerra Mundial com a divulgação dos experimentos nazistas com os prisioneiros dos campos de concentração. Esse tipo de pesquisa não ficou restrita aos alemães, pois durante a ocupação japonesa na Coreia e na China, durante a Segunda Guerra, também aconteceram experiências com armas químicas e biológicas, o que levou à morte pelo menos 300 mil seres humanos. A diferença entre as experiências dos japoneses e alemães, era que os japoneses usavam a sociedade civil, disseminando epidemias, numa guerra biológica (GUILHEM, DINIZ, 2008).

Após a guerra vieram a público os crimes nazistas, que foram julgados pelo Tribunal de Nurembergue. O tribunal durou de 1945 a 1949 e foram realizados doze julgamentos. Um marco foi a publicação do Código de Nurembergue, em 1947:

O primeiro artigo era uma resposta imediata aos julgamentos de Guerra: “o consentimento voluntário do ser humano é absolutamente essencial.” Desde então, o consentimento individual para inclusão da ética em pesquisa, assim como as noções de equilíbrio entre risco e benefício ou medidas de proteção à saúde e dignidade dos participantes (GUILHEM, DINIZ, 2008: 19).

O tribunal de Nurembergue foi historicamente importante, mas ficou restrito aos crimes de guerra nazistas. Como se pesquisas antiéticas tivessem sido feitas apenas nesse período e por esses agentes. Em 1964 foi publicada a Declaração de Helsinque, elaborada por juristas e médicos e proposta pela Associação Médica Mundial em continuidade ao

debate em Nurembergue. O documento, que já passou por várias revisões é “um desdobramento de alguns preceitos éticos do Código de Nurembergue, porém com objetivos mais concretos de intervenção na prática de pesquisa biomédica” (GUILHEM; DINIZ, 2008: 21).

Na década de 1970, dois casos foram decisivos para a discussão sobre a ética em pesquisa. O primeiro foi o “Estudo Tuskegee”, uma pesquisa realizada entre 1932 e 1972 com seiscentos homens negros do Alabama com sífilis, da qual parte dos sujeitos da pesquisa recebia placebo e outra recebia tratamento para sífilis, que estava em teste. Todos os participantes acreditavam que estavam tomando a medicação para o tratamento. Dez anos depois do início da pesquisa foi descoberto o tratamento eficaz, a penicilina. No entanto, a pesquisa continuou e no seu final apenas 74 homens sobreviveram (GUILHEM; DINIZ, 2008).

A segunda foi a “Pesquisa da Prisão Stanford”, desenvolvida por uma Faculdade de Psicologia, que recrutou estudantes que receberam remuneração para participar de uma simulação da vida no presídio por duas semanas. Os participantes foram separados em prisioneiros e guardas. O coordenador da pesquisa atuou como diretor do presídio. A pesquisa teve que ser interrompida, pois se chegou ao limite da violência (GUILHEM; DINIZ, 2008).

Com a divulgação desse tipo de pesquisa, o debate sobre a ética em pesquisa foi reaberto e em 1974 os Estados Unidos instituíram a “Comissão Nacional para a proteção dos sujeitos humanos em Pesquisas biomédicas e comportamentais”. O resultado dessa comissão foi a publicação em 1979 do Relatório Belmont, que propôs três princípios norteadores para a pesquisa: o respeito pelas pessoas – uma vez que os indivíduos devem ser autônomos e ter independência; Beneficência – priorizar ao máximo os benefícios sem causar danos; Justiça – distribuição igualitária de riscos e benefícios.

Os princípios foram justificados em razão de serem comuns na tradição filosófica e cultural da maioria dos países em que o debate da ética em pesquisa estava se estruturando.

Em virtude do relatório foi publicado em seguida, o livro *Princípios da ética biomédica*, em 1979, escrito por Tom Beauchamp, filósofo que participou da comissão de Belmont, e James Childress, um teólogo. Nesta obra, os princípios foram rediscutidos e ampliados para: Autonomia; Beneficência; Não maleficência; e Justiça. A mudança foi a inclusão do princípio da não maleficência e a substituição do respeito às pessoas por autonomia. *Princípios da ética* é considerado a gênese da teoria principialista, uma referência para a emergência da bioética (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002; GUILHEM; DINIZ, 2008; GARRAFA; MARTORELL; NASCIMENTO, 2016).

Neste sentido, a bioética, compreendida como a necessidade de controle entre as ações da humanidade e o limite das condições do universo e do meio ambiente, e enquanto uma dimensão da ética, reivindica a defesa dos limites morais fundamentais na atuação das ciências da vida na proteção dos direitos das pessoas participantes das investigações científicas. Alguns irão considerá-la uma disciplina da ética em geral ou da ética biomédica, de todo modo, justamente pelos acontecimentos especialmente no pós-Segunda Guerra Mundial e das violações éticas nos experimentos científicos em todo o mundo, a bioética se enraizará em debates, reflexões, controle e orientações normativas em todo o mundo sobre a ética em pesquisa com seres humanos (MELO, 2009).

Deste modo, a Declaração de Helsinque foi o primeiro documento a propor que os projetos de pesquisa fossem avaliados por comitês independentes. A ideia do comitê tem dois princípios: o monitoramento dos projetos com sua avaliação antes do início; e a compreensão de que a ética em pesquisa não é uma preocupação apenas de quem conduz a pesquisa, mas se trata de um interesse coletivo (GUILHEM; DINIZ, 2008).

A normatização da ética em pesquisa no Brasil se inicia em 1988, com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n.º. 01/1988, que dispõe sobre as normas de pesquisa em saúde e apresenta os princípios éticos para a realização e submissão de propostas de pesquisa. Nos anos 1990 a Resolução n.º. 01/1988 foi revista e ampliada, englobando uma série de iniciativas de organizações e entidades sobre bioética, dentre outras, culminando na aprovação da Resolução n.º. 196 do CNS, denominada “Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos” (BRASIL, 1996). É uma regulação que terá amplo alcance pois incidirá suas prescrições éticas para todas as pesquisas que envolvam seres humanos e não mais exclusivamente as pesquisas da área da saúde. Uma das principais críticas voltadas a sua fundamentação ético-filosófica é a reprodução da concepção principialista da bioética, que se apoia, conforme citado anteriormente, nos princípios da autonomia, justiça, beneficência e não maleficência. A resolução, além de estabelecer os princípios para ética em pesquisa, instituiu os comitês de ética em pesquisa, com exigência de que toda investigação com seres humanos seja submetida, antes do seu início, ao comitê, com expectativa da sua apreciação/aprovação.

Ainda que a Resolução CNS n.º. 196/1996, seja um passo importante, a história mostrou que tal iniciativa tinha problemas. Além dos limites da concepção principialista, houve uma exigência biomédica para a aprovação das pesquisas, que não dialogavam com as particularidades das pesquisas das ciências humanas e sociais na saúde. Tais limites expressam que a implantação da normatização da ética em pesquisa no Brasil se deu a partir de forte hegemonia da biomedicina.

Tomando como ilustração as exigências formais para o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (TCLE) emergiram várias perguntas: como ter consentimento esclarecido com clientes da psicologia?; como antropólogos, ao estudarem outras culturas podem obter um aceite?; como assistentes sociais podem recorrer aos dados levantados no atendimento profissional?

Assim, trazia-se a importância do reconhecimento da diversidade da pesquisa para as Ciências Humanas e Sociais. É nesta direção que atualmente existem as resoluções sobre ética em pesquisa em vigor no Brasil, destacando-se a Resolução CNS n.º. 466 de 2012, que revisou e atualizou a CNS n.º. 196/1996 e a Resolução n.º. 510 de 2016, que trata da pesquisa nas Ciências Humanas e Sociais.

A Resolução n.º. 510/2016 amplia os princípios éticos, destacando-se o reconhecimento da liberdade e autonomia; a defesa dos direitos humanos; o respeito aos valores culturais, sociais, morais e religiosos; dentre outros que se observam intrinsecamente alinhados aos princípios éticos profissionais.

A Resolução CNS n.º. 510 avançou ao considerar que não serão registradas e nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP, os seguintes tipos de pesquisa: de opinião pública com participantes não identificados; que utilize informações de acesso público (nos termos da Lei n.º. 12.527, de 18 de novembro de 2011); que utilize informações de domínio público; censitária; com bancos de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de

identificação individual; realizada exclusivamente com textos científicos para revisão da literatura científica; que objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito; e atividade realizada com o intuito exclusivamente de educação, ensino ou treinamento sem finalidade de pesquisa científica, de alunos de graduação, de curso técnico, ou de profissionais em especialização (excluindo-se os trabalhos de conclusão de curso (TCC), monografias e similares, devendo-se, nestes casos, apresentar o protocolo de pesquisa ao sistema CEP/CONEP; e no caso em que durante o planejamento ou a execução da atividade de educação, ensino ou treinamento surja a intenção de incorporação dos resultados dessas atividades em um projeto de pesquisa, dever-se-á, de forma obrigatória, apresentar o protocolo de pesquisa ao sistema CEP/CONEP).

Outro avanço da mesma Resolução se dá acerca do consentimento:

Os casos em que seja inviável o Registro de Consentimento ou do Assentimento Livre e Esclarecido ou em que este registro signifique riscos substanciais à privacidade e confidencialidade dos dados do participante ou aos vínculos de confiança entre pesquisador e pesquisado, a dispensa deve ser justificada pelo pesquisador responsável ao sistema CEP/CONEP. (RESOLUÇÃO nº. 510/2016).

O assentimento também é expandindo para menores de idade ou considerados incapazes.

Outra Resolução recente a ser considerada é a CNS nº. 674 de 6 de maio de 2022, que dispõe sobre a tipificação da pesquisa e a tramitação dos protocolos de pesquisa no sistema CEP/CONEP, assunto que estava pendente e problematizado também pelas áreas das Ciências Humanas e Sociais desde a discussão da Resolução nº. 510/2016. É fundamental para todas/os pesquisadoras/es a sua apropriação, inclusive pela disputa no interior do Sistema CEP/CONEP, nos debates entre as áreas, que exigiam a necessária identificação do tipo de pesquisa proposta para apresentar a forma que cada protocolo de pesquisa será submetido, com a possibilidade de a tramitação ser: expressa, simplificada, colegiada, colegiada especial, que são modulações a partir do delineamento do procedimento do estudo.

É válido destacar que os avanços e questionamentos aqui considerados a respeito das regulamentações da ética em pesquisa no Brasil são frutos de enormes discussões e organização política das entidades científicas das áreas das ciências humana e sociais desde os anos de 2013, quando foi criado o Fórum de Ciências Humanas, Sociais, Sociais Aplicadas, Letras, Linguística e Artes (FCHSSALLA), organização que ao longo das décadas vem resistindo e enfrentando as vertentes mais hegemônicas que direcionam o debate da ética em pesquisa no campo biomédico no país. O Serviço Social sempre esteve representado nestes espaços, pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) e pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), compondo os Grupos de Trabalho para a elaboração da Resolução nº. 510/2016, além da composição no FCHSSALLA.

Assistentes Sociais desenvolvem pesquisas nos seus espaços de trabalho, não somente na saúde, e devem estar atentos/as ao regramento brasileiro da ética em pesquisa. Existem diferentes perspectivas éticas. O Código de Ética do(a) Assistente Social (CE) dá subsídios para a conduta ética quando são realizadas as investigações, como indica Barroco:

“Parto do pressuposto de que a ética profissional *é uma expressão do projeto ético-político* e que no CE encontram-se sistematizados os **valores, princípios e a concepção ética** que orientam o trabalho cotidiano dos assistentes sociais em suas diversas esferas e formas de intervenção, entre elas a pesquisa” (BARROCO, 2009, 131. Grifos originais).

Nessa direção, Barroco (2009) dialoga com as normatizações da ética em pesquisa no Brasil com a perspectiva dos valores postos no CE de nossa profissão, considerando que a autonomia deste deriva da liberdade. Por isso, o CE defende que é vedado ao/à assistente social “exercer sua autoridade de maneira a limitar ou cercear o direito do/a usuário/a de participar e decidir livremente sobre seus interesses” (Art. 6º). Essa questão é muito importante, uma vez que muitas das pesquisas são realizadas com usuários/as, uma população em geral em situação vulnerável.

Sobre o consentimento, Barroco (2009) atenta que não deve ser tratado como algo formal. É importante reconhecer a diversidade de pessoas envolvidas nas pesquisas. No artigo 5º do CE está inscrito que é dever do/a assistente social nas suas relações com os/as usuários/as “garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e consequências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos/as usuários/as, mesmo que sejam contrárias aos valores e às crenças individuais dos/as profissionais, resguardados os princípios deste Código”. Portanto, o processo de consentimento não deve ser visto apenas como um protocolo a ser seguido, o processo requer uma atitude ética.

O código de ética prevê o compromisso com a socialização do conhecimento para os sujeitos das pesquisas ao afirmar no artigo 5º que é dever do/a assistente social nas suas relações com os/as usuários/as “devolver as informações colhidas nos estudos e pesquisas aos/às usuários/as, no sentido de que estes possam usá-los para o fortalecimento dos seus interesses”; bem como “informar à população usuária sobre a utilização de materiais de registro audiovisual e pesquisas a elas referentes e a forma de sistematização dos dados obtidos”. Ou seja, se encontra no CE e, portanto, na ética profissional da/o assistente social, as orientações de condutas esperadas de um/a profissional que realiza pesquisa e tem o compromisso com o retorno social, com a ampla comunicação dos procedimentos de sua intervenção e a finalidade de cada ação. É a compreensão da materialidade ética no cotidiano profissional.

O código também sinaliza como compromisso de assistentes sociais não participar de pesquisas que aviltam direitos, ao afirmar no art. 13º que é dever do/a assistente social: “denunciar, no exercício da profissão, às entidades de organização da categoria, às autoridades e aos órgãos competentes, casos de violação da Lei e dos Direitos Humanos, quanto a: corrupção, maus-tratos, torturas, ausência de condições mínimas de sobrevivência, discriminação, preconceito, abuso de autoridade individual e institucional, qualquer forma de agressão ou falta de respeito à integridade física, social e mental do/a cidadão/cidadã.”

O compromisso com o sigilo na pesquisa é garantido pelo Código de Ética como atribuição de assistentes sociais, que devem “fornecer à população usuária, quando solicitado, informações concernentes ao trabalho desenvolvido pelo Serviço Social e as suas conclusões, resguardado o sigilo profissional” (Art. 5º). Ainda, segundo o CE: “O sigilo protegerá o/a usuário/a em tudo aquilo de que o/a assistente social tome conhecimento, como decorrência do exercício da atividade profissional” (Art. 16º). Postura correntemente exigida nas normativas de ética em pesquisa, especialmente a não identificação do participante/sujeito da pesquisa, a garantia do anonimato e sigilo.

Sobre as infrações na realização de pesquisas o CE entende como conduta antiética, plausível de infração: o plágio, a citação de referências que não foram analisadas, a citação de fontes que não foram lidas, a adulteração de documentos etc. Sendo vedado fazer declarações falaciosas sobre situações ou estudos de que tome conhecimento; assinar ou publicar em seu nome ou de outrem trabalhos de terceiros e adulterar resultados (Art. 4º), ressaltando aqui a ênfase que nossa regulamentação evidencia na postura ética de não violação às elaborações de terceiros e não usurpação, portanto, de dados e elaborações teóricas por nós não realizadas, destacando o avanço de nosso documento, frente às normativas gerais sobre ética em pesquisa no Brasil.

O código prevê a participação em comissões de ética, ao garantir no Art. 7º “integrar comissões interdisciplinares de ética nos locais de trabalho do/a profissional, tanto no que se refere à avaliação da conduta profissional, como em relação às decisões quanto às políticas institucionais”. É de visível conhecimento a contribuição de profissionais assistentes sociais compondo os Comitês de Ética em Pesquisa em todo Brasil, bem como, na composição dos espaços da CONEP e do CNS. São prerrogativas também disponíveis à profissão, de compor, no contexto das correlações de forças existentes nos espaços institucionais, que também são políticos, imprimir, reiterar e construir diálogos na direção ética da/o assistente social.

Todas essas indicações postas por Barroco (2009) confirmam que, apesar da necessária importância do atual regramento da ética em pesquisa, a atuação ética não é garantida apenas por um documento. A ética em pesquisa, como a ética no seu todo, implica um agir comprometido com valores que afirmem as conquistas que a humanidade ganhou em seu processo de humanização, que se deu pelo trabalho criativo e criador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARROCO, M. L. *Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos*. São Paulo: Cortez, 2001.
- _____. *Serviço Social e pesquisa: implicações éticas e enfrentamentos políticos*. *Temporalis*, n. 17. Brasília, 2009.
- BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F. *Princípios de ética biomédica*. São Paulo: Loyola, 2002.
- BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº. 466 de 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 20 de jul. de 2020.
- _____. Resolução nº. 510 de 2016. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html>. Acesso em 20 de jul. de 2020.
- GARRAFA, V.; MARTORELL, L.B.; NASCIMENTO, W.F. *Críticas ao principialismo em bioética: perspectivas desde o norte e desde o sul*. *Revista Saúde e Sociedade*, v. 25, n. 2. São Paulo, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000200442&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 20 de jul. de 2020.
- GUILHEM, D.; DINIZ, D. *O que é ética em pesquisa*. São Paulo: Brasiliense, 2008.
- MARX, K.; ENGELS, F. *Manifesto do Partido Comunista*. São Paulo: Cortez, 1998.

MELO, L.M.C. Bioética no exercício profissional do serviço social: uma análise sob a ótica da ontologia social de Marx. Tese (Doutorado em Serviço Social) – PUC-SP, São Paulo, 2009.

VIERA, F. S. S. Descolonização dos saberes africanos: reflexões sobre história e cultura africana no contexto da lei 10.639/03. Ponto-e-Vírgula: Revista de Ciências Sociais, n. 11, p. 98-115, PUC/SP, 1^o semestre de 2012. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/pontoevirgula/article/view/13884>>. Acesso em 16 de out. de 2023.

ÉTICA PROFISSIONAL

Valéria Lucília Forti

Diferentemente do que se mostra equívoco recorrente, se não pretendemos cair no reducionismo que limita o campo de abordagem da ética no âmbito profissional a parâmetros prescritivos, como se os códigos de ética profissionais não fossem produtos do movimento histórico das sociedades em que se situam e se exercitam certas profissões, cabe-nos buscar, mesmo que aqui sucintamente, não desprezar os fundamentos que podem nos possibilitar captar a ética profissional de outra maneira – sem simplismos. Ou seja, buscar os fundamentos que a considerem como dimensão profissional indissociável da vida social em geral, pois trata-se de uma expressão particular dos valores, dos preceitos da vida moral, em dada sociedade, apropriados e selecionados como referências predominantes e indispensáveis ao exercício de certo segmento profissional. Portanto, uma forma particular de materialização/expressão das reflexões éticas acerca da relação comportamento moral e vida social. Além disso, explicitamos que aqui buscamos, nos limites do presente texto, abordar conteúdos de maneira ampla, sem restringi-los à determinada área de ação/política social. Voltamo-nos à ética profissional e à sua relação com os/as profissionais do Serviço Social.

Partindo do que foi dito, citamos que, conforme Lessa (1997), Lukács assevera que a ética é um campo do conhecimento que pode propiciar a conexão das necessidades postas pela generalidade humana – em desenvolvimento – com a superação do antagonismo entre o gênero e o particular. Isso porque, tal argumento nos permite identificar uma ampla gama de questões para a reflexão acerca desse campo do conhecimento na nossa sociabilidade – a sociabilidade burguesa –, haja vista a ambiguidade que a atravessa e que caracteriza a noção de cidadania em uma formação social que é fundada na propriedade privada. Se, em comparação a formações sociais anteriores, facilmente pode ser captada a expansão da sociedade burguesa, seja pela ampliação do seu mercado ou dos avanços científicos alcançados, não se pode deixar de considerar que nela nos defrontamos com o indivíduo/individualismo burguês e o cidadão, ou seja, com a contradição entre o indivíduo e o humano-genérico, o privado e a ideia de pertencimento ao público. E isso, além de situar o nosso “solo histórico” de origem e atuação, pode significar, não apenas a constatação mas a relevância da busca de alternativas à superação da contradição; a ultrapassagem da mera indicação da inerência do conflito entre o indivíduo e a sociedade. Esses argumentos suscitam, no nosso entender, a importância de nos voltarmos para um vasto campo merecedor de estudos/reflexões críticas. Ou seja, voltarmos ao campo do conhecimento destinado aos estudos/reflexões acerca dos valores e dos padrões que regem a conduta dos Homens em sociedade. Voltarmos à ética como possibilidade de reflexão crítica acerca do comportamento moral dos sujeitos na sociedade, captando a moral como uma das formas de regulação social das relações entre os indivíduos e desses em face da coletividade/sociedade.

Sobre a moral, cabe iniciarmos explicitando que não há unicidade em sua compreensão. É um tema que comporta diferentes concepções, e grande parte delas situa a moral – objeto de estudo da ética – a-historicamente, o que repercute na concepção de ética

também. Exemplo disso são as concepções que indicam DEUS como sua origem, alegando que as normas morais derivam de um poder sobre-humano, ou as concepções que indicam a NATUREZA como fonte da moral, captando a conduta moral como produto biológico. Portanto, uma maneira de conceber as virtudes, as qualidades morais, como aspectos advindos dos instintos. Ambas as abordagens situam a moral fora da produção humana e, conseqüentemente, fora da História, atribuindo-lhe a imutabilidade como característica. Além disso, há produções sobre a moral que, diferentemente das anteriores, apesar de situarem o Homem¹ como sua origem e fonte, o concebem como ser dotado de essência eterna, conseqüentemente, descontextualizado, uma espécie de Homem abstrato, trazendo à baila também a questão da imutabilidade, da a-historicidade na concepção.

Dessa maneira, diferentemente das concepções que situam a moral como dimensão da existência humana, que se constitui e desenvolve independentemente do processo histórico, das inerentes mudanças históricas e sociais, a concepção que trazemos aqui a considera dimensão desse próprio processo da existência humana. Isso porque, ao captar o ser humano como um ser gregário e partícipe de uma coletividade, a concebe como produção humana, que, como dito, caracteriza uma entre as diversas formas de regulação das relações dos indivíduos em uma dada coletividade/sociedade.

Quanto a isso, cabe-nos apreciar que

[...] a relação associativa assentada no trabalho para viabilizar a existência humana suscitou mecanismos de regulação da convivência social; portanto, a moral é um meio de regulação das relações dos homens [e mulheres] entre si e desses com a coletividade, presente ao longo da História, com formas várias nos diferentes modos de sociedade (FORTI, 2020, p. 145).

Diante do exposto, é evidente que divergimos de concepções que situam a moral como um composto de princípios formais, intemporais e abstratos. Diferentemente disso, a compreendemos como produção do ser humano concreto, ser real e histórico, e, por conseguinte, uma dimensão da existência humana que, similar a outras, mostra variedades relativas às diferentes condições de vida em sociedade. Partindo desse argumento, é possível inferirmos que, em nossa sociedade, em face do poder de classe, essa é uma forma de regulação social cuja predominância se assenta na busca da legitimidade de interesses particulares de indivíduos isolados² ou de grupos determinados, caracterizando uma universalidade abstrata, alinhada aos interesses próprios dos segmentos que detêm o poder político/econômico. Pode ser dito que se trata de uma forma de regulação que pode representar interesses particulares como se fossem gerais ou até absolutos.

A esse respeito, em Marx e Engels, pode ser apreciado que “[...] as ideias da classe dominante são, em todas as épocas, as ideias dominantes. [...] As ideias dominantes não são mais do que a expressão ideal das relações materiais dominantes concebidas como ideias [...], as ideias do seu domínio” (1984, p. 56).

¹ Ao longo de todo o texto, a referência é ao gênero humano, mesmo que, para evitar uma leitura impertinente e/ou cansativa ao/à leitor/a, ocorra não utilizarmos alternância simultânea de gênero. A nossa referência é ao gênero humano sempre, respeitando e valorizando toda diversidade que comporta.

² Mesmo que haja outras concepções, que não defendem o indivíduo isolado, isso é prioritário na ideologia burguesa.

Daí o porquê, prosseguindo na lógica do raciocínio, de podermos afirmar que “[...] estudarmos a moral significa entendê-la em relação à produção dos modos e meios de vida social, em relação à organização econômico-social, ou seja, às condições concretas produzidas pelos homens que fazem deles o que são” (FORTI, 2020, p. 146). E, além disso, ratificarmos que o estudo do campo moral, do comportamento moral dos sujeitos em sociedade, constitui o objeto de investigação da ética. Portanto, a concebemos como um conhecimento crítico, produzido historicamente e que se dirige às indagações, às reflexões das normas e dos comportamentos morais que se apresentam ao longo das relações estabelecidas entre os indivíduos e as diferentes sociedades. Nossa menção, portanto, é a um campo de estudos voltado ao comportamento moral, ou seja, ao resultado da passagem do plano das experiências vividas nessa esfera da vida social aos posicionamentos reflexivos diante delas. Com base em Oliveira (1998, p. 26), podemos nos referir à ética também como uma espécie de revisão radical da vida humana pessoal e coletiva.

A relação da moral e da ética com a vida concreta dos Homens em sociedade só se tornou possível ao Serviço Social após a sua aproximação com a teoria social de Marx. Um processo cujo início pode ser, em linhas gerais, atribuído ao percurso do veio de inspiração mais crítica de um movimento profissional denominado Movimento Latino-Americano de Serviço Social. Um movimento crítico, que dirigiu inúmeros questionamentos profissionais ao universo burguês, no bojo das manifestações da classe subalterna, que, em favor das suas necessidades de reprodução, atravessaram as economias centrais e, especialmente as economias capitalistas periféricas, haja vista as profundas implicações sociais decorrentes do enfraquecimento do padrão de crescimento capitalista à época. Nisso estão incluídos os questionamentos ao significado do Serviço Social tradicional em face da proteção social dos/as trabalhadores/as, dada a inconsistência das políticas sociais na América do Sul. Uma possibilidade que, sem demérito quanto à ocorrência de significativos percalços e/ou distorções iniciais acerca do aludido pensamento, nos permite afirmar que proporcionou às/aos profissionais da área apreenderem com maior densidade crítica e, por conseguinte, precisão teórica, a complexidade do solo histórico que lhes originou e no qual desenvolvem suas atividades: a sociedade capitalista. A partir daí, segmentos importantes da profissão puderam se distanciar das concepções idealizadas de Homem, de sociedade e de Estado, ao captarem o trabalho como fulcro do salto que permitiu a humanização do ser natural – o salto do ser orgânico ao ser social. Outrossim, identificarem a vida social como produto de sujeitos reais, uma processualidade histórica que tem o trabalho como seu elemento fundante e é indissociável das determinações do legado sócio-histórico. Tudo isso revelou a segmentos dos/as nossos/as profissionais os ingredientes essenciais à nossa histórica desigualdade social e, portanto, a razão dos problemas insolúveis inerentes à sociabilidade burguesa, especialmente em uma realidade como a nossa, que se caracteriza pela dependência e até mesmo pela submissão político-econômica, o que se tornou recrudescido, particularmente em tempos neoliberais. Em síntese, permitiu a segmentos da profissão a formulação de um projeto profissional que, não se limitando ao horizonte burguês – como ocorreu por longo tempo no Serviço Social –, declinasse referências idealizadas acerca da realidade social e, portanto, se voltasse a valores e finalidades diferentes daqueles legitimados pelo Serviço Social tradicionalmente e, conseqüentemente, rumasse em prol de diferente referencial ético-político para o Serviço Social, ou seja, atingisse a elaboração do atual projeto ético-político crítico.

Como inicialmente aludimos, à ética profissional não cabe o reducionismo prescritivo, mas sim a apreensão do movimento histórico das sociedades em que se situam e se praticam determinadas profissões, o que embasará nosso entendimento sobre os determinantes e condicionantes que as originaram, as concepções que fundamentam e alimentam as suas funções sociais, as suas finalidades, as suas referências teórico-metodológicas, enfim, os seus projetos ético-políticos. Isso nos permite identificar que, por longo período, o Serviço Social assentou-se em premissas idealistas. Essa é uma profissão que, voltada ao trato das expressões da “questão social”, emergiu como uma das estratégias do Estado com coadjuvação da Igreja Católica (conservadora), na era monopolista do capitalismo, haja vista as características desse modo de produção e da “questão social” em tal período. Essa foi a predominância da profissão na Europa e nos Estados Unidos. Dessa maneira, a menção inicial neste texto a concepções que visam abstrair as bases concretas da realidade social, capturando a processualidade histórica que a constitui, descontextualizando, assim, valores, normas e finalidades, caracterizaram as referências predominantes no exercício profissional dos/as assistentes sociais por longo tempo. Se voltarmos-nos às abordagens aqui descritas que situam a moral fora da produção humana e, conseqüentemente, fora da História, atribuindo-lhe a imutabilidade como característica, identificaremos a relação disso com o Serviço Social. Conforme Castro (1987), a presença de conteúdos em defesa da propriedade privada como direito natural outorgado e reconhecido divinamente marcaram as encíclicas *Rerum Novarum* (1891) e *Quadragesimo Anno* (1931), o que nos permite compreender o porquê da oposição de a lógica da sociedade burguesa poder significar oposição à justiça natural. Esse foi o lastro que caracterizou a gênese do Serviço Social, influenciado pela postura do segmento conservador da Igreja Católica que lhe serviu de orientação, de direção social à sua formação e exercício profissionais.

A esse respeito, partindo de comentário sobre a encíclica *Quadragesimo Anno* (1931), o referido autor explicita sobre a profissão:

[...] pouco depois da revolução Russa e da Primeira Guerra Mundial, e em meio à crise de 1929, desenvolve-se em tom radical, embora dentro do mesmo espírito da anterior. [...] assim como antes foram os clérigos os encarregados da ‘beneficência diária’ [...], assim também agora deverão ser os assistentes sociais católicos, entre outros profissionais leigos, os que assumam na prática ‘o cuidado com a questão social’, acrescentando-lhe ao espírito caridoso a perícia técnica [...]. Eis como a caridade, o messianismo, o espírito de sacrifício, a disciplina e a renúncia total passam a ser parte constitutiva dos aspectos doutrinários e dos hábitos que acompanharam o surgimento da profissão sob a perspectiva católica [...] (CASTRO, 1987, p. 57-59).

Côncios das influências europeia e norte-americana, voltando-nos à profissão no Brasil, não é difícil captarmos o percurso conservador que a caracterizou. Isso é evidente se recorrermos à apreciação dos fundamentos e preceitos dos seus primeiros Códigos de Ética (respectivamente, 1947, 1965 e 1975). Se fizermos isso, poderemos verificar, sem embargo, o quão as referências às ações profissionais se assentam em pilares conservadores, acrílicos e a-históricos.

No limite de uma análise sucinta, mencionamos que as bases do doutrinário

cristão católico do primeiro código profissional dos/as assistentes sociais, datado de 1947, mais tarde conjugadas no código de ética dos/as assistentes sociais, datado de 1965, com o funcionalismo norte-americano, traçam o percurso acrítico que desembocará no código de ética da categoria cujo conservadorismo é de tal ordem que incorpora com certa nitidez traços do período da ditadura civil-militar brasileira. Esse código de ética, não recorrendo a pilares religiosos como os anteriores, marcou certo vínculo com o contexto repressivo do período da sua origem. Como os demais Códigos de Ética do Serviço Social, esse foi também um código de ética profissional resultante da disputa de forças sociais presentes no interior da profissão em suas articulações com os distintos projetos societários.

O terceiro código profissional aludido, o de 1975, pode ser tido como um documento que contém referencial coadunável ao período de ditadura civil militar no país. Isso significa que é um “instrumento profissional” alinhado a um longo e profundo processo de violação de direitos, que, impondo uma modernização conservadora aos brasileiros, preconizou avanços na vida social ao passo que engendrava a nossa subordinação ideológica aos interesses capitalistas internacionais, aprofundando a nossa dependência política e econômica. Nesse documento, às/os assistentes sociais são indicados deveres que se referem a concepções descontextualizadas de ser humano e de instituições, conferindo ao Estado o direito de dispor sobre as atividades desses/as profissionais. À guisa de ilustração, cabem destaque:

- Exigências do bem comum legitimam, com efeito, a ação disciplinadora do Estado, conferindo-lhe o direito de dispor sobre as atividades profissionais – formas de vinculação do homem à ordem social, expressões concretas de participação efetiva na vida da sociedade. [...]
- O valor central que serve de fundamento ao Serviço Social é a pessoa humana [...]
- Nas relações com instituições: respeitar a política administrativa da Instituição empregadora (CFAS, 1975, p. 6-13).

O exposto acerca dos códigos ilustra diferentes tendências conservadoras que se mesclam e balizam conteúdos moralizantes e ajustadores contidos nas referências ético-políticas dos códigos de ética do Serviço Social que antecederam o código de 1986 – o penúltimo código de ética profissional dos/as assistentes sociais. Esse código de ética foi o primeiro a voltar-se à busca de rompimento com o usual conservadorismo na profissão, tornando-se a base do código profissional seguinte, o código em vigor. Pode-se afirmar que o código de ética profissional vigente, datado de 1993, resulta do aprimoramento dos preceitos do aludido código anterior. O código de ética profissional vigente, preservando do anterior fundamentos essenciais, mostra relevantes avanços, entre eles, a superação do “militantismo” incorporado por segmentos de agentes profissionais do Serviço Social em resposta contradita ao peculiar conservadorismo da profissão disfarçado de apoliticismo. Ou seja, um posicionamento contrário à defesa da neutralidade como atitude supostamente pertinente dos/as profissionais – um posicionamento contrário à ideia da possível ausência da dimensão política na ação dos/as assistentes sociais. Isso porque trata-se de uma dimensão inerente à profissão, mesmo que se pretenda encobri-la, uma vez que é uma dimensão constitutiva de qualquer intervenção social. Além do que foi mencionado, destaca-se a referência em favor do pluralismo sem conciliá-lo com o ecletismo, procedimento que

já empobreceu a apreensão dos conteúdos críticos que sustentaram a busca de rompimento com o conservadorismo no código de 1986.³

O código de ética vigente expressa princípios fundamentais progressistas e democráticos que alicerçam também o atual projeto ético-político crítico.⁴ São onze princípios cujos conteúdos evidenciam a dissonância do que é difundido e efetivado pelo ideário neoliberal. Uma ideologia que embasa um capitalismo mais duro e livre de regras e que vem viabilizando o subfinanciamento e/ou o desfinanciamento das políticas sociais, que, mesmo que não exclusivamente, são fulcros do trabalho dos/as assistentes sociais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CASTRO, M. M. História do Serviço Social na América Latina. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1987.
- CFAS. Código de Ética Profissional do Assistente Social. Rio de Janeiro: CFAS, 1975.
- FORTI, V. Ética, crime e loucura: reflexões sobre a dimensão ética no trabalho profissional. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2020.
- _____. Pluralismo. In: MESQUITA, A. *et al.* (Org.). Dicionário crítico: estágio supervisionado em Serviço Social, p. 137-144. Fortaleza: Socialis Editora, 2019.
- _____; GUERRA, Y (Org.). Projeto Ético-Político do Serviço Social: contribuições à sua crítica. Campinas: Papel Social, 2022.
- LESSA, S. A ontologia de Lukács. 2. ed. Maceió: EDUFAL, 1997.
- MARX, K.; ENGELS, F. A ideologia alemã: teses sobre Feuerbach. São Paulo: Moraes, 1984.
- OLIVEIRA, M. A. Os desafios éticos e políticos da sociedade brasileira. In: Revista Serviço Social & Sociedade, p. 23-33. São Paulo: Cortez, n. 56, março, 1998.

³ Quanto ao tema, consultar o verbete “Pluralismo” (FORTI, 2019), no *Dicionário crítico: estágio supervisionado em Serviço Social* (MESQUITA *et al.*, 2019).

⁴ Quanto ao tema, consultar FORTI; GUERRA (Orgs.), 2022.

FAMÍLIA E SAÚDE

*Claudia de Oliveira Vicente
Carla Cristina Lima de Almeida
Maria Helena de Jesus Bernardo*

A família, do ponto de vista sócio-histórico e crítico, é uma instituição forjada nos regimes econômicos e políticos que estabelecem dinâmicas específicas aos modelos de sociedade vigentes. Com o surgimento do capitalismo, na era moderna, um conjunto de elementos passa a moldá-la, dentre os quais podemos elencar a separação das esferas pública e privada, a divisão sociosexual e racial do trabalho e o casamento monogâmico (PERROT, 2005). A ideologia branca europeia instituiu o ideário da família composta por pai, mãe e filhos, nessa ordem e hierarquia. Esse modelo patriarcal, racista, cis heteronormativo e elitista se lançará sobre as diversas formas de organização familiar dos povos originários indígenas nas Américas e dos africanos sequestrados de seu continente pelas forças coloniais, sobrepujando os diferentes arranjos produzidos na experiência da diáspora no Brasil (NEDER, 2008).

Em virtude desse domínio e violência colonial, as famílias das classes trabalhadoras pobres e majoritariamente negras são historicamente consideradas desestruturadas e incapazes de cumprirem com os ideais burgueses, sendo sistematicamente depreciadas como espaço de cuidado e proteção de seus membros (ALMEIDA, 2016).

Erige-se a mãe como figura central da família, naturalmente habilitada aos afazeres domésticos e portadora de valores morais condizentes com o padrão de família burguesa, razão pela qual seu vínculo com o trabalho será considerado um obstáculo para a concretização das funções a ela designadas. Assim, as famílias trabalhadoras, via de regra dependentes do trabalho feminino, estarão continuamente sob suspeita.

Não tardou para que os debates feministas colocassem em discussão o essencialismo que reduziu o gênero feminino às funções da vida doméstica e conjugal, impediu o acesso a bens e serviços e excluiu as mulheres do conjunto de direitos pactuados sob o regime capitalista. O trabalho doméstico levado à invisibilidade e à categoria de trabalho improdutivo foi desarticulado da engrenagem que sustenta as relações de produção do capital e reprodução social da vida. A crítica feminista evidenciou a opressão feminina na dinâmica de exploração e expropriação no capitalismo. Para as mulheres negras, essa crítica envolveu desnudar a desigualdade racial como aspecto estrutural da formação social brasileira, que relegou e ainda relega as mulheres negras e suas famílias à condição de “não-ser”, negando a elas formas dignas de existência (GONZALEZ, 1984; CARNEIRO, 2011; NASCIMENTO, 2006).

A literatura em Serviço Social e áreas afins tem sido farta em mostrar de que modo o Estado, sob a égide do capitalismo, cumpre papel decisivo na produção e controle da hegemonia branca patriarcal (ALENCAR, 2004; BRUSCHINE, 1993; COSTA, 2004; REIS, 1991; ZOLA, 2015). Para além da relação normativa e punitiva, fundamentada no higienismo e eugenismo, as famílias serão ao longo do tempo demandadas como principais instâncias de proteção social, especialmente no Brasil.

Interessante analisarmos brevemente o período histórico que resultou em novos papéis do Estado frente à sociedade capitalista. David Harvey, no seu livro *O neoliberalismo:*

história e implicações (2011), apontou que houve reestruturação do Estado após a Segunda Guerra Mundial, a fim de impedir acontecimentos que ameaçassem o pleno desenvolvimento do capitalismo. Nos anos gloriosos advindos do Estado de Bem-Estar Social (Welfare State), gestado nos países do capitalismo central, foram instaurados processos de regulação social e modos peculiares de empreender lutas por direitos, haja vista as particularidades históricas de cada país. Durante essa fase do “milagre econômico”, criou-se, no imaginário coletivo, um projeto de Estado forte, capaz de assegurar as políticas públicas e o crescimento econômico. Nos países em que se estabeleceu o Welfare State, a família não desempenhava exclusivamente o papel socialmente construído de provedora dos cuidados e protetora, pois havia um Estado que, em tese, reunia as condições para atender as necessidades sociais dos cidadãos. A proteção social se dava por duas vias: a) pela participação masculina no mercado de trabalho, com inserção no sistema de direitos trabalhistas e previdenciários; b) pela participação feminina nas tarefas de cuidados e de atividades domésticas (PEREIRA, 2009; MARCONDES, 2012). Contudo, a crítica feminista certifica que o Estado estruturou a provisão de bem-estar por meio da invisibilidade do trabalho feminino. Não foi redistributivo, não eliminou a pobreza e era opressivo em relação às mulheres. De acordo com Marcondes (2012), o debate acerca da divisão sexual do trabalho não apenas foi secundarizado na agenda política do Estado de bem-estar social, como também silenciado em parcela significativa do pensamento crítico.

A partir dos anos de 1970, emergem os primeiros sinais de decadência desse ideário com a crise econômica capitalista caracterizada pelo arrefecimento do crescimento econômico, desequilíbrio fiscal e perda da legitimidade das políticas sociais, com drásticas repercussões nas forças produtivas e na relação do Estado com a sociedade (PEREIRA, 2009).

A proposta feita para a solução da crise foi diminuir o tamanho do Estado, o que implicou na redução dos gastos sociais por meio de cortes orçamentários sucessivos das políticas sociais. O neoliberalismo representou um retrocesso nos direitos sociais, já que esse projeto tem como proposta o enxugamento do Estado na execução das políticas públicas. Resulta dessa ideologia a perspectiva de que o indivíduo é livre e responsável pelo sucesso e fracasso de sua vida, instaurando-se a lógica da meritocracia. As políticas sociais, por sua vez, passam a ser orientadas e subordinadas aos interesses do grande capital.

Com o recuo do Estado como principal protagonista na proteção social, novos atores ganharam notoriedade, tais como: o mercado, alçado à condição de regulador da vida social, econômica e política, e a família, convocada para o provimento de bens e serviços. Passa a prevalecer o dever familiar para atender às situações de insuficiência individual; as ações solidárias pelas redes comunitárias, filantrópicas e religiosas; o mercado para quem pode pagar; e o Estado como intermediador nas condições extremas (BERNARDO, 2018).

Segundo Pereira (2009), a participação da família na proteção social brasileira sempre foi tensionada por princípios altruístas e voluntaristas. De forma mais ou menos acentuada, o Estado continuamente exigiu das famílias recursos de autoproteção, intensificado nos anos 1990, cujo cenário oferecia contornos ainda mais restritivos à concepção de seguridade social. Com o discurso da “crise” do modelo de Bem-Estar Social aliado à doutrina neoliberal, houve a supervalorização da participação familiar na instância da provisão do cuidado e certamente do papel das mulheres, historicamente mantidas nesse lugar de forma naturalizada

A família, com suas estratégias de sobrevivência, apoios e cuidados, passa a constituir fonte ativa de proteção social com as reformas neoliberais ocorridas nas últimas décadas, sobretudo diante de um sistema que ocupa um lugar periférico e subalterno na ordem mundial capitalista, como é o caso do Brasil. Os estudos mostram que o familismo se apresenta como um instrumento de mediação, complementação e suprimento de lacunas da atuação estatal frente aos problemas gerados pelas contradições do sistema capitalista. Conforme Campos e Míoto (2003), o caráter familista da política pública brasileira não é um fenômeno novo, mas se incrementa por intermédio de argutos ideopolíticos alicerçados em princípios ético/morais de reforço a valores de solidariedade familiar e comunitária, bem como das orientações dos organismos multilaterais que defendem o lugar central das famílias na provisão social como artifício para redução dos gastos públicos.

Para Pereira (2009), a visão idílica de família confirma um ponto de vista romântico, idealizado e com forte diferenciação racial e de gênero, além de perseverar em uma interpretação preconceituosa sobre as mudanças nas famílias. Antes de tudo, é uma racionalidade que rejeita configurações familiares que não seguem a um padrão e desaprova conquistas importantes no campo dos direitos humanos e das mulheres, pois revigora valores como predisposição feminina para os cuidados, sacrifícios, engajamento altruísta etc., ofuscando as variações familiares e destituindo-as de contradições.

Portanto, o sistema de proteção social pautado no familismo e, por conseguinte, na maior responsabilização das mulheres pelo bem-estar de seus membros, repercutirá significativamente entre as mulheres negras. Assim, é possível afirmar que a proteção social no Brasil se fundamenta no familismo, na feminilização e na racialização (LOLE; ALMEIDA; 2017).

O paradoxo entre o controle da família e o crescimento da sua responsabilidade com a proteção social ganha sua expressão máxima nas ações do cuidado. Partindo da realidade das mulheres que estão no exercício do trabalho do cuidado familiar, embora elas estejam presentes também em diferentes ocupações remuneradas no campo do cuidado, nota-se que elas assumem inúmeras funções. Nessa lógica de proteção social restrita, Teixeira (2020) salienta a hegemonia da “gestão do risco social”. Ou seja, mesmo que os serviços públicos ou privados cheguem a essas famílias, dada a insuficiência deles, cabe às mulheres o controle e a execução dos cuidados em todas as suas dimensões.

Outro elemento que vale sublinhar é que, de acordo com Gama (2012), as dificuldades de quantificar e qualificar o trabalho doméstico e de cuidados como trabalho reprodutivo repousa no tratamento preponderantemente ideológico que os atravessa, como se fossem ações voluntaristas e exclusivamente afetivas. Como destaca Kergoat, “O cuidado não é apenas uma atitude de atenção, é um trabalho que abrange um conjunto de atividades materiais e de relações que consistem em oferecer uma resposta concreta às necessidades dos outros” (2016, p. 17).

Reitera-se que a política social em seu escopo institucional se apropria do trabalho não remunerado das famílias, principalmente das mulheres. Para as famílias da classe trabalhadora, a relação com o Estado é pautada, em várias ocasiões, na violação de direitos, de forma que a proteção social tende a se constituir informalmente, como uma produção coletiva tecida em ações e redes comunitárias, a exemplo dos quilombos, irmandades e solidariedades diversas (NEDER, 2008; ALMEIDA, 2008; FREITAS *et al.*, 2010).

Na área da saúde, o discurso da corresponsabilidade ou parceria entre Estado, sociedade civil e o mercado é colocado cada vez mais em ação nas práticas institucionais, vide as propostas de desospitalização dos doentes crônicos, a redução do tempo de internação, o incentivo ao tratamento domiciliar sem qualquer amparo material e financeiro, dentre outras (NOGUEIRA; MONTEIRO, 2014). A família constitui muitas vezes condição para acesso a um conjunto de direitos sociais, sendo essencial para busca de medicamentos, exames, redes de serviços e outros recursos sociais, como TFD, BPC e auxílios fundamentais para a recuperação e manutenção da saúde.

Mioto e Dal Prá (2015, p. 152), ao analisarem a relação das famílias com os serviços, especificamente de saúde, destacam que os equipamentos tendem a qualificar as famílias em “boas” ou “más”, por meio de avaliações sobre o seu funcionamento, emitindo juízos de valor. “[...] aquelas que acolhem e oferecem sustentação aos seus doentes [...] são conhecidas como boas famílias. Aquelas que delegam seus membros necessitados aos serviços e se furtam de sua presença e de seus cuidados são tidas como más famílias.” As expectativas sobre as famílias se sofisticam e sua participação nos cuidados é cada vez mais solicitada, ao mesmo tempo que se constata maior volume de deficiências nos serviços públicos. É o que as autoras chamam de “campo de cuidados”, um espaço intercambiável entre os serviços, profissionais e familiares, no qual ocorrem negociações e atribuições pelas responsabilidades de cuidados e provisão de bem-estar.

Há muitos dilemas a serem enfrentados pelas famílias que vivenciam o contexto saúde-doença, a falta de compartilhamento nas atividades do cuidar, abandono do emprego para se dedicar à pessoa adoecida, a sobrecarga de trabalho, a ausência de momentos de lazer e cultura etc. Inúmeras demandas podem acarretar situações de vulnerabilidade socioeconômica, além do adoecimento físico e mental de cuidadoras ocasionado pela sobrecarga de trabalho (BERNARDO, 2018; ROSA, 2016; GOUVEIA, 2018).

Nesse contexto, são apresentadas muitas requisições ao Serviço Social. Tendo como referência o projeto ético-político profissional, os aportes teóricos conceituais aqui mencionados se apresentam como norteadores para uma abordagem que não reduza a intervenção profissional ao interior da família ou exclusivamente às relações interpessoais.

Pereira (2009) enfatiza que os estudos e o trabalho profissional com famílias devem privilegiar sua relação com a proteção social, ampliando e problematizando a análise para além das “funções” sociais da família. É preciso compreender e situar as famílias no âmbito da reprodução social e as múltiplas determinações exercidas sobre ela, o que inclui pensar as mudanças sociais contemporâneas, bem como o lugar ocupado pelas famílias junto às políticas sociais de capitalismo periférico. Nesse sentido, é fundamental recompor os nexos sociais econômicos e políticos que respondem pelos dilemas e desafios da proteção social das famílias trabalhadoras brasileiras (MIOTO, 2004).

A maneira como o modelo de (des) proteção social, fundado na ideia do Estado mínimo para as políticas sociais, vem se reconfigurando, certamente acarreta um acirramento das expressões da questão social, com impactos importantes para as famílias trabalhadoras e, portanto, para o trabalho profissional de Assistente Social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALENCAR, M. T. Transformações econômicas e sociais no Brasil dos anos 1990 e seu impacto no âmbito das famílias. In: SALES, M.; MATTOS, M.; LEAL, M.C. (Orgs.). Política Social, família e juventude: uma questão de direitos. p. 61-76. São Paulo: Cortez, 2004.
- ALMEIDA, M. Família negra: “filha de estranho” na sociedade brasileira. XV Encontro Nacional de Pesquisa em Serviço Social, ENPESS, 2016.
- _____. Das irmandades negras dos séculos. XVII ao XIX às políticas sociais contemporâneas. In: V Congresso Brasileiro de Pesquisadores/as Negros/as. Goiânia/Goiás, 2008.
- BERNARDO, M. H. J. A produção de cuidados na família e as políticas para o envelhecimento. *Em Pauta*, Rio de Janeiro, n. 42, v. 16, p. 65-80, 2018.
- BRUSCHINE, C. Teoria crítica da família. In: AZEVEDO, M.A.; GUERRA, V. N. de (Orgs.). Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento. São Paulo: Cortez, 1993.
- CAMPOS, M. S.; MIOTO, R. C. T. Política de Assistência Social e a posição da família na política social brasileira. *Ser Social*. Brasília, UNB, n.12, p. 165-190, jan./jun. 2003.
- CARNEIRO, S. Racismo, sadismo e desigualdade no Brasil. São Paulo: Selo Negro Edições, 2011.
- COSTA, J. Ordem médica e norma familiar. Rio de Janeiro: Graal, 2004.
- FREITAS, R. *et al.* Famílias e Serviço Social: algumas reflexões para o debate. In: DUARTE, M. J. O.; ALENCAR, M. T. (Orgs.). Família, famílias: práticas sociais e conversações contemporâneas. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.
- GAMA, A. S. Trabalho e responsabilidades familiares no Brasil: reflexões sobre os direitos do trabalho. *Em Pauta*, n. 30, v. 10, p. 149-168. Rio de Janeiro, 2012.
- GONZALEZ, L. Racismo e sexismo na cultura brasileira. In: Revista Ciências Sociais Hoje, Anpocs, p. 223-24, São Paulo, 1984.
- GOUVEIA, R. Trabalho, gênero e saúde mental: contribuições para a profissionalização do cuidado feminino. São Paulo: Cortez, 2018.
- HARVEY, D. O Neoliberalismo: história e implicações. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2011.
- KERGOAT, D. O cuidado e a imbricação das relações sociais. In: ABREU, A. R. P.; HIRATA, H.; LOMBARDI, M. R. (Orgs.). Gênero e trabalho no Brasil e na França. Perspectivas interseccionais. São Paulo: Boitempo, 2016. LOLE, A.; ALMEIDA, C. C. L. Política para as mulheres e lutas feministas: os paradoxos da proteção social. *Argumentum*, v. 9, n. 1, p. 46-60, jan./abr., Vitória, 2017.
- MARCONDES, M. M. A divisão sexual dos cuidados: do welfare state ao neoliberalismo. *Revista Argumentum*, v. 4, n. 1, p. 91-106, Vitória, 2012.
- MIOTO, R. C.T. A centralidade da família na política de assistência social: contribuições para o debate. *Revista de Políticas Públicas*, v. 8, n. 1, p. 1-10, São Luís, 2004.
- MIOTO, R. C. T.; DAL PRÁ, K. R. Serviços sociais e responsabilização da família: contradições da política social brasileira. In: MIOTO, R. C. T; CAMPOS, M. S.; CARLOTO, C. M. (Orgs.). Familismo, direitos e cidadania: contradições das Políticas Sociais. São Paulo: Cortez, 2015.

- NASCIMENTO, B. A mulher negra no mercado de trabalho. In: RATTTS, Alex (Org.). *Eu sou Atlântica: sobre a trajetória de vida de Beatriz Nascimento*. São Paulo: Imprensa Oficial/Instituto Luanda, 2006.
- NEDER, G. Ajustando o foco das lentes: um novo olhar sobre a organização das famílias no Brasil. In: KALOUSTIAN, S. M. (Org.). *Família brasileira: a base de tudo*. São Paulo; Brasília: Cortez; Unicef, 2008.
- NOGUEIRA, A. C.; MONTEIRO, M. V. Família e atenção em saúde: proteção, participação ou responsabilização? In: SILVA, L.B.; RAMOS, A. (Orgs.). *Serviço Social, Saúde e Questões Contemporâneas: Reflexões Críticas Sobre a Prática Profissional*. Campinas: Papel Social 2014.
- PERROT, M. *As mulheres ou os silêncios da história*. Trad. Viviane Ribeiro. Bauru/SP: EDUSC, 2005.
- PEREIRA, P. A. P. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In: SALES, M. A.; MATOS, M. C. de; LEAL, M. C. (Orgs.). *Política social, família e juventude: uma questão de direitos*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2006.
- REIS, J. T. Família, emoção e ideologia. In: CODO, W. (Org.). *Psicologia Social*. São Paulo: Brasiliense, 1991.
- ROSA, L. *Transtorno mental e o cuidado na família*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2016.
- TEIXEIRA, S. M. Família e política social em tempos de contrarreformas: ampliação das responsabilidades familiares. In: DAL PRÁ, K.R.; MOSER, L. (Orgs.). *Família e política social: gênero, gerações e cuidado*. Florianópolis: Editora da UFSC, 2020.
- ZOLA, M. B. Políticas Sociais, Família e proteção: um estudo acerca das políticas sociais familiares em diferentes cidades/países. In: MIOTO, R. C. T.; CAMPOS, M. S.; CARLOTO, C. M. (Orgs.). *Familismo, Direito e Cidadania: Contradições da Política Social*. São Paulo: Cortez, 2015.

FINANCIAMENTO E ORÇAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL

Elaine Rossetti Bebring

Falar de financiamento de uma política pública remete à relação visceral entre política social e política econômica, pois se trata de debater como materializar, a partir da alocação do fundo público¹ via orçamento público, os direitos inscritos na Constituição e legislação complementar, bem como as necessidades sociais concretas. Portanto, falamos da materialização do direito à saúde como política de seguridade social e dever do Estado. A partir da definição do orçamento público deveriam ser assegurados os itens de custeio (material de consumo), de capital (equipamentos e instalações) e de recursos humanos necessários à efetivação da política pública de saúde, que, ademais, é cofinanciada entre governos federal, estaduais e municipais. O orçamento público brasileiro, em todos os entes federativos, cumpre um ciclo legal constitucional, buscando associar alocação de recursos e planejamento. Este ciclo envolve a proposição pelo executivo de projetos de lei: o Plano Plurianual (PPA – 4 anos), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO – anual), e a Lei Orçamentária Anual (LOA). Esses projetos são analisados e aprovados pelo poder legislativo e fiscalizados em sua implementação pelos tribunais de contas. Dentro deles, está a função saúde, que é financiada via orçamento da seguridade social em todos os níveis, sendo que há definições de percentuais que os entes federativos subnacionais devem obedecer para a alocação de recursos para essa política, o que nem sempre ocorre: 15% para municípios, 12% para estados e distrito federal.

Temos a compreensão de que o ciclo orçamentário é marcado pela luta de classes, diga-se, pela intensa disputa em todas as instâncias pelo fundo público para os mais diversos interesses, donde decorre a importância de conhecer seu trâmite para a defesa dos direitos, dentre os quais à saúde. Para debates técnico-políticos sobre o orçamento público, remetemos ao didático texto de Salvador e Teixeira (2014), e ao já clássico e atualizado texto de Giacomoni (2021). Nossa ênfase aqui será na condição geral do financiamento da saúde pública, em tempos de crise e de neoliberalismo, com intensificada disputa do fundo público como um pressuposto geral da valorização do valor, com ênfase no governo federal, que ademais concentra a maior parte da carga tributária nacional brasileira e repassa parte desses recursos aos entes subnacionais via Fundo Nacional de Saúde (FNS).

O financiamento da política de saúde, como parte da seguridade social brasileira, tem sido fortemente penalizado pela letalidade de uma economia política marcada pelo ajuste fiscal neoliberal. Os entraves para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) não surgiram apenas em 2016, com o golpe de Estado de novo tipo (DEMIER, 2017), ou mesmo

¹ O fundo público se forma a partir de uma punção compulsória – na forma de impostos, contribuições e taxas – da mais-valia socialmente produzida, ou seja, é parte do trabalho excedente que se metamorfoseou em lucro, juro ou renda da terra e que é apropriado pelo Estado para o desempenho de múltiplas funções de reprodução do capital e da força de trabalho. O instrumento de punção é, essencialmente, o sistema tributário, e parte maior ou menor do fundo público, a depender da correlação de forças entre as classes – que, lembramos mais uma vez, tem sido desfavorável ao campo do trabalho – é sustentada pelos salários. Ou seja, vimos também que o fundo público não se forma apenas com o trabalho excedente metamorfoseado em mais-valia, mas também com o trabalho necessário, o fundamento do salário, dos meios de vida dos trabalhadores (BEHRING, 2021).

a partir de 2019, com a combinação verdadeiramente perversa entre neofascismo e ultraliberalismo, embora haja seu evidente aprofundamento com o tóxico e pandêmico ambiente político-econômico e sanitário instaurado. Na verdade, a saúde viveu uma condição geral de *subfinanciamento* ao longo dos anos da redemocratização, marcados pelo ajuste fiscal permanente (BEHRING, 2021), o que se transmutou em *desfinanciamento* a partir dos impactos da Emenda Constitucional (EC) 95 e demais medidas do Novo Regime Fiscal. Até 2016, houve uma espécie de crescimento vegetativo dos recursos, e que não correspondeu à demanda pela saúde pública: estivemos muito distantes de qualquer *boom* de investimentos em saúde, diga-se, vivíamos um subfinanciamento crônico. Com a EC 95 e as demais medidas de recrudescimento do ajuste, houve diminuição real dos recursos da saúde. Chamamos a atenção para uma breve recomposição orçamentária nos anos de 2020 e 2021, diante da pandemia de Covid 19, mas que não se manteve no ano de 2022, mesmo que o Congresso tenha autorizado recursos acima do projeto enviado pelo Executivo, porém abaixo da dotação dos anos anteriores. Se não estávamos no melhor dos mundos antes de 2016 quanto ao financiamento da saúde, sempre constrangido pelos parâmetros de ajuste fiscal de orientação neoliberal, mantidos inclusive nos governos de coalizão de classes entre 2003 e 2015, há uma nítida regressão do aporte de recursos desde então.

Em levantamento realizado junto à Plataforma Siga Brasil,² com dados deflacionados pelo IPCA,³ constatamos que o governo federal executou em 2014, R\$ 140,5 bilhões na função saúde, o maior orçamento da função entre 2010 e 2018. Em 2019, a execução orçamentária da função saúde foi de R\$ 140,5 bilhões novamente. Já em 2020, ano atípico em função da pandemia, houve certa recomposição emergencial do orçamento da função saúde, com R\$ 179,7 bilhões pagos naquele ano, e em 2021, R\$ 177,7 bilhões pagos. Em 2022, até novembro, o gasto federal em saúde foi de irrisórios R\$ 125,1 bilhões. Note-se que a alocação de recursos para a saúde pelo governo federal correspondeu, em 2020, a uma parcela suavemente menor do OGU (Orçamento Geral da União) que nos anos anteriores (BEHRING, 2022), mesmo com certa recomposição justificada pela situação da calamidade pública pandêmica, realizada pelo Congresso Nacional, já que os projetos de LOA foram enviados com valores sistematicamente abaixo das necessidades da saúde, a exemplo do projeto de orçamento de 2021, que previa paupérrimos R\$ 120,8 bilhões para a saúde, o que foi recomposto pelo Congresso para R\$ 174,7 bilhões. Observem que, no último período, as necessidades sociais e sanitárias e a população brasileira aumentaram, bem como o desemprego e o empobrecimento – inclusive com 33,1 milhões de pessoas em situação de insegurança alimentar severa,⁴ o que tem implicações para o SUS –, resultado da combinação deletéria entre a pandemia e uma política econômica darwinista e letal. Contudo, não houve investimentos à altura dessas mudanças no campo da saúde, que dispõe de uma parcela de recursos menor que a assistência social no Orçamento Geral da União (OGU),⁵ em 2022:

² Disponível em <<https://www12.senado.leg.br/orcamento/sigabrasil>>. Acesso em dez. de 2022, dados deflacionados pelo IPCA de novembro de 2022. A Plataforma Siga Brasil oferece duas vias de acesso – Painel do Cidadão e de Especialista. Vimos trabalhando no GOPSS/UERJ com a segunda via de acesso. A Plataforma, vinculada ao Senado Federal, monitora em tempo real a execução orçamentária do governo federal, constituindo-se num mecanismo incontornável para os que pretendem se aventurar nos dados orçamentários.

³ Para a comparação de dados de diferentes anos é fundamental a deflação, pois o poder de compra da moeda ano a ano não é o mesmo, frente à inflação e correção monetária (SALVADOR; TEIXEIRA, 2014).

⁴ Disponível em <<https://www.oxfam.org.br/noticias/fome-avanca-no-brasil-em-2022-e-atinge-331-milhoes-de-pessoas/>>. Acesso em dez. de 2022.

⁵ O OGU é composto por três orçamentos: Fiscal; Seguridade Social; e das Estatais. Os dois primeiros são mais substantivos.

6,32%. Análise de mais longo prazo de Salvador (2020), mostra que entre 2008 e 2018 houve uma oscilação negativa da participação da saúde dentro do Orçamento da Seguridade Social (OSS) de 12,86% para 11,60%. Seus dados corroboram a nossa hipótese de uma interrupção do crescimento vegetativo dos recursos ao longo de décadas de subfinanciamento, para uma trajetória de perda de recursos que se relaciona diretamente com o impacto da EC 95 e demais medidas, a partir de 2017.

Na mesma direção, Teixeira e Boschetti (2019) mostram que o efeito combinado da EC 95, com a EC 93 – que ampliou a Desvinculação de Receitas da União (DRU) para 30% das fontes de impostos e algumas contribuições sociais fundamentais para a seguridade social⁶ – e o chamado gasto tributário, ou seja, a renúncia fiscal sobre recursos da seguridade, implicaram num ajuste fiscal draconiano a partir de 2016. Segundo as autoras,

quando se compara as despesas de 2017 e 2018 em relação a 2016, já sob o impacto da EC 95 e do aumento da extração da DRU do OSS, constata-se que ocorreu redução de recursos nas três políticas [de seguridade social]. O orçamento da seguridade social teve redução de recursos de 1,7% em 2017 e 0,8% em 2018. A política de saúde foi a mais atingida com queda de 7,0% em 2017 e 2,9% em 2018 em relação a 2016” (2019, p. 79).

Em decorrência desta lógica, que dá suporte do fundo público ao lucro em detrimento da vida, o Conselho Nacional de Saúde denunciava, em fevereiro de 2020, pouco antes da explosão da pandemia, que no período entre 2016 e 2019 houve perda de R\$ 20 bilhões de reais na saúde.⁷

Até final de 2022, a Agência Nacional de Saúde informava uma cobertura privada de assistência médica para 50.124.094 milhões de pessoas, o que corresponde a 23,2% da população brasileira (estimada pelo IBGE em 215.433.958 milhões), isso significa uma demanda para o SUS de 76,8% da população. Este é um dado que enuncia o óbvio: a esmagadora maioria dos brasileiros e brasileiras busca o SUS para atendimento em saúde nos seus vários níveis. Contudo, a condição de subfinanciamento crônico, agravada pelo impacto da pandemia e do ultraneoliberalismo, este último com desfinanciamento, leva a uma espécie de sucateamento sistêmico, com a precarização do atendimento. Vale lembrar que o governo Bolsonaro (2019-2022) começou a formular mudanças na atenção básica visando sua privatização, estimulando planos de saúde de baixo custo, o que tem relação direta com essa condição de financiamento, caracterizando uma espécie de mercantilização induzida da atenção básica em saúde. Ao compararmos esses dados da saúde com os dispêndios com juros, encargos e amortizações da dívida pública (Siga Brasil – Grupos de Natureza de Despesa – GND, números deflacionados pelo IPCA de novembro de 2022), temos que em 2017 os compromissos da dívida foram de R\$ 688,5 bilhões e, em 2021, R\$ 761,1 bilhões. Aqui revela-se a verdadeira gambiarra de recursos do orçamento público brasileiro e que não se submete aos ditames do ajuste fiscal, já que todos os seus mecanismos e medidas se voltam para assegurar aos credores a sua remuneração líquida e certa, enquanto são comprimidos os

⁶ Falamos aqui das fontes principais de recursos da Seguridade Social: a COFINS e a CSLL, que são impactadas pela DRU.

⁷ Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1044-saude-perdeu-r-20-bilhoes-em-2019-por-causa-da-ec-95-2016>>.

gastos primários do governo federal, destacadamente com as políticas sociais, com ênfase os gastos discricionários, que não são formalmente despesas obrigatórias.

Se observamos o gasto público total com a saúde, agora envolvendo todos os entes federativos, este vem correspondendo a cerca de 3,8% do Produto Interno Bruto (PIB), boa parte dele concentrado no governo federal, um gasto mediano se comparado aos países acima da Linha do Equador que estão em torno de 6,5%, segundo o Relatório Aspectos Fiscais da Saúde, divulgado em 2018 pela Secretaria do Tesouro Nacional.⁸ Esses elementos revelam que enquanto a lógica de pagamento dos juros, encargos e amortizações da dívida permanecer intocável e a dita austeridade (ou socialização de custos para as maiorias?) referir-se exclusivamente aos gastos primários e não aos financeiros, que remuneram regidamente os detentores de títulos da dívida pública, teremos um quadro de subfinanciamento/desfinanciamento da saúde e das demais políticas sociais de seguridade social, de educação, de moradia etc.

Ademais, cabe registrar que no contexto pandêmico do “orçamento de guerra” foi possibilitada a contração de mais dívida para arcar com os custos da calamidade pública. Assim, o incremento de recursos da saúde e, destacadamente, o auxílio emergencial (alocado na função assistência social) tiveram o endividamento como fonte, o que agrava nossa condição nesse quesito, já que essa conta será cobrada em breve:

ao analisarmos suas fontes de financiamento, vemos que 52% dos recursos advêm de Títulos de Responsabilidade do Tesouro Nacional. Isto significa que o Auxílio Emergencial está sendo financiado com recursos da emissão de dívida. E quanto maior a contração e volume total da dívida, mais contrarreformas para reduzir gasto social. (BEHRING; SOUZA, 2020: P. 145).

É uma espécie de hipoteca do futuro próximo a desafiar o governo eleito que assumirá em 2023.

O endividamento público tem sido um mecanismo histórico de financiamento do Estado, junto com a emissão de moeda e a tributação. E, segundo alguns economistas, não deveríamos “demonizar” o endividamento público, ao denunciá-lo como um mecanismo de punção do fundo público e de dominação e hegemonia do capital portador de juros no processo de acumulação do capital, com tão sérias consequências econômicas, políticas e sociais. Porém, chamamos a atenção para o fato de que os juros, encargos e amortizações da dívida são o primeiro item de dispêndio público federal. Ainda dentro do argumento supracitado, a propriedade dos títulos da dívida – e sua remuneração – tem sido cada vez mais “social”, destacadamente a partir da participação de investidores institucionais como os fundos de pensão fechados ou as aplicações individuais em fundos previdenciários abertos. De nossa parte, pensamos que os títulos da dívida são capital fictício e passam a ser negociados no mercado com a segurança de que os Estados nacionais vão arcar com seus compromissos, alimentando a rede especulativa da finança, o que o Brasil tem feito com esmero no contexto de seu ajuste fiscal permanente. No nosso país de capitalismo periférico e dependente, por outro lado, as condições de endividamento e de pagamento de juros,

⁸ Disponível em: <<https://agenciabrasil.etc.com.br/economia/noticia/2018-11/brasil-gasta-38-do-pib-em-saude-publica>>. Acesso em nov. de 2022.

encargos e amortizações da dívida pública anuais tem sido escorchantes, e a dívida funciona como uma Espada de Dâmoles sobre nossas cabeças, o orçamento público e os direitos. Seu custo é socializado, lembrando que nossa carga tributária é regressiva, incidindo fortemente na renda dos trabalhadores(as). E há imposição de regras e metas fiscais orientadas exclusivamente para a punção do fundo público para os credores, numa composição de dívida de curto e médio prazos que compromete o financiamento das políticas sociais e a reprodução social da classe trabalhadora. Defendemos, assim, que a dívida seja auditada, para que venha à tona essa dinâmica perversa, e para que grande parte dela seja suspensa, dado seu caráter de dívida odiosa ou ilegítima (CHESNAIS, 2011). Sobre uma suposta propriedade social dos títulos, as formulações rigorosas e críticas de Sara Granemann (2006) aos fundos de pensão, bem como a tese de Thais Caramuru (2021), nos mostram com fatos argumentos e dados a natureza dessas instituições, que longe estão de se constituírem como previdência. Elas são mecanismos de reunião de grandes massas monetárias que participam do circuito da financeirização com movimentos de risco, bem como do processo de acumulação de capital, a partir de investimentos na produção, desta forma fazendo parte também da exploração direta da força de trabalho.

Salientamos ainda que há uma concentração de recursos tributários no governo federal, o que ao longo da redemocratização implicou em fortes dificuldades para o pacto federativo brasileiro, já que políticas como saúde e educação tiveram suas atividades descentralizadas enquanto os recursos permaneceram centralizados em mais de 60% da carga tributária no governo federal. Sobre a questão tributária, Evilásio Salvador (2020) nos informa que em 2018, por exemplo, 2/3 da carga tributária brasileira, cerca de 68,7%, incidiu sobre o consumo, 4,4% sobre o patrimônio, e 26,86% sobre a renda. Estes dados mostram o quanto é regressiva a carga tributária brasileira. Quem paga a conta, com sua centralidade nos chamados compromissos da dívida pública, é a classe trabalhadora, mesmo aquela que recebe as transferências monetárias do Estado, que longe estão de serem redistributivas. Esta é a outra ponta do problema: a urgência de uma reforma tributária digna deste nome, com tributação das grandes fortunas, revisão profunda da tabela do imposto de renda, maior tributação sobre a movimentação de grandes massas monetárias e também sobre lanchas, jatinhos, sobre o luxo e a ostentação.

Um aspecto a ser ressaltado é que nem o advento da pandemia foi capaz de alterar significativamente a composição e direção do gasto público brasileiro, pois que a combinação entre negacionismo neofascista e ultraneoliberalismo (2019–2022) e Novo Regime Fiscal (2016), implicou em restrições sérias ao enfrentamento da pandemia, amplamente conhecidas e denunciadas, a exemplo dos resultados da CPI da COVID (2022). Se o SUS subfinanciado já convivia com filas e falta de insumos, o aumento súbito e intenso da demanda colapsou o Sistema, que passou a funcionar além dos seus limites e em condições muito precárias, mesmo com a dedicação heroica de seus trabalhadores, por vezes precarizados e/ou terceirizados. Contudo, paradoxalmente, a pandemia nos revelou o melhor e o pior da saúde pública brasileira: suas imensas potencialidades e seus dramas crônicos, aprofundados pelas lógicas do subfinanciamento, da contrarreforma do Estado e do desfinanciamento. A contrarreforma implicou na presença ostensiva das parcerias público-privadas e das organizações sociais na saúde, que já eram sugeridas desde 1995 pelo Plano Diretor da Reforma do Estado (MARE) – documento orientador de todo o período da redemocratização. Neste marco, vimos na pandemia que os entes da ironicamente chamada

“publicização” muitas vezes funcionaram apropriando-se de recursos públicos para fins escusos, e operaram como verdadeiras gambiarras de esquemas de corrupção, em nome de uma suposta eficiência gerencial.

Todos esses elementos desenham a condição geral do (des)financiamento da saúde. Nesse breve espaço esperamos ter demonstrado a importância de debater o financiamento da política social a partir de uma perspectiva de totalidade, de relação entre economia e política social e a partir das incidências da luta de classes e da conjuntura histórica. Esse patamar de observação é o que permitirá aos lutadores(as) pelo direito à saúde disputar o fundo público e o orçamento público, para que o SUS se materialize para milhões de brasileiros(as).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BEHRING, E. R. Fundo Público e ajuste fiscal permanente no capitalismo contemporâneo em crise: impactos para o financiamento da saúde. In: MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo (Orgs.). Economia Política da Saúde – uma crítica marxista contemporânea. São Paulo: Hucitec Editora, 2022.
- _____. Fundo Público, Valor e Política Social. São Paulo: Cortez Editora, 2021.
- _____; SOUZA, G. Ultraneoliberalismo e Fundo Público: análise do orçamento das políticas sociais e do ajuste fiscal em tempos de pandemia. IN: SOUSA, A. A. S. de; OLIVEIRA, A. C. O. de; SILVA, L. B. Da; SOARES, M. (Orgs.). Trabalho e os limites do capitalismo: novas facetas do neoliberalismo. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020.
- BOSCHETTI, I.; TEIXEIRA, S. O. O draconiano ajuste fiscal do Brasil e a expropriação de direitos da seguridade social. In: SALVADOR, E.; BEHRING, E.; LIMA, R. L. (Orgs.) Crise do Capital e Fundo Público – implicações para o trabalho, os direitos e a política social. São Paulo: Cortez Editora, 2019.
- CARAMURU, T. Fundos de pensão no Brasil: uma análise desde a crítica da economia política. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília, 2021.
- CHESNAIS, F. A Mundialização do Capital. São Paulo: Xamã, 1996.
- _____. Les Dettes Illégitimes: quand lês banques font main basse sur lês politiques publiques. Paris: Ed. Raisons D’Agir, 2011.
- DEMIER, F. Depois do Golpe: a dialética da democracia blindada no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Mauad, 2017.
- GIACOMONNI, J. Orçamento Público. 18ª ed. Rio de Janeiro: Editora Atlas, 2021.
- GRANEMAN, S. Para uma interpretação marxista da “previdência privada”. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: PPGSS/UFRJ, 2006.
- SALVADOR, E. Fundo público e conflito distributivo em tempos de ajuste fiscal no Brasil. In: CASTRO, J. A.; POCHMAN, M. (Orgs.). Brasil: Estado Social contra a Barbárie. São Paulo: FPA, 2020.
- _____; TEIXEIRA, S. O. Orçamento e Políticas Sociais: metodologia de análise na perspectiva crítica. In: Revista de Políticas Públicas. São Luís: EDUFMA, v. 18, n.1, jan./jun. 2014.

GÊNERO E SAÚDE

Andréa de Sousa Gama

A categoria gênero está diretamente ligada à história do movimento feminista contemporâneo, suas lutas e seus esforços de teorização sobre as causas da opressão das mulheres. A marca principal dos Estudos Feministas é seu caráter político. Assume-se que as questões de investigação têm origem em uma dada trajetória histórica que construiu o lugar socialmente subordinado das mulheres e que tais estudos têm pretensões de mudança. Procura-se dar visibilidade às mulheres e buscar as causas da opressão feminina. Apesar das diferentes correntes teóricas de explicação dessas causas, um aspecto as unifica que é a contraposição à naturalização das desigualdades sociais entre homens e mulheres remetendo-as às características biológicas.

O gênero é uma categoria oriunda das ciências sociais e que, em linha gerais e iniciais, se refere à construção social dos sexos, ou seja, ao modo como as características sexuais são trazidas para a prática social. Essa distinção se baseia na ideia de que há machos e fêmeas na espécie humana, mas a qualidade de ser homem e ser mulher é realizada pela cultura. (BEAUVOIR, 1980). Parecia ser *natural* e inquestionável o fato de que corpos biologicamente distintos determinassem lugares socialmente desiguais, mantendo a dominação masculina sobre as mulheres (BRANDÃO; ALZUGUIR, 2022).

Duas importantes autoras feministas merecem destaque nesse debate, a antropóloga Gayle Rubin (2017) e a historiadora Joan Scott (1995). Elas apontam que as razões para a desigualdade entre os sexos devem ser buscadas não nas diferenças biológicas, mas nas relações sociais, na história. Embora varie culturalmente, o gênero e a divisão sexual do trabalho (produção *versus* reprodução) estão presentes enquanto ordenadores sociais, em toda cultura humana e impõem modos de organização das estruturas materiais e simbólicas que regem as sociedades, valorando-as desigualmente. A posição social de homens e mulheres decorre de seu lugar na reprodução biológica e social e essa forma de organização social justificou as esferas separadas de gênero. O gênero é, portanto, relacional, já que é no âmbito das relações sociais que eles se constroem e se constituem.

Em seu seminal trabalho “Tráfico de mulheres: notas sobre uma economia política do sexo”, Rubin cunha a expressão “sistema sexo-gênero” para distinguir entre sexo/biológico e gênero/construção social e “os arranjos pelos quais uma sociedade transforma a sexualidade biológica em produtos da atividade humana” (RUBIN, 2017a). Tomando o corpo fundamento de uma economia sexual, conclui que a organização social do sexo é baseada no gênero, na heterossexualidade compulsória e na imposição de controles à sexualidade feminina. Em trabalho posterior, “Pensando o sexo: notas para uma teoria radical da política da sexualidade” (RUBIN, 2017b) ela revê e separa analiticamente gênero e sexualidade, discutindo a diversidade sexual, o binarismo da sexualidade e a relevância das sexualidades não reprodutivas.

Em “Gênero: uma categoria útil para análise histórica”, Scott (1995) lança as bases para interpretar o gênero como uma categoria analítica relacional e como relações de poder que produzem desigualdades sociais entre o masculino e o feminino expressa em todos os âmbitos da vida social, no trabalho, na educação, na exploração econômica, na sexualidade

etc. A autora detalha que o gênero implica quatro elementos, a saber: a) símbolos culturalmente disponíveis; b) conceitos normativos que limitam os sentidos atribuíveis aos símbolos. Estes se expressam nas doutrinas que regem os diversos campos institucionais, afirmando o sentido do masculino e do feminino, como veremos adiante no campo da saúde; c) a aparência de consenso e de fixidez pela qual são veiculadas essas posições normativas, baseado em um processo de naturalização; d) a identidade subjetiva, configurando os modos de ser, pensar e atuar em relação ao outro. A família, a escola, a igreja e outras instituições sociais reproduzem as relações de gênero no processo de produção de subjetividades. Mulheres e homens estão enredados nas teias de gênero. Como indicativo de debates recentes, Butler (2003; 2019) problematiza as próprias categorias de natureza e sexo ao argumentar que também são mediadas pela cultura, sendo histórica e contextualmente variáveis. Para ela, o sexo não seria natural e sim discursivo e cultural como o gênero.

O gênero enquanto relação social não é uma estrutura fixa e está em constante transformação, em um fluxo de acomodação e resistência. Isso significa que romper com algumas insígnias de gênero no mundo público não necessariamente impacta os modos de viver e sentir as demais dimensões da vida privada, por exemplo. A entrada das mulheres no mundo do trabalho altera o conteúdo atribuído ao “bom” exercício da maternidade, mas não reflete, necessariamente, em uma maior autonomia pessoal no âmbito das relações sexuais, afetivas e familiares, como um sinal inequívoco da modelagem do gênero no processo de produção de subjetividades e da sua adaptabilidade às circunstâncias temporais e históricas. Nessa direção, é fundamental entender que pensar o gênero isoladamente é insuficiente para compreender as relações de opressão e exploração que se estabelecem entre homens e mulheres e mesmo entre mulheres. À essas relações se coadunam a classe social, a raça/etnia, a geração, a nacionalidade, entre outras, a partir de diversas perspectivas teóricas, da interseccionalidade (AKOTIRENE, 2018; COLLINS; BILGE, 2020), da consubstancialidade (KERGOAT, 2010; CISNE, 2014) ou da teoria da reprodução social (VOGEL, 2014; FERGUSON, 2017).

GÊNERO, CORPOS E SAÚDE

A confluência das relações de gênero, classe, raça, geração e outras para a compreensão dos processos de saúde e doença é central para as práticas de atenção à saúde. Isso significa que é insuficiente compreender as desigualdades que se estabelecem entre homens e mulheres ou entre mulheres se não incorporamos de maneira orgânica as desigualdades de classe, raça/etnia, sexualidade, de geração, entre outras e a compreensão dessas desigualdades como um dos determinantes das desigualdades em saúde. O cuidado em saúde não pode ser pensado da mesma forma a todos ignorando todos esses matizes na determinação do processo saúde-doença e da sua tradução em ações que promovam a equidade em saúde e a busca por justiça social.

Das mudanças na inserção social das mulheres decorre a busca por maior liberdade individual e autonomia, para a qual um dos elementos principais é a reapropriação do corpo, pela sua identificação como o lócus de origem e exercício da dominação sobre as mulheres, por meio do controle da sexualidade e da reprodução (ÁVILA, 2007). Apesar de inicialmente os estudos sobre gênero e saúde terem se concentrado nos aspectos relativos ao controle e à medicalização do corpo feminino, nos últimos vinte anos ganham volume os estudos que

abordam a saúde das mulheres não apenas na sua dimensão reprodutiva, mas também como trabalhadoras e como sujeitos que têm necessidade de saúde para além das reprodutivas. Villela, Monteiro e Vargas (2009) inventariam algumas tendências da literatura sobre gênero e saúde, tanto aqueles definidos como quantitativos quanto qualitativos. A maior frequência desses estudos está concentrada

[...] sobre “agravos à saúde” (31,9%) e sobre “saúde sexual e reprodutiva e DST/Aids (30,3%), seguidos de direitos à saúde (16,6%), trabalho (12,4%) e violência (8,8%). No grupo “agravos à saúde” prevalecem estudos sobre doenças crônicas degenerativas e, em “saúde sexual e reprodutiva”, o maior número de artigos se refere ao período gravídico-puerperal, ao uso da contracepção ou de métodos de dupla proteção. No grupo de “direitos à saúde”, destaca-se o tema da “educação” com discussões sobre abordagens e conteúdos de ensino, principalmente do curso de enfermagem e os temas direito à saúde, políticas de saúde e modelos assistenciais em menor número (VILLELA; MONTEIRO; VARGAS, 2009, p. 1000).

E finalizam destacando as lacunas dessa produção, como as tensões entre as categorias gênero, sexo e mulher, a escassez de trabalhos que incorporem o gênero na análise de eventos em saúde mental, nos processos de envelhecimento, que tomem os jovens como objeto, das masculinidades, das práticas de gestão, dos valores sexualmente diferenciados que orientam o tempo social da produção e reprodução do capital e da humanidade, entre outros.

Em termos das políticas públicas há dois marcos importantes. O primeiro é Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que teve grande relevância na construção do princípio da integralidade no SUS. O PAISM e, posteriormente, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher incorporam a perspectiva de gênero, rompem com a concepção do ciclo materno-infantil para a saúde integral das mulheres, apontam os limites da formação dos profissionais e da organização dos serviços para romper com essa visão, resgatam a participação dos movimentos de mulheres na construção das políticas e corporificam o princípio da integralidade, mesmo com os revezes de sucateamento e subfinanciamento do SUS. O segundo é o marco regulatório dos Direitos Sexuais e Reprodutivos. Estes se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo indivíduo de decidir livremente sobre o número, espaçamento e a oportunidade de ter filhos, e de ter as informações e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Abrangem, ainda, o direito à livre expressão da sexualidade, não condicionada à reprodução e a sua vivência livre de discriminação, coerção ou violência, conforme expresso em documentos sobre direitos humanos.

Uma estratégia adotada, com sucesso, diante da resistência de muitos países em assinar tais consensos é associá-las sob a égide da proteção à saúde. Nesse sentido, as formulações de saúde sexual e reprodutiva inscrevem esses direitos no terreno da saúde e como aspectos a serem cuidados como inerentes à dignidade humana em um Estado laico, plural e democrático. Corrêa e Petchesky (1996), em uma perspectiva feminista e com a compreensão dos direitos sexuais e reprodutivos sob a égide dos direitos sociais, a fim de englobar as necessidades sociais que impedem uma real escolha sexual e reprodutiva para a maioria das mulheres do mundo que são pobres, indicam quatro princípios éticos

estruturantes desses direitos: integridade corporal, autonomia pessoal, igualdade e diversidade. Tais princípios são orientadores fundamentais para a atuação no campo da saúde no interior das tensões entre a liberdade individual e a justiça social que permeiam o debate feminista. Sem a garantia das condições sociais e econômicas, os direitos sexuais e reprodutivos encontram restrições que afetam as possibilidades de escolha em termos de sexualidade e reprodução.

É com base na perspectiva interseccional que feministas negras brasileiras e afro-americanas vêm tecendo críticas ao formularem o conceito de justiça reprodutiva. (BRANDÃO; ALZUGUIR, 2022). Tomando o racismo estrutural, destacam a forte desigualdade social entre as mulheres que permeia o acesso e a utilização em saúde, bem como as situações de discriminação racial que impedem ou tolhem o pleno exercício dos direitos sexuais e reprodutivos.

O QUE SIGNIFICA UMA ÓTICA DE GÊNERO NA ANÁLISE DOS PROBLEMAS DE SAÚDE DAS MULHERES E NO SEU ENFRENTAMENTO?

NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA FEMININO (compreende mulheres cis, lésbicas e trans):

1. Descortina as relações desiguais entre o masculino e o feminino na sociedade e a condição de opressão das mulheres, impactando a sua saúde.
2. Evidencia o “espaço privado” como locus de dominação e exploração histórica das mulheres e que confere especificidades ao adoecimento das mulheres e as suas possibilidades de enfrentamento.
3. Mostra as desigualdades entre as mulheres, segundo inserção de classe, raça/cor, etnia, geração e orientação sexual.
4. Problematiza as instituições de saúde como veiculadoras de signos, normas e valores que reproduzem as desigualdades de gênero, raça e classe social e aonde se inscrevem relações de poder, hierarquia e violência.
5. Critica o processo de medicalização do corpo feminino e a utilização de toda e qualquer tecnologia médica, a despeito de indicação clínica mais precisa, promovendo violências sobre seus corpos, assim como reforça a ideia de que existe uma natureza biológica determinante da condição feminina.

SEU ENFRENTAMENTO PELOS DIFERENTES ESPAÇOS SÓCIO-OCUPACIONAIS DA SAÚDE:

1. Inscreve o princípio da Integralidade na organização e nas práticas de saúde assentado no trabalho coletivo em saúde. Isso significa que em todo e qualquer contato das mulheres com os serviços de saúde – incluindo as situações de emergência, internação hospitalar, atenção clínica ou cirúrgica, ações de saúde mental, entre outras – seja utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação da saúde com equidade de gênero e raça. Entende-se, ainda, a assistência organizada e voltada para os indivíduos na sua singularidade e totalidade, envolvendo a implementação de políticas intersetoriais.

2. Incorpora as questões da sexualidade, sua diversidade e o reconhecimento dos indivíduos como sujeitos autônomos do próprio desejo e da sua corporalidade, apesar das polêmicas em torno dos direitos sexuais das/os adolescentes e do direito ao aborto.
3. Propõe que a dimensão educativa perpassa todo o contato das mulheres com o sistema de saúde. As ações educativas devem intervir nas relações de poder das mulheres, tanto com os serviços de saúde, como nas situações desiguais entre os gêneros. Essa estratégia visa estimular as mulheres em relação à apropriação de seus corpos e controle de sua saúde.
4. Sugere uma nova relação profissional de saúde-usuárias na direção da desconstrução das desigualdades de gênero. Esses têm uma grande responsabilidade na mudança da lógica patriarcal, pelo lugar que ocupam enquanto produtores de “verdades” sobre os corpos e a sexualidade e enquanto sujeitos que intervêm sobre o corpo do outro. Exige-se uma nova postura de trabalho das equipes de saúde em face da integralidade da atenção.
5. Reforça os princípios dos Direitos Sexuais e Reprodutivos enquanto Direitos Humanos e inseridos em uma política de saúde universal, igualitária e democrática.

Esses processos não se restringem àquelas/es que atuam diretamente na atenção em saúde das mulheres nos âmbitos clássicos, como a saúde sexual e reprodutiva, as infecções sexualmente transmissíveis/HIV, as doenças crônico-degenerativas, com destaque para os cânceres cérvico-uterino e mamário, as doenças cardiovasculares, a saúde mental e a violência de gênero, mas na compreensão da perspectiva de gênero como transversal ao processo saúde-doença e à concepção ampliada de saúde. Ademais, tais processos são vivenciados na população infantojuvenil, idosa, entre outros grupos sociais atendidos nos diferentes espaços sócio-ocupacionais em saúde.

Concluimos com algumas indagações sobre o trabalho profissional e seus correlatos desafios na atual conjuntura. Como se reproduzem ou se desconstruem os sistemas de gênero na cotidianidade dos serviços de saúde? É uma atenção em saúde que reforça ou debilita as desigualdades de gênero? De que maneira as usuárias exercem seus direitos sexuais e reprodutivos? Quais são as consequências das suas decisões reprodutivas e se as tomam de forma autônoma – de suas gestações, gravidezes não desejadas, abortos? Como se evidenciam as características do processo de expropriação do corpo feminino subordinado a um modelo masculino de significação da saúde e da doença? Realiza ou não o direito à saúde e, mais especificamente, seus direitos sexuais e reprodutivos?

Em relação às/aos trabalhadoras/es de saúde, o que pensam das usuárias e por quê? Que mulheres preferem como “pacientes” e por quê? Como percebem as relações que estabelecem com as usuárias e o seu impacto na qualidade da atenção? Como encaram a subjetividade das mulheres em sua diversidade? Existe uma valorização de seus conhecimentos e experiências em saúde? Se promove ou se ignora seus direitos em saúde? São potencializadas suas decisões ou se assumem condutas coercitivas? Incorpora-se a dimensão da sexualidade na assistência? Em que condições trabalham e como essas

influenciam o seu exercício profissional? Como percebem a sua própria condição de gênero? (GAMA, 2004).

Essas perguntas surgem em um contexto no qual as assistentes sociais precisam permanecer nas trincheiras de defesa do SUS e do seu projeto ético-político profissional que embasam, sustentam e referendam as reflexões aqui trazidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ÁVILA, M. B. Radicalização do feminismo, radicalização da democracia. In: Reflexões feministas para a transformação social. Cadernos de crítica feminista, 1(0). Recife: SOS-Corpo, Instituto Feminista para a Democracia; p. 248, 2007.
- AKOTIRENE, C. O que é interseccionalidade? BH: Letramento: Justificando, 2018.
- BEAUVOIR, S. O segundo sexo [1949]. RJ: Nova Fronteira, 1980.
- BRANDÃO, E.; ALZUGUIR, F.C.V. Gênero e Saúde: uma articulação necessária. RJ: ed. Fiocruz, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília, DF, 2004.
- BUTLER, J. Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade. RJ: Civilização Brasileira, 2003.
- _____. Corpos que importam: os limites discursivos do “sexo” [1993]. SP: N-1 Edições, 2019.
- CISNE, M. Feminismo e consciência de classe no Brasil. SP: Cortez, 2014.
- COLLINS, P.H.; BILGE, S. Interseccionalidade. SP: Boitempo, 2020.
- CORRÊA, S.; PETCHESKY, R. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 6(1/2): 147-177, 1996.
- FERGUSON, S. Feminismos interseccional e da reprodução social: rumo a uma ontologia integrativa. *Cadernos CEMARX*, n. 10, p. 13-38, 2017.
- GAMA, A.S. Gênero e avaliação da qualidade da atenção em serviços de saúde reprodutiva. In: BRAVO, M.I. *et al.* (Orgs.). Saúde e Serviço Social. SP: Cortez/RJ: Uerj, p.79-96, 2004.
- KERGOAT, D. Dinâmica e consubstancialidade das relações sociais. *Novos Estudos Cebrap* 86, pp. 93-103, mar. 2010.
- RUBIN, G. O tráfico de mulheres. In: RUBIN, G. Políticas do Sexo. SP: Ubu, 2017a
- _____. Pensando o sexo. In: Rubin, G. Políticas do Sexo. SP: Ubu, 2017b.
- SCOTT, J.W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*, 20(2): 71-99, 1995.
- VILLELA, W.; MONTEIRO, S; VARGAS, E. A incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(4): 997-1006, 2009.
- VOGEL, L. *Marxism and the Oppression of Women: Toward a Unitary Theory*. US: Haymarket Books, 215p., 2014.

GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

Conceição Maria Vaz Robaina
Monica Simone Pereira Olivar

Gestão do trabalho em saúde é uma categoria repleta de mediações, condicionada pela teleologia que orienta o trabalho neste campo. Afeta a categoria dos assistentes sociais em duas dimensões: na condição de força de trabalho especializada e integrada a outras categorias profissionais no campo e, sobretudo a partir do alargamento do conceito de saúde na Constituição Federal de 1988, também na condição de agentes da gestão do trabalho.

Deste modo, trataremos aqui brevemente das determinações centrais desta categoria para retomá-la ao final num esboço de síntese conceitual.

A área de *gestão do trabalho em saúde* sofre, historicamente, as determinações da dinâmica da luta de classes e da dimensão político-ideológica nas relações entre Estado e mercado, sendo pautada nos debates do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira nos anos de 1980, e categorizada, ao longo dos anos, como *recursos humanos, administração de pessoal, gestão de pessoas, força de trabalho e gestão da educação e do trabalho em saúde*. Todavia, as trocas de nomenclaturas não alteraram de modo central a questão das condições e relações de trabalho, face às determinações estruturais que incidem sobre os trabalhadores no capitalismo contemporâneo.

Como foi possível elaborar uma política de recursos humanos que levou as pessoas que desempenham funções iguais tenham salários diferentes? (BRASIL, 1986). Assim, ecoavam as vozes históricas da 8ª Conferência Nacional de Saúde e ainda ecoam, mesmo que timidamente, nos espaços coletivos da saúde. O discurso do passado responde ao presente em um eterno ver-se-jar.

Em 1986, no mesmo ano da 8ª Conferência Nacional de Saúde, foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, cujos temas centrais foram: mercado de trabalho, planos de cargos e salários, formação, ensino de graduação, educação permanente e valorização dos trabalhadores da saúde. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pelas Leis 8.080/90 e a 8.142/90, ficou explicitada a necessidade de articulação entre as três esferas de governo (União, Estado e Municípios) para a formalização e execução da política de recursos humanos. A Lei nº 8.080/90 traz no capítulo 1, art. 6º a Saúde do Trabalhador e a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde. Já a Lei nº 8.142/90 fortalece a exigência da criação de comissões para elaboração de planos de cargos e carreiras para os trabalhadores do SUS como critério para repasse de recursos financeiros do governo federal para estados e municípios.

Entretanto, a partir da década de 1980, o Banco Mundial assumiu a liderança no desenvolvimento global da agenda internacional para as políticas de saúde, financiando projetos e exigindo as condicionalidades necessárias ao ajuste estrutural, subordinando a avaliação dos gastos em saúde à preocupação com a consistência macroeconômica dos países e determinando o processo de contrarreforma, a desregulamentação do Estado e utilização do fundo público para o financiamento do mercado (MATTOS, 2001).

Conforme sinalizam vários autores que se debruçam sobre estudos acerca da Política de Saúde no Brasil, desde a década de 1990 o SUS é alvo das contrarreformas neoliberais que têm atacado seu caráter universal e público visando o seu desmonte, através de um processo

de universalização excludente, mercantilização e privatização da saúde (CORREIA, 2011; ANDREAZZI; BRAVO, 2014; BRAVO; MENEZES, 2011).

Devido às propostas de reformas estruturais do Estado que entraram em discussão no governo de Fernando Henrique Cardoso, em 1995, conduzidas pelo então Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), presenciou-se o surgimento de um processo de precarização dos vínculos de trabalho na administração pública, ratificando a ofensiva contra os direitos sociais instituídos pela Constituição. Nesta nova concepção, a Saúde não foi considerada núcleo estratégico de Estado, mas parte das funções “não exclusivas de Estado” passando a adotar uma política de flexibilização de contratos e jornadas de trabalho e da expansão da terceirização. Tal política passou a ser adotada por boa parte dos estados e municípios, provocando um enorme processo de precarização do trabalho no SUS.

Em 2003, no governo Lula, foi instituída, no âmbito do Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGETS), através do Decreto nº 4.726, de 9 de junho, que criou condições favoráveis ao desenvolvimento desta área no âmbito das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Nesse contexto, foi formulada a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos, a NOB-RH, no âmbito do Conselho Nacional de Saúde, documento que incorporou propostas sobre ingresso e mobilidade dos trabalhadores, Plano de Cargos, Carreiras e Salários, Saúde do Trabalhador, dentre outros. A versão final foi publicada em 2003 e orientou a pauta da III Conferência de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, somente realizada em 2006, já em outro contexto político-institucional.

A criação da SGETS desencadeou um conjunto de iniciativas, entre as quais a formulação da Política de Gestão do Trabalho no SUS e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009). Além disso, a negociação de contratos de trabalho e os esforços voltados à despreciação dos vínculos de trabalho assumiram papel preponderante na pauta dos dirigentes. Nesse sentido, criou-se a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS), fórum paritário entre gestores e trabalhadores para construção de uma agenda de prioridades a serem pactuadas entre gestores, prestadores de serviços e trabalhadores (BRASIL, 2003), bem como o Comitê Nacional Interinstitucional de Despreciação do Trabalho, criado com o objetivo de buscar soluções para esta problemática nas três esferas de governo (BRASIL, 2006). Importante registrar que a MNNP-SUS foi extinta no governo Bolsonaro através do Decreto nº 9.759/2019 e recém retomada logo após o início do terceiro mandato presidencial de Lula (2023) no bojo da reorganização do aparelho estatal.

Como visto, as contradições da luta de classes se expressam na *Gestão do Trabalho em Saúde*. Entretanto, é possível observar que nos anos 2000 o campo mantém a tendência das políticas neoliberais. Por opção político/ideológica e ferindo frontalmente os dispositivos constitucionais, foi deflagrado em todo o país o processo de privatização da gestão dos serviços de saúde, através das Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Fundações Estatais de Direitos Privados, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e outras.

A transferência da gestão dos serviços de saúde para o “setor público não estatal que na realidade é privado” (CORREIA, 2011), mediante Contrato Gestão, no caso das OSs e de Termo de Parceria com a OSCIP, através do repasse da gestão, dos recursos, das instalações públicas e de pessoal, se configura como forma de privatização do que é público,

e contraria diretamente a Constituição Federal de 1988. Alguns autores têm caracterizado esses modelos de gestão, como “privatizações não clássicas porque não se realizam pelo mecanismo da venda típica, mas envolvem também no plano dos argumentos uma afirmação de que tais mecanismos operarão com mais e não menos Estado” (GRANEMANN, 2011).

O setor saúde seguiu a tendência geral de cortes e terceirizações, intensificando problemas enfrentados anteriormente, como a contratação por tempo parcial ou temporário, a multiplicidade de jornadas de trabalho, a diferenciação salarial, previdenciária e de vigilância em saúde entre trabalhadores de uma mesma categoria, com conseqüente enfraquecimento do trabalho coletivo, sob a justificativa da necessidade de cumprir a Lei de Responsabilidade Fiscal – Lei complementar nº 101 de 4/5/2001, “que impõe um teto de 56% da receita corrente líquida com despesas de pessoal criando condicionalidades financeiras relativas aos gastos com saúde, sabidamente intensivos em pessoal” (ANDREAZZI; BRAVO, 2014). Decorre desta realidade a coexistência de uma enorme diversidade de vínculos e “patrões”, como as Organizações Não Governamentais, Cooperativas, Parcerias Público-Privadas, as já citadas OSCIPS e OSs, a contratação de empresas prestadoras de serviços (ou intermediadoras de mão de obra), a chamada PJotização (quando os terceirizados são levados a transformarem-se individualmente em Pessoa Jurídica) e outras, niveladas pela degradação do trabalho nas suas diversas dimensões, marca indelével da terceirização (DRUCK, 2016). *Pari passu*, deteriora-se também as condições de trabalho dos servidores públicos.

Esta tendência de flexibilização das relações de trabalho acentuou-se em 2016 com o governo de Michel Temer (2016-2018), através da contrarreforma trabalhista, a Lei da Terceirização e um projeto de austeridade, possibilitando o avanço dos interesses do grande capital com cortes de recursos em áreas prioritárias como educação e saúde. Essa agenda neoliberal são contrarreformas defendidas unitariamente pelos segmentos do empresariado brasileiro, base fundamental de sustentação do governo Bolsonaro-Guedes (2019-2022). Todas elas, incluindo a perspectiva de reformas administrativas, são justificadas em nome de um ajuste fiscal permanente, aplicado desde o final dos anos 1990 e cujos resultados provocaram um aumento brutal da desigualdade econômica e social (DRUCK, 2021). Ademais, segundo Soares *et al.* (2017), a contrarreforma e sua cultura da crise têm imposto novas requisições aos trabalhadores da saúde no cotidiano da prática, incluindo os assistentes sociais, como estimular os usuários do SUS a aderir a um conjunto de mudanças impetradas, do qual tanto os profissionais quanto os usuários são vítimas.

Tal como ilustrado, estas determinações condicionam as práticas na ponta dos serviços. Compreendê-las é uma exigência porque, subsumidos pelo cotidiano, é comum explicarmos a precarização do serviço, a opressão do trabalho, o racismo institucional, os constrangimentos por produtividade, o assédio moral, a partir do perfil pessoal do gestor local. Na verdade, a figura do gestor imediato retrata uma personificação de determinações maiores, combinada com a forma particular como este gestor as implementa, mas é também mediada pelo grau e o tipo de resistência que ele encontra por parte dos trabalhadores e dos próprios usuários. Neste particular, ganha centralidade o papel histórico dos sindicatos e os complexos debates sobre o sindicalismo no Brasil, que não cabem nos limites deste artigo.

Do mesmo modo, induz ao erro de análise buscar as causas da deterioração das relações de trabalho nas particularidades do outro vínculo empregatício, seja por parte dos servidores públicos em relação aos terceirizados (dos quais se aponta a ausência do concurso público), seja pelo inverso, sob acusação de trabalhadores privilegiados. Tal

corresponsabilização no âmbito das relações imediatas obscurecem os interesses de classe ali contidos e são produtores de adoecimento dos trabalhadores e de obstáculos à organização e reação conjunta destes segmentos.

De igual relevância é a análise do grau de permeabilidade da gestão à participação dos trabalhadores no que se refere a constituição do modelo de assistência e da esfera político-administrativa. Um importante marcador é se há uma hierarquização dos saberes (e poder) no fluxo de trabalho da assistência, que vão caracterizar um determinado tipo de trabalho em equipe (interdisciplinar, multidisciplinar, transdisciplinar), assim como se há espaços institucionais coletivos regulares e sua natureza (informativa, consultiva ou deliberativa). Tais elementos definem o coeficiente de democratização das relações de trabalho e de potencial para concretização de fundamentos caros ao SUS.

Deste modo, numa perspectiva histórico-dialética, compreende-se que no âmbito dos serviços estas tendências se corporificam e se contrapõem, ou seja, no solo do cotidiano se constitui uma arena de disputa pela hegemonia de projetos sanitários e societários. É neste sentido que mediatizar é uma requisição aos atores sociais implicados.

Assim, considerando a natureza da sociedade capitalista, é possível sintetizar a *Gestão do trabalho em saúde* como instrumento estratégico para viabilizar o projeto sanitário hegemônico, poroso aos interesses e resistências do mercado e da classe trabalhadora, em especial da sua fração de trabalhadores em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, G. Reforma trabalhista, modernização catastrófica e a miséria da República brasileira. [S. l.]. Jornal GGN, 2017. Disponível em: <<https://blogdaboitempo.com.br/2017/03/27/reforma-trabalhista-modernizacao-catastrofica-e-a-miseria-da-republica-brasileira/>>. Acesso em 9 de set. de 2022.
- ANDREAZZI, M. de F. S.; BRAVO, M. I. S. Privatização da Gestão e Organizações Sociais na Atenção à Saúde. *Trab. Educ. Saúde*, v. 12 n. 3, p. 499-518. Rio de Janeiro: Fiocruz, set./dez. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986.
- _____. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal/ Centro Gráfico, 1988.
- _____. Lei nº 8080, de 28 de dezembro de 1990. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Poder Executivo. Brasília, 1990.
- _____. Lei nº 8142, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Poder Executivo. Brasília, 1990.
- _____. Plano Diretor da Reforma do aparelho do Estado. Brasília: Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado, Ministério da Reforma da Administração Federal e do Estado, 1995.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS: democratização nas relações de trabalho no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH-SUS) / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 3. ed. rev. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: Desprecariza SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
- _____. 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. Série B. Textos Básicos de Saúde, Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9. Brasília, 2009.
- BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Orgs.). A Saúde no governo Lula e Dilma: algumas reflexões. Cadernos de Saúde. Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal universal, gratuito e de qualidade. 1ª ed., p. 15-28. Rio de Janeiro: UERJ/ Rede Sirius, 2011.
- CORREIA, M. V. C. Por que ser contra aos novos modelos de gestão do SUS? In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo (Orgs.). Cadernos de Saúde. Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal universal, gratuito e de qualidade. 1ª ed., p. 43-49 Rio de Janeiro: UERJ/ Rede Sirius, 2011.
- DRUCK, G. Terceirização do Trabalho no Brasil: novas e distintas perspectivas para o debate. Trab. Educ. Saúde, v. 14, supl. 1, p. 15-43. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.
- _____. Reforma Administrativa: a “reforma trabalhista” dos servidores públicos. Rev. Bras. Adm. Pol., 13(I1): 69-84. Disponível em: <https://www.eco.unicamp.br/remir/images/2021/Debates_Remir_Abet/Rebap_25_-_2021_Reforma_Administrativa-70-85.pdf>. Acesso em 9 de set. de 2022.
- GRANEMANN, S. Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, J. S. B. (Orgs.). Cadernos de Saúde. Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal universal, gratuito e de qualidade. 1ª ed., p. 43-49 Rio de Janeiro: UERJ/ Rede Sirius, 2011.
- MATTOS, R. A. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de ideias. Ciência & Saúde Coletiva, v. 6, n. 2, p. 377-389, Rio de Janeiro, 2001.
- SOARES, R. C. *et al.* Contrarreforma na política de saúde brasileira e impactos no Serviço Social. Ciências e Políticas Públicas | Public Sciences & Policies, v. III, n. 1, p. 17-37, 2017.

HIERARQUIZAÇÃO EM SAÚDE

Lívia Figueiredo Pequeno

Lavinia Messias Alves

Vanessa Antonietta de Souza Trindade

No Brasil, segundo Teixeira (2018), o conceito de saúde apresentado pela Organização Mundial de Saúde (1978), e trazido pela Medicina Social (Saúde Coletiva) na América Latina nos anos de 1970/80, influenciaram o “Movimento da Reforma Sanitária”, que, em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, consolidou o avanço do entendimento do conceito de saúde e da própria política de saúde do país. A partir disso, tivemos a apresentação da concepção de saúde ampliada, que foi proposta pelo Movimento da Reforma Sanitária dois anos mais tarde foi e aderida pela Constituição Federal de 1988 (CF 88), tornando-se a base para a saúde coletiva brasileira.

Como exposto no artigo nº 196 da CF 88, “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Esta concepção de saúde é determinada não apenas por aspectos biológicos que influenciam no adoecimento, mas também, por aspectos históricos, sociais, culturais e econômicos, ou seja, ela é resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde da população. Mas, acima de tudo, é o “resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987, p. 12).

Após a adesão de tal concepção de saúde na Constituição de 1988, no início da década de 1990, as Leis Orgânicas da Saúde 8.080/90 e 8.142/90 constituíram um novo sistema de saúde – o Sistema Único de Saúde (SUS) – baseado no modelo da Reforma Sanitária e na defesa de seus princípios. Desta forma, viabilizou-se a implantação do SUS onde a saúde é tida como direito fundamental do homem, sendo dever do Estado garanti-la em todos os seus níveis de complexidade. De acordo com Santos (2017), o SUS é definido constitucionalmente como o resultado da integração das ações e serviços públicos de saúde, em rede regionalizada e hierarquizada. É dessa integração que nasce o sistema único, sendo competência comum de todos os entes federativos o cuidado com a saúde. O SUS está estruturado em princípios doutrinários que conferem ampla legitimidade ao sistema, são eles: Universalidade, Equidade e Integralidade. Sob a forma de organização e operacionalização, buscando imprimir efetividade ao seu funcionamento, temos os princípios organizativos: Regionalização, Descentralização, Hierarquização e Participação social.

Neste verbete nos cabe refletir sobre a hierarquização em saúde. A hierarquização é um princípio que pensa e organiza o atendimento em redes de atenção à saúde (RAS), que são escalonadas em níveis de atenção. No SUS, desta maneira, os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos e com definição e conhecimento da população a ser atendida. Assim, com a ideia de hierarquização, busca-se ordenar o sistema

de saúde por níveis de complexidade na atenção e estabelecer fluxos assistenciais entre os serviços, tendo por base a atenção primária à saúde, que deve ser a principal porta de entrada do sistema e referência para a regulação do acesso aos serviços de atenção especializada de média e alta complexidade.

O nível de atenção primária, caracterizado pela baixa complexidade, é definido por promover ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde. São serviços oferecidos nas unidades básicas de saúde (UBS), postos de saúde e/ou Clínicas da Família e Centros Municipais de Saúde. Este modelo de atendimento trabalha pautado na Estratégia de Saúde da Família.¹ Neste nível de atenção são realizados atendimentos médicos, pediátricos, obstétricos, ginecológicos, odontológicos e assistência de enfermagem, além de contar com programas que auxiliam as ações de promoção e prevenção à saúde como o Programa de Controle do Tabagismo, Programa de Hipertensão e Diabetes, e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que visa ampliar o escopo de ações e resolutividade da atenção básica, sendo responsável pela retaguarda técnica das equipes de saúde da família, compartilhando o cuidado nos territórios de forma integrada. Aqui se insere o Serviço Social. Os procedimentos são de baixo custo e aproximadamente 80% dos problemas de saúde da população podem ser resolvidos e/ou incluídos neste nível.

O nível secundário de atenção à saúde é caracterizado pela média complexidade e custo médio no atendimento. Este nível engloba ações de saúde com as especialidades médicas e usualmente é uma assistência oferecida em ambulatorios, atendimentos de urgência (Unidades de Pronto Atendimento – UPA, por exemplo) e reabilitação, além de internações em hospitais locais e/ou regionais. O nível terciário é caracterizado pela alta complexidade e custo, ou seja, neste nível de atenção à saúde estão os casos mais complexos, que envolvem maiores danos à saúde ou mesmo risco de vida. O atendimento é realizado por hospitais de grande porte e especializados, como os hospitais de emergência aberta e os universitários, e oferece serviços de cirurgias, neurocirurgias, transplantes, quimioterapias, radioterapias, diálise, entre outros. Entretanto, é importante salientar que os níveis de atenção não devem ser estanques e, muito menos, não se relacionarem entre si. Para respeitar o princípio da hierarquização é necessário que os níveis de atenção estejam interligados, garantindo à população o acesso e o movimento entre eles, quando necessário, para o atendimento das suas necessidades de saúde. Para isso, **foi criado** o sistema de referência e contrarreferência que **designava** os movimentos e fluxos no SUS. A referência **designava** o trânsito do usuário do SUS de um nível de menor complexidade para um de maior complexidade. E a contrarreferência **consistia** no trânsito de um nível de maior complexidade para um de menor. Segundo Santos (2017),

[...] as redes de atenção à saúde devem ser organizadas de modo hierarquizado quanto à complexidade tecnológica exigida pelo diagnóstico e tratamento. A atenção primária em saúde deve ser a ordenadora de todo esse encadeamento sanitário-sistêmico, o elo entre a pessoa e suas necessidades em saúde em todos os níveis de complexidade tecnológica.

¹ A Estratégia Saúde da Família é desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado dirigidas à população do território, por gestão qualificada e conduzida por equipe multiprofissional de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, para ampliar a resolutividade e o impacto na situação de saúde da população e coletividade. As equipes dessa estratégia são compostas, no mínimo, pelo profissional médico e enfermeiro, preferencialmente especialistas em saúde da família; pelo auxiliar e/ou técnico de enfermagem e pelo agente comunitário de saúde.

A atenção básica, porta de entrada do sistema e ordenadora do cuidado em todas as suas dimensões, é o alicerce da atenção à saúde ordenando as redes e demais serviços (p. 1282).

Atualmente, esse processo de movimento entre os níveis de atenção se dá, prioritariamente, por meio do Sistema de Regulação de Vagas (SISREG). O SISREG, desenvolvido em 2001 pela Secretaria de Atenção à Saúde em parceria com o DATASUS, é um sistema público disponibilizado pelo Ministério da Saúde aos estados e municípios para apoiar as atividades dos complexos reguladores. O sistema tem como objetivo principal regular procedimentos ambulatoriais (consultas e exames) e internações hospitalares nas Centrais de Regulação. As solicitações no sistema são realizadas, em sua maioria, pelas unidades básicas de saúde ou clínicas da família, sendo realizadas também em outras portas de entrada do SUS, como por exemplo: Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e unidades hospitalares.

De acordo com o CONASS (2016), o SISREG é composto por três módulos:

- O módulo Ambulatorial, que tem como função primordial a marcação de consultas e exames especializados, controlando o fluxo dos usuários no sistema no que diz respeito à solicitação, agendamento e atendimento.
- O módulo de Internação Hospitalar que acompanha a alocação de leitos (urgência e eletiva) e a disponibilidade de leitos em tempo real, encaminhando e autorizando internações.
- E, o módulo de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (APAC) que acompanha os encaminhamentos de procedimentos de alta complexidade/custo, permitindo seguir todas as etapas, desde a requisição até a autorização e execução.

Entretanto, nem sempre o fluxo de atendimento dos serviços acontece da maneira adequada. Muitas especialidades e exames não são disponibilizados no sistema em quantidade suficiente para atender a demanda da população, o acesso ao SISREG é dificultado devido ao fluxo de atendimento na atenção básica, à falta de médicos nas UBS para realizar as avaliações clínicas necessárias; também, a população fica aguardando muito tempo na fila do SISREG, muitas vezes não são avisados quando ocorre o agendamento e/ou a solicitação entra em exigência ou é devolvida, o que aumenta ainda mais a dificuldade de acessar serviços especializados capazes de complementar ou mesmo ampliar os cuidados em saúde já realizados na rede básica.

Soares (2020) aponta que este modelo de regulação faz parte da base da racionalidade hegemônica, característica da contrarreforma do SUS. Ainda, segundo a autora, “a contratualização, o planejamento e a programação das ações, constituem-se instrumentos do modelo de regulação dos serviços que devem conferir organicidade e racionalidade ao sistema, com suas normatizações de acesso, fluxo e rotinas” (SOARES, 2020, p. 109-110). Contudo, tal modelo segue a lógica do mercado, típica da racionalidade empresarial, apoiada em instrumentos de administração e regulação por produtividade, com ênfase na eficiência e na busca pelo aumento do lucro.

Apesar de todo alicerce legal para sua implementação e organização, a política pública de saúde tem encontrado notórias dificuldades para sua efetivação, por diversos motivos. Segundo o CFESS (2010), destes motivos podemos mencionar a desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde, o desafio para a construção de práticas baseadas na integralidade, os dilemas para alcançar a equidade no financiamento do setor, os avanços e recuos nas experiências de controle social, a falta de articulação entre os movimentos sociais, entre outras. Tais questões são fruto de um panorama maior que vem ocorrendo desde a década de 1990 com a entrada da ideologia neoliberal no país, o que trouxe grandes impactos para as políticas sociais e na saúde não foi diferente. Mesmo com os avanços promovidos pelo Projeto da Reforma Sanitária e a consolidação do SUS na CF 88 e nas Leis Orgânicas da saúde, o programa da reforma sanitária é questionado e consolida-se, na segunda metade dos anos de 1990, o projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista. Este projeto,

[...] pautado na política de ajuste, tem como tendências a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. Ao Estado cabe garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos cidadãos consumidores, que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis por meio do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços em nível local e eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento (CFESS, 2010, p. 20).

É nesse espaço de correlações de forças que a política pública de saúde no Brasil tenta se consolidar. A lógica privatista trouxe para a materialização do SUS consideráveis impeditivos que hoje se mostram como desafios para o acesso universal à saúde no país, pois à medida que o Estado avança em seu vínculo com a lógica neoliberal, menos garantias e recursos são destinados à agenda pública da saúde, o que traz consequências para efetivação e materialização das ações e serviços executados em todos os níveis de atenção à saúde, ou seja, afeta toda a hierarquização do SUS. Como aponta Oliveira e Ghiraldelli (2019), o avanço do projeto ideopolítico neoliberal fez com que a política pública de saúde enfrentasse obstáculos para sua materialização, hoje, agudizados por meio das contrarreformas apresentadas pelos últimos governos, com o sucateamento da saúde pública, a terceirização dos trabalhadores, o projeto de privatização do SUS e o subfinanciamento das políticas públicas, que afetam diretamente o acesso dos usuários a uma saúde de qualidade. Esses retrocessos contribuem para a descontinuidade e desarticulação com a rede de serviços, fragilizando o atendimento em todos os níveis de atenção, sobretudo na organização da atenção primária a saúde (APS), por meio da desqualificação das equipes de saúde da família e dos frágeis contratos de trabalho dos profissionais de saúde, fazendo com que haja uma grande mudança do corpo de profissionais, dificultando o vínculo com os usuários do SUS, atributo fundamental para determinar a continuidade do cuidado e adesão do tratamento por parte dos usuários. Assim, levando em consideração que a atenção básica é definida como a porta de entrada do sistema e o primeiro nível de atenção, responsável pela ordenação do cuidado e da regulação para os demais níveis; com a “porta de entrada” fragilizada, temos,

frequentemente, a interferência direta no acesso dos usuários à saúde em todos os níveis de atenção.

Segundo Bravo e Correia (2012), hoje há dois programas de saúde privatistas disputando com o projeto de saúde gratuita defendida pelo Movimento de Reforma Sanitária. De um lado, o projeto da Reforma Sanitária Flexível que defende uma proposta de “SUS possível” com a otimização das gestões, responsabilização e perda de direitos dos profissionais de saúde. A materialização desse projeto se mostra, por exemplo, nas concessões das unidades de atenção primária para Organizações Sociais (OSs), Organizações Não Governamentais (ONGs), Fundações etc. E, como temos observado, a retirada da gestão da saúde da administração pública não tem se configurado como solução para os desafios postos, como: falta de profissionais de saúde, demora no atendimento, falta de medicamentos, precárias instalações das unidades, entre outros. E, de outro, o Projeto totalmente privatista que defende a total privatização da saúde. Este projeto compreende que os investimentos públicos em saúde deveriam ser focalizados nos procedimentos de maior custo, como os serviços de atenção terciária e quaternária, em detrimento de investimento na atenção primária e secundária que passariam a ser privatizadas e oferecidas somente a quem não pudesse adquirir.

Embora a pressão popular não tenha deixado esse projeto substituir o projeto inicial de SUS defendido pelo Movimento de Reforma Sanitária, a falta de investimentos tem sufocado as ações em saúde, sobretudo as desenvolvidas pela atenção primária, gerando uma cadeia de desafios para os demais níveis de atenção à saúde, como já mencionado.

Este projeto privatista requisitou, e continua requisitando, ao assistente social, demandas que retomam o conservadorismo profissional, sobretudo diante de um cenário atual no qual, junto à agenda político-econômica do capital, existe um aprofundamento do conservadorismo. Temos hoje o avanço de uma espécie de ultraneoliberalismo, que fomenta práticas reacionárias, ataca cada vez mais direitos e está a serviço do grande capital, ocasionando consequências destrutivas para a sociedade e a classe trabalhadora, além de impulsionar perspectivas neoconservadoras ao Serviço Social. Bravo e Matos (2006) já apontavam como demandas requisitadas a seleção socioeconômica da população usuária, a atuação psicossocial através do aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predominância de abordagens individuais, demandas que atualmente só se agudizaram.

Portanto, faz-se necessário o exercício constante de reflexão e interlocução com outras áreas e políticas sociais, a fim de manter um exercício profissional reflexivo e o mais próximo possível das necessidades da população usuária. Isto significa dizer que o assistente social deve compreender que sua atuação não pode se limitar a unidade de saúde em que trabalha, mas precisa estar em constante articulação com os demais equipamentos sociais, seja da política de saúde, seja de outras políticas e/ou serviços sociais, uma vez que os usuários chegam aos serviços de saúde com diversas demandas que ultrapassam o âmbito da saúde, trazendo a necessidade do trabalho intersetorial.

Cabe, portanto, resgatar que o conceito de intersetorialidade é pautado na descentralização e articulação das políticas públicas. Estrutura-se como uma estratégia para a construção de um modelo assistencial que priorize a troca de saberes, que revisa as formas de planejar, executar e avaliar a prestação de serviços, criando uma forma de gestão administrativa que incorpore as demandas sociais dos territórios e que possa ser avaliada e

construída com os usuários. Nesse sentido, a intersetorialidade desempenha um papel fundamental de fortalecimento das políticas sociais, de controle social e de combate às investidas para a fragmentação dos serviços públicos.

Na saúde, é necessário que o assistente social tenha, em seu trabalho profissional, como direção social a articulação entre os princípios do projeto da reforma sanitária e os princípios e valores do projeto ético-político do Serviço Social para que possa, de fato, dar respostas qualificadas às necessidades de saúde e outras apresentadas pelos usuários. Assim, cabe ao Serviço Social a defesa e o aprofundamento do SUS, estimulando estratégias e ações nos serviços de saúde de qualquer nível de atenção, que busquem a efetivação do direito social à saúde e primem pela democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, pelo atendimento humanizado, pelo trabalho interdisciplinar, pelo fomento às abordagens grupais e pelo acesso democrático às informações e estímulo à participação popular (BRAVO; MATOS, 2006).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório da 8^o Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1987.
- _____. Constituição Federal Brasileira promulgada em 5 de outubro de 1988. In: Assistente social: ética e direitos (coletânea de leis e resoluções). Rio de Janeiro: CRESS, 7^a região, v.1, 2008.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRAVO, M.I.S.; MATOS, M.C. Reforma Sanitária e o Projeto Ético-Político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M.I.S. *et al.* (Orgs.). Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez, 2006, p. 25-47.
- _____; CORREIA, M.V.C. Desafios do Controle Social na atualidade. In: Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 109, p. 126-150, jan./mar. 2012.
- CFESS. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde. CFESS, Brasília, 2010.
- CONNAS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O SISREG. Guia de Apoio à Gestão Estadual do SUS. 2016. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/guiainformacao/o-sisreg/>>. Acesso em: 17 de out. de 2022.
- SANTOS, L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. In: Revista Ciência & Saúde Coletiva, 2017, v. 22, n.4, p.1281-1289.
- SOARES, R. C. Contrarreforma no SUS e o Serviço Social [recurso eletrônico]. Recife: Ed. UFPE, 2020, p. 281-331. Disponível em: <<https://editora.ufpe.br/books/catalog/view/70/120/322>>. Acesso em: 25 de out. de 2022.
- TEIXEIRA, M. J. de O. Determinantes sociais em saúde: o Serviço Social no debate contemporâneo. In: FORTI, V.; GUERRA, Y (Orgs.). Serviço Social e Política de Saúde: ensaios sobre trabalho e formação profissionais. Rio de Janeiro: Lumen Juris, p. 47-66. (Coletânea nova de Serviço Social), 2018.
- OLIVEIRA, A. de; GHIRALDELLI, R. O Serviço Social na atenção primária à saúde. In: Revista Em Pauta. Rio de Janeiro., N. 44, v. 17, p. 255-273, 2^o semestre de 2019.

HUMANIZAÇÃO¹

Tainá Souza Caitete

O vocábulo “humanização²”, como aponta Deslandes (2006, p. 45) “hoje se constitui como inegavelmente interdisciplinar e polissêmico”. Aqui, neste verbete³ cabe abordar a humanização precisamente na Política Nacional de Humanização (PNH) e sua relação com o Serviço Social. Neste texto trataremos sobre o processo de constituição da PNH, além de trazer algumas breves linhas na tentativa de abrir um espaço de diálogo com as colegas assistentes sociais, a partir da identificação de que esta categoria profissional tem sido chamada para a implementação de muitas das ações propostas na PNH, mas que como nos alerta os “Parâmetros para atuação dos assistentes sociais na saúde”, precisam estar alinhadas aos princípios do Projeto da Reforma Sanitária e Ético-Político do Serviço Social, numa concepção ampliada de humanização, se não quiser resvalar em “saídas” rasteiras para realidades complexas.

Em 2023, a Política Nacional de Humanização completa 20 anos.⁴ De lá pra cá, muitas mudanças foram operadas no país com o fim do pacto de concertação social dos governos petistas, após o golpe de Estado de novo tipo, que prescindindo do uso da força, “por meio dos próprios dispositivos do regime expressou, portanto, sob certo ângulo, a própria força da democracia blindada” que retirou Dilma Rousseff da presidência (DEMIER, 2017, p. 96) e que colocou o ilegítimo Temer na condução do Executivo Federal, orquestrando uma série de medidas que demonstram a voracidade do capital na implementação das contrarreformas, sendo as principais delas: a Lei nº 13.429/2017, da Terceirização, a Lei nº 13.467/2017, nomeada Trabalhista, que altera profundamente a CLT, e a Emenda Constitucional-95 (Lei do Teto de Gastos), que retira direitos e reduz a participação do fundo público, e portanto, do Estado nas políticas sociais públicas. Em um cenário no qual o neofascismo e neoconservadorismo ganham cada vez mais terreno, elege-se Bolsonaro, que após a pandemia de Covid-19 será lembrado nos Anais da História como genocida. O seu governo é marcado por denúncias de corrupção, pela contrarreforma da previdência de 2019, pelo aprofundamento das políticas de austeridade da agenda ultraneoliberal, que em meio à crise sanitária do Covid-19 acentuou o abismo social entre ricos e pobres e produziu um cenário desolador, catastrófico, em especial para a parcela negra e pobre da classe trabalhadora, principalmente mulheres, LGBTQIAPN+ e PCD’s. E ainda que, em outubro de 2022 a frente amplíssima tenha garantido nas urnas a vitória de Lula da Silva para seu terceiro mandato, é imperativo que se mantenha a luta pela derrota do bolsonarismo na política brasileira, no parlamento e nas ruas.

¹ Este texto é uma versão atualizada de alguns debates contidos na dissertação “*Fazer mais e melhor com o pouco que eu tenho*”: um estudo da Política Nacional de Humanização implementada em Manaus, defendida em 2009 no Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

² Quanto às “raízes e transformações” do termo “humanização” no pensamento ocidental, sugerimos a leitura do prefácio escrito por Maria Cecília de Souza Minayo para o livro organizado por Suely Deslandes. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

³ Há um verbete sobre Humanização no *Dicionário da Educação Profissional em Saúde* que também nos serviu de guia, e que sugerimos consulta aos leitores que desejem ampliar o conhecimento sobre o assunto. Aqui, escolhemos realizar percurso diferente do já existente, em franco diálogo com as colegas de profissão. Ver: PEREIRA; BENEVIDES, 2009.

⁴ Não é objetivo deste trabalho proceder à análise dos 20 anos de implementação da PNH, embora entendamos que seja importante a realização de estudos a esse respeito.

No que se refere à política de saúde, diante do contexto de ultraneoliberalismo, destaca-se o processo de desmonte e sucateamento do SUS, por meio do acirramento de processos de privatização e novos formatos de precarização do trabalho, como é exemplo a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), criada em 2020, bem como, pelo aprofundamento do subfinanciamento histórico da política de saúde, que a partir da Emenda Constitucional 95, ganha caráter de desfinanciamento, ainda que durante à pandemia tenha sido evidenciado a importância do SUS ser uma política universal, gratuita e estatal.

Não é demais lembrar que o SUS é resultado do movimento de Reforma Sanitária, no bojo do embate pela redemocratização no país. O SUS, portanto, é fruto dessa e de tantas lutas que canalizavam demandas concretas da população por melhores condições de vida e de trabalho, e que trazia em si uma aposta em outro mundo possível, de um projeto socialista, solidário, mais humano. Importante ressaltar, que é isso que o neoliberalismo (e sua face ultraneoliberal mais recente), ao longo das últimas três décadas, vem paulatinamente tentando desmontar, fazer ruir, tornando cada vez mais distante o SUS real do SUS constitucional.

Quanto ao Projeto Ético-Político do Serviço Social brasileiro, tem-se que este também é tema já bastante discutido entre nós assistentes sociais, sendo resultado da organização e luta da categoria profissional que desde o final da década de 1970 vem empreendendo a construção de um projeto profissional aliado à luta da classe trabalhadora, de ruptura histórica e política com o conservadorismo da profissão, que tem no Congresso da Virada, em 1979, seu marco e passa a ser reconhecido e nomeado como tal desde a segunda metade da década de 1990, sendo consubstanciado na Lei de regulamentação da profissão de 1993, no Código de Ética de 1993 e nas Diretrizes Curriculares para o Serviço Social de 1996 (BARATA; BRAZ, 2009; MATOS, 2013).

Neste sentido, Matos (2013) vai informar que é no inter cruzamento de projetos societários – que tenham como horizonte a transformação radical da sociedade, com “uma clara concepção de mundo e de homem, com uma nítida vinculação a um projeto societário não capitalista, apontando para o socialismo como alternativa” (MATOS, 2013, p. 102), e baseado na convergência de seus princípios –, que se articulam o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Ético-Político do Serviço Social. Mesmo que seja necessário fazer ressalvas quanto a amplitude de cada um desses projetos e ainda que a direção de ambos estejam atualmente em disputa, diante de uma conjuntura desfavorável desde os anos 1990.

Feita essas considerações mais gerais e nos voltando agora ao debate mais específico, o termo humanização está presente no debate da saúde pública no Brasil, com mais ênfase, desde o fim da década de 1990. Contudo, este movimento como poderíamos chamar, começa a delinear seus traços já na década de 1950, recebendo influências e contribuições da Declaração Universal dos Direitos Humanos; da defesa em prol da assistência ao parto humanizado – no qual se identifica o movimento feminista como sujeito desse processo; da luta antimanicomial, e demais críticas que vêm se juntar a essas, principalmente no que concerne ao modelo de assistência à saúde existente (CASATE, CORRÊA, 2005; DINIZ, 2005).

Do ponto de vista histórico, Humanização, enquanto precursora do que viria a ser a Política Nacional de Humanização, segundo Benevides e Passos (2005), ganha espaço na agenda política, ainda que “timidamente”, a partir do tema da XI Conferência Nacional de

Saúde em 2000, intitulada “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”. E a partir daí, com a implantação do Programa Nacional de Humanização de Atenção Hospitalar (PNHAH), com ações voltadas para a melhoria da qualidade da atenção ao usuário e, posteriormente, ao trabalhador, mas que, como afirmam os autores, foi secundarizada pela maioria dos gestores.

Importante situar ainda, segundo os autores, que nesse período, entre 1999 e 2002, outras tantas ações e programas foram implementadas pelo Ministério da Saúde. A maioria, de alguma forma, com essa premissa da humanização enquanto busca pela qualidade da atenção em saúde para o usuário. E ainda que a palavra humanização não estivesse presente em todos, havia uma premissa entre “humanização-qualidade na atenção-satisfação do usuário” (BENEVIDES; PASSOS, 2005). Entre os programas e ações, podemos destacar: a Carta ao Usuário (1999); o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH (1999); o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (2000); o Programa de Acreditação Hospitalar (2001); a Norma de Atenção Humanizada de Recém-Nascido de baixo peso – Método Canguru (2000), entre outros, que apontavam, por vezes, na direção de ações fragmentadas e frágeis, na medida em que apresentava uma imprecisão conceitual, o que muitas vezes tornava “seus sentidos ligados ao voluntarismo, ao assistencialismo, ao paternalismo ou mesmo ao tecnicismo de um gerenciamento sustentado na racionalidade administrativa e na qualidade total” (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 390).

Em 2003, no primeiro governo de Luiz Inácio Lula da Silva, a PNHAH, enquanto programa de governo, sofreu alterações e em março de 2003 é lançada a Política Nacional de Humanização (PNH), também conhecida como HumanizaSUS, que foi divulgada dentro do Ministério da Saúde em novembro daquele ano, em Brasília, na Oficina Nacional HumanizaSUS: Construindo a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010). Deste modo, na PNH, o conceito de humanização é reelaborado e descrito no *documento base para gestores e trabalhadores do SUS*, como:

Uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis; estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS (BRASIL, 2006, p. 44, grifo nosso).

Trata-se, de um conjunto de dimensões que visam, segundo os documentos norteadores, considerar as necessidades materiais e subjetivas, a partir da constituição de novos sentidos para a produção de saúde e de seus sujeitos, passando agora a contemplar a atenção e gestão da saúde. Especificamente com relação à humanização, observou-se que muitas iniciativas haviam sido realizadas nos anos anteriores, mas que várias dessas ações desenvolviam-se isoladamente e tinham um caráter fragmentário, apesar de suas contribuições no sentido de sensibilizar gestores, trabalhadores e usuários do SUS no que se refere à humanização do atendimento.

A implementação, portanto, da PNH se dá a partir da adesão de serviços de saúde que têm no horizonte a mudança no modelo de atenção e gestão na saúde, a fim de avançar em direção à qualificação do SUS. Ela é dividida em alguns **princípios**, sejam eles: a transversalidade; a indissociabilidade entre atenção e gestão; o protagonismo, a

corresponsabilidade e a autonomia dos sujeitos e coletivos. E se organiza em algumas **diretrizes**, tais como: acolhimento; clínica ampliada; cogestão; defesa dos Direitos dos usuários; fomento a grupidades; coletivos e redes; valorização do trabalho e do trabalhador; e a construção da memória do “Sus que dá certo”. Operacionalizando suas proposições por meio de **dispositivos**, que podem ser ações, projetos ou “tecnologias” que visem transformar práticas vigentes na gestão e/ou atenção à saúde, sendo eles: Grupos de Trabalho de Humanização (GTH’s); Acolhimento e Classificação de Risco (ACR); Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST); Câmara Técnica de Humanização (CTH); Colegiados Gestor; Contrato de Gestão; Equipe Transdisciplinar de Referência e de Apoio Matricial; Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP); Projeto de Saúde Coletiva; Projeto memória do Sus que dá certo; Projeto Terapêutico Singular (PTS); Visita aberta e Direito do acompanhante; Projetos de ambiência; Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de porta aberta, ouvidorias, grupos focais e pesquisas de satisfação e outros (BRASIL, 2010).

Para este verbete, se faz importante pontuar o exemplo do Acolhimento,⁵ que é uma diretriz, mas também se expressa num dispositivo: Acolhimento e Classificação de Risco, sendo um dos mais comuns a serem implementados. Em uma pesquisa⁶ realizada em 2009, identificou-se que esse dispositivo era geralmente utilizado para minorar situações limites como a falta de acesso, a qualidade dos serviços, conformando-se muito mais como uma política com ações restritas e que dependiam do nível de comprometimento dos trabalhadores da saúde. Assim, o “bom acolhimento” – o acolhimento visto como um fim em si mesmo – apontava uma supervalorização das subjetividades, com um teor muitas vezes romantizado da prática médica e dos demais profissionais de saúde. Concepções de acolhimento entendido como “um olhar”, “um gesto” e “um sorriso no rosto” foram identificadas como marcas dessa política. É, portanto, extremamente limitado e por vezes adoecedor dos processos de trabalho, atribuir somente aos “sujeitos sociais” a responsabilidade para a mudança no processo de produção de saúde. Essa análise não pode ser realizada descolada da realidade histórico-social em que estamos situados e dos determinantes sociais do processo saúde e doença. Não é possível considerar “apenas” a “inclusão” de sujeitos, nesses processos, sem avançar na análise dos marcos dos direitos já resguardados pelo SUS e que têm sido paulatinamente vilipendiados ao longo dos mais de trinta anos de sua implementação (CONCEIÇÃO, 2009).

Nesse sentido, ecoa a reflexão feita por Gastão Wagner Campos: “a humanização seria apenas um movimento demagógico tendente a simplificar conflitos e problemas estruturais do SUS?” A PNH conforma-se como uma política transversal dentro das políticas públicas de saúde, e não mais como programa isolado, assumindo um caráter mais sólido e propondo-se a perpassar por todas as políticas e diretrizes do SUS, como projeto coletivo de proteção social, constituindo-se como vertente orgânica do SUS, a partir do confronto de ideias, planejamento, mecanismos decisórios, estratégias de implementação e de avaliação.

⁵ “Processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde sua chegada até sua saída. Ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários para garantir atenção integral, resolutive e responsável por meio do acionamento/ articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário” (Cf. BRASIL, 2006).

⁶ Cf. CONCEIÇÃO (2009).

Todavia, diante do contexto na qual foi criada é mister pensar a PNH na perspectiva de identificar a qual projeto de saúde ela se aproxima. É já bastante conhecido que desde os anos 1990 há um cenário de disputas entre dois principais projetos de saúde, quais sejam: o **projeto da reforma sanitária**, voltado aos princípios universalistas, no qual a saúde é entendida como direito do cidadão e responsabilidade do Estado; e o **projeto privatista**, voltando para a lógica de mercado e a ampliação dos lucros. Contudo, no início dos anos 2000, emerge um terceiro: o **projeto de reforma sanitária flexibilizada**, que diante das inúmeras contradições da implementação do SUS, em virtude do sucateamento e do histórico subfinanciamento desta política e de todas as crises enfrentadas, assume uma retórica do “SUS possível”, baseada em arranjos institucionais, numa perspectiva gerencialista e de responsabilização dos profissionais de saúde para que estes se readéquem às novas exigências da política de saúde frente ao rebaixamento do projeto de reforma sanitária (BRAVO; PELAEZ, 2020).

Assim, ainda que em seus documentos norteadores a PNH indique tentar construir uma nova cultura de atendimento, a melhora da comunicação entre os vários níveis e diversos sujeitos envolvidos, seguindo uma lógica de gestão compartilhada, não se encontra em nenhum deles a recuperação da concepção da Reforma Sanitária e embora esse conjunto de propostas e iniciativas constituam-se de demandas a muito requeridas por usuários e trabalhadores da saúde, sua vinculação ideológica e prática pode ser facilmente capturada no ideário do “SUS possível”, diante do quadro de desmonte de direitos, numa retórica de “fazer mais e melhor com o pouco que eu tenho”.

Estamos aí diante de uma encruzilhada: somos uma profissão que intervém nas expressões cotidianas da questão social, e, portanto, a luta pelo acesso aos direitos e serviços sociais estão no horizonte de nossa atuação profissional, contudo, ao sermos chamadas para implementar ações e dispositivos previstos na PNH temos que estar atentas para não contribuirmos com práticas conformistas e apassivadoras.

Matos, pautando-se na análise feita por Maria Dalva Horácio Costa (2006, p. 64) reafirma que há nos serviços de saúde a legitimação e o reconhecimento do Serviço Social “a partir das contradições fundamentais da política de saúde. É nas lacunas geradas pela não implementação efetiva do SUS que o profissional vem sendo demandado a intervir [...] constituindo o elo invisível do SUS”. Pensamos que é a partir dessa perspectiva que podemos atuar no desenvolvimento de ações e proposições da PNH, uma vez que juntamente com um trabalho interdisciplinar e intersetorial podemos contribuir na elaboração de estratégias que visem a integridade das ações no enfrentamento as demandas que nos são postas, fortalecendo a democratização do acesso aos serviços de saúde, a informação e a participação popular.

Os “Parâmetros para atuação dos assistentes sociais na saúde”, ainda orientam que a defesa da concepção de humanização numa perspectiva ampliada encontra respaldo no Projeto Ético-Político do Serviço Social, e isso significa, ter como bússola orientadora do exercício profissional os determinantes sociais do processo saúde-doença, as condições de trabalho e os modelos assistencial e de gestão, alertando para o fato de que a PNH deve ter como referência o projeto de Reforma Sanitária. Sendo assim, é imperativo que o assistente social debata “o significado da humanização com a equipe, a fim de evitar compreensões distorcidas que levem a uma concepção romântica e/ou residual da atuação, focalizando as ações somente na escuta e redução de tensão” (2010, p. 50).

Respondendo à questão feita por Gastão Wagner Campos (2005): “A humanização seria apenas um movimento demagógico tendente a simplificar conflitos e problemas estruturais do SUS?”, acreditamos que sim, visto que parte do que vem sendo construído com o mote da humanização está permeado de um discurso acrítico, “humanizador das relações”, que não põe em xeque as contradições do modo de produção capitalista, e atua de forma a individualizar questões complexas e coletivas, servindo para mascarar os principais dilemas do SUS diante de um contexto de descaso e desmonte dos direitos sociais no Brasil.

No entanto, as profissionais que seguem em luta pelos princípios do Projeto de Reforma Sanitária e Ético-Político profissional, atentas para o fomento dos valores coletivos que os inspiram, no sentido da disputa por uma sociedade sem distinção de raça-etnia, gênero, classe, orientação sexual, e na luta pela derruição do sistema capitalista, elas podem a partir das ideias e diretrizes da PNH, dentro de uma perspectiva ampliada de humanização e transversal à todas as ações, atuar com vistas ao fortalecimento do SUS constitucional e da garantia dos direitos sociais, encontrando brechas institucionais para a participação efetiva da população usuária no que refere aos processos decisórios, como também no acesso à saúde, juntamente com outros profissionais, recusando todo e qualquer discurso “messiânico” e do “possibilismo”, de privilegiamento da ação individual, “que significa flexibilizar os princípios defendidos no projeto ético-político profissional e na proposta de Reforma Sanitária com vistas a assegurar pequenos ganhos políticos” (CFESS, 2010, p. 27).

Por fim, cabe dizer que a atual conjuntura exige de nós, assistentes sociais, não apenas o compromisso com a classe trabalhadora, como também a compreensão e apreensão teórico-metodológica, ético-político e técnico-operativa, que só é possível por meio de uma formação profissional sólida, crítica e propositiva, fundamentais para a efetivação deste projeto. Rompendo com a ação “individualizada, burocrática, acrítica e humanizadora de relações pessoais”, mas sim, que contribua para a mobilização, organização e fortalecimento da luta dos usuários por seus direitos, sejam eles individuais ou coletivos (VASCONCELOS, 2006).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? Revista Interface, 9 (17): 389-394, 2005.
- BARATA, J. T.; BRAZ, M. O projeto ético-político do Serviço Social. In: CFESS; ABEPSS (Orgs.). Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS, ABEPSS, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização – documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: O que é como implementar (uma síntese das diretrizes e dispositivos da PNH em perguntas e respostas). Brasília, 2010.
- BRAVO, M. I. S; PELAEZ, E. J. A saúde nos governos Temer e Bolsorano. Revista Ser Social, v. 22, n. 46. Brasília, jan.-jun. de 2020.
- CAMPOS, G. W. S. Humanização em saúde: um projeto em defesa da vida? Revista Interface, v. 9, n. 17, p. 398-400, mar./ago. 2005.

- CASATE, J. C.; CORREA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Revista latino-americana de enfermagem*, v. 13, n. 1, p. 105-111. São Paulo, jan.-fev. de 2005.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. CFESS. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília, 2010.
- CONCEIÇÃO. T. S. “Fazer mais e melhor com o pouco que eu tenho”: um estudo da Política Nacional de Humanização implementada em Manaus. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.
- DEMIER, F. Depois do Golpe: a dialética da democracia blindada no Brasil. Rio de Janeiro: Mauad X, 2017.
- DESLANDES, S. F. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. *Ciência Saúde Coletiva*, 10 (3): 615-626, 2005.
- _____. Humanização: Revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: DESLANDES, S. F. (Org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 627-637. Rio de Janeiro, jul./set. de 2005.
- MATOS, M. C. *Serviço Social, Ética e Saúde: reflexões para o exercício profissional*. São Paulo: Cortez, 2013.
- PEREIRA, E. H. P.; BENEVIDES, R. D. B. Humanização. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.
- VASCONCELOS, A. M. Prefácio. In: BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. (Orgs.). *Assessoria, Consultoria & Serviço Social*. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2006.

INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Lucas da Costa Brandão

Se buscarmos uma definição literal da palavra “informação” como consta, por exemplo, no dicionário *Michaelis* (2015) é possível relacioná-la com: 1) Ato ou efeito de informar(-se); 2) Conjunto de conhecimentos acumulados sobre certo tema por meio de pesquisa ou instrução; 3) Explicação ou esclarecimento de um conhecimento, produto ou juízo; comunicação; 4) Notícia trazida ao conhecimento do público pelos meios de comunicação; 5) Explicação sobre um processo dado por funcionário de repartição após este ser despachado ou solucionado por autoridade competente; comunicação; 6) Relatório escrito; informe. Todavia, pesquisadores apontam que não há um consenso sobre seu conceito e consideram que o significado do termo pode variar de acordo com o campo do conhecimento, da sua abordagem e do momento histórico (CAPURRO; HJORLAND, 2007; MORENO; COELI; MUNCK, 2008; SHARAPIN; LEANDRO, 2020).

No que diz respeito à informação em saúde, especificamente, Pereira e Lima (2008, p. 249-250) relacionam a informação em saúde com a comunicação, apontando a existência de uma relação do seu surgimento com a necessidade de “comunicar algo a alguém [...] sobre sua própria saúde ou sobre a saúde de alguém [...]”, isto é, está relacionado à necessidade de “transmissão e/ou recepção de eventos relacionados ao cuidado em saúde”. Com o advento das tecnologias e estudos em saúde, em particular da epidemiologia, a informação na área da saúde se tornou indispensável para o subsídio das ações em saúde, desde a gestão até a prestação adequada de serviços de promoção, proteção, recuperação, monitoramento e avaliação em saúde (MORENO; COELI; MUNCK, 2008; DATASUS, 2022).

Na atualidade, a informação em saúde perpassa toda a política de saúde, como: “na administração; na assistência; no controle e avaliação; no orçamento e finanças; no planejamento; nos recursos humanos; na regulação; na saúde suplementar; no geoprocessamento em saúde, e na vigilância (epidemiológica, sanitária, ambiental)” (MORENO; COELI; MUNCK, 2008, p. 251). Desse modo, é possível afirmar que todos os profissionais de saúde, inclusive profissionais que trabalham em laboratórios, almoxarifados, no setor de finanças etc., necessitam de informações para subsidiar seus processos de trabalho e também produzem informações e dados¹ em saúde (SHARAPIN; LEANDRO, 2020).

Tais informações podem ser registradas, armazenadas e compartilhadas em documentos e suportes como:

[...] o prontuário do paciente (seja eletrônico ou em papel), uma ficha nosológica, uma lâmina com um esfregaço de sangue, documentos de caráter administrativo das instituições de saúde, uma ficha de notificação, uma base de dados em sistemas digitais, uma chapa radiológica com laudo, relatórios epidemiológico, instrumentos de gestão etc. (SHARAPIN; LEANDRO, 2020, p. 42).

¹ É possível compreender *dados* como “um conjunto de elementos brutos, considerados a matéria-prima da informação, coletados por meio de variáveis previamente escolhidas” (SHARAPIN; LEANDRO, 2020, p. 41).

Apesar da sua relevância, a informação somente é útil quando está disponível em formato e tempo adequados “a fim de qualificar o conhecimento do indivíduo que a recebe para desempenhar melhor suas atividades e ter uma orientação no processo de decisão”, ou seja, “possibilitando ao indivíduo agir adequadamente, reduzindo a incerteza da ação a ser tomada” (SHARAPIN; LEANDRO, 2020, p. 43).

OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Para que as informações em saúde sejam coletadas e disponibilizadas no formato e tempo adequados para que sejam úteis para o embasamento da tomada de decisão é preciso organização e distribuição dessa informação, em particular quando existe uma grande quantidade de informações. Para tal, existem os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) que são definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde” (BRASIL/UFMG, 2015a, p. 29). Nesse caminho, os SIS podem ser compreendidos por:

[...] um conjunto de partes articuladas cujo objetivo é transformar os dados coletados em informações potencialmente úteis e do qual fazem parte os materiais utilizados para coleta e registro dos dados (prontuários, formulários, instrutivos), até os meios utilizados para a divulgação das informações (tabelas, gráficos, relatórios), passando por todos os recursos necessários para a realização de sua finalidade, inclusive os trabalhadores responsáveis pelas diversas fases (coleta, armazenamento, processamento de dados e difusão), bem como toda a tecnologia utilizada (computadores, dispositivos móveis, rede, aplicativos) (SHARAPIN; LEANDRO, 2020, p. 45).

A história dos SIS no Brasil é intrínseco à história da política de saúde do país, podendo ser dividida em dois blocos: um relacionado aos SIS que ofereciam suporte aos serviços de assistência médico-previdenciária, que possuíam características contábeis, quantitativas e centralizadores; e o outro dizia respeito aos SIS criados para oferecer suporte às ações campanhistas, que visavam contribuir para o monitoramento de doenças e agravos, controle e organização de programas verticalizados (MORAES, 1994 *apud* COELHO; CHIORO, 2021). Como marcos da organização da informação em saúde no país é possível citar o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), criado em 1975, e a criação do Grupo Técnico de Informação em Saúde, em 1986 (MORENO; COELI; MUNCK, 2008).

Com a instauração de um sistema único de saúde, a informação e comunicação em saúde adquire um novo papel, relacionado à reorganização da política de saúde do país, de acordo com seus novos princípios, objetivos e diretrizes (COSTA, 2012). É possível identificar que a partir dos anos 1990 há um salto nas iniciativas de criação de sistemas de informação em saúde, a partir de necessidades específicas e iniciativas isoladas de diferentes áreas, o que resulta em uma fragmentação das bases de informação e uma redundância na produção de informação que perpetua até os dias atuais (BRASIL, 2015b; COELHO; CHIORO, 2021).

Coelho e Chioro (2021) identificaram que o próprio Ministério da Saúde tem dificuldade para elaborar uma lista unificada dos SIS que estão sob sua responsabilidade, o que contribui para a falta de transparência desses sistemas junto à sociedade. Os autores, então, buscaram através de análise documental realizar um mapeamento dos SIS de base nacional,² que estiveram em funcionamento entre 2010 e 2018 na política de saúde brasileira. Foram identificados um total de 54 sistemas,³ que foram divididos em 4 grupos com lógicas de funcionamento distintos: o primeiro grupo atua principalmente com “cadastramento populacional e de estabelecimentos de saúde”, totalizando dois sistemas; o segundo grupo atua no “monitoramento de eventos relevantes para saúde pública”, com 14 sistemas; o terceiro atua no “controle de Programas e/ou repasses Federais”, com 26 sistemas; e o quarto atua principalmente no “apoio à informatização de políticas, processos e serviços do SUS”, englobando 12 sistemas (COELHO; CHIORO, 2021, p. 10).

Apesar da existência do DATASUS,⁴ uma parcela considerável de SIS é gerida por equipes fragmentadas, a partir da iniciativa de setores diversos do governo que criam e gerenciam sistemas de informação em saúde a partir de projetos particulares, sem a coordenação ou acompanhamento do DATASUS (COELHO; CHIORO, 2021). Tais iniciativas são chamadas pelo Ministério da Saúde de “núcleos”, que “geralmente são constituídos por equipes de profissionais de TI contratadas com base em convênios de cooperação técnica, assumindo tarefas de desenvolvimento e/ou manutenção de soluções de softwares, baseando-se na demanda dos setores aos quais estão vinculados” (COELHO; CHIORO, 2021, p. 2). A criação dessas iniciativas setorializadas deve-se a “uma insuficiente resposta do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) às demandas desses setores, mas são criticados por nem sempre seguirem as regras de segurança, integridade e disponibilidade dos produtos gerados” (COELHO; CHIORO, 2021, p. 2).

Os autores pontuam que existiram avanços consideráveis na gestão dos SIS recentemente, como a “provação das políticas nacionais de informação e informática em saúde”, com a aprovação da “Resolução nº 6/2013, da Comissão Intergestora Tripartite (CIT), que exige que todo novo SIS de base nacional seja aprovado na CIT”, e com a “Portaria nº 2.073/2011, que define padrões nacionais de interoperabilidade, e a criação do Comitê de Informação e Informática do Ministério da Saúde”, entretanto consideram que esses avanços ainda não foram suficientes para superar a fragmentação e falta de transparência dos sistemas, que é considerado um obstáculo em particular para o controle social, uma vez que sem transparência nas informações a realidade do país não é evidenciada (COELHO; CHIORO, 2021, p. 2).

² Os autores caracterizam os SIS de base nacional “pelo fato de estar (ou ter estado) aberto a receber e armazenar dados de saúde de qualquer região do país, numa base única nacional sob custódia do Estado. Esses dados podem ser enviados por estabelecimentos ou estruturas de gestão da saúde, profissionais de saúde, unidades externas ao SUS (escolas, centros de referência de assistência social, empresas etc.) ou até por cidadãos de forma isolada (no caso de um usuário que registra dados sobre sua saúde, por exemplo)” (COELHO; CHIORO, 2021, p. 11).

³ É possível conferir a lista completa do levantamento conferindo a pesquisa na íntegra (COELHO; CHIORO, 2021).

⁴ [...] o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), ao longo da sua existência, disponibiliza em seu sítio um vasto acervo de dados colecionado a partir dos diversos sistemas de informações em uso no SUS, para que todos os atores do SUS possam, livremente, realizar os cálculos e as análises que lhes permitam alcançar seus propósitos de gestão, pesquisa ou simples informação (DATASUS, 2022, p. 5).

Costa (2009), ao analisar o trabalho de assistentes sociais na política de saúde de Natal (RN), identificou as ações desenvolvidas por assistentes sociais na saúde e dividiu em quatro eixos principais: “ações de caráter emergencial assistencial”; “educação, informação e comunicação em saúde”; “planejamento e assessoria”; e “mobilização e participação social” (COSTA, 2009, p. 284). Cabe dizer que apesar de existir um eixo no qual é ressaltada a presença da informação em saúde, ao serem analisadas as atividades executadas nos demais eixos, é possível observar que a informação em saúde está presente em todas as ações, ainda que de formas diferentes.⁵

Além de dividir em eixos as principais ações executadas pelo Serviço Social na saúde, a autora sugere que o conjunto dessas atividades são realizadas através de cinco núcleos de objetivação do trabalho do assistente social, que são: “levantamento de dados”; “interpretação de normas e rotinas”; “agenciamento de medidas e iniciativas de caráter emergencial-assistencial”; “desenvolvimento de atividades de apoio pedagógico e técnico-político”; e “procedimentos de natureza socioeducativa, informação e comunicação em saúde” (COSTA, 2009, p. 285). É possível observar que a informação é transversal a todos esses núcleos de objetivação, o que é reconhecido pela própria autora, quando afirma este último núcleo é

[...] ação transversal aos demais núcleo de objetivação que consiste em: 1) assegurar aos usuários as informações em relação às normas institucionais, aos serviços oferecidos, direitos, aos trâmites burocráticos, acesso ao prontuário, informações sobre os procedimentos realizados, terapêuticas administradas etc.; 2) ampliar a democracia institucional e a capacidade de análise e de intervenção dos sujeitos e dos grupos e através da construção e dinamização de espaços coletivos em que se analisa e delibera sobre questões relativas à gestão e à prestação dos serviços. Exemplos: instalação e funcionamento de ouvidorias, conselhos gestores de unidades, rodas de conversa, etc. (COSTA, 2009, p. 285-286).

Apesar do elemento informação estar presente de forma transversal ao cotidiano de trabalho do Serviço Social e também ser transversal aos preceitos do Código de Ética profissional, é possível apontar alguns artigos no qual esse elemento se destaca, como no art. 5º, que diz respeito aos deveres do/a assistente social na relação com os/as usuários/as:

[...]
b- Garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e consequências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos/as usuários/as, mesmo que sejam contrárias aos valores e às crenças individuais dos/as profissionais, resguardados os princípios deste Código;
c- Democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos/as usuários/as;

⁵ Não é possível a apresentação de todas as ações abarcadas pelos eixos neste verbete, portanto sugere-se a leitura da obra.

- d- devolver as informações colhidas nos estudos e pesquisas aos/às usuários/as, no sentido de que estes possam usá-los para o fortalecimento dos seus interesses;
- e- informar à população usuária sobre a utilização de materiais de registro audiovisual e pesquisas a elas referentes e a forma de sistematização dos dados obtidos;
- f- fornecer à população usuária, quando solicitado, informações concernentes ao trabalho desenvolvido pelo Serviço Social e as suas conclusões, resguardado o sigilo profissional;
- [...]
- h- esclarecer aos/às usuários/as, ao iniciar o trabalho, sobre os objetivos e a amplitude de sua atuação profissional (BRASIL, 2012, p. 29 e 30).

Dada a transversalidade da informação em saúde na atuação profissional, um desafio que acompanha essa realidade é como tratar essas informações, em particular de modo a garantir o sigilo. O código de ética do/a assistente social define que é direito do profissional manter sigilo profissional, sendo vedado a exposição dessa informação sigilosa inclusive sob intimidação judicial, mesmo que autorizado pelo/a usuário/a (BRASIL, 2012). A quebra do sigilo só é possível quando “[...] se tratarem de informações cuja gravidade possa, envolvendo ou não fato delituoso, trazer prejuízo aos interesses do/a usuário/a, de terceiros/as e da coletividade”, ainda assim a revelação deve ocorrer “dentro do estritamente necessário” (BRASIL, 2012, p. 35-36).

De acordo com o atual código de ética, o sigilo abarca “[...] tudo aquilo que de que o/a assistente social tome conhecimento, como decorrência do exercício da atividade profissional”, e em trabalho coletivo multidisciplinar ou interdisciplinar deve-se compartilhar “[...] informações dentro dos limites do estritamente necessário” (BRASIL, 2012, p. 35). Cabe destacar aqui a dimensão do desafio em trabalhar em equipes multidisciplinares ou interdisciplinares, no que diz respeito à garantia do sigilo das informações decorrentes da atividade profissional, ao mesmo tempo em que o/a assistente social possui um papel importante junto a equipe de ampliar a visão das demais categorias para a observância totalidade da realidade do/a usuário. Em outras palavras, o desafio consiste na decisão cotidiana sobre quais informações compartilhar junto a equipe e quais informações guardar sigilo, de modo a não expor o/a usuário/a mas também sem deixar de contribuir com o trabalho coletivo da equipe, que resultaria inclusive em um prejuízo na assistência à saúde do/a próprio/a usuário/a.

Matos (2017) aponta que é usual os/as assistentes sociais realizarem registros em sua documentação de trabalho de forma mecânica, muitas vezes mais centrado no preenchimento de informações do que na escuta dos usuários, ou então a solicitarem informações que não são aproveitadas no atendimento, ou em pesquisas ou mesmo no planejamento do seu trabalho. O autor considera que a dificuldade dos/as profissionais em definir e organizar os registros e documentações profissionais está relacionado ao planejamento da atuação profissional, uma vez que todo registro possui – ou deveria possuir – uma intencionalidade. Dito de outro modo, sem a construção de um plano de trabalho não é possível estabelecer objetivos da atuação profissional de modo a qualificar os registros e documentações do Serviço Social na instituição. Essa falta de clareza impacta não apenas na contribuição do Serviço Social no que diz respeito à identificação dos aspectos sociais,

econômicos e culturais que atravessam o processo saúde-doença dos/as usuários/as, mas também impacta na capacidade do profissional em identificar quais informações precisam ser passadas para os/as usuários/as (MATOS, 2017).

ÚLTIMAS CONSIDERAÇÕES

Vivemos um período de ampla informatização do trabalho e dos serviços conforme a proposta da chamada indústria 4.0, elaborada na Alemanha em 2011 com objetivo de proporcionar um salto tecnológico e produtivo a partir da inserção da tecnologia de informação em todos os espaços de produção e reprodução de valor (ANTUNES, 2020). Nessa nova fase do modo de produção capitalista, sob o comando do capital financeiro, os dados têm adquirido uma relevância inovadora para o mercado, uma vez que a partir de dados é possível obter informações que possibilitem especular no âmbito econômico, vender produtos e serviços personalizados, e desenvolver tecnologias e sistemas de inteligência artificial (IA), que estão cada vez mais refinados conforme a quantidade de dados que analisam.

Nesse contexto, “dentre as políticas públicas, a Saúde é aquela mais rica em dados, indicadores e informações. Estes recursos constituem importantes insumos para a gestão dos serviços e para a elaboração de ações, planejamento, avaliação e auditoria” (DATASUS, 2022, p. 5). Não à toa as informações em saúde são definidas como dados pessoais sensíveis e de categorias especiais na Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) (BRASIL, 2018). Portanto, é necessária não apenas uma preocupação com a organização e gerência das informações de saúde nos instrumentos de trabalho do Serviço Social e das equipes de saúde, mas também com os dados que compartilhamos com todo o sistema de saúde, para onde vão, quem os acessam e para quais finalidades são utilizados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANTUNES, R. Trabalho intermitente e uberização do trabalho no limiar da Indústria 4.0. In: ANTUNES, R. (Org.). Uberização, trabalho digital e indústria 4.0. São Paulo: Boitempo, 2020.
- BRASIL. Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10^a. ed. rev. e atual. [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [2012]. Disponível em: <http://cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf>. Acesso em 15 de nov. de 2022.
- _____. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS (UFG). Asis: análise de situação de saúde: livro texto. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. v. 1. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-762143>>. Acesso em 24 de out. de 2022.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Sistemas de Informação da Atenção à Saúde: Contextos Históricos, Avanços e Perspectivas no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-942389>>. Acesso em 29 de out. de 2022.

- BRASIL. Presidência da República. LEI Nº 13.709, DE 14 DE AGOSTO DE 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Brasília: Presidência da República, 2018. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm>. Acesso em 26 de nov. de 2022.
- CAPURRO, R; HJORLAND, B. O conceito de informação. *Perspectivas em Ciência da Informação*, v. 12, n. 1, pp. 148-207, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pci/a/j7936SHkZJkpHGH5ZNYQXnC/#>>. Acesso em 29 de out. de 2022.
- COSTA, M. D. H. O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais. In: MOTA, A. E.; *et al.* (Orgs.). *Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Editora Cortez, 2009. Disponível em: <<https://www.poteresocial.com.br/livro-servico-social-e-saude-para-download/>>. Acesso em 20 de nov. de 2022.
- DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS (DATASUS). Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (MS). Boletim DATASUS nº 09. Brasília, DF: DATASUS, setembro de 2022. Disponível em: <<https://datasus.saude.gov.br/datasus-publica-o-seu-nono-boletim/>>. Acesso em 16 de out. de 2022.
- COELHO, G. C.; CHIORO, A. Afinal, quantos Sistemas de Informação em Saúde de base nacional existem no Brasil? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, n. 7, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/RzNmVjHqmLhPHZp6gfcD6H/#>>. Acesso em 30 de out. de 2022.
- INFORMAÇÃO. Michaelis Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. Editora Melhoramentos, 2015. Disponível em: <<https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/informacao/>>. Acesso em 29 de out. de 2022.
- LEITE, G. Por que é preciso questionar o Open Health. *Brasil, Outra Saúde*: 2022. Disponível em: <<https://outraspalavras.net/outrasaude/por-que-e-preciso-questionar-o-open-health/>>. Acesso em 1º de dez. de 2022.
- MATOS, M. C. *Serviço Social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional*. São Paulo: Ed. Cortez, 2017.
- MORAES, I. H. S.; SANTOS, S R. F. R. Informação em Saúde: Os Desafios Continuam. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 3, n. 1, pp. 37-51, 1998. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/DqybxK7D5P954wkWx5X6vVc/#>>. Acesso em 30 de out. de 2022.
- MORENO, A. B.; COELI, C. M.; MUNCK, S. Informação em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/25955>>. Acesso em 16 de out. de 2022.
- LEANDRO, B. B. S.; REZENDE, F. A. V. S.; SOARES, M. F. O uso da Informação em Saúde: Algumas possibilidades. In: MARTINS, F.; MUNCK, S. (Orgs.) *Uma experiência de qualificação de trabalhadores do SUS: diagnóstico da gestão de documentos e informações em saúde no Piauí*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2019, p. 111-123. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/livro_lires.pdf>. Acesso em 16 de out. de 2022.
- SHARAPIN, M. P.; LEANDRO, B. B. S. Informações e registros em saúde: Conceito e usos. In: LEANDRO, B. B. S.; REZENDE, F. A. V. S.; PINTO, J. M. C. (Orgs.).

Informações e registros em saúde e seus usos no SUS, p. 41-51. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2020.

INIQUIDADES EM SAÚDE

Valentina Sofía Suárez Baldo

Para começar, uma breve precisão conceitual. Em boa parte da literatura acadêmica, o conceito de equidade é utilizado como sinônimo de igualdade, e da mesma forma seu oposto, a iniquidade, como sinônimo de desigualdade. No entanto, equidade e igualdade não são sinônimos. Para Margaret Whitehead, uma das principais referências da literatura internacional sobre a equidade em saúde, iniquidades constituem diferenças que, além de evitáveis, são também injustas (VIEIRA-DA-SILVA; ALMEIDA FILHO, 2009). A *International Society for Equity in Health* (ISEqH) (Sociedade Internacional para a Equidade em Saúde) define equidade como “a ausência de diferenças sistemáticas potencialmente curáveis (remediáveis) em um ou mais aspectos da saúde em grupos ou subgrupos populacionais definidos socialmente, economicamente, demograficamente ou geograficamente” (VIEIRA-DA-SILVA; ALMEIDA FILHO, 2009, p. s218). Para Garrafa *et al.* (1997), equidade significa a disposição de reconhecer igualmente o direito de cada um a partir de suas diferenças. Representa o ponto de partida da igualdade; esta última é consequência daquela. A equidade supõe o reconhecimento das diferenças e das necessidades diversas, de pessoas também diferentes, para atingir direitos iguais. Em síntese, equidade implica tratar desigualmente os desiguais como forma de alcançar a igualdade.

Analisando criticamente a utilização inapropriadamente indistinta de ambos os conceitos, Vieira-da-Silva e Almeida Filho (2009) concluem que os termos “desigualdade” e “iniquidade” têm em comum o fato de estarem relacionados a ideias de *justiça* de acordo com distintas tradições teóricas. Assim, desigualdades e iniquidades são diferenças produto de injustiças. Enquanto as desigualdades podem ser interpretadas como as consequências de diferentes formas de tratamento a indivíduos que pertencem a grupos sociais, a equidade seria o resultado de políticas que procuram tratar indivíduos que não são iguais de forma diferente. “Nesse sentido, ‘equidade’ e ‘iniquidade’ correspondem a conceitos relacionados com a *prática de justiça* e a *intencionalidade* das políticas sociais e dos sistemas sociais” (VIEIRA-DA-SILVA; ALMEIDA FILHO, 2009, p. s221; grifos nossos). Destaca-se o fato da equidade estar relacionada à dimensão das práticas humanas, do seu propósito e intencionalidade, e, portanto, aos princípios ou valores que regem determinadas políticas que buscam diminuir desigualdades. Em outro sentido, as desigualdades remetem a uma espécie de “dado” social ou característica da realidade da sociedade, que, por sua vez, é produto de um tipo de organização social inequitativo. Desde esse ponto de vista, as desigualdades podem ser entendidas como a expressão empírica do caráter inequitativo das políticas econômicas e sociais.

Abordando especificamente o campo da saúde, esse verbete vai apontar duas dimensões das desigualdades: uma relacionada às desiguais condições de saúde da população, e outra vinculada às desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde. Nos dois casos, o quadro de desigualdade no Brasil é extremo. As duas dimensões das desigualdades em saúde estão atreladas às desiguais condições de vida da população, são socialmente determinadas. No Brasil estão vinculadas, também, ao caráter inequitativo da política de

saúde, apesar da equidade ser um dos princípios que orientam o Sistema Único de Saúde (SUS).¹

Seguindo o raciocínio de Buss (1995), é possível afirmar que políticas de saúde inequitas podem até aprofundar as desigualdades pré-existentes, como mostra, por exemplo, a estrutura do gasto em saúde do país e sua composição predominantemente privada. Em 2019, o gasto privado representava 59,11% do gasto total em saúde (BANCO MUNDIAL). Integrando essa parcela, o elevado volume do gasto, que correspondia a 24,88% do gasto total nesse mesmo ano (BANCO MUNDIAL), é uma expressão extrema da iniquidade em saúde no Brasil, pois onera desproporcionalmente aos setores mais pobres.

É preciso destacar que, por mais que as instituições de saúde sejam regidas pelo princípio da equidade, e até consigam em maior ou menor medida reduzir algumas desigualdades, elas não têm o poder de acabar globalmente com as desigualdades na saúde, porque estas são originadas na forma de organização social e sua resolução requer ações de política econômica, social, ambiental e jurídica mais amplas.

DESIGUALDADES NAS CONDIÇÕES DE VIDA, DE SAÚDE E DE ACESSO À SAÚDE NO BRASIL

As *condições de saúde* referem-se ao estado de saúde e aos principais problemas de saúde que uma população apresenta (RIBEIRO; BARATA, 2012). Estão estreitamente relacionadas às condições de vida das pessoas, ao *como se vive*. Já desde o final do século XIX, estudos apontam que condições de vida precárias relacionadas à pobreza levam a problemas de saúde mais graves (IBGE, 2022a). As condições de saúde estão fortemente associadas ao padrão de desigualdades sociais existentes (TRAVASSOS; CASTRO, 2012). Assim, desiguais condições de vida, segundo perfis de classe, raça, gênero, nível de escolaridade e local de moradia, entre outros, serão espelhadas por condições de saúde também desiguais.

Isso significa que a saúde é socialmente determinada. A noção de *determinação social* postula que a forma de produção e reprodução da sociedade e as condições de vida são o fator explicativo das condições de saúde da população (GARBOIS *et al.*, 2017). Aponta o caráter histórico e social do processo saúde-doença e considera a saúde um fenômeno indissociável da organização da sociedade, relacionado à dinâmica de produção e distribuição da riqueza (GALVÃO *et al.*, 2021).²

Da mesma forma que sucede no caso das condições de saúde, as desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde são socialmente determinadas e refletem as desigualdades socioeconômicas estruturantes da sociedade (COBO *et al.*, 2021), estando também condicionadas pelas características do sistema de saúde e as iniquidades produzidas por este. Entende-se por *acesso* à oportunidade de utilizar os serviços de saúde quando necessário, que expressa características de sua oferta e de circunstâncias que facilitam ou obstaculizam a capacidade das pessoas de efetivarem seu uso (DANTAS *et al.*, 2021).³

¹ Observe-se que a equidade não está descrita na Constituição Federal de 1988 nem na Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080/1990), embora tenha sido interpretada por diversos especialistas em saúde pública como um dos princípios do SUS (GRANJA *et al.*, 2013).

² Para aprofundar, consultar o verbete sobre Determinação social do processo saúde-doença.

³ Para aprofundar, consultar o verbete sobre Acesso na saúde.

1. CONDIÇÕES DE VIDA DESIGUAIS

O Brasil é um dos países com maiores índices de desigualdade social e de renda do mundo. Dados do relatório do *World Inequality Lab* (Laboratório das Desigualdades Mundiais), publicado em dezembro de 2021, mostram que, no país, os 10% mais ricos ganham quase 59% da renda nacional total, sendo que a elite de 1% leva mais de um quarto (26,6%). Ao mesmo tempo, a metade da população mais pobre ganha apenas 10% (FERNANDES, 2021). Quando se considera o coeficiente de Gini, um indicador de desigualdade frequentemente utilizado, constata-se que o nível no Brasil é bastante elevado se comparado ao padrão internacional (BANCO MUNDIAL), de 0,544 em 2021, segundo o IBGE (2022a).⁴

Territorialmente, o Brasil também apresenta desigualdades muito marcadas. É dividido em cinco macrorregiões com diferentes realidades demográficas, econômicas, sociais, culturais e sanitárias segundo o grau de desenvolvimento das forças produtivas e em função de peculiaridades históricas e culturais (BUSS, 1995). Em 2020, a região mais rica era o Sudeste, com uma participação de 51,9% no PIB nacional, seguida pelo Sul (17,2%), Nordeste (14,2%), Centro-Oeste (10,4%) e Norte (6,3%) (IBGE, 2022c). Considerando o coeficiente de Gini de cada uma das regiões, em 2021, o Nordeste possuía o índice de desigualdade mais elevado (0,556), seguida do Sudeste (0,533), Norte (0,528), Centro-Oeste (0,514) e Sul (0,462) (IBGE, 2022a).

O país começou a década de 2020 com 32% da população vivendo abaixo da linha da pobreza, ou seja, ganhando até meio salário mínimo *per capita*, e 13,4% em situação de indigência, ganhando abaixo de um quarto de salário mínimo *per capita*. Do ponto de vista territorial, os valores mais altos de pobreza e indigência estão nas regiões Norte e Nordeste (IBGE, 2022a). No outro extremo, os rendimentos domiciliares *per capita* médios mais elevados estão nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste (nessa ordem), praticamente dobrando os valores do Norte e do Nordeste (IBGE, 2022b). Em um contexto marcado pela pandemia de COVID-19, a situação de desigualdade e pobreza se agravou, com efeitos mais intensos entre determinados grupos populacionais, como mulheres, crianças e pessoas negras,⁵ além da população que reside nas regiões Norte e Nordeste do país. No caso das mulheres, estas sofreram uma queda no rendimento maior do que a dos homens, mesmo tendo previamente rendimentos inferiores. O arranjo domiciliar formado por mulheres pretas ou pardas responsáveis pelo lar, sem cônjuge e com presença de menores de 14 anos, foi o que concentrou a maior incidência de pobreza em 2021 (IBGE, 2022a).

O rendimento domiciliar *per capita* também se relaciona com variáveis de raça/cor e nível de instrução. A população preta ou parda tem rendimentos menores seja qual for o nível de instrução. Os rendimentos se relacionam positivamente com o nível de instrução, independentemente da raça/cor. Em 2021, entre os 10% da população com menor rendimento domiciliar *per capita*, 74,1% eram preta ou parda. Inversamente, entre os 10% da população com maiores rendimentos, 70,5% era branca (IBGE, 2022b). A série histórica

⁴ O coeficiente de Gini sintetiza a análise da distribuição da renda dos países a partir da atribuição de um único valor entre 0 e 1, onde o número 0 representa a situação de perfeita igualdade, e o 1 a situação de perfeita desigualdade.

⁵ Para o Estatuto da Igualdade Racial (Lei nº 12.288/2010), população negra é “o conjunto de pessoas que se autodeclararam pretas e pardas, conforme o quesito cor ou raça usado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ou que adotam autodefinição análoga” (BRASIL, 2010, Art. 1º, inc. IV). Daqui em diante, portanto, as denominações “população negra” e “população preta e parda” serão utilizadas como sinônimos.

entre 2012 e 2021 mostra que as pessoas negras ganharam a metade do que as brancas ao longo de todo o período (IBGE, 2022a), o que sugere uma tendência estrutural.

Quanto aos indicadores do mercado de trabalho, em 2021, a taxa de desocupação no Brasil foi de 14%. Entre a população negra essa taxa foi maior, atingindo 16,3%, contra 11,3% das pessoas brancas. Os indicadores de trabalho mais desfavoráveis estão nas regiões Nordeste e Norte, e entre mulheres, pessoas pretas ou pardas, jovens e a população com menor nível de instrução. Em 2021, a população ocupada de raça/cor branca ganhava, em média, 73,4% mais do que a preta ou parda, e os homens, 25% mais que as mulheres. Os resultados expressam desigualdades raciais e de gênero estruturais, dado que esses diferenciais, salvo pequenas oscilações, foram encontrados em todos os anos da série 2012-2020. A desigualdade salarial é bastante expressiva também do ponto de vista territorial. Considerando o rendimento médio de todos os trabalhos, as pessoas ocupadas nas regiões Norte e Nordeste recebiam, respectivamente, 75,2% e 68,9% do correspondente à média nacional em 2021. Quanto à informalidade, os dados mostram que também é preponderante nas regiões Norte e Nordeste (IBGE, 2022a).

Junto com a renda e o trabalho, outro indicador bastante expressivo das desigualdades nas condições de vida da população é o acesso ao saneamento básico. Diversos estudos têm demonstrado as correlações entre a falta de saneamento, incluindo acesso à água potável e esgotamento sanitário, com o aumento das taxas de morbidade e mortalidade por doenças infecciosas, sobretudo a diarreia infantil (MELLO *et al.*, 2020). Segundo diagnóstico do Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS), de 2018, cerca de 35 milhões de pessoas no Brasil não são atendidas com abastecimento de água e metade da população não tem acesso à rede de esgoto, sendo a região Norte a mais afetada. Da mesma forma que ocorre com os outros indicadores das condições de vida, o acesso precário ao saneamento está associado a um perfil de classe e raça. Há uma forte relação positiva entre nível de renda e acesso ao saneamento, assim como uma linha proporcional entre precarização do serviço prestado e enegrecimento da população não atendida (GONÇALVES; SILVA, 2020).

2. CONDIÇÕES DE SAÚDE DESIGUAIS

Refletindo as desiguais condições de vida, as condições de saúde no Brasil também são desiguais, sendo determinadas, da mesma forma, por variáveis de classe, raça, gênero, nível de escolaridade e local de moradia, entre outras. Do ponto de vista territorial, nas regiões Norte e Nordeste os indicadores tendem a ser piores. Projeções do IBGE para 2020 revelam que os estados brasileiros situados nas regiões Sudeste e Sul (junto com Brasília) concentram os melhores índices de esperança de vida ao nascer do país, com destaque para o estado de Santa Catarina, com 80,2 anos de expectativa de vida. No outro extremo, as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste concentram os piores índices, com destaque negativo para o Maranhão, com 71,7 anos de expectativa de vida em 2020 (IBGE). Quando considerada a mortalidade infantil, a maioria dos municípios das regiões Norte e Nordeste, com exceção apenas para os estados da Paraíba, Rondônia e Tocantins, têm Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) acima da média nacional. O contrário ocorre com estados do Sudeste, Sul e Centro-Oeste, que têm a maioria dos municípios com TMI abaixo da média nacional, com exceção para o estado do Mato Grosso, que tem mais de 86% dos seus municípios com TMI acima da média nacional. Nos extremos situam-se o estado de Roraima, com 93% dos seus

municípios com TMI acima da média nacional, e Rio Grande do Sul, com apenas 18% dos municípios nessa situação (FARIA, 2022).

Do ponto de vista da determinação racial, a população negra apresenta os piores indicadores de condições de saúde. Em 2021, os homens negros possuíram os maiores percentuais de mortalidade até os 59 anos. As mulheres pretas ou pardas também apresentaram participações maiores nos grupos etários abaixo de 59 anos em relação às mulheres brancas (IBGE, 2022a). A expectativa de vida de pessoas negras é de até cinco anos a menos que a das brancas; a taxa de mortalidade materna das mulheres negras é sete vezes maior do que a das brancas; a população preta e parda morre, desproporcionalmente, mais em decorrência das complicações da Aids, de homicídio, alcoolismo, diabetes e tuberculose (GALVÃO *et al.*, 2021). Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) apontam que a população negra apresenta prevalências maiores de hipertensão (44,2%) e diabetes (12,7%), quando comparada à população branca (22,1% e 6,2%, respectivamente). O mesmo fenômeno acontece em relação à doença cardíaca, à asma, à anemia falciforme e às doenças negligenciadas, como a tuberculose (GOES *et al.*, 2020). A invisibilidade de doenças que são mais prevalentes nesses grupos populacionais, a não inclusão da questão racial na formação de profissionais de saúde, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde determinam diferenças importantes nos perfis de adoecimento e morte entre a população branca e a negra (KALCKMANN *et al.*, 2007).

De acordo com a PNS de 2019, a mortalidade de homens é superior à das mulheres em todas as faixas etárias, com destaque para as idades entre 15 e 29 anos, onde a sobremortalidade masculina se justifica pela elevada incidência de mortes por causas externas (não naturais, como acidentes ou homicídios). Comportamentos sociais associados ao gênero explicam em boa parte essa sobremortalidade, com homens culturalmente apresentando maior exposição a situações de risco no trabalho e na vida social (COBO *et al.*, 2021).

Em 2021, mais da metade da população brasileira vivia com algum grau de insegurança alimentar (58,7%). A desnutrição era mais severa no grupo de idade de 0 a 4 anos e, entre estes, os meninos pretos e pardos apresentaram níveis mais elevados em relação aos demais grupos. No caso das meninas, os patamares mais altos de prevalência de desnutrição estavam entre as de raça/cor parda (IBGE, 2022a).

Existem também desigualdades nas condições de saúde determinadas pela identidade de gênero: pessoas trans estão expostas a fatores de risco decorrentes de transfobia e violência policial, além de sofrer taxas mais altas de desabrigo e desemprego, renda mais baixa e sofrimento psicológico (GALVÃO *et al.*, 2021).

3. DESIGUALDADE NO ACESSO A BENS E SERVIÇOS DE SAÚDE

As desigualdades no acesso e utilização de bens e serviços de saúde refletem, assim como as condições de saúde, as desiguais condições de vida da população, exprimindo, também, as iniquidades do sistema de saúde. O acesso e a taxa de utilização dos serviços de saúde estão diretamente relacionados ao nível de renda. Dados da PNS de 2013 indicam que entre os 20% mais pobres da população, quase 95% não têm plano de saúde e 10,9% se autoavaliam com saúde regular, ruim ou muito ruim, mas não consultaram um médico no último ano. Na parcela dos 20% com maior riqueza, esses índices são de apenas 35,7% e 2,2%, respectivamente. Se considerado o número de leitos de Unidade de Tratamento Intensivo

(UTI) disponíveis, este é quase cinco vezes inferior para as pessoas usuárias do SUS (1,04 leito por 10 mil habitantes, ou menos em estados do Norte e Nordeste) do que para aquelas que têm acesso à rede privada (4,84 leitos por 10 mil habitantes) (PIRES *et al.*, 2020).

A pesquisa desenvolvida por Dantas *et al.* (2021) mostra que a prevalência de acesso precário aos serviços de saúde no Brasil está associada a fatores como ter cor da pele preta ou parda, nível de escolaridade baixo, residir na região Norte e Nordeste, viver na zona rural e não ter plano de saúde privado, entre outros aspectos. A dificuldade no acesso é mais prevalente entre a população negra. Junto com as piores condições de vida e saúde, o racismo institucional está na base desse acesso precário (DANTAS *et al.*, 2021). Resultado de políticas, práticas e procedimentos, o racismo institucional amplia barreiras, causa efeito negativo na qualidade dos serviços, diminui a possibilidade de diálogo e provoca o afastamento de pessoas usuárias (GALVÃO *et al.*, 2021; KALCKMANN *et al.*, 2007). A dificuldade no acesso é mais prevalente também entre a população com menor nível de escolaridade, que, no Brasil, é composta majoritariamente da população negra (DANTAS *et al.*, 2021).

Do ponto de vista territorial, o acesso precário é mais prevalente nas regiões Norte e Nordeste do país. Em 2021, a menor taxa de profissionais de saúde com nível superior estava na região Norte (9,7), e as maiores nas regiões Sudeste (20,7) e Sul (20,5) (IBGE, 2022a). As regiões com maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde são também aquelas que mais concentram população negra (77,3% das pessoas no Norte; 73% no Nordeste). Além disso, essas pessoas residem majoritariamente nas áreas rurais, constituindo 60% dessa população (DANTAS *et al.*, 2021).

Outro fator associado ao acesso precário aos serviços de saúde é não possuir plano de saúde privado, médico ou odontológico. No país do SUS, em outubro de 2022, um quarto da população contratava seguros de saúde (25,8%), eufemisticamente chamados de planos, representando mais de 50 milhões de pessoas com dupla cobertura e acesso diferenciado a bens e serviços de saúde (ANS, 2022). Territorialmente, o acesso à saúde privada também é desigual: o maior número de pessoas beneficiárias reside nos estados do Sul e do Sudeste (IESS, 2022).

CONSIDERAÇÕES PARA O SERVIÇO SOCIAL

Para Iamamoto (1982 *apud* CFESS, 2010), as expressões da questão social devem ser compreendidas como o conjunto das desigualdades da sociedade capitalista. Na medida em que o Serviço Social reconhece a questão social como seu objeto de intervenção profissional (conforme estabelecido nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS, 1996), deve orientar sua atuação profissional a partir de uma perspectiva totalizante e baseada na identificação das determinações sociais, econômicas e culturais das desigualdades sociais (CFESS, 2010).

Por outro lado, o quinto princípio fundamental do Código de Ética de Assistentes Sociais demanda o “posicionamento em defesa da equidade e da justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática” (CFESS, 2012, p. 23). Tal compromisso ético com a equidade exige o conhecimento da realidade da organização social e o exercício de crítica das desigualdades, no sentido de aprender seus fundamentos, suas origens, sua determinação social, com o objetivo de aboli-las. Esse verbete procurou contribuir com essa tarefa, assinalando as desigualdades nas condições de vida, de saúde e de acesso à saúde da

população, enquanto expressões da questão social brasileira e objeto de intervenção profissional do Serviço Social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Dados e indicadores do setor. Disponível em: <<https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>>. Acesso em 11 de dez. de 2022.
- BANCO MUNDIAL. Datos de libre acceso del Banco Mundial. Disponível em: <<https://datos.bancomundial.org/>>. Acesso em 10 de dez. de 2022.
- BRASIL. Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/112288.htm>. Acesso em 13 de dez. de 2022.
- BUSS, P. M. Saúde e Desigualdade: o caso do Brasil. In: BUSS, P. M.; LABRA, M. E. (Orgs.). Sistemas de Saúde: continuidades e mudanças. Argentina, Brasil, Chile, Espanha, Estados Unidos, México e Québec. São Paulo; Rio de Janeiro: Ed. Hucitec; Ed. Fiocruz, 1995.
- CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Brasília: CFESS, 2010.
- _____. Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. Brasília: CFESS, 2012.
- COBO, B.; CRUZ, C.; DICK, P. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(9), p. 4021-4032, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2021.v26n9/4021-4032/pt/>>. Acesso em 15 de jan. de 2023.
- DANTAS, M. N. P.; SOUZA, D. L. B.; SOUZA, A. M. G.; AIQUOC, K. M.; SOUZA, T. A.; BARBOSA, I. R. Fatores associados ao acesso precário aos serviços de saúde no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*, 24: E210004, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/Z4sYgLBvFbJqhXGgQ7Cdkbc/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 15 de jan. de 2023.
- FERNANDES, D. 4 dados que mostram por que Brasil é um dos países mais desiguais do mundo, segundo relatório. *BBC News Brasil*, 7 dez. 2021. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-59557761>>. Acesso em 27 de nov. de 2022.
- GALVÃO, A. L. M.; OLIVEIRA, E.; GERMANI, A. C. C. G.; LUIZ, O. C. Determinantes estruturais da saúde, raça, gênero e classe social: uma revisão de escopo. *Saúde Soc.*, v. 30, n. 2, e200743. São Paulo, 2021.
- GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde Debate*, v. 41, n. 112, p. 63-76. Rio de Janeiro, jan.-mar. de 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ymxpLJDTkd5vPh5QL9YGJzq/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 27 de nov. de 2022.
- GARRAFA, V.; OSELKA, G.; DINIZ, D. Saúde Pública, Bioética e Equidade. *Revista Bioética*, v. 5, n. 1. Brasília, 1997. Disponível em:

- <https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/361/462>. Acesso em 28 de nov. de 2022.
- GOES, E. F.; RAMOS, D. O.; FERREIRA, A. J. F. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 3, e00278110. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tes/a/d9H84fQxchkfhdbwzHpmR9L/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 16 de jan. de 2023.
- GONÇALVES, L. S.; SILVA, C. R. Pandemia de Covid-19: sobre o direito de lavar as mãos e o “novo” marco regulatório de saneamento básico. *Revista Científica Foz*, v. 3 n. 1, p. 71-92. São Mateus-ES, jan./jul. de 2020. Disponível em: <<https://bityli.com/KBsIV>>. Acesso em 17 de jan. de 2023.
- GRANJA, G. F.; ZOBOLI, E. L. C. P.; FRACOLLI, L. A. O discurso dos gestores sobre a equidade: um desafio para o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(12), p. 3759-3764, 2013. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/csc/2013.v18n12/3759-3764/pt>>. Acesso em 23 de jan. de 2023.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Estatísticas e Censos. SIDRA. Banco de Tabelas e Estatísticas. Tabela 7362. Esperança de vida ao nascer. Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/tabela/7362#resultado>>. Acesso em 20 de jan. de 2023.
- _____. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2022a. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101979.pdf>>. Acesso em 12 de dez. de 2022.
- _____. Síntese de Indicadores Sociais. 2022b. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9221-sintese-de-indicadores-sociais.html?=&t=resultados>>. Acesso em 12 de dez. de 2022.
- _____. Sistema de Contas Regionais: Brasil 2020. Contas Nacionais n. 90. 2022c. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101975_informativo.pdf>. Acesso em 12 de dez. de 2022.
- IESS. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Disponível em: <<https://iessdata.iess.org.br/home>>. Acesso em 18 de out. de 2022.
- KALCKMANN, S.; SANTOS, C. G.; BATISTA, L. E.; CRUZ, V. M. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? *Saúde Soc.*, v. 16, n. 2, p. 146-155. São Paulo, 2007.
- MELLO, R. R. P. B.; VILLARDI, R. M.; MELLO, S. C. R. P.; MIRANDA, M. G. Desafios no acesso à água e saneamento básico no Brasil e o controle da covid-19. *Rev. Augustus*, v. 25, n. 51, p. 281-293. Rio de Janeiro, jul./out. de 2020. Disponível em: <<https://revistas.unisuam.edu.br/index.php/revistaaugustus/article/view/573/303>>. Acesso em: 17 de jan. de 2023.
- PIRES, L. N.; CARVALHO, L.; XAVIER, L. L. COVID-19 e desigualdade: a distribuição dos fatores de risco no Brasil. *Experiment Findings*, abr. De 2020. Disponível em: <<https://ondasbrasil.org/wp-content/uploads/2020/04/COVID-19-e-desigualdade-a-distribui%C3%A7%C3%A3o-dos-fatores-de-risco-no-Brasil.pdf>>. Acesso em 17 de jan. de 2023
- RIBEIRO, M. C. S. A.; BARATA, R. B. Condições de saúde da população brasileira. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Orgs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Cebes, 2012.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Orgs.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; Cebes, 2012.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; ALMEIDA FILHO, N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. Cad. Saúde Pública, 25 Sup 2:S217-S226. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csp/a/5pkCJ3ww8K6YP4nrZrZJHvk/abstract/?lang=pt>>.

Acesso em 28 de nov. de 2022.

INTEGRALIDADE EM SAÚDE

Joseane Barbosa de Lima

A integralidade é apresentada por diversos autores como um conceito polissêmico. Desse modo, ainda que não haja uma única definição para esse termo, procurar-se-á nas linhas a seguir apontar algumas tendências.

Para escolha do referencial teórico foram consideradas as produções que estão em coerência com a proposta de integralidade defendida pelo Movimento da Reforma Sanitária brasileira na década de 1980, e que expressam a defesa dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Assim, objetiva-se possibilitar aos profissionais da saúde, em especial os Assistentes Sociais, a reflexão dos desafios e das possibilidades para efetivação desse importante princípio, em articulação com as equipes de saúde, e em coerência com o Projeto Ético-político do Serviço Social brasileiro.

INTEGRALIDADE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

A noção de integralidade tem sido utilizada para designar uma diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS) que afirma o “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988, art. 198). A Lei 8.080/90 apresenta a integralidade da assistência como um “conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 2002, Art. 7º, Inciso II – Dos Princípios e Diretrizes). Trata-se de uma das bandeiras de lutas travadas em âmbito nacional pelo Movimento pela Reforma Sanitária na década de 1980.

No Brasil, o Movimento da Reforma Sanitária surgiu em meio à contestação do cerceamento dos direitos civis e políticos impostos pela ditadura militar, como também a política de saúde excludente, em que se caracterizavam o privilegiamento do setor privado da saúde e o fortalecimento do projeto privatista na área, contrariando, assim, as ações e medidas adotadas no regime militar. Nesse processo, o papel do Movimento Sanitário foi o de tornar “[...] construtores de um pensamento contra-hegemônico, fundado no conceito de determinação social do processo da saúde e na crítica à perversidade do sistema implantado, de mercantilização da medicina, delineando um projeto de transformação da política de saúde no país” (MEDEIROS, 2005, p. 3).

De acordo com Paim e Silva (2010), o princípio da integralidade na Reforma Sanitária Brasileira foi pensando em pelo menos quatro perspectivas: 1 – vinculação às ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde de forma articulada, nos níveis de prevenção primária, secundária e terciária; 2 – atuação profissional comprometida com as dimensões biopsicossociais dos sujeitos; 3 – articulação com demais níveis de complexidade do sistema de saúde, visando garantir a continuidade da atenção dos cuidados em saúde e; 4 – articulação de uma rede socioassistencial (de políticas públicas) voltada “a uma totalidade de projetos de mudanças que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial” (PAIM; SILVA, 2010, p. 112).

De modo geral, os autores que têm pesquisado o tema, definem a integralidade a partir de um conjunto de características, sendo do ponto de vista conceitual considerada como noção, conceito, valor, princípio, diretriz operacional, proposição política, ideia, ou “conceito em estado prático” (BRASIL, 2014, p. 39).

De acordo com Paim e Silva (2010), é possível encontrar também o conceito de integralidade como categoria que abarca diversas dimensões do cuidado em saúde, envolvendo desde o acesso a serviços de saúde, a qualidade dos mesmos e as relações entre usuários e equipes de saúde. Outros autores defendem que sistemas de saúde direcionados na perspectiva da integralidade consideram os seguintes princípios: “a) primazia das ações de promoção e prevenção; b) garantia de atenção nos três níveis de complexidade dos serviços de saúde; c) articulação das ações de promoção, prevenção, cura e recuperação; d) abordagem integral do indivíduo e famílias” (PAIM; SILVA, 2010, p. 112).

Nesse direção, Mattos afirma (2006) que a integralidade como um valor, não apenas um princípio constitucional, mas “uma bandeira de luta”, parte de uma “imagem-objetivo”, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns como desejáveis. Assim, o princípio da integralidade tende a se relacionar com a expectativa de construção de uma sociedade mais justa e solidária, sendo um desafio fundamental na agenda da saúde.

Closs (2010) ao defender a integralidade como valor, aponta que esta é uma noção que estimula a defesa e a materialização dos direitos sociais comprometidos com as necessidades mais amplas da população. Assim, a integralidade “insere-se num contexto mais amplo de disputa pela afirmação de democracia e justiça social, que se soma à contraditória luta por emancipação e cidadania da classe trabalhadora no seio das sociedades capitalistas (CLOSS, 2010, p. 76)

Mattos (2006) ao refletir sobre a integralidade, a define a partir de três conjuntos de sentidos. O primeiro sentido relaciona-se com as práticas em saúde e a defesa do não reducionismo dos sujeitos e de suas necessidades. Essa discussão tem como ponto de partida o movimento denominado medicina integral, que empreendeu críticas importantes ao olhar fragmentado dos médicos para com os problemas apresentados pelos seus pacientes. O alvo da crítica do movimento de medicina integral era os currículos de base flexneriana, responsável por formar médicos centrados nas dimensões exclusivamente biológicas, desconsiderando os aspectos psicossociais dos sujeitos. Nesse sentido, o movimento da medicina integral objetivava propor reformas curriculares “transformando as escolas médicas em produtoras de médicos com atitudes menos reducionistas e menos fragmentárias, médicos que fossem capazes de apreender seus pacientes e suas necessidades de modo mais integral” (MATTOS, 2009, p. 49). Assim, “para a medicina integral, a integralidade estaria relacionada à postura desejável dos profissionais de saúde: o olhar atento às necessidades dos sujeitos, para além do sistema biológico, promovendo uma forte crítica à medicalização da vida social.

O segundo sentido, está relacionado a dicotomia entre serviços de saúde pública e práticas assistenciais presentes no Brasil no contexto dos anos 1970.

A criação, na década de 70, do antigo Sistema Nacional de Saúde (SNS), consolidou uma antiga divisão entre as instituições responsáveis pela saúde pública e pela assistência médica – a primeira era pensada como sendo da alçada

do Ministério da Saúde, enquanto a segunda ficava na alçada do Ministério da Previdência Social. Uma das razões para tal dissociação era o reconhecimento de que as necessidades das práticas de saúde pública e das práticas assistenciais eram bastante distintas. As últimas eram demandadas diretamente pela população, enquanto as primeiras eram apreendidas inicialmente pelos técnicos. Do ponto de vista da formulação de políticas e propostas de ação, parecia aos defensores do antigo SNS que seria melhor dispor de um corpo de técnicos diferenciado para tratar de cada um desses tipos de necessidade de serviços de saúde (MATTOS, 2009, p. 56).

A organização fragmentada dos sistemas de saúde impactava as práticas assistenciais, o que disseminou a figura do modelo hospitalocêntrico como arranjo de serviços de saúde. As respostas a essa problemática passava pela noção da integralidade, exigindo a horizontalização dos serviços de saúde: “As equipes das unidades deveriam passar a pensar suas práticas, sobretudo desde o horizonte da população a que atendem e das suas necessidades, e não mais do ponto de vista exclusivo de sua inserção específica nesse ou naquele programa do ministério” (MATTOS, 2009, p. 59). A eliminação das diferenças entre serviços de saúde pública e serviços assistenciais apresenta às equipes de saúde novas tensões e questões demandadas pelos usuários, nem sempre de forma explícita. Nesse eixo, a integralidade passa a ser vista como um princípio de organização contínua do processo de trabalho dos serviços de saúde, buscando potencializar o seu impacto epidemiológico, e apreender as necessidades de saúde da população.

Por fim, o terceiro sentido apresentado por Mattos (2009) é a configuração da integralidade como princípio que deve orientar a organização das políticas sociais. Neste, o autor defende que a integralidade deve direcionar a formulação de políticas públicas, ampliando o enfoque e o alcance das mesmas, movimentando um conjunto de ações de cunho tanto preventivo, quanto assistenciais.

Nos três sentidos apresentados por Mattos (2009), a integralidade implica uma recusa ao reducionismo, à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo.

Cecílio (2009), por sua vez, defende que para se alcançar a integralidade na saúde é preciso trabalhá-la em várias dimensões. Nesse sentido, o autor define a integralidade em duas dimensões: a focalizada e a ampliada.

A dimensão focalizada compreende que a integralidade envolve o esforço da equipe multiprofissional em realizar a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas pelos usuários que buscam atendimento, necessidades que são sempre complexas e que precisam ser captadas em suas expressões individuais.

[...] quando alguém procura um serviço de saúde, está trazendo uma “cesta de necessidades de saúde” e caberia à equipe ter sensibilidade e preparo para decodificar e saber atender da melhor forma possível. Toda a ênfase da gestão, organização da atenção e capacitação dos trabalhadores deveria ser no sentido de uma maior capacidade de escutar e atender às necessidades de saúde, mais do que a adesão pura e simples a qualquer modelo de atenção dado aprioristicamente (CECILIO, 2009, p. 120).

Por outro lado, a integralidade precisa ser pensada em sua dimensão “macro”, pois, por melhor que seja a equipe de saúde, a integralidade nunca será plena nessa dimensão singular. Nesse âmbito, encontra-se, segundo o autor, a dimensão ampliada da integralidade, esta pressupõe que a integralidade da atenção precisa ser pensada como fruto de uma articulação de cada serviço de saúde, isto é, uma integralidade pensada em rede.

A garantia da integralidade precisa ser assumida como responsabilidade do sistema de saúde e não fruto apenas do esforço individual da equipe e usuários. É preciso que se construa uma relação articulada entre “a máxima integralidade no cuidado de cada profissional, de cada equipe e da rede de serviços de saúde e outros”, pois uma não é possível sem a outra (CECÍLIO, 2009).

A INTEGRALIDADE NO COTIDIANO DO TRABALHO EM EQUIPE

Para Ribeiro (2008), a captação dos sentidos da integralidade possibilita a interação entre o profissional da saúde e os usuários dos serviços de saúde, proporcionando modos de organização do processo de trabalho voltado para otimizar as intervenções e práticas conectadas às necessidades da população. Para a autora:

[...] a integralidade vai muito além de uma justaposição das ações de cunho coletivo com as de cunho individual curativo. Trata-se, também, de um dispositivo político que habilita os sujeitos nos espaços públicos a encontrarem novos arranjos sociais e institucionais nas práticas de saúde. Esse dispositivo pode tornar-se uma estratégia pedagógica ao mesmo tempo em que promotora e recuperadora da saúde, bem como preventiva de doenças e agravos. A atividade da saúde tem um caráter pedagógico, onde profissionais e usuários podem se potencializar em saúde, cidadania, autonomia através do assumir coletivo (profissional, institucional e cultural) do desafio da integralidade (RIBEIRO, 2008, p. 92).

Defender a integralidade no âmbito do trabalho em equipe consiste em defender ações e serviços de saúde coerentes com a realidade dos sujeitos atendidos, construindo estratégias para dar respostas qualificadas às demandas identificadas. Assim, pensar a integralidade na saúde requer, fundamentalmente, pensá-la associada ao conceito ampliado de saúde, buscando estabelecer a relação entre saúde e totalidade social, prezando pelo desvelamento e reflexão crítica da realidade vivenciada pela população atendida.

Na análise de Mattos (2004):

[...] nenhuma pessoa que entra num serviço de saúde deve sair dele sem alguma resposta concreta desse serviço, ideia chave nas propostas de acolhimento, as teses que enfatizam a necessidade de uma escuta atenta por parte de todos os profissionais que atuam nos serviços de saúde (do segurança ao médico), as flexibilizações das rotinas sobre os fluxos dos usuários nos serviços de saúde de modo a permitir o desenho de um fluxo negociado para cada pessoa, as ideias de clínica ampliada, enfim, uma série de ideias e propostas têm sido formuladas e experimentadas em vários locais. Como também há muitos profissionais que, mesmo sem uma

formulação teórica da proposta, ou mesmo sem utilizar o termo, praticam a integralidade no seu cotidiano (MATTOS, 2004, p. 1.415).

Importante enfatizar ainda, que a discussão da integralidade precisa estar vinculada a formação e educação continuada dos trabalhadores da saúde em coerência com os princípios e diretrizes do SUS, isto é, uma formação que inspire a construção de sujeitos políticos ativos, interessados em ultrapassar o caráter técnico ou burocrático das ações profissionais e/ou institucionais. Desse modo, a integralidade “faz referência ao cuidado, ampliando a atenção à saúde para além de técnicas e procedimentos, mas busca a aceitação do outro, do encontro entre sujeitos, na manutenção da relação social e no compromisso que a institui, driblando a mercantilização e objetificação da vida” (PINHEIRO *et al.*, 2004; *apud*, RIBEIRO, 2008, p. 62).

Desse modo, o princípio da integralidade deve ser exercido pelos profissionais da saúde através de um olhar atento, de um atendimento qualificado capaz de captar as ações profissionais necessárias numa perspectiva interdisciplinar.

Defender a integralidade é defender o acesso universal à saúde nos diversos níveis de atenção, e, portanto, a saúde como direito, e o dever do estado na gestão, prestação e financiamento desse serviço.

A integralidade enquanto princípio do SUS reforça a concepção ampliada de saúde, a qual deve balizar o planejamento das ações. Contudo, a efetivação desse princípio ainda é um grande desafio no âmbito do SUS, e isso se deve a uma série de fatores, dentre os quais podemos destacar: as dificuldades em superar definitivamente o modelo biomédico na assistência à saúde; a formação de profissionais voltada para uma prática fragmentada; e os interesses mercadológicos da saúde, que circulam no interior do SUS. Contudo, apesar dos impasses e do desfinanciamento da saúde pública, O SUS tem resistido, e mostrado força nas respostas às necessidades de saúde dos brasileiros.

O princípio da integralidade no SUS expressa que o direito à saúde no Brasil não pode ser resumido a oferta de “cesta-básica” de serviços, mas prezar pela oferta de um cuidado integral, voltado para a defesa da dignidade e dos direitos humanos.

Nesse sentido, os desafios passam também por mudanças no âmbito dos processos de trabalho em saúde, e na intencionalidade que orientam as ações dos profissionais, que devem estar comprometidas com as diretrizes do Projeto da Reforma Sanitária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília-DF: Senado Federal; Centro gráfico, 1988.
- _____. Ministério das cidades. Panorama do Saneamento Básico no Brasil, v. 4, 1ª ed. Brasília, 2014.
- CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R, MATTOS, R.A. (Eds.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS-Abrasco, 2006. p. 117-130

- CLOSS, T. X. O Serviço Social nas Residências Multiprofissionais em Saúde na atenção básica: formação para a integralidade? Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-graduação em Serviço Social, 2010.
- MATTOS, R. A. de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R, MATTOS, R. A. (Eds.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS-Abrasco, 2006. p. 43-68.
- _____. A Integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad. Saúde Pública, v. 20, n. 5: 1411-1416, *set.-out.* 2004.
- MEDEIROS, S.M. Reforma ou Contra-Reforma do Estado: repercussões na política de saúde. II Jornada Internacional de Políticas Públicas. UFMA, 2005.
- PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. In: Revista Bis. Desigualdes e iniquidades em saúde, v. 12, n. 2, São Paulo, 2010.
- RIBEIRO. C. A integralidade e seus percursos no SUS. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, 2008.

INTERSETORIALIDADE

*Giselle Lavinias Monnerat
Rosimary Gonçalves de Souza*

Apesar de ainda carecer de aprofundamento, o debate sobre a intersectorialidade vem ocupando lugar central na agenda contemporânea das políticas públicas e sociais em razão da complexidade que cerca a questão social, traduzida, notadamente, no agravamento da pobreza e das desigualdades sociais, assim como na histórica debilidade do sistema de proteção social brasileiro em responder às demandas por direitos sociais.

A relevância da intersectorialidade está ancorada no fato de que as ações públicas apresentam severos problemas para impactar os indicadores sociais, o que, dentre inúmeros fatores, está relacionado à persistência de acentuada fragmentação das políticas públicas e sociais, cujos serviços ofertados permanecem sendo presididos por uma lógica de organização voltada para objetivos e óticas setoriais. Apoiado nesta compreensão, Junqueira (1997) argumenta que as políticas setoriais têm enormes dificuldades em promover a equidade e a integralidade do atendimento ao cidadão.

A alteração deste quadro de fragmentação das ações sociais governamentais não é trivial e constitui um dos principais desafios em direção à implementação efetiva da seguridade social, que visa, de acordo com a Constituição federal de 1988, o alcance de forma de gestão integrada das políticas sociais em articulação com a sociedade civil. Como desdobramento desta constatação, é recorrente o pensamento de que as reformas pós Constituição de 1988 foram insuficientes para dar conta da fragmentação da ação estatal, trazendo à cena o debate acerca da necessidade de encontrar formas inovadoras de formular e implementar as políticas públicas e sociais compreendendo a intersectorialidade como estratégia de gestão a ser adotada para atuar contra as iniquidades sociais. Diante deste quadro, assinala-se a importância de buscar no paradigma da interdisciplinaridade uma análise global dos problemas e na estratégia intersectorial a promoção de práticas sociais mais eficazes em relação à questão social (JUNQUEIRA, 1997; INOJOSA, 1998; MONNERAT; SOUZA, 2011).

Vale destacar, entretanto, que há consenso na literatura atual de que a intersectorialidade é uma proposta de gestão que intenciona articular as ações de proteção social sem romper com a lógica setorial que preside o modo como o Estado organiza as políticas públicas e sociais. Apesar da compreensão de que a racionalidade de organização do Estado moderno representa visões e práticas fragmentadas da ação governamental, do ponto de vista operacional esse é um debate ultrapassado em razão de aprendizados institucionais decorrentes de experiências desenvolvidas em municípios brasileiros, notadamente na década de 1990, em que tentativas de unificação (em prol da intersectorialidade) de diversas secretarias de políticas sociais com culturas institucionais diferentes fracassaram.

Importante salientar que os sentidos atribuídos à intersectorialidade presentes nas principais produções bibliográficas disponíveis, embora apresentem certa polissemia, demarcam relevantes pontos de consenso que precisam ser conhecidos e debatidos para o avanço da produção teórica e metodológica desta proposta de gestão do sistema de proteção social.

Monnerat e Souza (2010) realizam sistematização das principais áreas de conhecimento que apresentam produção bibliográfica sobre a intersectorialidade, demarcando os campos da Administração Pública, Assistência Social, Educação e, especialmente, a Saúde Coletiva como fundamentais para a compreensão tanto das definições existentes como dos dilemas da implementação da ação intersectorial no país.

Embora o entendimento da intersectorialidade como estratégia de gestão para enfrentar a complexidade da questão social esteja presente na maioria dos estudos disponíveis, no campo da Administração Pública, a intersectorialidade constitui uma nova forma de gerenciar as cidades, ou seja, é uma proposta de modelo de gestão urbana. Aqui, verifica-se a destacada preocupação com a questão da otimização de recursos humanos e financeiros, considerada como uma virtude das ações intersectoriais, visto que contribuiria para combater a ineficácia das políticas sociais, além do entendimento de que a possibilidade de sucesso da implementação da intersectorialidade está associada ao aprofundamento da descentralização das políticas sociais no nível local (MONNERAT; SOUZA, 2014).

A Assistência Social, política alçada ao *status* de política pública em 2004, através da Política Nacional de Assistência Social, proclama que um de seus objetivos é promover a intersectorialidade. Trata-se de fato inovador na tradição setorializada da ação pública do estado brasileiro, e que, dentre outras questões, se justifica pela especificidade do objeto de intervenção dessa arena setorial. Com efeito, não é possível tratar das demandas imediatas dos grupos populacionais atendidos no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), os quais apresentam alto grau de vulnerabilidade social, ocasionado por mecanismos estruturais de produção da pobreza e desigualdade social, a partir apenas da institucionalidade dessa arena setorial (PEREIRA-PEREIRA, 2004; MONNERAT; SOUZA, 2010). Importante frisar que a preocupação com a promoção da intersectorialidade esteve expressa em todos os programas do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), criado em 2004, até o seu desmantelamento após o golpe parlamentar e midiático de 2016.

No campo da política de Educação, a produção teórica sobre a intersectorialidade é muito escassa. Cabe frisar que os poucos estudos disponíveis reforçam a necessidade de empreender ações intersectoriais tendo como base intervenções que minimizem a persistência de indicadores negativos de evasão escolar, altas taxas de analfabetismo, disparidade na relação idade-série, e outras questões. Assim, com base na produção disponível observa-se que o olhar da educação sobre a temática concebe os problemas estruturais da sociedade brasileira como responsáveis pelas condições de aprendizagem, como também enfatizam que a ação intersectorial deve atuar sobre os determinantes da pobreza e desigualdade social (LEITE; DUARTE, 2005). Apesar disto, não se observa registro de estudos com ênfase na implementação de experiências intersectoriais com protagonismo da área de educação, de onde se pode inferir que este setor apresenta em seu debate interno menos ênfase na ação intersectorial (MONNERAT; SOUZA, 2014).

A Saúde Coletiva é a área que apresenta maior produção teórica sobre o tema. Nesta área, o debate sobre a intersectorialidade nasce mediado pelo conceito ampliado de saúde, conformado a partir do projeto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), perspectiva que considera que os determinantes sociais, e não somente os aspectos biológicos, incidem sobre o processo saúde - doença. Neste sentido, reconhece-se os limites da atuação setorial sobre os determinantes sociais, construindo-se a partir daí o entendimento consensual de que por meio da intersectorialidade se pode atingir a integralidade da saúde, uma das principais

diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Giovanella *et al.* (2009) assinalam que as mediações entre a intersetorialidade e a atenção primária em saúde são muito claras, haja vista que a atuação deste nível de atenção do sistema de saúde se caracteriza como crucial para a implementação da diretriz da integralidade, cuja compreensão de saúde é inseparável do desenvolvimento econômico e social, bem como dos aspectos biopsicossociais que incidem sobre a determinação do processo saúde-doença. Ademais, a própria diretriz da Promoção da Saúde uma das dimensões interventivas do SUS, implica necessariamente a participação de diversos sujeitos e setores para se alcançar saúde e qualidade de vida (CAMPOS, 2003).

No entanto, observamos que historicamente houve um deslocamento acerca da compreensão do sentido da intersetorialidade nesta área. Inicialmente, a visão de integração intersetorial da Saúde Coletiva esbarra na concepção restrita do que seja a intersetorialidade e como deve ocorrer a articulação entre setores de políticas públicas e sociais. Isto é, parte expressiva da produção bibliográfica sobre o tema aponta o setor saúde como demandante da intersetorialidade no sentido de que o objeto de intervenção intersetorial deve impactar, sobretudo, os indicadores de saúde ou uma situação-problema definida como prioritária para o referido setor. Essa visão endógena foi contestada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) que recomendou que a ação intersetorial deve se caracterizar tanto por iniciativas do setor saúde quanto pela receptividade a convocatórias de outros setores (COSTA; PONTES; ROCHA, 2006; TEIXEIRA; PAIM, 2000).

No debate de maior fôlego sobre o tema ganha destaque o trabalho de Andrade (2006), que elabora uma análise síntese dos problemas teóricos e práticos que envolvem a discussão sobre a intersetorialidade se baseando, especialmente, nos resultados de experiência concreta de exercício de gestão intersetorial em um município do nordeste brasileiro. Tal experiência, apesar de não ter se sustentado no tempo, apresenta a peculiaridade de ter sido desenvolvida pelo poder executivo municipal, diferentemente da maioria das iniciativas conhecidas em que os profissionais da ponta são os protagonistas.

Em uma primeira constatação, Andrade (2006) chama atenção para o entendimento de que a intersetorialidade está longe de se caracterizar como simples ação conjunta entre setores de políticas públicas e sociais. Isto quer dizer que a integração intersetorial desejada passa necessariamente pela construção criativa de um novo objeto de intervenção comum aos diferentes setores do Estado que lidam com a questão social, utilizando, assim, o planejamento estratégico para elaborar propostas que se diferenciem da mera sobreposição ou justaposição de ações setoriais. Aqui o planejamento não é entendido na perspectiva normativa e prescritiva, mas, ao contrário, considera a negociação de interesses a chave para a construção de sinergias entre diferentes atores e áreas de política. Neste caso, o planejamento deve ser a tradução da articulação entre saberes e práticas setoriais, considerando-se que no âmbito do planejamento conjunto a intersetorialidade deve se concretizar como síntese de conhecimentos diversos (interdisciplinaridade) para atuar sobre problemas concretos.

Este novo objeto deve estar referido aos problemas que se manifestam no território. A requisição de se trabalhar focado em dado território justifica-se em razão de que, na maior parte das localidades, um dos obstáculos à ação intersetorial é o fato de que cada área de política determina sua região geográfica de atuação. A definição de um território comum, assim como todo o processo de planejamento intersetorial, exige a instauração de uma arena

de diálogo com substantiva capacidade de negociação política entre os sujeitos e áreas setoriais envolvidas.

Na esteira do pensamento do autor, é imperativo construir uma visão de complexidade dos problemas com o aporte de várias áreas de conhecimento (interdisciplinaridade) que informam o campo das políticas públicas e sempre em articulação com a sociedade civil. Isto não é tarefa trivial dada às diferentes tradições, memórias técnicas e legados institucionais das diversas arenas de políticas públicas e sociais, além da conhecida competição, entre as referidas arenas, no processo de alocação de recursos públicos.

Neste aspecto, Andrade (2006) e Monnerat e Souza (2010) sinalizam que a implementação da intersetorialidade suscita um alto nível de conflito e disputa política entre as diferentes áreas que tendem a se traduzir em competições em torno das estruturas de poder, das disputas corporativas e por fatias do orçamento que permeiam o aparelho de Estado. Além disso, evidencia-se a interveniência das disputas entre saberes disciplinares e profissões que conformam os diferentes campos das políticas públicas e sociais.

Para minimizar tais desafios é preciso que haja indução técnica, política e definição orçamentária por parte dos três níveis de governo, além do incentivo ao diálogo pela via da institucionalização de canais de comunicação e participação social visando, portanto, identificar e politizar o debate acerca dos inúmeros atravessamentos de interesses e disputas de poder que envolvem o campo da proteção social.

Com efeito, a maior parte do debate teórico reconhece a fragmentação das políticas públicas e sociais e, nesta direção, devemos corroborar a necessidade de promover a intersetorialidade como estratégia de gestão (técnica e política) que possa minimizar tal condição, considerando a importância de se atuar tendo como preocupação central a relação entre pobreza, desigualdade social e política social e não a perspectiva de um mero mecanismo gerencial racionalizador de recursos orçamentários para o alcance de eficácia da ação estatal. Sobre este ponto, Bronzo (2010), chama atenção para o fato de que o combate à pobreza, fenômeno multidimensional, extrapola o âmbito de atuação das políticas sociais, já que demanda também soluções de ordem macroeconômica. Todavia, reconhece que a intervenção consequente sobre o fenômeno da pobreza implica na utilização do instrumento da intersetorialidade dada a sua complexidade.

Em complemento à análise acima, considera-se que a gestão democrática que incorpora a participação social deve ser eixo norteador da ação intersetorial, uma vez que atuar sobre a complexidade da questão social sob a perspectiva da garantia de direitos sociais significa incorporar à gestão intersetorial sujeitos políticos que expressam demandas sociais diversas.

Vale ressaltar que o serviço social também vem se destacando na produção de conhecimento sobre a intersetorialidade ao demonstrar, ainda que necessitando de aprofundamento, capacidade de reflexão sobre os desafios de implementação de ações intersetoriais no cotidiano do trabalho profissional nos diferentes espaços sócio-ocupacionais.

Importa aqui ressaltar a formação generalista do assistente social que o capacita a atuar em diferentes setores/áreas sociais, empresas, justiça, dentre outras, o que possibilita uma intervenção profissional voltada ao exercício dos direitos que não são passíveis de serem garantidos por um único setor do Estado, mas da ação conjunta de diferentes políticas e

instituições. Neste sentido tal visão está certamente em consonância com o sentido da intersectorialidade (COSTA, 2010).

No contexto local, em geral, os assistentes sociais são convocados a intervir sobre demandas multifacetadas e complexas de indivíduos e família em situação de exclusão engendradas pelas contradições do capitalismo em sua face mais perversa. Sabe-se que respostas, ainda que limitadas, a tais questões certamente extrapolam os limites setoriais.

As experiências de articulação entre diferentes setores sociais têm, em geral, como protagonistas os profissionais da ponta, ou seja, por iniciativa destes profissionais em função da necessidade cotidiana de responder às necessidades da população que atende e não por demanda, indução ou estímulo de um programa ou de uma política social. Assim, pode-se dizer que a intersectorialidade se forja diante da necessidade e da ação de profissionais no dia a dia dos serviços, onde o assistente social toma parte em diferentes equipes multiprofissionais.

Contudo, o avanço da intersectorialidade como tônica da ação estatal requer que se vá além das ações conjuntas entre profissionais da ponta e que geralmente dizem respeito ao acompanhamento de casos (individuais) mais complexos. É preciso que se formule programas e projetos com desenho e incentivos intersectoriais para que esta estratégia ganhe escala e efetividade no contexto da proteção social brasileira.

Na atualidade, refletir sobre a intersectorialidade requer um esforço de resgate das dificuldades históricas no que tange à sua implementação e, principalmente, sobre as possibilidades e limites de sua operacionalização no atual contexto de constrangimentos visíveis ao financiamento das políticas sociais e o desmonte do Estado, tendo como base a efetivação de uma política neoliberal ultraconservadora, como nunca observado no país e com fortes repercussões sobre o sistema de proteção social, agravada pela pandemia do novo coronavírus a partir de 2020. Todavia, numa sociedade desigual como a brasileira, a intersectorialidade constitui uma ação estratégica que pode contribuir para impactar positivamente os indicadores sociais como um todo, ainda que se saiba que mesmo um alto grau de integração na execução das políticas sociais moldadas pela intersectorialidade não é suficiente para superar as profundas desigualdades sociais forjadas numa sociedade presidida pela produção e apropriação desigual da riqueza.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, L. O. M. A Saúde e o dilema da intersectorialidade. São Paulo: Hucitec, 2006.
- BRONZO, C. Intersectorialidade, autonomia e território em programas municipais de enfrentamento da pobreza: experiências de Belo Horizonte e São Paulo. Planejamento e Políticas Públicas, n. 35, 2010.
- CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Ciência & Saúde Coletiva, v. 8, n. 2, 2003.
- COSTA, A. M.; PONTES, A. C. R.; ROCHA, D. G. Intersectorialidade na produção e promoção da saúde. In: CASTRO, A.; MALO, M. (orgs.). SUS: resignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.

- COSTA, M. D.H. Serviço Social e Intersetorialidade: A contribuição dos Assistentes Sociais para a construção da intersetorialidade no cotidiano do Sistema Único de Saúde. Tese de Doutorado em Serviço Social. Recife: PPGSS/ UFPE, 2010.
- GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, 2009.
- INOJOSA, R. M. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. In: *Revista de Administração Pública*. Fundação Getúlio Vargas, v. 2, n. 32, 1998.
- JUNQUEIRA, L. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. *Saúde e Sociedade*, v. 6, 1997.
- LEITE, M. R.S; DUARTE, V.C. Desafio da articulação entre políticas setoriais e intersetoriais: o caso da educação. Trabalho apresentado no X Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Santiago, Chile, 2005.
- MONNERAT, G. L; SOUZA, R. G. Da seguridade social à intersetorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. *Revista Katálysis*, v. 14. n. 1, 2011.
- _____. Política Social e Intersetorialidade: consensos teóricos e desafios práticos. *Revista Ser Social*, v. 12, n. 26, 2010.
- _____. Intersetorialidade e Políticas Sociais: um diálogo com a literatura atual. In: MONNERAT, G. L; ALMEIDA, N. L. T; SOUZA, R. G. (Orgs.). *A intersetorialidade na agenda das políticas sociais*. São Paulo: Papel Social, 2014.
- PEREIRA-PEREIRA. P. Política social: um espaço para a interdisciplinaridade. In: *Revista Humanidades*, v. 8, n. 4, 1992.
- TEIXEIRA, C. F; PAIM, J. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção de saúde e da qualidade de vida. *Revista de Administração Pública RAP/FGV*. Escola Brasileira de Administração Pública. n. 34. v. 6, 2000.

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

Vânia Morales Sierra

O direito à saúde está definido na Constituição Federal de 1988, como um dever do Estado assegurado a todos em território nacional, “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Art. 196). A Saúde, a Previdência Social e a Assistência social integram a Seguridade Social (Art. 194), representando um novo modelo voltado à cidadania, condizente com o Estado Democrático de Direito (BRAVO, 2006).

Até a promulgação da Constituição Federal de 1988, o acesso à saúde não se constituía um direito universal, sendo a assistência médica restrita aos trabalhadores com profissão regulamentada, que contribuíam para a Previdência Social. Para quem não se encontrasse nessa situação, havia o atendimento em instituições filantrópicas ou privadas (PONTE; NASCIMENTO, 2010). A fim de romper com a limitação deste direito, o movimento da Reforma Sanitária, na década de 1980, se uniu em defesa da Seguridade Social, visando à promoção da universalidade da cobertura, à concepção da saúde como direito social e dever do Estado, ao reordenamento institucional, à descentralização do processo decisório para os Estados e Municípios, ao financiamento efetivo e à democratização do poder local através dos conselhos de saúde (BRAVO, 2006).

À época, segundo Junqueira (1996), a ampliação do acesso aos direitos básicos representava aos movimentos sociais uma forma de combate às desigualdades sociais e à exclusão. Buscava-se a efetivação da justiça social pela instituição dos direitos de cidadania, especialmente de moradia e saúde. Até meados de 1980, o acesso à justiça compreendia a consideração com a capacidade de o Estado responder às demandas coletivas por meio da democratização dos processos decisórios do Poder Executivo. Conforme a autora, “o Poder Judiciário não constituía a principal agência de resolução de conflitos coletivos e difusos” (JUNQUEIRA, 1996, p. 395).

As pesquisas sobre o acesso individual à Justiça foram produzidas a partir da segunda metade da década de 1980, com enfoque voltado ao trabalho dos Juizados Especiais de Pequenas Causas (JUNQUEIRA, 1996). Desde então, a noção de acesso à justiça foi adquirindo a conotação de acesso ao Poder Judiciário.

Segundo Faria (1997), nos países do Terceiro Mundo, a emergência das associações e dos movimentos que participaram do processo de democratização política provocaram o questionamento acerca do modo de administração da Justiça. Nesta época, a apropriação do discurso dos direitos humanos pelas classes populares foi fundamental para uma reavaliação do Poder Judiciário.

A Constituição Federal de 1988, chamada a Constituição Cidadã, incorporou os direitos fundamentais e instituiu mecanismos jurídicos para a garantia de seu cumprimento. As mudanças no direito alteraram o papel do Poder Judiciário pela autorização de sua interferência em diversos momentos da implementação das políticas públicas sob a justificativa da defesa da garantia de direitos individuais, difusos ou coletivos. Por

consequente, o Poder Judiciário, antes subordinado ao Poder Executivo, passou a exercer papel ativo, tornando os juízes intérpretes e guardiões dos direitos constitucionais.

A defesa da ordem instituída no Estado Democrático de Direito tornou-se uma função do Poder Judiciário, tido como intérprete final da Constituição Federal de 1988. Com isso, uma nova dinâmica foi sendo instaurada, fazendo com que a conflitividade entre os Poderes se tornasse parte da construção do processo democrático.

As mudanças no Poder Judiciário tornaram o conceito de judicialização mais amplo e complexo. Segundo Vallinder (1995, p. 14), “judicializar implica essencialmente em transformar algo em um processo judicial”. A judicialização foi se intensificando na década de 1990 e muitos conflitos, antes resolvidos em outras instâncias, passaram a receber tratamento judicial, em razão de uma maior inserção do direito nas relações sociais nos espaços do público e do privado. Com isso, o Poder Judiciário foi ampliando a sua esfera de atuação, levando aos tribunais inúmeros conflitos da vida cotidiana. A expectativa era de que os desentendimentos, antes resolvidos por intermédio de alguma autoridade familiar ou institucional, fossem resolvidos democraticamente, a partir do direito. Neste sentido, caberia ao Poder Judiciário atuar como um poder democrático, adotando procedimentos menos burocráticos, linguagem mais acessível, mediante audiências menos formais, com juízes mais próximos do jurisdicionado, atentos à celeridade do processo. Além do mais, o Poder Judiciário também deveria reconhecer outras instâncias de mediação de conflitos, onde os acordos poderiam ser firmados fora dos tribunais.

Em decorrência dessas mudanças, a judicialização passou a expressar um duplo sentido, significando tanto a corrida ao Poder Judiciário, quanto à ampliação de espaços para a mediação e resolução de conflitos com o respaldo no Direito, sem implicar no aumento das demandas judiciais. Esses são os casos em que há possibilidade de consenso em razão das queixas poderem ser ouvidas e sanadas.

Segundo Garapon (1999), o fenômeno da judicialização resulta do sucesso das democracias, já que é resultado do avanço dos movimentos libertários pela instituição de novos direitos. Entretanto, o resultado deste processo, segundo o autor, tem sido o agigantamento do Poder Judiciário, expressando um sintoma das democracias contemporâneas e não a causa do problema. Nesta perspectiva, a judicialização é efeito de uma sociedade em estado de anomia, desencadeado pelo individualismo exacerbado, decorrente do enfraquecimento das normas tradicionais e do desaparecimento das referências coletivas. De acordo com Garapon (1999), esta crise se espalha com o declínio das ideologias socialistas e o avanço do neoliberalismo. Neste contexto, ocorre a despolitização da sociedade, restando ao indivíduo isolado, inseguro e desprotegido recorrer à tutela de um juiz estatal:

Nessa nova forma, a dimensão coletiva do político desaparece. O debate judiciário individualiza as obrigações: a dimensão coletiva certamente se expressa aí, porém de maneira incidental. Ela encoraja um engajamento mais solitário do que solidário. Com essa forma mais direta de democracia, o cidadão-suplicante tem a impressão de melhor controlar sua representação. Ele reivindica, na verdade, ser mais ativo, capaz de decidir seu próprio destino e não aceita mais se envolver numa luta coletiva; daí a preferência atual pela mediação, negociação ou conciliação, que são, na realidade, o inverso do processo (GARAPON, 1999, p. 49).

No Brasil, a inclusão das demandas sociais no direito tem provocado uma pressão no Poder Judiciário, decorrente da busca pelo acesso aos direitos sociais básicos. Este processo tem revelado uma mudança na forma como o Estado tem operado a justiça social, uma concepção antes fmcada no mundo do trabalho, mas que tem sido articulada à ideia de mínimos sociais e ao direito à dignidade da pessoa humana. Nesses termos, o que se pretende alcançar é a realização da justiça constitucional, com base numa hermenêutica dos direitos fundamentais.

Cappelletti e Garth têm uma visão positiva do fenômeno, entendendo que não basta instituir direitos como se fossem apenas uma referência simbólica, pois o acesso apenas formal à Justiça não é garantia de sua efetivação. Daí a importância da criação de mecanismos jurídicos para a sua reivindicação. Nesta perspectiva, o problema não é o aumento da reivindicação de direitos no Poder Judiciário, mas as barreiras de acesso à Justiça que expressam “a pobreza no sentido legal”, ou seja, “a incapacidade que muitas pessoas têm de utilizar plenamente a justiça e suas instituições” (CAPPELLETTI; GARTH, 1988, p. 5 e seg.). Segundo os autores, o acesso à Justiça é o “requisito fundamental – o mais básico dos direitos humanos – de um sistema jurídico moderno e igualitário que pretende garantir, e não apenas proclamar os direitos de todos” (CAPPELLETTI; GARTH, 1988, p. 12).

Em síntese, a judicialização da saúde pode ser entendida como o resultado de um movimento de ampliação da participação dos cidadãos em espaços onde a efetivação dos direitos possa ser cobrada, nos casos de omissão ou de recusa por parte do Poder Executivo. Trata-se de uma consequência da intromissão do Poder Judiciário na gestão desta política, que por sua vez também revela falhas na provisão dos serviços de saúde. Ademais, a judicialização da saúde consiste numa tendência que tem se confirmado em um período de avanço das medidas neoliberais e aumento da precarização do trabalho e do desemprego, num contexto de exacerbação das contradições sociais, acentuadas com o desmonte do orçamento da Seguridade Social (SALVADOR, 2017). Neste sentido, a judicialização da saúde consiste num processo contraditório, evidenciado pelo impacto das decisões judiciais na gestão da saúde, mas que ocorre concomitantemente à maior subordinação desta política aos interesses do mercado financeiro.

As polêmicas em torno da judicialização da saúde têm girado em torno das limitações do orçamento e da necessidade de planejamento por parte dos gestores da administração pública. No entanto, a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regulamentou, em todo território nacional, as ações e serviços de saúde (atribuições e funcionamento) do Sistema Único de Saúde (SUS), ratifica a Constituição Federal de 1988, ao afirmar que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (Art. 2º). A universalidade do acesso aos serviços de saúde compreende todos os níveis de assistência e a integralidade da assistência deve ser entendida “como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (Art. 7º, § I e II). Significa que a prestação deste serviço requer uma dotação orçamentária capaz de dar conta do acesso à saúde a todos que dela necessitem. Assim sendo, compete ao Poder Executivo o planejamento para responder às necessidades de saúde da população.

De certo modo, a judicialização da saúde expressa uma reação dos cidadãos diante dos problemas de acesso ao sistema de saúde, não se reduzindo apenas a uma questão de

intromissão do Poder Judiciário. Todavia, os juízes têm sido apontados como insensíveis às necessidades de gestão do sistema de saúde por parte do Poder Executivo. Muita reclamação tem sido feita com relação à competência dos magistrados para lidar com a gestão da saúde, principalmente dos medicamentos especiais, inclusive sem reconhecimento da Anvisa e sem constar nas listas de medicamentos essenciais.

Pelo lado do Poder Judiciário, a judicialização da saúde não tem demonstrado consenso, com decisões orientadas por duas doutrinas divergentes: a doutrina constitucional e a doutrina da reserva do possível. Os magistrados que adotam a doutrina constitucional seguem o princípio da constitucionalização do direito ou neoconstitucionalismo, que se baseia na concepção de supremacia constitucional, embasada no princípio fundamental da dignidade da pessoa humana. Aplicado à saúde esse princípio implica na exigência da prestação do serviço de saúde em sua integralidade. Os magistrados que seguem a doutrina da reserva do possível submetem o direito à saúde à consideração com a disponibilidade de recursos financeiros do Estado.

De certa forma, a judicialização da saúde resultou em novas normatizações na saúde. Iniciada com as ações de medicamentos para AIDS, na década de 1990, resultou na Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996, que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos às pessoas que vivem com HIV e AIDS (MIRANDA *et al.*, 2021). Em decorrência disso, houve um aumento expressivo das demandas por medicamentos. Por conseguinte, foram criados os Núcleos de Assessoria Técnica (NATs) nos tribunais estaduais, uma recomendação do CNJ Recomendação nº 31, de 30 de março de 2010, e a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia do SUS (CONITEC), pela Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. No âmbito dos Estados também foram criadas instâncias para reduzir a judicialização da saúde. No Estado de São Paulo, foram criados o Sistema de Controle Jurídico (SCJ-SP) e a Coordenação de Demandas Estratégicas do Sistema de Saúde de São Paulo (CODES – São Paulo). No Rio de Janeiro, funcionam a Central de Atendimento às Demandas Judiciais (CADJ), criada em 2007, e a Câmara de Resolução de Litígios em Saúde (CRLS), fundada em 2013 (MIRANDA *et al.*, 2021).

Segundo dados do Relatório analítico Justiça em Números 2021, a demanda judicial pelo direito à saúde está em décimo primeiro lugar. Tem sido comum afirmar que os mais pobres não procuram o Poder Judiciário visando à garantia do direito à saúde por falta de informação, instrução ou dinheiro. Todavia, a demanda judicial pela assistência social no Brasil tem visibilidade menor, mas é o segundo direito mais demandado judicialmente. O referido relatório indica ainda que na pandemia e na pós-pandemia outras demandas de direitos humanos também registraram aumento. As demandas mais recorrentes em 2021, com exceção da assistência social, foram: direito das pessoas com deficiência, da pessoa idosa, à moradia, à alimentação, à anistia política, à proteção da intimidade e ao sigilo de dados, e à não discriminação.

Conforme a pesquisa de Diniz *et al.* (2014) realizada no Distrito Federal, não se constata que o processo de judicialização da saúde seja um movimento da elite econômica brasileira, e nem se pode afirmar que esteja voltado à requisição de medicamentos de alto custo. Segundo Pepe *et al.* (2010), apesar das estratégias voltadas à racionalização da distribuição de medicamentos na saúde, grande parte dos processos judiciais e individuais são de demandas por medicamentos, sendo que a “a maior parte dos medicamentos solicitados judicialmente encontra-se nos elencos de listas oficiais, com destaque para o

atualmente denominado Componente Especializado da Assistência Farmacêutica” (PEPE *et al.*, 2010, p. 2.409).

Considerando os dados entre os anos de 2008 e 2017, Silva (2020) afirma que houve um aumento de 130% nos números de ações judiciais demandando os direitos à saúde, em trâmite na primeira instância dos Tribunais de Justiça do país. Acrescenta ainda que “a ausência de plena eficiência na prestação do direito à saúde leva à maciça judicialização do mesmo, chegando a litigiosidade a números assustadores e que tendem a cada vez crescerem mais” (SILVA, 2020, p. 346).

Durante a pandemia, a procura por leitos nos casos de Covid-19 aumentou e a demanda de acesso pelo Poder Judiciário também. Segundo Silva, no Rio de Janeiro, entre os dias 27 de março e 6 de maio de 2020, a Defensoria Pública ajuizou 104 ações judiciais individuais, com objetivo da internação por Covid-19, sendo 83 processos referentes à demanda por internação em leitos clínicos de enfermagem ou em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) da rede pública de saúde. Entre as 104 ações judiciais, a Defensoria Pública do Rio de Janeiro obteve 102 liminares favoráveis para internação (SILVA, 2020, p. 347).

Conforme Soares (2002), “é fundamental se ter uma preocupação com a efetividade da norma, fazer com que a Constituição, de fato, seja vivenciada por todos os que compõem a coletividade”. Cientes de que o Poder Judiciário não tem essa capacidade de fazer com que o direito seja efetivado a todos, Sierra e Rebouças (2011) entendem que se trata de uma questão de legitimidade do Estado, pois

[...] se o Poder Judiciário não consegue garantir o direito à saúde, a cidadania perde seu valor enquanto possibilidade concreta, voltando a significar uma mera referência para sempre utópica, uma promessa na Carta Política sempre por se realizar adiante sem um agora efetivo (SIERRA; REBOUÇAS, 2011, não paginado).

De certa forma, o que se verifica no debate da judicialização da saúde no Brasil é a sua concentração na disputa entre os Poderes, sem considerar as desigualdades estruturais tornadas ainda maiores com as medidas neoliberais. Diante das restrições drásticas do orçamento na política de saúde (sobretudo após a Emenda Constitucional nº 95), a judicialização da saúde tem lançado ao Poder Judiciário uma dificuldade intransponível. Aliás, a autoridade de suas decisões, bem como o poder sobre o tempo do processo judicial, faz com que os magistrados também participem da gestão da saúde. Ou seja, o Poder Judiciário não é contrário à gestão dessa política, apenas tende a priorizar a defesa da ordem jurídica, representando uma via de acesso ao direito à saúde. Nesses termos, o principal desafio do Poder Judiciário nos dias atuais é tentar assegurar o direito à Saúde, buscando compatibilizar a Constituição Federal de 1988 e os princípios e as diretrizes do SUS com a política neoliberal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. *et al.* Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

- CAPPELLETTI, M. Acesso à justiça. Tradução de Ellen Gracie Northfleet. Porto Alegre, Fabris, 1988.
- CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Justiça em números 2022. Brasília: CNJ, 2022.
- DINIZ, D.; MACHADO, T. R. de C.; PENALVA; J. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, 2014.
- FARIA, J. E. Ordem legal x Mudança Social: a crise do Judiciário e a formação do magistrado. In: *Direito e Justiça: a função social do Judiciário*. 3.ed. São Paulo: Ática, 1997.
- GARAPON, A. O Juiz e a Democracia: o guardião de promessas. RJ: Revan, 1999.
- JUNQUEIRA, E. B. Acesso à Justiça: um olhar retrospectivo. *Revista Estudos Históricos*, v. 9, n. 18. Florianópolis, 1996.
- MIRANDA, W. D. *et al.* A encruzilhada da judicialização da saúde no Brasil sob a perspectiva do Direito Comparado. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. v. 10, n. 4, out./dez. 2021.
- PEPE, V. *et al.* A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 15, n. 5. Rio de Janeiro, 2010.
- PONTE, C. F.; NASCIMENTO, D. R. Os anos de Chumbo: a saúde sob a ditadura. In: PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. (Org.) *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPJSV, 2010.
- SALVADOR, E. S. O desmonte do financiamento da seguridade em contexto de ajuste fiscal. *Serviço Social e Sociedade*, n. 130. São Paulo: Cortez, 2017.
- SIERRA, V. M.; REBOUÇAS, R. C. R. Judicialização das políticas públicas no Rio de Janeiro. *Revista Consultor Jurídico*. São Paulo, 7 de jan. 2011.
- SILVA, L. B. Judicialização da saúde e a pandemia da Covid-19. In: ASENSI, F. (Org.). *Conhecimento e Multidisciplinaridade*. Rio de Janeiro: Pembroke Collins, 2020.
- SOARES, J. B. B. L. Intérpretes da Constituição. *Revista da EMERJ*, v. 5, n. 17. Rio de Janeiro, 2002.
- VALLINDER, T. When the Courts Go Matchin in. In: TATE. C. N.; VALLINDER, T. *The global Expansion of Judicial Power*. Nova York, Londres: New York University Press, 1995.

MODELOS PRIVATIZANTES DE GESTÃO

Juliana Finza Cislaghi

Com o avanço do neoliberalismo na década de 1990 no Brasil, a lógica da contrarreforma do Estado trouxe uma nova modalidade de apropriação do fundo público para entidades sem fins lucrativos, os chamados “novos modelos de gestão”. O Estado atribui a essas entidades a administração do patrimônio público, terceiriza a contratação da força de trabalho e repassa fundo público para o financiamento das ações. Não é a produção de mais-valia, mas a apropriação de fundo público, que cobre os custos e remunera as entidades privadas.

Granemann (2011) caracteriza esse mecanismo de privatização da gestão como “privatizações não clássicas [...] porque não se realizam pelo mecanismo da venda típica” constituindo-se como formas de privatização mais difíceis de serem desveladas, inclusive do ponto de vista ideológico.

Soares (2000) chama esse modelo de “privatização por dentro”, com a introdução de um modelo de gerenciamento de lógica mercantil no serviço público. O Estado transfere apenas o gerenciamento dos serviços para o setor privado, mas, se mantém como financiador deles, perdendo, assim, o controle da qualidade dos serviços prestados.

A primeira lei federal no Brasil que regulamentou essa prática dos “novos modelos de gestão”, que determinou a forma de qualificar entidades como organizações sociais (OSs) e instituiu o Programa Nacional de Publicização, foi a lei nº 9.637 de 1998. Podem, a partir daí, ser OSs as entidades de direito privado sem fins lucrativos para atuar nas áreas de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde. Essas organizações sociais se relacionam com o Poder Público para fomento e execução de atividades relativas a sua área, por meio de contrato de gestão. O contrato de gestão deve conter as metas, o prazo de execução e os critérios de avaliação de desempenho a serem utilizados. Para cumprir o contrato de gestão é prevista a destinação de recursos orçamentários e bens públicos, mas para fazer compras e contratos com terceiros a organização social não é obrigada a observar as regras do direito público, não precisando, portanto, fazer licitações nem concursos públicos para servidores, que têm seus contratos geridos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), regime dos servidores de serviços privados. São regulamentos próprios definidos pelas OSs que definem os salários de seus servidores e a forma de realização das compras.

Apesar da lei prever que, no caso da saúde, deve ser observada a legislação do SUS, na medida em que são entidades de direito privado fiscalizadas por um Conselho de Administração e pelo Ministério da Saúde, o formato de controle social previsto pelo SUS, composto por Conselhos paritários e deliberativos, não alcança o acompanhamento da execução desses contratos de gestão depois de assinados.

Uma outra forma de privatização da gestão, por meio de “novos modelos”, definida pelo Projeto de Lei (PL) 92/2007, são as fundações estatais de direito privado. Elaborada com base nas ideias publicadas pelo Banco Mundial para regulamentar o artigo 37 da Constituição Federal de 1988, a lei é apresentada pelo documento do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) intitulado Projeto Fundação Estatal – Principais Aspectos, publicado em 2007. Na análise de Granemann (2011), a proposta foi o

carro-chefe da privatização da gestão no governo Lula, e seria uma complementação da contrarreforma do Estado de Cardoso, num estágio aprofundado. Tal projeto foi referendado no Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) Saúde, ou Programa Mais Saúde, lançado pelo governo em dezembro de 2007 (CORREIA, 2011).

O PL tramitou com várias interrupções até 2013, sem aprovação no legislativo federal, o que não impediu que estados elaborassem legislações próprias. No Rio de Janeiro foi aprovada a Lei estadual nº 5.164/2007, que autorizou o governo fluminense a criar fundações na área da saúde, o que fez com as Fundações Estatais dos Hospitais Gerais, Hospitais de Urgência e dos Institutos de Saúde e da Central Estadual de Transplante. A Ação de Inconstitucionalidade (ADIN) movida pelo Partido Socialismo e Liberdade (PSOL) contra essa legislação foi negada pelo Supremo Tribunal Federal (STF).

A proposta federal intencionava ampliar as áreas onde a privatização da gestão poderia se dar. Além das já previstas pela lei das OSs, as fundações passariam a atuar na assistência social, desporto, turismo, comunicação e previdência complementar do servidor público. Para Granemann (2011, p. 54), todos esses “novos modelos de gestão” “embora diversos na aparência e na forma são, em tudo, símiles no conteúdo e na essência”.

As Fundações são, tão somente, uma nova forma da privatização do serviço público por uma via não clássica, que se apresenta como modernização, mas, na prática, retrocede à administração patrimonialista permitindo o aprofundamento do clientelismo e da espoliação política do patrimônio público com o argumento da “autonomia da gestão” (SANTOS, 2010). Autonomia que é, na verdade, ausência da possibilidade de controle social, e retrocesso a um servidor pessoal, indicado e com a perda de sua estabilidade. O fim do Regime Jurídico Único (RJU) para os trabalhadores aparece como questão central em todos esses novos modelos.

O processo de privatização da gestão em si, não forma capital, pois, apenas “gasta” fundo público, ao menos no que tange às organizações sociais e fundações, enquanto não se generaliza a venda de serviços para o setor privado, o que permitiria, aí sim, a existência de um setor produtivo voltado para o lucro e para a valorização. A face do direito pode não se extinguir, na medida em que o fundo público siga garantindo serviços gratuitos residuais, mas esse mesmo fundo público pode operar como capital.

Esse modelo com possibilidades de capitalização e financeirização foi inaugurado¹ pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Ela foi autorizada, num primeiro momento, pela Medida Provisória (MP) 520/2010, no último dia do governo Lula, ligada ao Ministério da Educação (MEC), para administrar os hospitais universitários. Posteriormente, a MP não foi aprovada pelo Congresso, mas, voltou à cena por meio da lei de nº 12.550 de 2011.

A justificativa para a criação da EBSERH foi a necessidade de dar resposta ao acórdão nº 1.520 do TCU, de 2006, que declarava ilegal a situação de 26 mil contratos precários nos hospitais universitários. Mas ao invés de fazer concursos públicos o governo decidiu por um modelo de gestão que oficializou a contratação por fora do RJU (CISLAGHI, 2011).

¹ Na verdade, generalizado como modelo nacional, pois já há um hospital administrado dessa forma desde 1970. Criado pela lei 5.604, durante a ditadura, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre é atualmente o hospital universitário da UFRGS. O HCPA segue servindo de exemplo para esse novo modelo de gestão.

Como empresa, esse “modelo de gestão” passa a ter fins lucrativos. Apesar da alegação de que os serviços assistenciais serão oferecidos exclusivamente para o SUS recoloca-se no seu estatuto a prerrogativa da lei nº 9.656 de 1998, que regulamenta os planos de saúde, de que estes devem ressarcir o SUS quando seus clientes fizerem uso desses serviços. A aplicação dessa lei pode potencializar as duplas portas, já existentes em hospitais universitários, tornando-se uma reserva de leitos exatamente nos hospitais de alta complexidade, caros e, portanto, pouco lucrativos para os investimentos do setor privado. Mais ainda, as atividades de pesquisa e extensão não se incluem nessa exclusividade do atendimento público possibilitando a venda de serviços como estágios para o setor privado, ou a redução dessas atividades que garantem a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão nas instituições universitárias. Na prática, se a EBSEH tiver sucesso, haverá a descaracterização dos hospitais universitários como tais, já que sua relação com as universidades será, no futuro, apenas formal pelos contratos de gestão; todos os trabalhadores serão da empresa e não da universidade e o controle social não se dará pelos espaços da universidade, ou pelos conselhos de saúde, mas, pelos Conselhos Consultivos da empresa (CISLAGHI, 2011). A lei também permite que, no futuro, não só os hospitais universitários federais, mas, outras unidades de saúde, chamadas “congêneres” pela legislação, possam ser administradas pela empresa ou por suas subsidiárias, previstas na lei.

Além disso, há um elemento diferencial no modelo da empresa pública, que permite que a consideremos um modelo de gestão de “segunda geração” que aprofunda e sofisticada a privatização da saúde: a possibilidade da abertura de capital por ações, quando seu modelo jurídico é a sociedade de economia mista. Colocadas no mercado, essas ações podem ser compradas por planos de saúde ou pelos fundos de aplicação, que, assim, podem dirigir as ações das unidades de saúde geridas pela empresa para seus interesses.

No caso da EBSEH a proposta original do governo é de que ela se constituísse como sociedade anônima (S.A.), juridicamente, uma sociedade de economia mista. A votação na Câmara e no Senado, porém, aprovou a empresa como unipessoal, isto é, com a totalidade de suas ações em posse do governo. Essa condição, entretanto, é facilmente flexibilizada, retornando à condição de S.A., já que toda a legislação das empresas públicas no Brasil garante essa modalidade. A intenção original do governo, afinal, previa que a empresa fosse uma S.A.

Esse modelo não se limitou à EBSEH. Discutido pelo Congresso do Conselho Nacional dos Secretários de Administração como “empresas públicas sociais” o modelo é apresentado como substituto “viável” das fundações privadas. Rapidamente outras esferas de governo o adotaram, como a prefeitura do Rio de Janeiro que administra a saúde e contrata a força de trabalho no regime da CLT por meio da empresa Rio Saúde S.A.

O último modelo a ser abordado são as Parcerias Público Privadas (PPP). As PPP foram regulamentadas pela Lei 11.079 aprovada em 30 de dezembro de 2004, no governo Lula. São concessões regidas por contratos, com o período de 5 a 35 anos de vigência, entre o Estado e as empresas privadas com fins lucrativos para realização de obras e/ou administração de serviços públicos, com subsídios para o setor privado oriundos do fundo público.

A primeira experiência de PPP na saúde foi realizada no estado da Bahia. O governo do Estado gastou R\$ 54 milhões na construção do Hospital do Subúrbio, de média e alta complexidade, e realizou licitação vencida pela Prodal Saúde S.A., parceria entre a empresa

francesa Dalkia, especializada em “eficiência energética”, e a brasileira Promédica, empresa de planos de saúde que possui rede própria de hospitais privados. A Prodal alega ter investido R\$ 36 milhões em equipamentos e tem seus serviços remunerados pelo governo mediante cumprimento de metas. A concessão foi iniciada em 2010 pelos 10 anos seguintes com possibilidade de renovação por mais 10 anos.²

O que é comum em todos os chamados “novos modelos de gestão” é a substituição dos concursos públicos e dos empregos com estabilidade por contratos CLT, podendo ser, inclusive, por tempo determinado. Nesse regime de trabalho reduz-se a autonomia dos profissionais, que retornam à condição de servidores pessoais, e limita-se sua capacidade de organização e reivindicação, na medida em que os contratos podem ser rompidos se os trabalhadores não corresponderem ao projeto do empregador, que não é mais o Estado diretamente. Os serviços oferecidos como políticas públicas passam a estabelecer o mesmo regime de trabalho dos serviços privados e, como vimos, em alguns casos, podem passar a extrair mais-valia nessas instituições quando os serviços estão a serviço do lucro e da acumulação.

Aos empregadores, interessa o aumento da produtividade do trabalho, seja na extração direta da mais-valia, seja para cumprirem as metas estipuladas em contrato com o Estado, gastando menos recursos com o trabalho, o que aumenta sua apropriação de fundo público.

A qualidade do serviço passa a ser medida pela produtividade: quanto se produz, em quanto tempo se produz e com que custo se produz, o que irá definir os contratos de gestão. Obedece-se, inclusive nos serviços públicos, às prerrogativas da subsunção real dos serviços ao capital, nos termos de Marx (1978), o que se costuma chamar mercantilização e empresariamento dos serviços.

Outro fator comum a todos os modelos é que se reduzem as possibilidades de controle social, um dos principais ganhos da saúde na Constituição de 1988. Ao invés de espaços eleitos pela comunidade, gestores eleitos pela comunidade, conselhos deliberativos e paritários, o controle passa a se dar em Conselhos Administrativos, consultivos, que possuem um representante de usuários e trabalhadores, quando muito. É verdade que o Estado, há muito tempo, vem se recusando a reconhecer o papel dos Conselhos de Saúde. O Conselho Nacional de Saúde e a Conferência Nacional de Saúde, por exemplo, votaram, ambos, contra esses modelos de gestão privatizantes, o que vem sendo desrespeitado pelos governos. No entanto, agora esses espaços se esvaziam institucionalmente.

São muitos os escândalos que vêm sendo denunciados pela mídia na saúde pública: fraudes em licitações, fechamento de serviços para privilegiar o setor privado, assédio a trabalhadores, aceleração de procedimentos para aumento da rotatividade nos leitos. Ao invés de fortalecer a carreira pública e ampliar a contratação de trabalhadores por RJU, fortalecendo o controle da população sobre a qualidade dos serviços, se instituiu um regime que reduz o compromisso dos profissionais, aumenta a rotatividade, o que não leva, certamente, à ampliação da qualidade, ou ao combate a práticas corporativistas que prejudicam a população, com a redução da impessoalidade na contratação. Não é à toa que, no caso das OSs, modelo mais antigo e mais difundido, já vieram à tona inúmeras ilegalidades denunciadas pelo Ministério Público.

² Disponível em: <Parcerias Público-Privadas - P (sefaz.ba.gov.br)>. Consulta em 16 de out. 2022.

Por outro lado, também se fortalecem movimentos de resistência a esses modelos com o surgimento, nas últimas décadas, de inúmeros Fóruns de Saúde estaduais e municipais vinculados à Frente Nacional contra a Privatização da Saúde.

Ao mesmo tempo, essas propostas não resolvem os graves problemas de financiamento da saúde no Brasil. Tirando a possibilidade de venda de serviços para os planos de saúde, prejudicando a absoluta maioria da população que depende exclusivamente do SUS, não há nenhuma proposta de ampliação do insuficiente financiamento da saúde. Pelo contrário, a Emenda Constitucional 95/2016, que ficou conhecida como emenda do Teto de Gastos Públicos, congelou por vinte anos os aumentos reais no orçamento das políticas públicas, inclusive a política de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CISLAGHI, J. F. Hospitais Universitários Federais e novos modelos de gestão: faces da contrarreforma do Estado no Brasil. In: BRAVO, M. I.; MENEZES, J. B. de. Cadernos de Saúde. Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.
- CORREIA, M. V. Por que ser contra os novos modelos de gestão do SUS? In: BRAVO, M. I.; MENEZES, J. B. de. Cadernos de Saúde. Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.
- GRANEMANN, S. Fundações estatais: projetos de estado do capital. In: BRAVO, M. I.; MENEZES, J. B. de. Cadernos de Saúde. Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.
- MARX, K. O capital. Capítulo IV – inédito. São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas, 1978.
- SANTOS, L. Administração pública e a gestão da saúde. In: SANTOS, N. R. dos; AMARANTE, P. D. de C. Gestão Pública e relação público-privado na saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.
- SOARES, L. T. R. As atuais políticas de saúde: os riscos do desmonte neoliberal. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 53, n. especial, p. 17-24. Rio de Janeiro: Aben, dez. 2000.

PANDEMIA

*Cíntia Rocha dos Santos
Isis Lira Basílio
Liliane Alves de Britto e Silva*

Historicamente as pandemias atingem a sociedade com muitas mortes e conseqüentemente desvelam um impacto social, econômico e político. São os países periféricos que mais sentem os efeitos das pandemias, seja pela falta de recursos financeiros, estrutura de saúde, investimento em pesquisa ou recursos humanos para atuar em grandes calamidades.

Recentemente, o mundo foi atravessado pela Covid-19 e o Brasil sofreu com o alto número de infectados, em um curto período de tempo, além do trágico e alarmante número de óbitos evitáveis. As opções políticas revelaram omissões, que traduziram um cenário político neofacista que impactou a política de saúde, o manejo técnico e sanitário, trazendo desafios à prática do assistente social.

Inicialmente classificada em dezembro de 2019 como surto isolado na província de Wuhan, China, a nova Sars-CoV-2, a Covid-19, ganhou proporções mundiais alarmantes e mobilizou a Organização Mundial de Saúde (OMS) a decretar em 30 de janeiro de 2020 Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), classificação para o mais alto nível de alerta da Organização.

Em 11 de março de 2020 a OMS elevou a Covid-19 ao grau de pandemia. Naquele momento, a disseminação da doença fora da China já havia se multiplicado por treze e triplicado o número de países afetados. Cabe destacar que no momento em que a Covid recebeu tal atributo, tínhamos 118 mil e 4.291 mortes confirmadas em 114 países. Com proporções anteriormente inimagináveis, a Covid-19 alcançou em dois anos e meio a triste marca de 627.104.342 casos e 6.567.552 de mortos em todo o mundo (Painel da OMS Covid-19).

A OMS classifica a proliferação das doenças em surtos, endemia, epidemia e pandemia e essas terminologias se diferem uma das outras de acordo com a incidência da doença em determinada população. A palavra pandemia tem sua origem no grego *pandēmias*, “todo o povo”. É importante compreender as diferenças desses conceitos para identificação de alterações do comportamento de determinadas doenças, assim como para determinar indicadores para ações de saúde pública. Tais conceitos possuem a mesma origem, o que muda é a escala de caracterização da disseminação da doença.

O surto ocorre quando há aumento do número de casos de uma determinada doença e este aumento está restrito a uma região. A partir da expansão do número de casos de uma determinada doença para outras regiões, porém sem atingir níveis globais, temos uma epidemia. Quando a doença é recorrente em uma determinada região, mas não há um aumento significativo no número de casos e a população convive com a doença de forma contínua, temos uma endemia. Já a pandemia é caracterizada pela disseminação de uma determinada doença em níveis globais.

De acordo com a OMS, o termo “pandemia” se refere à distribuição geográfica de uma doença e não à sua gravidade. Sua designação ocorre quando se reconhece que existem surtos de determinada doença em vários países e regiões do mundo.

Em janeiro de 2020, foi declarada a Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) que ligou o alerta do mundo para uma desconhecida doença. De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a ESPII é considerada, nos termos do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) 2005, “um evento extraordinário que pode constituir um risco de saúde pública para outros países devido à disseminação internacional de doenças; e potencialmente requer uma resposta internacional coordenada e imediata”.

De acordo com Wilder-Smith e Osman (2020), o RSI tem sido a estrutura que rege a segurança sanitária global desde 2005, e declarar ESPII é um dos seus objetivos principais. Tal regulamento tem sido a estrutura governante para a segurança sanitária Global da última década, quase que universalmente reconhecido. Ele é um instrumento de direito internacional juridicamente vinculado a 196 países.

Carmo (2020) destaca que o conceito de emergência de saúde pública já vinha sendo adotado anteriormente a 2005, ele aparece em atos normativos dos EUA desde 1984. O RSI tem o objetivo de estabelecer medidas para ampliar as capacidades nacionais para detectar e responder aos riscos de disseminação de doenças entre países.

Em 22 de janeiro de 2020 foram colocadas em prática as ações do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-nCoV), da Secretaria de Vigilância em Saúde, que está previsto no Plano Nacional de Resposta às Emergências em Saúde Pública do Ministério da Saúde (MS). Segundo este documento, desde 2005, o Sistema Único de Saúde (SUS) se organiza para aprimorar “suas capacidades de responder às emergências por síndromes respiratórias, dispondo de planos, protocolos, procedimentos e guias para identificação, monitoramento e resposta às emergências em saúde pública” (BRASIL, 2020, p. 1).

Diferente do que foi disseminado pelo presidente da república Jair Messias Bolsonaro, as entidades de saúde pública não decidiram indicar o isolamento, como medida de prevenção e meio eficaz de frear a disseminação, de forma isolada. Tais medidas já estavam presentes e acordadas por 196 países desde 2005, quando foi criada a da ESPII.

O Brasil já vivenciou diversas epidemias, pandemias e convive com diversas doenças endêmicas. Neste momento, destacaremos as pandemias de maior destaque na história recente do país: Gripe Espanhola (1918), HIV (1980 – atual), H1N1 (2018), Zika (2015) e Covid (2020-2022).

De acordo com Luna e Silva Jr. (2003), as pandemias de influenza são fenômenos de ocorrência cíclica e não previsíveis, que se relacionam à emergência de um novo subtipo viral. Durante o século XX foram registradas três grandes pandemias, 1918, 1957 e 1968, todas com origem no vírus Influenza. Em 1918 iniciava uma das pandemias mais conhecidas, a H1N1 (Gripe espanhola). Estima-se que em todo mundo tenham morrido entre 20 e 50 milhões de pessoas durante toda a pandemia, e no Brasil cerca de 40 mil vítimas.

A pandemia do HIV/AIDS surgiu nos anos de 1970 nos EUA e o primeiro caso diagnosticado no Brasil ocorreu na cidade de São Paulo em 1980. Conforme salienta Galvão (2000), os primeiros casos da AIDS no país foram diagnosticados, predominantemente, entre os homens, homossexuais, brancos e com poder aquisitivo elevado e que haviam viajado recentemente para os EUA, porém, conforme aponta o Boletim Epidemiológico de HIV, atualmente, apesar da redução no avanço da doença na população, o número de mulheres negras diagnosticadas e de mortalidade tiveram uma crescente.

Desde o início foram tomadas iniciativas para o enfrentamento à pandemia de Aids no Brasil. À princípio, por movimentos de grupos de gays em São Paulo e Bahia, em 1981 e 1982 respectivamente, e posteriormente pelas primeiras entidades de Organizações Não-Governamentais (ONG's) denominadas de “movimento social de ONG's AIDS.

No âmbito governamental, a primeira iniciativa ocorreu em São Paulo com a criação do Programa de Controle da Aids no Brasil em 1984. Galvão (2000), salienta que o governo federal só passou a realizar a notificação compulsória em 1986, e somente em 1988 foi criado o Programa Nacional de AIDS. Em 1987 surge o primeiro medicamento, o AZT (Zidovudina) e foi possível ver a queda da mortalidade e mudança no perfil epidemiológico da doença.

O modelo brasileiro de combate ao vírus do HIV, que é referência internacional no tratamento de HIV/AIDS, por disponibilizar pelo Sistema Único de Saúde (SUS) o tratamento de antirretroviral, testagem e preservativos, vem sofrendo com o desmonte das políticas sociais com a redução de investimento e da estrutura governamental.

Outra pandemia que assolou o país ocorreu em 2003, com a emergência de um novo vírus, a H5N1 na Tailândia, que ligou o alerta para a possibilidade de uma nova pandemia e levou a OMS a recomendar aos países que desenvolvessem planos para a preparação e o combate de uma nova pandemia, que não chegou. Mas, em 2009, um novo subtipo viral foi detectado nos EUA e no México, ele foi responsável pela nova pandemia de Influenza do século XXI.

A doença rapidamente se espalhou pelo Brasil e no mesmo ano foram confirmados quase 50 mil casos e mais de dois mil óbitos. No ano seguinte foi realizada uma dupla campanha de vacinação, tendo como público alvo profissionais de saúde, crianças menores de 2 anos, pessoas com doença crônica e a população indígena. A Campanha alcançou 88% do público alvo. Segundo o MS, o Brasil foi quem mais vacinou em termos de percentual da população, com 42% de alcance no mundo.

A última pandemia vivida pelo Brasil, antes da Covid-19 foi a do Zika Vírus em 2015. Ela só chamou a atenção das autoridades sanitárias a partir do aumento do número de bebês nascendo com microcefalia e a Síndrome Congênita do Zika Vírus. Anteriormente identificada como uma doença que não geraria nenhuma ameaça à sociedade, o Zika guarda semelhança com outras grandes pandemias vivenciadas pelo Brasil. Desde a Gripe Espanhola, as autoridades sanitárias brasileiras vêm minimizando a gravidade das doenças potencialmente graves, seja por desconhecimento ou por negacionismo.

O primeiro caso confirmado da Covid-19 no Brasil foi identificado em 26 de fevereiro de 2020, na cidade de São Paulo – um homem de 61 anos com histórico de viagem para a Itália acabou sendo o primeiro óbito confirmado pelo Ministério da Saúde. Em 12 de março do mesmo ano, uma mulher de 57 anos também veio a óbito em São Paulo (BRASIL, 2020).

A disseminação da doença no país ocorreu de forma rápida, em 20 de março o Ministério da Saúde decretou Transmissão Comunitária. Em poucos meses, o vírus havia atingido os grandes centros urbanos e parte da população estava exposta (BRASIL, 2020). Nesse período, municípios e estados realizaram ações na tentativa de reduzir o avanço da doença, com orientações para o distanciamento social e as medidas de higiene necessárias, mas somente em junho de 2020, com a Lei 13.979, foi estabelecido o indicativo para o uso de equipamentos individuais de proteção (EPI).

Tais iniciativas foram conduzidas pelo ministério da saúde, porém foram fortemente atacadas pelo presidente da República e membros do governo. Ao longo da pandemia, passaram pela pasta quatro ministros, Mandetta (1º de janeiro de 2019 a 16 de abril de 2020), Nelson Teich (16 de abril de 2020 a 15 de maio de 2020), Eduardo Pazuello (15 de maio de 2020 a 15 de março de 2021) e Marcelo Queiroga (23 de março de 2021 dezembro de 2022) (MOTA, 2021). A descontinuidade das ações, a vacância de ministro, o negacionismo, a demora na aquisição de vacina, a insistência no uso de um coquetel Covid sem comprovação científica, a existência de um “gabinete paralelo” com a intenção de imunizar a população por meio da contaminação natural, em contraposição às orientações dos técnicos do MS, e a priorização de um tratamento precoce sem amparo científico de eficácia complexificaram o enfrentamento da pandemia no Brasil (BRASIL, 2021).

Devido a essas questões, em abril de 2021 foi instalada uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) que teve como propósito apurar se houve omissão do governo federal. O relatório final da CPI apontou que o governo federal, durante os seis primeiros meses, optou por agir de forma negligente e não técnica na pandemia da Covid-19 (BRASIL, 2021). A saúde não foi o foco do governo Bolsonaro, haja vista como se deu o enfrentamento no caso da Covid-19, com declarações do ex-presidente minimizando o vírus reduzindo-o erroneamente a uma simples gripe.

O governo Bolsonaro já apresentava desde seu início o intuito, com a herança de seu antecessor, de realizar um desmonte na Seguridade Social e nas ações de políticas sociais, bem como realizar a precarização do SUS apoiado aos interesses privatistas. Foi assim que o regime fiscal, aprovado pela Emenda Constitucional nº 95, em 2018, congelou os gastos primários por vinte anos.

O desfinanciamento do SUS seguiu marcado por omissão e curto orçamento para atender as demandas da pandemia. Foram preservados e ampliadas ações privatistas na gestão, marcados pelo repasse de administração de hospitais de campanha, com contratos geridos por Organizações Sociais, que foram alvo de escândalos de corrupção.

Tais ações traduziram as condições de enfrentamento e tratamento a pandemia de Covid-19, revelando o agravamento das desigualdades sociais (SOARES, *et al.*, 2021). A pandemia encontrou solo fértil para a rápida disseminação, com o acirramento da crise econômica e as recém-aprovadas reformas trabalhistas e previdenciárias.

É nesse contexto cercado por inúmeras fragilidades que o Assistente Social, reconhecidamente profissional da saúde, esteve na linha de frente no enfrentamento da pandemia. Muitas foram as requisições postas à categoria que exigiram o compromisso com a demarcação das competências e atribuições dos assistentes sociais no exercício dos espaços de trabalho essenciais, sem contar a disputa para condições dignas de trabalho que incluíam o acesso aos equipamentos de proteção individual (EPI's).

O conjunto CFESS/CRESS esteve presente na luta de assistentes sociais pela garantia de direitos e reafirmando instruções normativas de competências e atribuições profissionais, bem como contribuindo com a categoria para novas formas de fazer profissional frente a gravidade imposta pela pandemia (NEGRI, *et al.*, 2021).

No contexto de calamidade pública, velhas formas de trabalho ressurgiram como requisição pelo momento de emergência sanitária, que revelam a retomada de ações voluntaristas, conservadoras e estritamente burocráticas. Ações do conjunto representativo da categoria foram fundamentais, por exemplo, para barrar orientações equivocadas contidas

no manual de Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus COVID-19 (versão 2020) do Ministério da Saúde, que atribuía ao assistente social a comunicação de óbito.

E, num contexto marcado por fragilidades na contratação de trabalho e no acesso a equipamentos de proteção, fez-se fundamental o aparato regulamentar da profissão e o desafio na realização das ações de trabalho que incluíam o fortalecimento da negativa da comunicação do óbito, da informação sobre dados clínicos, da triagem de casos clínicos, como atribuições que não são competência do assistente social. Foi posto à prova o compromisso ético-político da profissão mediante os princípios da Reforma Sanitária.

Diante das necessidades impostas pela pandemia para as medidas de proteção e prevenção do contágio da Covid-19, outro ponto importante colocado ao trabalho do assistente social foi a flexibilização do espaço para atendimento ao usuário. Alternativas ao espaço de atendimento que preservassem o sigilo foram repensadas neste momento de crise sanitária, bem como alternativas ao modo de contato, com a atuação através do teletrabalho ou trabalho remoto, preservando as medidas de isolamento social.

Cabe ao assistente social em tempos de pandemia, onde os desafios se amplificam, o fortalecimento do alinhamento ético aos princípios profissionais. O medo do desconhecido e a urgência que uma emergência sanitária impõe, podem levar os profissionais a retrocessos que fogem aos objetivos da profissão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Lei 14.152, de 10 de março de 2021. Dispõe sobre a responsabilidade civil relativa a eventos adversos pós-vacinação contra a Covid-19 e sobre a aquisição e distribuição de vacinas por pessoas jurídicas de direito privado. Disponível em: <<https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=14125&ano=2021&ato=2cbk3a61UMZpWTeda>>. Acesso em 28 de set. de 2022.

_____. Boletins Epidemiológicos COE Coronavírus. Disponíveis em 2022. Brasília. Disponível em: <Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2022>>. Acesso em 31 de out. de 2022.

_____. Relatório final CPI Pandemia. Comissão Parlamentar de Inquérito. Senado Federal. Brasília: DF, 2021. Disponível em: <<https://legis.senado.leg.br/comissoes/comissao?codcol=2441>>. Acesso em 28 de set. de 2022.

BRASIL ULTRAPASSA META AO VACINAR MAIS DE 81 MILHÕES DE PESSOAS CONTRA A GRIPE H1N1: <<https://www.uol.com.br/tilt/ultimas-noticias/redacao/2010/06/17/brasil-ultrapassa-meta-ao-vacinar-mais-de-81-milhoes-de-pessoas-contra-a-gripe-h1n1.htm?fbclid=IwAR1g7F7lpWqtEgI1wsy616DIaVoQcDMckrVK44fW67OMFLAaoCw7VEwdkVQ>>. Acesso em 25 de set. de 2022.

CARMO, E. H. Emergências de saúde pública: breve histórico, conceitos e aplicações. In: Saúde Debate, v. 44, n. Especial 2, p. 9-19. Rio de Janeiro, Julho, 2020.

GALVÃO, J. AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia, p. 43-164. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34, 2000.

- LUNA, E. J. A.; SILVA JR., J. B. Doenças transmissíveis, endemias, epidemias e pandemias. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 2, p. 123-176. ISBN 978-85-8110-016-6. Available from SciELO Books.
- OMS. Regulamento sanitario internacional (2005): 2ª ed. 1. Legislación sanitaria. 2. Control de enfermedades transmisibles – legislación. 3. Notificación de enfermedad. 4. Cooperación internacional. I. Organización Mundial de la Salud. ISBN 978 92 4 358041 8.
- PAINEL DA OMS COVID-19. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2020.
- Painel Coronavírus Brasil. Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/20-5-2022-oms-divulga-novas-estatisticas-mundiais-saude>>.
- MOTTA, A. Mandetta, Teich, Pazuello e Queiroga: os 4 ministros da Saúde da pandemia. 15 de março de 2021. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2021/03/15/mandetta-teich-pazuello-e-queiroga-os-4-ministros-da-saude-da-pandemia.htm>>. Acesso em 6 de set. de 2022.
- NEGRI, F. L.; SANTOS, M. T. dos; KRUGUER, T. R.. Atuação da/o assistente social em face da pandemia do Covid-19: orientações técnicas elaboradas pelo conjunto CFESS/CRESS. In: Pandemia, políticas públicas e sociedade [recurso eletrônico] / organização Luziele Tapajós [et al.]. – 1. ed. – Florianópolis [SC]: Emais, 2021.
- SOARES, R. C.; CORREIA, M. V. C.; SANTOS, V. M. dos. Serviço Social na política de saúde no enfrentamento da pandemia da Covid-19. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 140, p. 118-133, jan./abr. 2021.
- WILDER-SMITH, A.; OSMAN, S. Public health emergencies of international concern: a historic overview. J Travel Med. 2020 Dec 23;27(8): taaa227. doi: 10.1093/jtm/taaa227. PMID: 33284964; PMCID: PMC7798963.

PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE¹

*Cláudia Gouveia dos Santos
Juliana Souza Bravo de Menezes*

Este texto pretende abordar dois termos recorrentes do trabalho profissional de assistentes sociais na saúde, que são a discussão da Participação e do Controle Social. O objetivo é contribuir para a qualificação do exercício profissional e, por conseguinte, da assistência prestada à população usuária dos serviços de saúde.

Vale ressaltar como mecanismo importante os conselhos de saúde oriundos do processo de redemocratização da sociedade brasileira dos anos 1980 e inscritos na Constituição de 1988, bem como os Fóruns em defesa das Políticas Públicas.

A sociedade brasileira, na década de 1980, ao mesmo tempo em que vivenciou um processo de democratização política superando o regime ditatorial instaurado em 1964, experimentou uma profunda e prolongada crise econômica que persiste até os dias atuais.

As decepções com a transição democrática ocorreram principalmente, com seu giro conservador após 1988, não se traduzindo em ganhos materiais para a massa da população.

Um aspecto importante a ser ressaltado, nesse período, foi o processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988, que representou, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social.

A Constituição Federal introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes.

Com relação à descentralização do poder federal e da democratização das políticas públicas, importantes dispositivos foram definidos no sentido da criação de um novo pacto federativo, sendo o município reconhecido como ente autônomo da federação, transferindo-se para o âmbito local novas competências e recursos públicos capazes de fortalecer o controle social e a participação da sociedade civil nas decisões políticas.

Vianna (2009), ao mapear a produção acadêmica recente no Brasil sobre o tema da participação, sinaliza que a maior parte dos estudos compreende a participação social como componente essencial para a preservação do direito universal às políticas de seguridade social, construção da cidadania e fortalecimento da sociedade civil,² relacionando diretamente à concepção da participação como parte do processo de democratização do Estado.³

¹ Este texto utiliza como referência o artigo: Democracia, participação e controle social: as lutas em defesa da saúde. In: Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea. N° 50. Rio de Janeiro: UERJ/Faculdade de Serviço Social. jul/dez, 2022.

² A concepção adotada de sociedade civil é na perspectiva gramsciana, sendo considerada como o espaço onde se organizam os interesses em confronto, sendo o lugar onde se tornam conscientes os conflitos e contradições. É na sociedade civil que se encontram os “aparelhos privados de hegemonia” que são os partidos de massa, os sindicatos, as diferentes associações, os movimentos sociais, ou seja, tudo que resulta de uma crescente socialização da política. A sociedade civil gramsciana nada tem a ver com o que hoje se chama de “terceiro setor”, pretensamente situado para além do Estado e do mercado. Esta nova concepção de sociedade civil que tem sido muito difundida é restrita, despolitizada e tem equívocos teóricos (SEMERARO, 1999).

³ Gramsci é o precursor da concepção de Estado ampliado, com a elaboração da teoria marxista ampliada do Estado. Diversos autores, a partir de suas elaborações, têm contribuído para o debate e produção dessa perspectiva, analisando as sociedades capitalistas avançadas em que se evidenciou a maior complexidade do fenômeno estatal, podendo-se destacar: Poulantzas (1980), Ingrao (1977/79) e Wolfe (1977) (Bravo, 1996).

A participação social tem como uma de suas expressões a ideia da sociedade controlando o Estado, ou seja, a proposta é transformar o Estado superando o seu caráter autoritário e socialmente excludente, através da presença e organização de segmentos importantes na democratização desse espaço. A fiscalização – ideia tão presente na participação social e no controle democrático das políticas sociais – nasce mais com o intuito de impedir o Estado transgredir do que o induzir a agir, pois o Estado precisa ser vigiado, contido, corrigido em suas práticas habituais (CARVALHO, 1995).

Com o processo de democratização do país, novos sujeitos coletivos entram em cena estabelecendo nova relação Estado-sociedade qualificando o processo de participação. É nesse contexto que surge a participação social que tem como questões centrais a universalização dos direitos sociais, a ampliação do conceito de cidadania e a nova compreensão do papel do Estado.

Historicamente, a categoria controle social foi entendida apenas como controle do Estado ou do empresariado sob às massas. É nessa acepção que quase sempre o controle social é usado na Sociologia, ou seja, no seu sentido coercitivo sobre a população. Entretanto, o sentido de controle social inscrito na Constituição, é o da participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais.⁴

Esta última concepção de controle social tem como marco o processo de redemocratização política da sociedade brasileira com a superação da ditadura militar instaurada no país pós-1964, e pelo aprofundamento do debate referente à democracia e, na saúde o movimento de reforma sanitária. A noção de democracia é concebida por diversos autores como um processo histórico e está relacionada à soberania popular. Nesta concepção, a democracia representativa é considerada uma vitória dos movimentos organizados da sociedade civil, entretanto, é percebida como uma vitória parcial uma vez que na sociedade capitalista existe a hegemonia da classe capitalista dominante, havendo um limite interno pois as principais decisões econômicas são tomadas pelo poder privado. Para Ingrao (1980), a democracia precisa ser ampliada, havendo necessidade de democracia direta, de base, articulada à democracia representativa para se concretizar a democracia progressiva, ou seja, a democracia de massas. Netto (1990) considera que a democracia de massas – com ampla participação social deve conjugar as instituições parlamentares e os sistemas partidários com uma rede de organizações de base: sindicatos, comissões de empresas, organizações profissionais e de bairro, movimentos sociais urbanos e rurais, democráticos.

O controle social é um direito conquistado pela Constituição Federal de 1988, mais precisamente do princípio “participação popular”, e são garantidas duas instâncias formais, que são também espaços de luta: o conselho de saúde e a conferência de saúde.⁵

⁴ Carvalho (1995) trabalha o conceito de controle social, identificando quatro momentos diferenciados: o Estado controlando a sociedade; a sociedade apenas completando o Estado; a sociedade combatendo o Estado; e a sociedade participando das decisões do Estado.

⁵ Bravo (2001, p. 81) aponta a existência de outras propostas de ação pensadas, principalmente pelos movimentos populares que atuam no setor saúde, que passam pela via das discussões em colegiados, que são os casos dos conselhos de saúde não previsto na lei federal, mas que representam canais de ampliação da democracia: os *Conselhos Comunitários de Saúde (CCS)* que são fóruns de discussão, mobilização e articulação da sociedade civil. É o espaço “privilegiado para que a população faça discussões sobre as questões referentes à saúde na sua localidade, bem como elabore propostas a serem levadas e defendidas em instâncias decisórias (Conselhos Distritais e/ou municipais)” (BRAVO, 2001, p. 81); os *Conselhos Distritais de Saúde (CODS’s)* que são conselhos organizados a partir dos distritos sanitários, respeitando-se suas particularidades e proximidades regionais. A criação destes conselhos é considerada estratégica em municípios muito grandes, propiciando a discussão e elaboração da política de saúde em determinadas áreas de abrangência. Deste modo, torna-se necessária a articulação entre estes conselhos e destes com o Conselho Municipal de Saúde, com vistas a garantia da totalidade da política de saúde. Tais conselhos são instituídos através de leis municipais; e os *Conselhos Gestores de Unidade (CGU)* que são conselhos

O conselho de saúde, órgão colegiado composto de forma paritária por 50% de representantes dos usuários e os 50% restantes de representantes dos prestadores de serviços (público e privado) e profissionais de saúde, objetiva atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, principalmente em seus aspectos econômicos e financeiros, devendo suas decisões serem homologadas pelo chefe de poder legalmente constituído em cada uma das esferas de governo.⁶

A partir dos anos 1990, assistiu-se o redirecionamento do papel do Estado, já no contexto do avanço das teses neoliberais. A afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil, com a redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e da educação, tende a debilitar os espaços de representação coletiva e controle democrático sobre o Estado, conquistas da Constituição de 1988.

Na atualidade brasileira, considera-se fundamental envolver os diversos sujeitos sociais preocupados com as Políticas Públicas defendendo a ampliação dos direitos sociais e as conquistas obtidas na Constituição de 1988. Ressalta-se, como fundamental nesse processo, a efetiva participação social da sociedade civil e mecanismos importantes dessa resistência são os Conselhos e Conferências concebidos como espaços de tensão entre interesses contraditórios na luta por melhores condições de vida.

Os Conselhos de Saúde são uma inovação na gestão e apontam para a democratização da relação Estado-Sociedade a partir da inserção de novos sujeitos sociais na construção da esfera pública (BRAVO, 2001).

As concepções presentes sobre os Conselhos têm sido problematizadas por diversos autores. Gohn ressalta que os conselhos como instrumento da democracia estiveram e estão presentes no debate entre setores liberais e de esquerda. “A diferença é que eles são pensados como instrumentos ou mecanismos de colaboração pelos liberais; e como vias ou possibilidades de mudanças sociais, no sentido de democratização das relações de poder, pela esquerda” (2003, p. 107).

Algumas reflexões são possíveis de serem feitas a partir da revisão da bibliografia e da pesquisa realizada por Bravo (2001) com relação aos limites e possibilidades dos Conselhos, tendo por referência a concepção dos mesmos enquanto um dos espaços de luta pela conquista da hegemonia.

Considera-se que esses mecanismos são importantes para a democratização do espaço público e não podem ser nem supervalorizados, nem subvalorizados. Algumas questões, entretanto, precisam ser enfrentadas para a ampliação de seu potencial de ação, a saber: falta de respeito pelo poder público das deliberações dos conselhos, como também das leis que regulamentam seu funcionamento; burocratização das ações e dinâmica dos Conselhos que não viabilizam a efetiva participação dos representantes; posicionamento dos Conselhos de forma tímida em relação à agenda neoliberal; falta de conhecimento da

formados por unidade de saúde, tendo por objetivo aumentar as possibilidades de participação dos usuários na formulação e fiscalização das ações de saúde locais. É o espaço propício para a discussão dos problemas inerentes ao funcionamento da unidade. Assim como os conselhos distritais, é importante que se estabeleça uma articulação entre eles e entre eles e os conselhos municipais de saúde. Também são instituídos através de lei municipal.

⁶ Os conselhos não são os únicos espaços de ação para o exercício do controle democrático apesar de, sem dúvida, serem mecanismos fundamentais, já que estão previstos em lei federal. Existem outros mecanismos que também, se acionados, podem e devem ser entendidos enquanto espaços de exercício do controle democrático, a saber: o Ministério Público, os órgãos de defesa do consumidor, como o PROCON; os meios de comunicação e os conselhos de profissionais (BARROS, 1994).

sociedade civil organizada sobre os Conselhos, bem como ausência de articulação mais efetiva dos representantes com suas bases; contribuição ainda incipiente dos mesmos para a democratização da esfera pública; a chantagem institucional do poder executivo ao acenar para o prejuízo para a população, caso as propostas apresentadas sejam contestadas pelos conselheiros e falta de soluções jurídicas mais ágeis quanto à necessidade de enfrentamento com o executivo. Outro aspecto a ser ressaltado é a articulação da luta por direitos com o movimento por transformações no plano econômico, superando a visão politicista da política social.

A concepção de Estado participativo é muito recente e se problematiza quando se tem uma conjuntura, que desmobiliza a participação popular e defende o Estado mínimo - ausente nas políticas públicas e sociais, como preconiza o projeto neoliberal.

Nesse contexto, é fundamental, na contracorrente, a defesa da democracia e da participação da sociedade nas políticas públicas.

Nos anos 2000, foram criados e/ou estimulados outros mecanismos de participação para pressionar os conselhos e fortalecer a luta por saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho. Destaca-se como significativo a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde e os vinte e três (23) Fóruns/Frentes estaduais de Saúde existentes em diversos estados brasileiros.

A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, criada em 2010, é composta por diversas entidades, movimentos sociais, fóruns de saúde, centrais sindicais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários e retoma como fonte unificadora de lutas, a mesma motivação que deu sustentação às lutas travadas pelo Movimento Sanitário nos anos 1980: o combate à privatização da saúde. Tanto quanto este Movimento, a Frente também se opõe à tendência da prestação de assistência à saúde como fonte de lucro e tem como tática a formação de uma frente de esquerda anticapitalista, antiimperialista, antimonopolista, antilatifundiária, antirracista, antipatriarcal, antiLGBTQIA+fóbica, antifascista e suprapartidária (BRAVO; MENEZES, 2021).

Desde o início, vem se empenhando em um esforço coletivo para articular as diversas lutas em defesa do SUS de caráter público, gratuito, 100% estatal, de qualidade e que atenda todas as necessidades dos trabalhadores. Vem se posicionando contra as formas de mercantilização da vida e contra os processos de privatização pelos quais o sistema de saúde brasileiro tem sido constituído (BRAVO; MENEZES, 2021).

Considerando que o SUS é fruto de lutas sociais e patrimônio do povo brasileiro, não se pode apenas ficar observando sua destruição nos diversos estados a partir da implantação da lógica do lucro.

Fiéis às lutas e aos princípios da Reforma Sanitária brasileira que concebeu a saúde como direito de todos e dever do Estado e ampliou a concepção de saúde para melhores condições de vida e trabalho, ou seja, ênfase nos determinantes sociais, a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde se posiciona contra a privatização da saúde e em defesa da saúde pública estatal e universal, procurando articular as lutas no campo da saúde a um outro projeto de sociedade.

Iamamoto (2002) ressalta que é importante a ação dos assistentes sociais nos movimentos sociais. Trata-se de reassumir o trabalho de base, de educação, de mobilização e organização popular que parece ter sido submerso do debate teórico-profissional frente ao refluxo dos movimentos sociais. É necessária uma releitura crítica da tradição profissional

do Serviço Social, reapropriando-se das conquistas e habilitações perdidas no tempo e, ao mesmo tempo, superando-as de modo a adequar a condução do trabalho profissional aos novos desafios do presente.

Os projetos de extensão inseridos nos Fóruns e na Frente desenvolvem nesses espaços uma assessoria direta, que exige atividades de formação técnica e política; socialização de informações através da produção de textos; realização de debates, seminários e pesquisas. Por meio da assessoria, busca-se contribuir para o fortalecimento dos movimentos sociais na construção de uma esfera pública democrática, através da democratização das informações oriundas das investigações, relacionadas às temáticas de interesse dos sujeitos coletivos. O assistente social deve ser um socializador de informações, desvelando com competência técnico-política as questões, propostas, armadilhas que aparecem no cotidiano.

A partir das indicações pontuadas, considera-se que a assessoria às instâncias públicas de controle democrático articulada aos movimentos sociais é um espaço de trabalho que os assistentes sociais podem contribuir para o fortalecimento dos sujeitos políticos na perspectiva da garantia e/ou ampliação dos direitos sociais, tendo no horizonte a emancipação humana.

REFERENCIAIS BIBLIOGRÁFICAS

- BARROS, E. O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde. In: Brasil / Ministério da Saúde. Incentivo à participação popular e o controle social no SUS. Brasília, 1994.
- BRAVO, M. I. S. Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas Sociais e Práticas Profissionais. São Paulo: Cortez/ UFRJ, 1996.
- _____. Gestão Democrática na Saúde: O Potencial dos Conselhos. In: BRAVO, M. I. S., PEREIRA, P. A. (Orgs.) Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.
- _____; MENEZES, J. S. B. Participação Popular e Controle Social na Saúde. In: BRAVO, M. I. S. & MENEZES, J. S. B. (Orgs.) Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2011.
- _____; MENEZES, J. S. B. Saúde em Tempos de Pandemia da COVID-19 e as Lutas da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde. In: CABRAL, M. S. R.; ASSIS, I. M.; SOUZA, G. A. C. (Orgs.) Crise Capitalista, Pandemia e Movimentos Sociais. São Paulo: PUC-SP. Novembro, 2021.
- _____; MENEZES, J. S. B. Democracia, participação e controle social: as lutas em defesa da saúde. In: Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea. Nº 50. Rio de Janeiro: UERJ/Faculdade de Serviço Social. Jul./dez., 2022.
- CARVALHO, A. I. Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: IBAM/Fase, 1995.
- GOHN, M. G. Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

- IAMAMOTO, M. V. Projeto Profissional, Espaços Ocupacionais e Trabalho do Assistente Social na Atualidade. Atribuições Privativas do (a) Assistente Social Em questão. Brasília: CFESS, 2002.
- INGRAO, P. As massas e o poder. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1980.
- NETTO, J. P. Democracia e Transição Socialista: Escritos de teoria e política. Belo Horizonte, Oficina de Livros. 1990.
- SEMERARO, G. Gramsci e a Sociedade Civil. Ed. Vozes, 1999.
- VIANNA, M. L. T. W. Participação em saúde: do que estamos falando? In: Sociologias, Porto Alegre, ano 11, n° 21, jan./jun. 2009.

PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Lais Godinho Busquet Soares

Este verbete objetiva sinalizar abordagens teórico-metodológicas e elementos para pensar o processo de gestão da política de saúde no Brasil, e a relação do serviço social com essa temática. Por compreender que a discussão deve estar atrelada à defesa dos princípios da Reforma Sanitária e do SUS universal, público, gratuito, integral e de qualidade, sugerimos uma abordagem teórico-metodológica da categoria “gestão” a partir da teoria social crítica marxista, pensando-a como categoria conceitual em sua determinação histórica e concreta no modo de produção capitalista (NETTO, 2011).

Tomada de forma abstrata, a definição geral da categoria “gestão” se aplica a qualquer forma social e pode ser resumida como “utilização racional de recursos para a realização de fins determinados” (SOUZA FILHO; GURGEL, 2016), cuja racionalidade envolve a indissociabilidade de duas dimensões essenciais: a instrumental (voltada a definição das técnicas e recursos) e a finalística ou ético-política (definição da finalidade que se busca alcançar). Ao se concretizar no contexto sócio-histórico do capitalismo, a gestão impregna-se de elementos históricos concretos e passa a se relacionar com as finalidades desse modo de produção e relação social, cuja lei absoluta é a extração de mais-valia (MARX, 2005), e sua finalidade é a acumulação e a apropriação da riqueza socialmente produzida.

O ciclo do capital não é só uma relação de produção, mas também de reprodução ampliada, e a gestão de políticas sociais ocupa um espaço particular do campo da reprodução social, que é o Estado. A função do Estado e da gestão no capitalismo se volta à criação de condições para a sua expansão e perpetuação da dominação fundante. Por se tratar de sociedade de classes com interesses contrapostos, é inconcebível qualificar o Estado ou a administração pública como instâncias neutras e voltadas ao “interesse geral”. Entretanto, como forma de manutenção da estrutura de dominação do capital, o Estado tende a atender determinados interesses da classe trabalhadora, o que o caracteriza como um elemento contraditório, e ao mesmo tempo estratégico para essa classe (SOUZA FILHO; GURGEL, 2016).

Neste cenário, se encontra o debate sobre as políticas sociais, as quais representam o atravessamento das lutas de classe no seio do Estado, na relação entre a necessidade de respostas à chamada “questão social”, a reprodução das classes trabalhadoras e a expansão do capital, cuja resposta do Estado fortalece, tendenciosamente, o projeto do capital. Tomar o Estado como elemento estratégico em favor da classe trabalhadora, prescinde do conhecimento da sua estrutura de funcionamento e da gestão por ele operacionalizada. Quanto à dimensão instrumental, o Estado é um aparelho que possui uma materialidade institucional específica, “se apoia numa axiomatização de leis-regras” (POULANTZAS, 2000, p. 52), que definem as atividades e competências, e dotam o Estado de capacidade para a tomada de ações no campo da reprodução social (SOUZA FILHO; GURGEL, 2016). Quanto à dimensão ético-política, o Estado e a gestão se relacionam com as finalidades próprias do Capital.

No Brasil, o Estado e a administração pública hoje se organizam institucional e formalmente a partir dos elementos concretizados na Constituição Federal de 1988, que

regula o ordenamento jurídico do país, estabelece um pacto federativo, define a organização e função dos entes da federação (União, os Estados, o Distrito e os Municípios), aponta uma direção ético-política a ser seguida e formaliza um pacto de compromisso do Estado com a sociedade, abrangendo em seu escopo, a institucionalização de direitos e Políticas Sociais. Ressalta-se que, a construção da CF é resultante das lutas de classe que consolidam tanto o processo de expansão do capitalismo no Brasil, quanto uma ordem democrática no país.

A estrutura e a superestrutura do Estado Nacional e da administração pública brasileiros têm as marcas da formação sócio-histórica e cultural do Brasil, calcados na particularidade escravista e latifundiária de sua formação, com aspectos como o elitismo, o patrimonialismo, a exclusão do povo nas decisões; o favorecimento das elites e interesses privados (MAZZEO, 1989); a socialização dos custos do desenvolvimento capitalista, impactando na forma como o Estado absorve e responde às demandas das classes que lhe atravessam.

Na CF de 1988, também encontramos as bases de sustentação e da gestão do SUS, tanto no que diz respeito à finalidade ético-política, quanto aos parâmetros formais para ser operacionalizada. A “Saúde foi uma das áreas em que os avanços constitucionais foram mais significativos.” (CFESS, 2010, p. 18). Desde a década de 1960 vinha se constituindo um movimento amplo de discussões sobre o tema no Brasil, e a década de 1980 foi um divisor de águas no debate sobre a saúde pública, que ganhou centralidade nos debates, e foi proposta, além do Sistema Único, uma Reforma Sanitária (BRAVO, 2000). A política de saúde é resultante de um processo histórico de lutas constituindo um dos tripés básicos da Seguridade Social.

Os principais pontos da CF dizem respeito ao direito universal à saúde e o dever do Estado; o poder público como responsável pela regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços em Saúde, os quais passam a integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, organizado de acordo com as algumas diretrizes (artigo 198, da CF/88) e uma série de princípios (artigo 7º da Lei 8.080/90), em que destacamos: universalidade de acesso aos serviços; integralidade da assistência (ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada nível de complexidade do sistema); participação da comunidade; descentralização político-administrativa e dos serviços para os municípios e regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

Do ponto de vista da dimensão ético-política a gestão precisa alinhar as ações governamentais ao compromisso de viabilização de diretrizes, princípios, e bases organizativas contidos na elaboração e consolidação do próprio SUS, em consonância com a expectativa de melhora nas condições de vida da classe trabalhadora. Do ponto de vista da dimensão instrumental, para além dos elementos contidos na forma como o próprio Estado brasileiro se organiza, diversas leis, normas, portarias e documentos instrutivos foram e continuam sendo construídos com o objetivo de consolidar o sistema de saúde brasileiro. Com relação à gestão e organização da rede de serviços e do sistema, podemos citar a Lei 8.080/90. Quanto ao controle social, a Lei 8.142 estabelece o funcionamento dos Conselhos de Saúde, e consolida a relação entre gestão, controle social e financiamento. Já a Norma Operacional Básica (NOB-SUS 1993), discorre sobre o modelo de pactuação federativa e consolida o papel dos Conselhos de Saúde e a sua relação com a distribuição de recursos. Quanto ao planejamento e a descentralização, a Norma Operacional Básica – NOB-SUS 01/96 – instituiu a Programação Pactuada e Integrada (PPI), que traduz as responsabilidades

de cada município e a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2001) amplia o papel dos municípios na atenção primária e estabelece o Plano Diretor de Regionalização (PDR) (LUZ, 2013).

Dentre as funções básicas que compõem a administração (planejamento, organização, direção, controle e avaliação) há no campo da gestão da saúde uma centralidade da função planejamento que “configurou-se objeto de grande parte do arcabouço legal do SUS, o Ministério da Saúde passou a ter papel fundamental na formulação de processos e de métodos de planejamento e gestão.” (LUZ, 2013, p. 47), e ganhou ainda mais relevo após a transição democrática e o advento de um novo pacto federativo. Após o ano de 2006, começou a se desenhar um processo mais integrado de planejamento e organização do setor conhecido como “sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSus” (Portaria GM/MS 2.135 de 25/09/2013), que inclui de forma importante o Conselho de Saúde, objetiva articular os processos de planejamento nas três esferas de gestão do SUS (TEIXEIRA, 2010) e determina os instrumentos de planejamento da saúde: o Plano de Saúde (PS) – deve abordar as intenções e resultados a serem buscados no período de quatro anos, partindo da análise da situação de saúde; a Programação Anual de Saúde (PAS) – deve apontar o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, e à gestão do SUS, operacionalizando as intenções expressas no PS; e o Relatório Anual de Gestão (RAG) – deve registrar os resultados alcançados com a execução da PAS e orientar mudanças que se fizerem necessárias).

Esses instrumentos de planejamento precisam estar atrelados aos instrumentos de gestão e de orçamento do governo, especialmente o Plano Plurianual (PPA), A Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), voltados a programação dos recursos financeiros necessários à execução das atividades em cada setor (LUZ, 2013), e ainda deve-se incluir o “Planejamento Estratégico do Governo Federal”.

A gestão da política de saúde é um processo complexo, precisa se realizar a partir do conjunto de elementos éticos, históricos, técnicos e concretos que a constituem, e os princípios do SUS devem guiar toda e qualquer proposta de gestão da política de saúde. Quando ratificamos que o processo de gestão implica a imbricação de uma dimensão instrumental e uma dimensão ético-política e trazemos a teoria social crítica para pensar o debate, nos referimos ao fato de que não basta que a lei, a forma, a norma e os instrumentos técnicos simplesmente existam, mas estejam pautados e organizados em uma direção, que não está dada ou garantida naturalmente, mas em movimento e em disputa o tempo todo.

Para exemplificar, quanto à gestão no período pós impeachment do governo Dilma Rousseff, Soares (2019) aponta que ele tanto é expressão de um processo político de amplas articulações, quanto de rearranjos necessários à dinamização do capital e da estrutura de poder naquele contexto. Uma gestão que cimentou todo o terreno sobre o qual, mais tarde, se espriam os mais tenebrosos retrocessos políticos, democráticos e humanitários da histórica recente do nosso país. Também sinalizava para o recrudescimento das políticas sociais e dos direitos (que já vinham sob desmonte progressivo) a exemplo da brutalidade da aprovação da EC 95/2016 que contempla um processo progressivo de desfinanciamento.

Quanto à gestão da saúde, Soares (2019) realizou análise dos instrumentos de planejamento do SUS e do “Planejamento Estratégico do Governo Federal” (instrumento de gestão governamental) do período em questão, e observou enxugamento numérico quanto às metas e objetivos a serem alcançados. Identificou que, apesar do discurso textual

de defesa do SUS, esses documentos se valem de uma estrutura metodológica que fragmenta, estratifica e não aprofunda criticamente as temáticas apresentadas, e apresenta resoluções pontuais e individuais que acabam flexibilizando o conceito de saúde e o modelo de atenção equivalente. Também verificou a naturalização da tendência de um modelo que não se preocupa em ser universal, amplo, integral e público, além de tentar convencer e justificar que a relação entre o setor privado e o público não só é uma tendência progressiva, como desejável. Portanto, o que está posto no campo do planejamento dá aval às ações concretas do Estado que, no caso, é o favorecimento da mercantilização da saúde. Tendência essa, de apropriação do capital do setor dos serviços sociais e do trabalho neles inserido, sobretudo após a sua fase monopolista (NETTO, 2006), em que os serviços passam a ser nichos de mercado atraentes e lucrativos.

Soares (2019) também sinaliza que tais documentos desconectam os impactos que a privatização, a mercadorização da saúde e a não universalidade do sistema provocam nas condições de garantia e realização efetiva do controle social. Assim, trazem um discurso de caráter retórico porque ignoram o fato de que o controle social, por tratar-se da institucionalização de uma nova racionalidade acerca da relação entre Estado e sociedade pautada na perspectiva de inserção da vontade popular nos rumos do país e das políticas, pressupondo democratização do acesso e da participação popular (DUTRA, 2016; BRAVO, 2001), só tem efeito prático no espaço estatal, público e de amplo alcance da sociedade.

Soares (2019) avalia que a gestão governamental da saúde, a partir dos instrumentos de gestão/planejamento mencionados, cujo discurso afirma a defesa do SUS mas ao mesmo tempo vincula saúde à esfera privada, faz com que eles cumpram uma função atrelada à legitimação ideológica dos processos de expansão, expropriação e acumulação capitalista e de desresponsabilização do Estado quanto aos serviços.

Analisar o que está posto no âmbito do processo de gestão e planejamento da política de saúde é imprescindível para instrumentalizar a luta em defesa do SUS e a ocupação estratégica dos espaços de decisão, concepção e gestão do sistema. A partir disso, nos cabe uma reflexão sobre a relação do Serviço Social com o contexto de gestão dessa política.

O Serviço Social no Brasil tem sua institucionalização atrelada ao surgimento das políticas e instituições sociais e da intervenção do Estado sobre as expressões da “questão social”, após a década de 1930. A partir disso o assistente social vem sendo demandado a implementar e executar políticas socioassistenciais, e o setor público e as políticas de seguridade social constituem espaço privilegiado de inserção profissional (IAMAMOTO, 1999).

A partir da Resolução N° 218/97 de 06/03/1997 do Conselho Nacional de Saúde e da Resolução CFESS N° 383/99 de 29/03/1999, o assistente social passa a ser reconhecido como profissional da saúde, com espaço de atuação e inserção legitimados nas instituições de Saúde. Seu objetivo “passa pela compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e na busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões [...]” (CFESS, 2010, p. 28).

Dentre as prerrogativas do trabalho profissional estabelecidas na Lei de Regulamentação da Profissão (Lei 8.662 de 1993) estão ações características da gestão e planejamento de serviços vinculados às políticas públicas (TORRES; LANZA, 2013), inclusive na área da saúde. Para Krüger (2010), a abertura do campo da gestão tem relação com a necessidade contínua de substituir os referenciais tradicionais por perspectivas de

trabalho que visem atender as demandas coletivas, pautadas no conceito ampliado de saúde, pela aproximação às reais necessidades da população, compreensão das determinações sociais no processo de saúde e doença, elaboração de programas e projetos; reflexão dos pontos críticos do SUS. Outras ações vinculadas ao Planejamento e Gestão dizem respeito a capacitação de recursos humanos para ampliar a qualidade dos serviços, ações relativas à avaliação institucional, de serviços e propostas, e ações de fortalecimento da intersetorialidade e participação social.

Pensar na relação do Serviço Social com a gestão e planejamento da política de saúde remete a refletir que esses processos correspondem a um conjunto de ações profissionais desenvolvidas tanto no nível de gestão do SUS nas instituições e serviços de saúde, quanto no planejamento e gestão de serviços sociais em instituições, programas e empresas, e na sistematização das próprias ações profissionais. Ou seja, a relação do Serviço Social com o planejamento e a gestão da saúde se dá de maneira transversal na prática profissional. Contudo, é preciso refletir a forma com que essa participação deve se realizar e como vem se concretizando. É importante que os profissionais tenham clareza e reflitam sobre a direção posta em sua intervenção profissional, inclusive nos espaços de gestão. Há uma intrínseca relação entre o nosso projeto ético-político e o projeto da reforma sanitária, não cabendo outra direção a ser alcançada quando da inserção de assistentes sociais no campo da gestão da política de saúde que não aquela que aponta para a defesa intransigente e inegociável dos princípios e diretrizes fundamentais do SUS, o que rechaça qualquer possibilidade de sua vinculação com a esfera privada. O que cabe refletir é se há, de forma difundida nessa categoria profissional, o reconhecimento e o entendimento sobre os elementos sutis do discurso ideológico pró-capital, como aqueles encontrados por Soares (2019) mencionados acima. É preciso sinalizar que para dar consistência à atuação profissional de assistentes sociais nos espaços de gestão e garantir a direção ético-política já sinalizada, não há como se furtar de um processo que garanta, desde a formação profissional, o investimento teórico aprofundado que permita dominar ferramentas de gestão pública e do próprio SUS que estão em disputa. O que passa pelo estudo aprofundado sobre a constituição e organização da política na qual se está inserido, sobre os planos de governo, os instrumentos documentais e normativos de planejamentos, o orçamento público, e inclui a participação em espaços de controle social. Além disso, também é fundamental conhecer como se organiza o processo legislativo no país, que impacta decisivamente na construção das políticas no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRAVO, M. I. S. As políticas Sociais Brasileiras de Seguridade Social: Saúde. In: CFESS. CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB/CFESS, 2000.
- BRAVO, M. I. S. Gestão Democrática na Saúde: o potencial dos conselhos. In: Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.
- CFESS. Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. CFESS. Brasília, 2010.
- DUTRA, V. Controle Social e participação na gestão da saúde: a experiência do município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Gramma, 2016.

- KRUGER, T. R. Serviço Social e Saúde: Espaços de Atuação a Partir do SUS. *Revista Serviço Social & Saúde*. UNICAMP Campinas, v. IX, n. 10, Dez. 2010.
- LEI 8.662 DE REGULAMENTAÇÃO DA PROFISSÃO, de 7 de Junho de 1993.
- LUZ, A. B. C. da. *Análise dos Instrumentos de Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Editora Fundação Boiteux, Florianópolis, 2013. (Coleção Gestão da Saúde Pública; 3).
- IAMAMOTO, M. V. O Serviço Social na Contemporaneidade. Trabalho e formação profissional, p. 17-148. São Paulo: Cortez, 1999.
- MARX, K. A Lei Geral da Acumulação capitalista. In: MARX, Karl. *O Capital*. Livro I, v. 1, p. 715-752. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.
- MAZZEO, A. C. *Estado e burguesia no Brasil*. Belo Horizonte: Oficina do Livro, 1989.
- NETTO, J. P. *Capitalismo monopolista e serviço social*. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2006.
- NETTO, J. P. *Introdução ao estudo do método de Marx*. SP: Expressão Popular, 2011.
- POULANTZAS, N. *O estado, o poder, o socialismo*. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000.
- SOARES, L. G. B. *Gestão da Saúde no Brasil no Pós Impeachment de 2016: reflexões a partir dos instrumentos de gestão governamental e de planejamento do SUS*. Dissertação de Mestrado, PPGSS UERJ, Rio de Janeiro, 2019.
- SOUZA FILHO, R.; GURGEL, C. *Gestão democrática e serviço social: princípios e propostas para a intervenção crítica*. São Paulo: Cortez (Biblioteca Básica de Serviço Social, v. 7), 2016.
- TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Introdução, p. 9-15. Salvador: EDUFBA, 2010.
- TORRES, M. M., LANZA, L. M. B. *Serviço Social: exercício profissional do Assistente Social na gestão de políticas públicas*. *Argumentum*, v. 5, n. 1, p. 4547-215, jan./jun. Vitória (ES), 2013.

PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

Diego de Oliveira Souza

Com o objetivo de entender a precarização do trabalho em saúde, prescrutamos alguns processos mais amplos, no sentido de abrir o caminho até a particularidade do objeto ora analisado. De início, mostramos que a precarização do trabalho é um processo estrutural, inerente à dinâmica do modo de produção capitalista. Em seguida, apresentamos as transformações do mundo do trabalho ocorridas desde a crise estrutural do capital, quando a precarização do trabalho passa a ocupar uma posição mais eminente no processo de acumulação flexível. Por fim, chegamos à particularidade do artigo, quando situamos o trabalho em saúde na dinâmica mais ampla, apontando as mediações mais decisivas para a precarização do trabalho nessa esfera, considerando a realidade brasileira.

É preciso cautela ao se demarcar a precarização do trabalho como processo forjado no capitalismo contemporâneo, uma vez que o sistema do capital, inerentemente desde suas origens, tende a tornar o trabalho precarizado. Inicialmente, consideremos a precarização do trabalho como um conjunto de mecanismos que tornam o trabalho instável, sem marcos definidores de sua duração, remuneração, direito a descanso, proteção da saúde etc., ou ainda, à margem da regulação jurídico-política sobre essas questões. Se partimos dessa definição, então, desde o processo de consolidação do capitalismo (com destaque para o processo de Revolução Industrial), a precarização se faz presente.

A favor desse argumento, estão os escritos de Karl Marx, em especial, em *O Capital*. Lembremos que, já no capítulo VIII, sobre a Jornada de Trabalho, Marx (1988a) discorre sobre diversas estratégias utilizadas pelos capitalistas para prolongarem a jornada ou não remunerar pausas para o descanso e horas extras, na sanha de aumentar a mais-valia absoluta. Obviamente, no bojo da luta de classes, foram surgindo leis que regulavam jornadas, salários, restrições ao trabalho infantil etc., mas que eram burladas pelos capitalistas ou respondidas pelo incremento dos mecanismos de intensificação do trabalho e extração de mais-valia relativa em geral.

Marx (1988a) dedica-se, ainda, à análise do trabalho domiciliar de costureiras e modistas, existente desde a manufatura, mas refuncionalizado pela grande indústria, porquanto a única maneira de esse tipo de trabalho entrar na concorrência era se efetivando à margem das leis que surgiam à época, com alta degradação das condições de trabalho e das trabalhadoras. Ainda no capítulo VIII de *O Capital* (MARX, 1988a) – também encontramos referências à mesma questão avançando ao capítulo XIII sobre a introdução da maquinaria no processo de produção (MARX, 1988b) – constatamos as negativas repercussões do trabalho sobre a saúde dos trabalhadores, que tinham seu tempo futuro de vida roubado pelo capital, apresentando-se como homens e mulheres deformados, mutilados, degradados e adoecidos.

Some-se a isso o fato de as condições de vida em geral também serem deploráveis, o que acentua a degradação da saúde, consoante as análises marxianas sobre os efeitos da lei geral de acumulação – capítulo XXIII de *O Capital* (MARX, 1998b). Inclusive, nessa ocasião, Marx aprofunda o debate sobre o exército industrial de reserva, delimitando certos segmentos da classe trabalhadora que tinham trabalhos temporários, ora incorporados e ora

repelidos do mercado de trabalho. Mesmo o surgimento das Leis Fabris não dava conta de mitigar essa dinâmica, muitas vezes, na verdade, justificando-a e reforçando-a.

Diante disso, concordamos com Alves (2007), no sentido de que a precarização do trabalho aparece como uma mancha social na ascensão do capitalismo. Isto é, considerando as origens do capitalismo, “*a precarização dizia respeito ao processo de proletarização que constituía, naquela época, a condição de proletariedade universal*” (ALVES, 2007, p. 121, grifo no original).

Esse processo social é histórico, marcado, em especial, pelas metamorfoses do mundo do trabalho, uma vez que a precarização assume formas mais clarividentes com o amadurecimento do capitalismo, particularizando-se desde o caráter genérico da precariedade (a condição de transformar a força de trabalho em mercadoria) até uma forma peculiar de reposição desse caráter na esfera política, mediada pela resistência dos trabalhadores dos setores mais organizados do mundo do trabalho.

Por conta disso, podemos refinar a definição de precarização do trabalho, ainda tomando Alves (2007, p. 114-115, grifos no original) por referência: “*a precarização possui um sentido de perda de direitos acumulados [n]o decorrer de anos pelas mais diversas categorias de assalariados. A precarização é síntese concreta da luta de classes e da correlação de forças políticas entre capital e trabalho.*”

Por ter essa conotação política, a precarização do trabalho assume relevo no século XX, exatamente quando se tem, primeiro, a ascensão de direitos trabalhistas e sociais para o núcleo mais organizado da classe trabalhadora, sobretudo em países nos quais se experimentou o Estado de Bem-Estar Social; e, segundo, a entrada em uma nova fase histórica, com retirada desses direitos, quando o capital se reconfigura econômica e politicamente, uma vez que se vê estruturalmente abalado por um novo tipo de crise em sua história. Diante disso, nesse momento, a precarização salta aos olhos do movimento operário, dos partidos e dos acadêmicos (a exemplo das diversas linhas de estudo marxistas, da Sociologia do Trabalho, do Serviço Social, do Direito do Trabalho etc.) como nova categoria a ser enfrentada e estudada. Ou seja, é o retrocesso da proteção do trabalho outrora conquistada via luta de classes que marca o que se chama, hoje, de um processo de precarização de trabalho em curso, como algo clarividente.

É nesse momento que a precarização se mostra, nitidamente, como processo distinto da proletarização, embora por ele determinado, ao passo que, nos primórdios do capitalismo, esses processos se confundiam. Por essa razão, entendemos as razões das perspectivas críticas que tomam a precarização do trabalho como objeto de estudo forjado na contemporaneidade, mas, chamamos a atenção, mais uma vez, para a necessidade de perceber a sua dinâmica como elemento inerente do capital, presente desde suas origens, ainda que diluída nos processos genéricos do modo de produção nascente.

Por outro lado, não se pode perder de vista a particularidade da precarização do trabalho a partir das décadas de 1970 e 1980, não só pela sua visibilidade como algo diferente da proletarização e seu impacto social sentido na perda avassaladora de direitos dos trabalhadores, mas, decisivamente, pelo papel que cumpre na tentativa de o capital mitigar a sua crise estrutural.

A crise estrutural do capital, na perspectiva de Mészáros (2009), distingue-se das crises cíclicas anteriores por se estender por todos os complexos sociais, de forma rastejante, crônica e global. Historicamente, as crises cíclicas afetavam uma das dimensões fundamentais do capital (produção, consumo, circulação/distribuição/realização) e, por conta disso, as

outras dimensões não afetadas conseguiram, em seguida, atenuar os problemas advindos da dimensão afetada, recuperando, até mesmo, a taxa de lucro. Com a crise estrutural, todas as dimensões do capital são afetadas, ocasionando que elas, entre si, não consigam (auto)compensar suas contradições e disrupções.

A tendência decrescente taxa de lucro, do ponto de vista relativo, torna-se um imperativo irresistível ao capital, abalando seus alicerces. Contudo, o capital busca respostas para uma sobrevivência, a exemplo das artimanhas especulativas que hipertrofiaram a esfera financeira, acelerando a rotação do capital ou reconfigurando a relação Estado-Economia, pela ascensão do neoliberalismo a serviço da mundialização do capital. É ocioso dizer que essas repostas não podem prescindir de uma dinâmica que lhes sustentem desde o mundo do trabalho, sobretudo no sentido de garantir que um quantum crescente de mais-valia a ser extraído da classe trabalhadora. Nesse âmbito, a reestruturação produtiva se desenrola na direção de superar a via rígida de organizar o trabalho e, portanto, reformula a própria maneira de acumular capital, caminhando para modelos mais flexíveis (ALVES, 2007).

A acumulação flexível emerge como marca do mundo do trabalho na contemporaneidade, dinamizando metamorfoses demandadas pelo capital (HARVEY, 1992). De forma sumária, podemos dizer que, nessa dinâmica, os trabalhadores são impelidos a abandonarem a superespecialização em fragmentos do processo de produção, assumindo o *status* de polivalentes, capazes de se envolverem em diversas etapas ou, até mesmo, recriar processos produtivos, colocando sua criatividade a serviço do capital. Não obstante, a captura da subjetividade operária se articula: 1 – a novas formas de denominar o trabalhador (colaborador, cooperado, empreendedor individual etc.); 2 – a uma suposta modernização das leis trabalhistas (corroborada pela ideia da não existência mais de trabalhadores, mas, sim, de empreendedores); e 3 – a um alto do grau de desenvolvimento tecnológico e do setor de serviços.

Essas consequências implicam transformações contundentes na particularidade do trabalho em saúde, sobretudo porque ele se constitui como práxis desenvolvida no setor de serviços, altamente impactado pela reestruturação produtiva e seu corolário processo de precarização. Cumpre, de antemão, entender que o trabalho em saúde não possui a especificidade ontológica de transformar a natureza não humana em produtos a serem consumidos *post facto*; porém, por se realizar sob a lógica da lei do valor, isto é, por ser mercantilizada, podemos debater a existência de um trabalho em saúde no bojo do trabalho abstrato, aquele particularmente forjado pelo capital para subordinar as necessidades humanas às necessidades do mercado (SOUZA; MENDONÇA, 2017).

Nesses termos, contraditoriamente, aquela práxis que guarda a potência de promover saúde e lutar contra as doenças que acometem as coletividades, é impelida a se efetivar por relações sociais que alienam os humanos de sua própria condição humana (inclusa a saúde) e retroalimentam os processos de mercantilização. Nesses termos, a saúde passa a ser mediação para o lucro dos capitalistas que estão por trás do complexo médico-industrial/financeiro; os indivíduos e coletividades que precisam de assistência à saúde são reificados, tendo seus corpos moldados às necessidades do capital; e os trabalhadores da saúde, explorados e degradados (SOUZA; MENDONÇA, 2017).

Essas condições são decisivas para que o atual processo de precarização do trabalho encontre no complexo da saúde um terreno fecundo para se efetivar. Some-se a isso o fato de a sociedade brasileira carregar um histórico de dependência econômica, colocando-a em

uma posição de heteronomia para a formulação de suas políticas sociais, sendo o Estado e as classes sociais sujeitas aos desígnios dos interesses dos Estados-nação que ocupam o topo da hierarquia da divisão internacional do trabalho. Por conseguinte, em países dependentes, as políticas sociais de proteção do trabalho nunca alcançaram o patamar de alguns países avançados nos quais existiam núcleos de resistências de trabalhadores mais organizados, assim como o movimento de diferenciação entre proletarização, precariedade e precarização do trabalho se deu de forma límpida, a partir do momento que ocorreram os retrocessos trabalhistas no âmbito da reestruturação produtiva.

No Brasil, a informalidade, o subemprego, os trabalhos temporários etc., se perpetuam de longa data, com reflexo dos altos índices de desemprego. Estruturalmente, mesmo após algumas conquistas trabalhistas efetivadas, por exemplo, no âmbito do serviço público ou com a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) no setor privado, certa proteção trabalhista para certos segmentos conviveu, lado a lado, com o trabalho precário de grande parte da classe trabalhadora. Contudo, apesar de o movimento particular da precarização ser diferente daquele que se desenrola nos países avançados, é possível notar, no caso brasileiro, uma intensificação da precarização, em especial na última década.

Recuperamos alguns marcos desse movimento de intensificação, a exemplo da Lei 13.429, que amplia a terceirização para áreas fins das empresas; a Lei 13.467/2017, que altera a CLT, flexibilizando direitos trabalhistas, em especial por ampliar o leque das questões que podem ser “negociadas” e sobreponem-se ao legislado; a Emenda Constitucional 103/2020 que altera as regras para a aposentadoria; ou ainda, a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 32/2020, que propõe uma Reforma Administrativa que vai retirar direitos consolidados no âmbito do serviço público.

Obviamente, existe um movimento anterior de mecanismos de precarização do trabalho, ora acentuados em face de uma realidade econômica dependente e socialmente caótica, o que se espelha na esfera da saúde, com as contradições próprias desse setor, aqui já mencionadas. A nosso ver, o setor saúde representa um dos mais eminentes exemplos dos efeitos da precarização do trabalho na realidade brasileiras, pois, de forma muito direta, afeta a população de forma contundente, obstando a atenção à saúde.

Os trabalhadores desse setor, majoritariamente, estão empregados no Sistema Único de Saúde (SUS), a exemplo de enfermeiros, técnicos de Enfermagem, agentes de saúde e outras profissões. Mesmo aqueles que têm uma certa tradição de trabalho liberal, encontram no SUS uma via de empregabilidade importante, a exemplo da Medicina e da Odontologia. Contudo, é justamente nesse ponto que se interseccionam as respostas mais nefastas do capital à sua crise, pois, por um lado, retiram-se direitos dos servidores da saúde e, por outro, desmonta-se a estrutura dos serviços, subfinanciando-os ou descaracterizando o modelo.

Ainda que o SUS seja a proposta mais ousada de sistema de saúde em termos mundiais, sobremaneira considerando os países mais populosos; e, ainda que tenha uma série de conquistas que se traduzem em melhores indicadores de saúde, ele se distancia das potencialidades de sua proposta original, gestada no Movimento pela Reforma Sanitária (décadas de 1970 e 1980), muito por conta dos ataques proporcionados pela política neoliberal, desde o nascedouro do sistema.

A título de exemplo, a proposta da Reforma Sanitária era de um financiamento equivalente a 10% do Produto Interno Bruto (PIB) para o SUS, mas nunca chegou sequer perto disso. Ainda como proposta, o princípio da universalização pressupunha ações de

promoção da saúde, prevenção de agravos e tratamento/recuperação/reabilitação de pessoas doentes, de forma articulada e equânime e, não apenas, focalizada em algumas doenças manejadas pela lógica do custo-benefício (fazer mais com menos), como tem prevalecido na lógica de cobertura universal ecoada pelo Banco Mundial.

Além disso, o novo modelo dependeria da ruptura com a mercantilização da saúde, mas, assistiu-se, ao longo dos anos, a conciliação forçada do SUS com os interesses do setor privado, através da perpetuação do modelo biomédico e sua lógica afeita à lucratividade com o adoecimento; do direcionamento de recursos públicos para instituições privadas via contratos e convênios; da introdução de modelos privados de gestão nos serviços públicos (como no caso das fundações, Organizações Sociais de Saúde – OSSs e outras formas de privatização); e das facilidades criadas para o crescimento do setor da saúde suplementar, alimentada pela falácia de que o SUS não funciona e, portanto, o melhor é buscar alternativa (SOUZA, 2019).

Uma série de outros fatores assentados na lógica neoliberal poderiam se elencados como parte da trama causal da desestruturação dos serviços públicos e, conseqüentemente, ausência de proteção e condições de trabalhos para os trabalhadores, dando à tônica da precarização na saúde. No âmbito privado, o “fortalecimento” do setor consubstancia ganhos unidirecionais, canalizados para os capitalistas do complexo médico-industrial/financeiro, pois os trabalhadores se encontram submetidos a mecanismos de intensificação da exploração, com baixos salários, longas jornadas (muitas vezes acumulando vínculos – precários – para atingir um rendimento financeiro melhor) e, agora, com direitos trabalhistas e previdenciários em xeque, haja vista as (contra)reformas em curso.

Não à toa, a pandemia de Covid-19, mais trágico evento de saúde nos últimos 100 anos, evidenciou e retroalimentou a questão da precarização do trabalho em saúde, aumentando os vínculos precários e condições degradantes de saúde para os trabalhadores chamados, às pressas, ao combate da Covid-19, o que colocou suas vidas sob ameaça, conquanto os sistema público (sabotado) e o setor privado pouco preocupado com eles, empurrou-lhes “à beira do penhasco” e, infelizmente, em muitos casos, para além dela. A pandemia funcionou como uma lupa para ampliar essa problemática, tanto do ponto de vista de sua gravidade quanto de sua visibilidade, gerando tensões e lutas sociais, mas ainda longe de afetar as raízes da questão, forjada nos pilares da crise estrutural do capital. O caso dos trabalhadores da saúde no Brasil, antes ou depois da pandemia, ratifica o caráter destruidor do capital e suas contradições, ao minar a saúde e a vida daqueles que poderiam salvar outras vidas.

Uma agenda de pesquisa e luta emerge a partir daí, no sentido de verificar o contexto pós-pandemia e os avanços da face mais recente da precarização – com o trabalho via plataformas digitais – no complexo da saúde. Como os trabalhadores se reorganizam e resistem a esses processos, também deve ser prioridade nessa agenda, a fim de, coletivamente, entendermos a problemática para transformá-la.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, G. Dimensões da reestruturação produtiva: ensaios de sociologia do trabalho. 2. ed. Londrina/Bauru: Praxis/Canal 6, 2007.
- HARVEY, D. Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. São Paulo: Edições Loyola, 1992.
- MARX, K. O Capital: crítica da economia política: Livro primeiro. Tomo I. 3. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1988a.
- MARX, K. O Capital: crítica da economia política: Livro primeiro. Tomo I. 3. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1988b.
- MÉSZÁROS, I. Para além do Capital: rumo a uma teoria da transição. 1. ed. 3. reimp. São Paulo: Boitempo Editorial, 2009.
- SOUZA, Diego de O; MENDONÇA, H. P. F. Trabalho, ser social e cuidado em saúde: abordagem a partir de Marx e Lukács. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 21, n. 62, p. 543-552, 2017.
- SOUZA, D. O. Financeirização, fundo público e os limites à universalidade da saúde. Saúde em Debate, v. 43, n. spe.5, p. 71-81, 2019.

QUESTÃO SOCIAL

Rosângela Nair de Carvalho Barbosa

A expressão *Questão Social* emerge na narrativa política e científica no fim do século XIX para nomear os entraves à reprodução social dos trabalhadores no capitalismo. Etimologicamente, o termo expressa a controvérsia em torno da insegurança social imanente à estrutura social capitalista, que contraditoriamente cria barreiras à reprodução humana e cultural dos trabalhadores. É uma *questão* porque decorre das próprias contradições fundamentais do capitalismo e, portanto, não pode ser superada sem a sua transposição como forma de sociedade.

O modo de produção capitalista se distingue de outros, primordialmente, porque a produção de riqueza é voltada para o mercado e se produz em excesso para trocar e não para atender às necessidades humanas. A quantidade de produtos e a quantidade de necessidades, na sociedade capitalista, requerem diferentes quantidades de trabalho da sociedade e são esses trabalhos que expressam o valor nas trocas das mercadorias.¹ Marx interpretou este processo como lei do valor-trabalho, que induz à interação social dos indivíduos, para intercambiar mercadorias, inclusive a força de trabalho, parecendo que as coisas têm vida própria nesse quadro dinâmico do mercado, submetendo os indivíduos isolados à interface por conta das coisas que se trocam entre produtores privados, como uma sociedade que aparenta ser “uma imensa coleção de mercadorias” (MARX, 2005, p. 57). A sanha compulsiva do capital por mais capital dá vida às coisas e brutaliza a vida humana, formando seres sociais reificados, pois os trabalhos privados não são relações diretamente sociais entre as pessoas e seus trabalhos, mas as relações sociais são entre coisas trocadas (MARX, 2005; NETTO, 1981).

No interior desse processo social aloja-se a estrutura da propriedade privada constituída historicamente com a separação do *caracol e sua concha*, ou seja do trabalhador e os meios de trabalho ou de vida, o que o condiciona à submissão ao mercado capitalista. Nesse sentido, através do trabalho, os divorciados dos meios de vida (da terra e das ferramentas de trabalho) entram em interação social para atender às necessidades vitais de reprodução. Esse processo baseado na expropriação social constitui as classes sociais fundamentais (capitalistas, proletários e proprietários de terra), delineando as relações sociais capitalistas. Nesse sentido, para a produção de valor, os proprietários de capital empregam uma mercadoria especial que cria valor e mais valor, que é a força de trabalho. Ao trocar sua potência de trabalho por salário visando ter dinheiro para sua subsistência, o trabalhador entrega tempo de vida para o trabalho, que é comandado pelo capitalista e suas máquinas. Essa mercadoria especial entrega não só trabalho, mas sobretrabalho, quer dizer trabalho a mais do que aquele que equivale ao montante de seu salário. Não há equivalência entre salário

¹ O que torna social a relação dos donos das mercadorias é a troca de trabalhos privados, mediada pelo dinheiro, que expressa o valor de cada mercadoria e o valor é o tempo de trabalho gasto na produção dela (trabalho abstrato). Não qualquer tempo de trabalho, mas o tempo socialmente necessário, que é o tempo médio típico para produzir determinado produto em dada época histórica de desenvolvimento das forças produtivas e das relações de trabalho. O dinheiro como o equivalente universal das trocas ganha forte significado para as relações sociais capitalistas, de modo invertido ou fetichizado porque aparenta ser ele o *todo o poderoso* do valor e não o trabalho. Somente numa sociedade que transforma os meios de vida em capital, em processo de valorização compulsiva, o dinheiro ganha essa importância, como medida em que se expressa toda riqueza social.

e trabalho entregue ao capitalista, pois a força de trabalho cede mais produtos do que recebe como salário, portanto parte da jornada não é paga. Esse é o núcleo fundante da exploração capitalista, que caracteriza a dominação de classe e que ampara a dinâmica compulsória pelo incessante aumento de produtividade, para ampliar a massa de valor produzida.

Além dessa usurpação de trabalho excedente (não pago) é preciso considerar que, no capitalismo, é a partir do salário que o trabalhador tem acesso a um fundo de consumo, para atender as necessidades biológicas, culturais e sociais de reprodução. No entanto, ainda que vasto contingente populacional seja expropriado dos meios de trabalho e jogado no mercado, o capitalismo não oferece emprego nem estabilidade para todos, provocando a constituição de uma superpopulação relativa, flutuante entre emprego e desemprego, realizando trabalhos não contratuais (informalidade) ou vivendo estagnada em trabalhos sazonais mais precarizados ou no pauperismo extremo.

O modo de produção capitalista se movimenta em direção a sua reprodução ampliada e para isso incrementa a produtividade, elevando a incorporação de equipamentos e tecnologias, o que faz com que se precise de menos trabalho vivo e o resultado disso é a diminuição dos postos de trabalho. Assim sendo, é incerto o acesso a trabalho e a salário, deixando aleatória também a possibilidade de aquisição da cesta de consumo para o trabalhador e sua família. Além disso, a população excedentária à economia real também funciona como dispositivo de concorrência entre os trabalhadores e de aviltamento dos salários, porque pagos abaixo das necessidades de subsistência. Essas são as circunstâncias que precipitam a *Questão Social*, ao forjar barreiras à viabilização das condições de vida, o que se desdobra em variadas expressões, entre elas, por exemplo, a questão urbana, a questão agrária, a questão ambiental, a questão da fome, a questão sanitária, a questão da violência, a questão de gênero ou a questão racial.

Essa dinâmica foi retratada por Engels (2010), Hobsbawm (1978) e Bresciani (1984) ao estudarem sobre as condições de vida do proletariado no ciclo concorrencial do capitalismo, quando demonstraram a precariedade dos salários, na medida em que eles não cobriam as necessidades de reprodução da força de trabalho que era paga abaixo do seu valor. As condições insalubres das moradias, o esgotamento físico pelas horas trabalhadas e pelas péssimas condições de trabalho, se somam à requisição de incorporar toda a família proletária no trabalho, incluindo as crianças, para fazer frente ao baixo poder aquisitivo dos salários. A organização política dos trabalhadores foi, então, decisiva para melhoria das condições de trabalho desde o final do século XIX, de modo a limitar a exploração desenfreada.

Os laços entre a reprodução dos indivíduos e os processos sócio-históricos do capitalismo foram tratados no pensamento crítico do Serviço Social brasileiro como determinantes da *Questão Social*, notadamente, por Yamamoto (2001; 2007), Netto (2001), Pastorini (2004) e Santos (2012). Para esses autores, a *Questão Social* se expressa com a organização operária no século XIX, questionadora da pauperização, do desemprego, das péssimas condições de vida e trabalho, remetendo a reflexão ao processo originário da acumulação primitiva de capital e à dinâmica da produção coletiva de riqueza com a generalização do trabalho capitalista e sua apropriação privada, envolvendo a contraditória ampliação da população supérflua para o capital.

Para Netto (2012) os efeitos destrutivos do capitalismo sobre a força de trabalho e as relações sociais é captado pelo pensamento conservador, desde a transição entre os séculos XIX e XX, desvinculando a *Questão Social* das relações sociais de produção e situando-a no

campo da circulação capitalista. Daí decorre um ideário reformista que naturaliza a ordem social, abordando o desemprego, a exploração da força de trabalho e a precariedade da reprodução como resultado de problemas individuais, por dificuldade de adaptação ao sistema social, priorizando a *gestão da anomia* para evitar conflitos e garantir a reprodução do capitalismo.

Para a literatura crítica da profissão, são decisivos o reconhecimento dos limites do capitalismo e as próprias lutas por ampliação de direitos que carregam a *Questão Social* para a esfera pública, exigindo inserção na agenda do Estado. No ciclo monopolista, o Estado social se afigura como dinâmica possível para contornar conflitos sociais com os trabalhadores, viabilizar áreas para investimentos de capital no próprio universo dos cuidados vitais, além de se envolver com a reprodução da força de trabalho (BOSCHETTI, 2016).

Com efeito, no ciclo maduro do capitalismo monopolista (século XX), além do salário outra variante para acessar meios de consumo foi constituída a partir do Estado, que passou a assumir responsabilidades com a reprodução da força de trabalho – não cobertas pelo salário – e com a geração de outras condições gerais da produção capitalista. A tendência foi a socialização do consumo por meio do Estado de que são exemplos os serviços de transporte, saneamento, energia, água, limpeza urbana, comunicações, além de políticas sociais fundamentais como saúde, educação, assistência social, previdência social, moradia e cultura. Tais políticas e ações públicas viraram dispositivos de consumo coletivo financiados por fundo público, que complementam os salários pagos pelo capital e que se tornam essenciais no processo de reprodução da vida urbana. Essa tendência estrutural do capital terá expressões diferenciadas no mundo capitalista de acordo com a capacidade econômica e intensidade da mobilização popular.²

No período fordista-keynesiano, após a Segunda Guerra Mundial, o capitalismo entra num movimento expansionista espantoso e, pela primeira vez, o Estado capitalista se projetou como possibilidade de amenizar as consequências da propriedade privada dos meios de produção e da mercantilização dos serviços e objetos necessários à vida, de modo que as legislações trabalhistas e o *Welfare* aumentaram a presença do Estado na reprodução da força de trabalho. Essa originalidade histórica decorria de fatores combinados, pois foram práticas instituídas como resultado das lutas dos trabalhadores por direitos sociais, além de serem dispositivos econômicos de preservação da força de trabalho para a grande indústria no contexto da *Guerra Fria* e da expansão industrial tardia para a periferia, nos modelos conhecidos como *substituição de importações*. Tal mutação no modo de lidar com a *Questão Social* marca a base da estruturação das chamadas políticas sociais e do aprofundamento da divisão do trabalho com a profissionalização, entre outras áreas, do Serviço Social (IAMAMOTO, 2007).

² Essa agenda depende das contradições que movimentam o processo de acumulação, o Estado e as lutas sociais. A incumbência do Estado envolve captação de recursos, por meio de tributação, junto aos salários, ao mais-valor apropriado pelo capitalista e à renda de outras atividades. A distribuição desse fundo público inclui o que destinar para o consumo social, o que dirigir às necessidades da acumulação capitalista e o que absorver para as funções exclusivas do Estado, como a segurança da ordem. Por razões estruturais, o Estado no ciclo monopolista aprofunda os serviços que realiza para a economia capitalista e nas crises econômicas movimenta fortemente a dívida pública, socializando os custos do socorro ao capital com os trabalhadores. A disputa ferrenha pelo fundo público torna a ação do Estado na reprodução da força de trabalho historicamente incerta. E, por outro lado, a incorporação de tecnologia poupadora de trabalho vivo, o crescente aumento de excedente de força de trabalho e o desemprego permanente acionam as contradições sistêmicas na medida em que parte da força de trabalho não é necessária a acumulação, de modo que o Estado é pressionado a relegar os serviços de consumo coletivo e as políticas sociais.

Esse quadro socioinstitucional apresentou-se como uma contratendência à crise de 1929, tendo revertido à bancarrota econômica com altos índices de rentabilidade ao capital, com a efetiva expansão do sistema capitalista no mundo, recompondo as taxas de lucro. Contraditoriamente, o excesso de produção fabril no sistema mundial, ao final da década de 1960, ampliou sobremaneira a competição internacional e provocou o reverso entre os anos de 1970 e 1980, levando à estagnação econômica de longa duração, que motivou a agenda contratendencial do neoliberalismo e da financeirização (IAMAMOTO, 2007), precipitando novos riscos à reprodução dos trabalhadores, com a contrarreforma do Estado, o avanço da tecnologia-digital, a desregulação e precarização do trabalho.³

Esse quadro teórico interpretativo possibilita apreender criticamente as determinações sociais dos processos de reprodução humana no capitalismo, decorrendo-o, vale dizer, do esforço coletivo do Serviço Social para qualificar o trabalho profissional e o intercâmbio científico e político com outras áreas. Para tanto, as diretrizes curriculares dos cursos de Serviço Social no Brasil definiram, na década de 1990, a *Questão Social* como âmbito de atuação profissional do Assistente Social nos diferentes campos de trabalho, em torno do qual se requer competência em três fundamentos nucleares de conteúdo científico, referidos como fundamentos teórico-metodológicos da vida social, fundamentos da formação sócio-histórica da sociedade brasileira e fundamentos do trabalho profissional (ABESS, 1997).

Com essa referência nos é possível perceber também totalidades parciais, pois o modo desigual como o capitalismo se reproduz e a história diferenciada das aglomerações socio-humanas manifestam características peculiares às expressões da *Questão Social* entre os diferentes países, por isso a categoria formação social apresenta-se como mediação relevante nos estudos sobre esse dilema da reprodução da existência vital. Isso possibilita tratar a totalidade social capitalista na relação com a particularidade histórica e geopolítica do Brasil (e América Latina), enraizada no capitalismo dependente, marcado pelo caráter predatório de exploração sobre a natureza e os trabalhadores, incluindo a forma social da escravidão com o açoitamento de africanos e descendentes e toda sorte de violência social decorrente do holocausto colonial e da dinâmica oligárquica e heterônoma da dominação no contexto do Imperialismo. As estruturas sociais dessa formação social geram relações de classes, tensões e conflitos sociais, como uma particularidade histórica no contexto do desenvolvimento desigual imanente do capitalismo. E essa peculiaridade tem desdobramentos sobre as manifestações da *Questão Social* e merecem ser investigados pelo Serviço Social, nos seus diferentes campos de trabalho.

Na realidade, a *Questão Social* se desdobra diversamente entre as formações sociais e, também, sobre os trabalhadores em suas expressões de gênero, sexo, raça, etnia, idade e território, provocando insegurança e limitação de acesso a meios de vida, decorrente também da opressão social. Nesse sentido, a discriminação como violência desdobrada em racismo, sexismo, etarismo, capacitismo e segregação territorial constituem também expressões da *Questão Social*, como manifestação das contradições das relações capitalistas que entravam a

³ A crise tem origem nas condições de produção e realização das mercadorias, resultando em superprodução mundial, ou seja, excesso de capacidade no setor manufatureiro mundial que levou à queda da lucratividade do conjunto das empresas, impedindo a continuidade do dinamismo do ciclo anterior, dos “trinta anos gloriosos”. O apoio do Estado, socorrendo as empresas, ao longo desses últimos quarenta anos tem sido capaz de evitar a destruição maciça de capital e evitar essa destruição em larga escala tem sido o caminho das agendas dos Estados, ampliando a dívida pública (BARBOSA, 2018).

reprodução, porque as diferenças servem para dominar e viabilizar a compulsão por mais valor mediada pelas opressões.

Outro desafio importante dos estudos do trabalho profissional e das pesquisas envolve tratar essa insegurança para a reprodução dos trabalhadores também como expropriação social, além de ser exploração, reificação e opressão, como aludimos antes. Isso porque na dinâmica do capital, a expropriação não se limita àquela condição originária (acumulação primitiva) de transformação dos meios de vida em capital com o afastamento dos indivíduos da terra para submetê-los ao mercado capitalista (expropriação primária). Essa violência se repõe reiteradamente como expropriações secundárias, a partir da transformação continuada de meios de vida em negócios capitalistas, do desemprego decorrente da ampliação da maquinaria e da destituição de direitos sociais que aprofundam os limites para reprodução dos trabalhadores e suas famílias (FONTES, 2018).

Esse movimento regular de expropriação, tanto na origem do capitalismo como no seu desenvolvimento, visa reproduzir trabalhadores “livres” de outros meios de existência que é a “base social do capitalismo”, conservando e reproduzindo a sujeição, para garantir a lucratividade (FONTES, 2018, p. 18). Nesse sentido, a mercantilização de insumos da natureza, de serviços elaborados pelos próprios trabalhadores para sua subsistência e aqueles historicamente de responsabilidade do Estado ou por ele regulados são exemplos de expropriações secundárias na contemporaneidade. A contrarreforma do Estado e as desregulações sociais do neoliberalismo vêm provocando um amplo leque de expropriações, que poderiam ser melhor analisados no universo de trabalho dos assistentes sociais, de modo que fosse possível traçar as linhas invisíveis que ligam as experiências parciais do cotidiano com a totalidade social, gerando sistematizações ricas sobre a realidade concreta.

Por fim, ao lado dos desafios investigativos e profissionais mencionados, relacionamos mais um referente a fragilização das lutas no contexto social dilacerado, a partir da crise do capital iniciada nos anos de 1970. As expressões da *Questão Social* tomam a condição de barbárie (NETTO, 2012; BARBOSA, 2018), porque o capital em crise aprofunda seu metabolismo para punccionar trabalho vivo ao passo que aumenta o desemprego e a precarização das condições de vida. Além de pesquisas sistemáticas a esse respeito, o engajamento atento sobre o redesenhar político de novos modos de confrontação às ruínas sociais do capitalismo, reveste-se de desafio especial para a *práxis*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABESS. Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social. Cadernos ABESS, n. 7. São Paulo: Cortez, 1997.
- BARBOSA, R. N. C. Questão social, crise do capital e formação profissional: desafios ao Serviço Social na contemporaneidade. Sociedade em Debate, v. 24, n. 2, maio-agosto. Pelotas: UCPEL, 2018.
- BOSCHETTI, I. Assistência social e trabalho no capitalismo. São Paulo: Cortez, 2016.
- BRESCIANI, M. S. M. Londres e Paris no século XIX: o espetáculo da pobreza. 2ª edição. São Paulo: Brasiliense, 1984.
- ENGELS, F. A situação da classe trabalhadora na Inglaterra. São Paulo: Boitempo, 2010.

- FONTES, V. A. transformação dos meios de existência em capital – expropriações, mercado e propriedade. BOSCHETTI, Ivanete. Expropriação e direitos no capitalismo. São Paulo: Cortez, 2018.
- HOBBSAWM, E. J. Da Revolução Industrial inglesa ao Imperialismo americano. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978.
- IAMAMOTO, M. V. A questão social no capitalismo. *Temporalis*, ano 2, n. 3, jan./jun. Brasília: ABEPSS, 2001.
- _____. Serviço Social em tempo de capital fetiche. São Paulo: Cortez, 2007.
- MARX, K. O capital: crítica da economia política. Livro I, volume 1 e 2. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.
- NETTO, J. P. Cinco notas a propósito da “Questão Social”. *Temporalis*, ano 2, n. 3, jan./jun. Brasília: ABEPSS, 2001.
- _____. Capitalismo e barbárie contemporânea. *Argumentum*, Vitória (ES), UFES, v. 4, n.1, p. 202-222, jan./jun., 2012.
- PASTORINI, A. A Categoria Questão Social em Debate. São Paulo: Cortez, 2004.
- SANTOS, J. S. A questão social: particularidades no Brasil. São Paulo: Cortez, 2012.

RACISMO

Magali da Silva Almeida

Até a metade da última década do século XX as classes dominantes e o Estado brasileiro afirmaram a inexistência do racismo como fator de produção de desigualdades entre os grupos raciais e de gênero. Apesar das lutas sociais emplacadas pelos trabalhadores(as) engajados em suas organizações políticas, em especial, nos Movimentos Negros e Indígenas¹ desde a formação social colonial, são grandes os desafios para demover os processos de violências e silenciamentos da discriminação e do preconceito raciais, que ocultam as verdadeiras raízes e funções do racismo estrutural.

Somente a partir de 1995 o Estado brasileiro reconhece a dimensão estruturante do racismo na organização da vida social, política e econômica e cultural, que mantém à margem dos bens e serviços públicos a maioria da população negra² e indígena no Brasil. Desde então, são aprofundadas as iniciativas das políticas públicas de promoção da igualdade racial para o combate ao racismo estrutural e institucional por meio da criação de instâncias na estrutura do Estado responsáveis pelo enfrentamento – a partir de normas e legislações específicas configurando políticas valorativas e de ações afirmativas, que visam a ampliar a responsabilidade do Estado, restrita até então a ações repressivas, salvaguardadas à época, legitimamente, na criminalização do racismo, em consonância com a Constituição Federal de 1988.³

Em 1995, pela primeira vez na história republicana brasileira, um governo democraticamente eleito reconhece que as históricas desigualdades raciais necessitariam de tratamento específico por parte do Estado, o que ainda não sinalizava para a adoção de políticas de ação afirmativa. A ideologia do Estado Brasileiro responsável pela disseminação da existência do racismo e das desigualdades raciais, o mito da ideologia da democracia racial, vem perdendo força de maneira gradativa ao longo dos últimos dez anos. A partir daquele momento uma nova fase emergiria no cenário político nacional, no que tange ao que passou a ser chamado de “promoção da igualdade racial” (SANTOS, 2009, p. 241).

Evidentemente, essa condição estrutural que alimentou o racismo à brasileira forjou a falácia sobre a democracia racial defendida pelo Estado, conforme o ponto de vista de SANTOS (2009), mas abalada historicamente pelos antirracismos dos Movimentos Negros e dos Povos Originários, particularmente, ao longo do século XX até o tempo presente.

Este verbete apresenta é uma contribuição ao debate do racismo como determinação da saúde. A análise histórica desse fenômeno político e social e sua relação com a saúde considera o processo saúde/doença como determinação do modo de produção capitalista.

¹ Utilizo o termo Movimentos Negros e Indígenas no plural por reconhecer a diversidade e dinâmicas próprias desses movimentos, que a meu juízo, não são blocos monolíticos.

² De acordo com o Estatuto da Igualdade Racial, nas Disposições Preliminares, Art. 1º, Parágrafo Único, afirma que “IV – população negra o conjunto de pessoas que se autodeclararam pretas e pardas, conforme o quesito cor ou raça usado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ou que adotam autodefinição análoga”.

³ O debate sobre políticas de promoção da igualdade racial e de ações afirmativas pode ser aprofundado em Santos (2010).

Por este ponto de vista, a produção e reprodução das condições de saúde dos(as) trabalhadores(as) está inscrita na formação social capitalista dependente e na sua dinâmica histórica de legado colonial, base das desigualdades sociais e das iniquidades em saúde em solo brasileiro. Desta forma, justifica-se um conjunto de políticas pública no seu enfrentamento. E neste curso, de séculos de dominação/opressão, resistências ao projeto colonial foram confrontadas pelos trabalhadores(as) negros(as) escravizados(as) e posteriormente assalariados (as) e dos povos indígenas frente a dizimação e genocídio da civilização africana e dos povos originários em toda América Latina decorrentes da colonialidade do poder e do saber.

RAÇA, RACISMO E SUPREMACIA BRANCA

A raça e o racismo têm contribuído de forma devastadora nas condições de vida dos grupos racializados em todo planeta. No tempo presente, a política de guerra às drogas, o encarceramento em massa, a mortalidade materna e o aumento exponencial de pessoas vivendo precariamente nas ruas (população em situação de rua) das grandes metrópoles tem afetado a infância, juventude e mulheres e são expressões do racismo sistêmico e da manutenção de estruturas discriminatórias para sua manutenção.

A produção de conhecimento e práxis negras para transformação das situações das iniquidades em saúde relacionando raça e racismo, envolvem vários campos científicos em diálogo com outros saberes e práticas sociais que organizam a vida e formas de preservação pelos povos tradicionais, povos de terreiros, quilombolas, ciganos, ribeirinhos dentre outros em defesa da saúde e do bem viver. Com isso admitimos que a luta antirracista envolve políticas públicas de várias áreas por parte do Estado, assim como a contribuição do conjunto da sociedade civil mobilizando formas de ser e viver apagadas pelo colonialismo e pela colonialidade.

Uma breve abordagem histórica sobre o termo *raça* identifica a sua dinâmica e feição plurívoca. Para ALMEIDA (2018), seu sentido está sempre ligado às circunstâncias históricas. Para o autor “por trás da *raça*, sempre há contingência, conflito poder e decisão [...] se trata de um conceito *relacional e histórico* [grifos do autor]” (p. 20). Foram as circunstâncias históricas em meados do século VI que forneceram o sentido específico à ideia de *raça* associada às concepções cristãs e à racionalidade mercantilista, de homem universal, que, arbitrariamente construída, fortaleceu estruturas e interesses políticos e econômicos dos povos europeus, brancos, masculinos, cristãos e detentores do capital levando à cabo o projeto colonial e no capitalismo em todas os ciclos e fases.

Em linhas gerais, desde o Iluminismo a ideia de *raça* ganha força política através do discurso filosófico, espraiando-se pela ciência de caris liberal. Cesare Lombroso, Arthur de Gabineau, Karl Pearson, Francis Galton são alguns nomes que influenciaram o pensamento social brasileiro através do que foi denominado *racismo científico* do século XIX, por meio das formulações de Silvio Romero, Raimundo Nina Rodrigues e Renato Ferraz Kehl, o último é uma das grandes referência do Movimento Eugênista, muito influente no Brasil no século XX.

O espírito positivista surgido no século XIX transformou as indagações científicas de tal sorte que o *objeto filosófico*, o homem, passou a ser *objeto*

científico. A biologia e a física serviram de modelos explicativos da diversidade humana: nasce a ideia de que características biológicas-determinismo biológicas – ou condições climáticas e/ou ambientais – determinismo geográficos – seriam capazes de explicar as diferenças morais, psicológicas e intelectuais entre as diferentes *raças*. Desse modo, a pele não branca e o clima tropical favoreceriam o surgimento de *comportamentos imorais, lascivos e violentos*, além de indicarem *pouca inteligência* [grifos do autor] (ALMEIDA, 2018, p. 23).

Por sua constituição histórica a ideia de *raça* opera sob duas dimensões indissociáveis: como *característica biológica*, em que a identidade racial está vinculada ao fenótipo e como *característica étnico-cultural*, em que a identidade está associada à língua, à origem nacional e geográfica, à nacionalidade” (ALMEIDA, 2028). Contudo, *raça* tal qual *gênero* são construções sociais, manejadas nas estruturas de supremacia branca e patriarcais para classificar e hierarquizar, para dominar/explorar seres humanos com vistas na manutenção do projeto capitalista e da riqueza e privilégios de uma classe sobre a outra.

De acordo com o pensamento de Diangelo (2018, p. 38), podemos afirmar que

[...] a crença de que a *raça* e as diferenças a elas associadas são biológicas está profundamente arraigada. Para questionar a crença na *raça* como determinação biológica, temos de entender os investimentos socioeconômicos, a ciência a organizar a sociedade, e seus recursos paralelamente às linhas raciais e por que essa organização é tão duradoura.

Tomando o propósito de Almeida (2018) como recurso à análise e debate do racismo, podemos inferir que existem relações de poder estruturadas pela supremacia branca que, interseccionadas com patriarcado no capitalismo, produzem ideias sobre o racismo, a saber: individualista, institucional e estrutural.

O racismo individual é visto como uma *patologia social*, é acionado a partir do preconceito e posto em prática através de ações discriminatórias por indivíduos isoladamente ou em grupo.

Sob este ângulo, *não haveria sociedade ou instituições racistas que agem isoladamente ou em grupo*, mas indivíduos racistas, que agem isoladamente ou em grupo. Desse modo, o racismo ainda que possa ocorrer de maneira indireta, manifesta-se, principalmente, na forma de discriminação direta (ALMEIDA, 2018, p. 28).

A concepção *individual* do racismo direciona para os comportamentos individuais ou grupais a obra da discriminação, assim como a responsabilidade de sua permanência e manutenção. As ações para seu enfrentamento privilegiam medidas jurídico-legais.

O racismo concebido como *institucional*, não se resume a comportamentos individuais ou grupais. Esta concepção analisa o racismo como “resultado do *funcionamento* das instituições, que passam a atuar em uma dinâmica que confere [...] desvantagens e privilégios a partir da *raça* [grifos do autor]” (ALMEIDA, 2018, p. 29). Esta abordagem ganha visibilidade a partir do movimento negro Panteras Negras nos EUA na década de 1960, em

decorrência da letalidade negra pela violência policial.⁴ As particularidades das formações sociais onde o racismo estrutura as relações de poder devem ser consideradas *per se*. Contudo a grande contribuição desse debate, segundo Almeida (2018), é a tese de que

os conflitos raciais também são parte das instituições. Assim, a desigualdade racial é uma característica da sociedade não apenas por causa da ação isolada de grupo ou de indivíduos racistas, mas fundamentalmente porque as instituições são hegemônicas por determinados grupos raciais que utilizam mecanismos institucionais para impor seus interesses (p. 30).

Podemos destacar nessa reflexão o deslocamento analítico da ação individual para o âmbito das relações de poder institucionais, contradições e conflitos inerentes às estruturas e normas criadas pelos grupos hegemônicos. Por esta via, o racismo pode ser mantido ou enfrentado nas organizações através de políticas de ação afirmativas, com vistas aos enfrentamentos das desigualdades raciais.

Para Silvio Almeida (2018), o racismo é sempre estrutural porque ele é um elemento que integra a organização econômica e política da sociedade. Ao contrário de sua manifestação injusta e imprópria, o racismo é um fenômeno de normalidade em sociedades de classes desiguais e com profundas iniquidades, como o Brasil. Portanto o racismo não é um fenômeno patológico, uma anormalidade. O racismo oferece a lógica, a racionalidade e a tecnologia para perpetuar desigualdades e violências (psíquicas, simbólicas, culturais, religiosas, ambientais, linguísticas, epistêmicas, econômicas, dentre outras), bem como sustentar privilégios dos não negros ancorados na supremacia branca.

Mulheres negras e indígenas de várias regiões do planeta têm abordado o racismo e os processos de racialização da comunidade negra e indígena como fatores centrais de dominação e opressão na era neoliberal, tais fatores pressionam Estados nacionais e órgãos multilaterais para a formulação de políticas econômicas e sociais que revertam os efeitos do neoliberalismo que tem promovido a miséria, as guerras e desproteções do trabalho no extremo da precarização. Um verdadeiro genocídio desse grupo racial destituindo de forma sistêmica sua humanidade. Processos de resistências como as Conferências das Mulheres, de Combate ao Racismo, Xenofobia e Intolerâncias Correlatas, em nível internacional, são balizas do antirracismo nas quais as mulheres negras e indígenas tem protagonizado. Igualmente nas conferências nacionais da Saúde, Assistência, Igualdade Racial, Educação e outras. No Brasil, o conceito de racismo patriarcal heteronormativo formulado pelas feministas negras interseccionais aponta para um modo específico de conceber o racismo. Assim, Werneck e Iraci o definem

É um modo de definir o racismo atuante no Brasil e seus modos de atuação diferenciada a partir do sexismo e das fobias LGBT. O conceito permite chamar atenção para os diferentes processos que atuam na produção da subordinação de indivíduos e grupos, jogando luz ao fenômeno denominado de interseccionalidade. Sob o racismo patriarcal heteronormativo, processos de subordinação, violência e inferiorização das pessoas negras adquire ferramentas que atingem de forma específica

⁴ Cf. CARMICHAEL, Stokely. O poder negro, 2018.

todas as que se situam em posições femininas dentro do espectro das identidades de gênero (p. 14)

Em síntese, é fundamental o reconhecimento da raça como categoria analítica e do racismo como elemento estrutural e estruturante das relações sociais e formas de organização da vida, pois segundo a congruência dos (as) intelectuais negros (as) antirracistas, a pobreza, a fome, a falta de moradia, o desemprego, o encarceramento em massa, a ação truculência do aparato policial e do tráfico de drogas que incidem de forma letal sobre os corpos negros, são expressões de violências naturalizadas, reiteradas sistematicamente pelo racismo e suas políticas e pelo pertencimento racial. A dimensão política do racismo decorre de fatores históricos como a escravidão e, quando da sua extinção formal, na criação de barragens na sociedade industrial competitiva reiterando a nossa formação racista e classista, alimentando-as continuamente (COSTA; MENDES, 2022). A esta estrutura discriminatória, associa-se a ausência de políticas de proteção social da população negra e indígenas nos vários ciclos de vida, infortúnio que atinge em maior número pessoas pretas e pardas e os povos indígenas.

AUTODECLARAÇÃO E A IMPORTÂNCIA DO REGISTRO DO QUESITO RAÇA/COR NOS DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS

Para Barbosa (2012), em contextos sócio-históricos estruturados pelo tripé patriarcalismo, racismo e classe, deve-se reputar a força da *raça* na conformação identitária da população como uma das formas de organização do poder dominante. Segundo a autora, a “ideia de raça é, com toda a certeza, o mais eficaz instrumento de dominação inventado nos últimos 500 anos” (Quijano *apud* BARBOSA, 2012). A autora nos convoca a reflexão da raça e sua função estrutural de organização da vida e classificação racial dos indivíduos na Modernidade, sobretudo na definição de humanidade, condição ontológica descredida à população negra e indígena pelo colonialismo e pelo Estado no capitalismo dependente.

A equidade é um dos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS). Para que esse princípio se consolide e promova mudanças na saúde dos(as) usuários(as) é necessário que se conheça a realidade e as necessidades em saúde de quem utiliza o sistema, e é nesse contexto a importância da autodeclaração no quesito raça/cor nos serviços de saúde. A Política Nacional Integral da População Negra (PNSPN)⁵ é uma política de Estado e foi legalizada em 13 de maio de 2009, através da portaria nº 992 do Ministério da Saúde. Desde então, o protocolo institucional dessa política estabelece a obrigatoriedade do preenchimento do quesito raça/cor nos sistemas de informação em saúde incluindo os prontuários e demais registros técnicos da área de saúde de todos(as) os(as) profissionais da área.

Contudo, o cotidiano das instituições de saúde registra convive com a cultura do silêncio sobre a *raça/etnia* dos(as) usuários(as) do Sistema Único de Saúde, contrariando a Portaria nº 344 de 2017, do Ministério da Saúde, que atualiza as disposições sobre o quesito em todos os sistemas de informação em saúde. Iniciativa relevante do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) em defesa da garantia de direitos da população negra e indígena, em

⁵ Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), 2009. A Lei Federal 12.288 de 2010, que promulga o Estatuto da Igualdade Racial (TÍTULO II, DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS, CAPÍTULO I DO DIREITO À SAÚDE) incorporou a Portaria nº 992 de 13 de maio 2009, que institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

2022 propõe uma Nota Técnica sobre o trabalho de assistentes sociais e a coleta do quesito Raça/Cor/Etnia (2022) escrita por Marcia Campos Eurico, na qual orienta a conduta técnica dos assistentes sociais em vistas ao combate ao racismo.

Cabe uma nota elucidativa. O campo saúde da população negra é gestado fora dos marcos da academia, por iniciativa de ativistas do Movimento Negro, particularmente do Movimento de Mulheres Negras. Suas primeiras inserções na agenda para equidade racial e de gênero nas políticas públicas de saúde datam da década de 1980, nas esferas estadual e municipal em São Paulo. No âmbito federal, isto só ocorre em 1995, após a Marcha Zumbi dos Palmares Contra o Racismo, Pela Cidadania e a Vida, quando o governo federal cria o Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra/GTI e o subgrupo Saúde.

Cabe ressaltar que a mais de 40 anos o feminismo negro, desde 1980, constrói equidade racial na saúde. Recentemente, o Movimento dos Povos Indígenas promoveu um amplo debate e uma campanha para a autodeclaração indígena, questionando os processos de negação das identidades de pertencimento de etnias nos territórios aldeados ou em territórios urbanos. Há nos processos de dominação étnico-racial o reconhecimento da violência do colonialismo que por séculos apagou o legado africano, afro-brasileiro e indígenas na produção da vida, sobretudo dos saberes em defesa da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARBOSA, M. I. Saúde da população negra. IPEA, 2011, ano 11, Edição 70- 29/02/2012. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&view=article&id=2687:catid=28&Itemid=23>. Acesso em 23 de set. de 2023.
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf>. Acesso em 20 de set. de 2023.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf>. Acesso em 20 de set. de 2023.
- CARMICHAEL, S; PEREIRA, A. M. O poder negro. 2ª ed. Belo Horizonte: Nandyala, 2018.
- COSTA, P. H. A; MENDES, K. T. “Negro: de bom escravo a traficante”: contribuições de Clóvis Moura à crítica da guerra às drogas no Brasil. Revista Sociedade e Estado, v. 37, n. 2. Maio/Agosto de 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/se/a/qS545VxdWgG8r8nDZLnDsnn/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 2 de ago. de 2023.

- EURICO, M. C. Nota Técnica sobre o trabalho de assistentes sociais e a coleta do quesito Raça/Cor/Etnia (2022). CFESS, 2022.
- MOURA, C. O negro: de bom escravo a mau cidadão? 2ª ed. São Paulo: Dandara, 2021. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento/PNUD e da Organização Pan-Americana da Saúde/OPAS. Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade. Disponível em: <<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3589/Saude-Populacao-Negra.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em 12 de set. de 2023.
- SANTOS, M. A. O. Política negra e democracia no Brasil contemporâneo: reflexões sobre os movimentos negros. PAULA, M. de; HERINGER, R (Ogs.). In: Caminhos convergentes: estado e sociedade na superação das desigualdades raciais no Brasil. Rio de Janeiro: Fundação Heinrich Boll ActionAid, 2009.
- SANTOS, S. A. Políticas públicas de promoção da igualdade racial, questão racial, mercado de trabalho e justiça trabalhista. Rev. TST. Brasília, v. 76, n. 3, jul./set. de 2010. Disponível em <https://juslaboris.tst.jus.br/bitstream/handle/20.500.12178/18076/003_santos.pdf?sequence=4&isAllowed=y>. Acesso em 12 de jul. de 2023.
- WERNECK, J; IRACI, N. A situação dos direitos humanos das mulheres negras no Brasil violências e violações. GELEDÉS; CRIOLA, 2014. Disponível em: <<https://fopir.org.br/wp-content/uploads/2017/01/Dossie-Mulheres-Negras-.pdf>> Acesso em 24 de set. de 2023.

REFORMA PSIQUIÁTRICA

Marco José de Oliveira Duarte

A história de construção da Reforma Psiquiátrica no Brasil consiste, fundamentalmente, na crítica radical ao modelo manicomial na assistência psiquiátrica brasileira – desde seu marco original, com a inauguração do Hospício Pedro II, em 1852, no Rio de Janeiro, até o fim dos anos de 1970 –, que se baseia em três elementos centrais de combate às violências desta instituição total, o manicômio, são elas: a concepção de isolamento, terapêutico e social, do dito louco, como no modelo prisional, excluindo-o da família, do trabalho, da sociedade; o estatuto de periculosidade e incapacidade da pessoa com transtorno mental, reforçando a discriminação e estigmatização da loucura; e o paradigma psiquiátrico hospitalocêntrico-medicalizador (COSTA-ROSA, 2013), ainda atual, a partir do modelo biomédico, do método clínico curativo e médico-centrado, com internação permanente dos sujeitos em sofrimento mental e dos que fazem uso prejudicial de drogas, com mendicamentalização e medicalização da vida (DUARTE, 2014; 2015; 2016).

A Reforma Psiquiátrica é um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais em torno do “louco” e da “loucura”, mas especialmente em torno das políticas públicas para lidar com a questão. Trata-se de um processo político e social complexo (AMARANTE, 2007, p. 63), e não como modelo ou sistema, como insistem os saberes disciplinares e instituídos do Estado brasileiro. “Embora contemporâneo da Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar” (BRASIL, 2005, p. 6) e na luta pelos direitos humanos dos ditos loucos.

Assim, é que se observa dois movimentos, o primeiro que se origina na organização de um sujeito coletivo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, no agenciamento de trabalhadores, usuários e familiares, no que se denominou de movimento da luta antimanicomial (DUARTE, 2010), que também se origina no final dos anos de 1970, no contexto de redemocratização do país, mas que tem sua fundação (Carta de Bauru) e consigna “Por uma sociedade sem manicômios”, em 1987 e sua primeira cisão, nos anos 2000. Atualmente se apresenta sob o signo da multiplicidade, com diversos sujeitos coletivos, temas, projetos e cenários políticos.

O segundo, diz sobre o processo de implantação dos serviços extra-hospitalares, substitutivos ao modelo assistencial-psiquiátrico hegemônico, os hospícios e manicômios, verdadeiros depósitos de (des)humanos, ou, como no dizer de Franco Basaglia, em verdadeiros “campos de concentração”.¹ Esta rede de serviços começa, em São Paulo, com o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em 1987, em seguida, em 1989, com o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), em Santos, na modalidade 24h e outras modalidades deste tipo começam a se espalhar pelo país. É neste contexto que emerge, em

¹ Quando o psiquiatra italiano Franco Basaglia visitou, em 1979, o Hospital Colônia, em Barbacena-MG, por ocasião do Congresso Mineiro de Psiquiatria, em Belo Horizonte (MG), declarou, em uma coletiva de imprensa, que tinha visitado um campo de concentração nazista. É neste contexto que o jornal *Estado de Minas*, através do jornalista Hiram Firmino, publica uma série de reportagens intitulada “Nos porões da loucura” e também, no mesmo ano, foi produzido o documentário *Em nome da razão* pelo cineasta Helvécio Rattón para sensibilizar a população para as atrocidades da referida instituição.

1992, a primeira legislação sobre CAPS, NAPS e hospital-dia, mas somente com a Portaria GM/MS Nº 336/2002 é que se regulamenta os tipos de CAPS até então na rede de saúde mental. Contudo, isto só foi possível como consequência e impulsionada pela promulgação da nova lei da saúde mental, ou da Reforma Psiquiátrica, a Lei Federal Nº 10.216, de 06 de abril de 2001 (BRASIL, 2001).

No Brasil, em 1987, a Carta de Bauru e o relatório final da I Conferência Nacional de Saúde Mental e a Declaração de Caracas, em 1990, condenam o manicômio, por: a) isolar o doente do seu meio, gerando, dessa forma, maior incapacidade social; b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis dos ditos doentes; c) requerer a maior parte dos recursos humanos e financeiros destinados pelos países aos serviços de saúde mental; e d) fornecer ensino insuficientemente vinculado com as necessidades de saúde e outros setores (DUARTE, 2012). Em 1991, a Assembleia da Organização das Nações Unidas, adota os “Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental”, apontando para a centralidade do modelo de base comunitária.

Amarante (2007, p. 64) na sua análise do campo da saúde mental e atenção psicossocial no contexto da Reforma Psiquiátrica, como processo social complexo, aponta para quatro dimensões, são elas: teórico-conceitual; jurídico-político; técnico-assistencial e sociocultural. Neste sentido, pode-se deduzir que a Reforma Psiquiátrica é uma aposta de um projeto civilizatório, “ao romper com a visão biológica reducionista e produzir uma desmontagem dos conceitos basilares da psiquiatria, ela propõe construir/tecer/inventar o seu campo teórico-conceitual, estabelecendo um amplo, profundo e radical diálogo entre as diferentes disciplinas e conhecimentos que tratam do humano” (YASUI, 2010, p. 101). É por isto que a reforma também aposta na construção de uma ampla rede de cuidados (familiares, amigos, colegas da escola, do trabalho) que não se reduz a burocráticas equipes e seu trabalho taylorizado.

Desta forma, o trabalho coletivo em saúde mental “só pode ser concretizado como uma prática social que sonha utopias, que trabalha e acredita em uma sociedade mais justa e igualitária, que respeite radicalmente as diferenças” (YASUI, 2010, p. 112). Esta é uma disposição ético-política do modo psicossocial (COSTA-ROSA, 2000) que é radicalmente oposto ao modo manicomial. É fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica uma rede comunitária de cuidados, potente, composta pela articulação permanente com os serviços de saúde, instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades, propiciando um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental (AMARANTE, 1995). Para a organização desta rede, a territorialização do cuidado é estratégia (DUARTE, 2017) que designa “não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária” (BRASIL, 2005, p. 25-26). É neste contexto que emergem os novos métodos de desinstitucionalização, que segundo Vasconcelos (2008) estão na desconstrução dos saberes, na reinvenção da cidadania e nas novas abordagens em saúde mental.

Os CAPS, assim, são mais que serviços substitutivos ao aparato manicomial, de base comunitária e territorial, com ações intersetoriais e em rede, eles são os carro-chefe da Reforma Psiquiátrica. Um dos seus pilares, na produção do cuidado integral e da atenção psicossocial das pessoas em sofrimento mental, é o acolhimento e o vínculo, radicalmente diferente de qualquer modo de triagem e encaminhamentos realizados por instituições

psiquiátricas, sem a corresponsabilização ética e política necessária da equipe no modo de produção da saúde.

O acolhimento é o primeiro contato do usuário com o serviço e tem como objetivo ‘compreender a situação, de forma mais abrangente possível, da pessoa que procura o serviço e iniciar um vínculo terapêutico e de confiança com os profissionais que lá trabalham’. O estabelecimento de um diagnóstico, embora importante, ‘não deverá ser o único nem o principal objetivo desse momento de encontro do usuário com o serviço’. Da mesma forma, a triagem ou o encaminhamento para internação não fazem parte dos objetivos do acolhimento (BRASIL, 2004, p. 15).

A Portaria GM/MS nº 3.088 (BRASIL, 2011) que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), apresenta um conjunto de dispositivos assistenciais, para além dos CAPS, como estratégia psicossocial, tais como os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), o Programa de Volta para Casa (PVC), Consultório na Rua, Centros de Convivência e Cultura (CCC), Leitos de atenção integram em saúde mental, álcool e outras drogas em hospitais gerais, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Unidades de Acolhimento, Serviços Hospitalares de Referência e as Comunidades Terapêuticas, identificadas como serviços de atenção residencial de caráter transitório, locus do poder punitivo (DUARTE; ARAUJO, 2020).

A política de saúde mental com foco na atenção aos usuários de álcool e outras drogas, tem, em 2003, de forma pioneira, uma legislação pública, a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003), que no âmbito da atenção psicossocial do SUS e na perspectiva dos direitos humanos destes usuários (BARCELLOS; DUARTE, 2020), toma a abordagem teórica-política da estratégia de redução de danos, traçando estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa da vida.

A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento (BRASIL, 2003, p. 10).

Assim, alargando o campo da saúde mental e rompendo com o modelo psiquiátrico-manicomial, tem-se a questão do uso prejudicial de substâncias psicoativas, sobretudo o álcool.

A assistência a usuários de álcool deve ser oferecida em todos os níveis de atenção, privilegiando os cuidados em dispositivos extra-hospitalares, como os Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPSad),

devendo também estar inserida na atuação do Programa de Saúde da Família, programa de Agentes Comunitários de Saúde, e da Rede Básica de Saúde (BRASIL, 2003, p. 19-20).

Duarte (2018) afirma que é no período entre dois marcos históricos do processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, portanto, entre a Lei Nº 10.216/2001 e a IV Conferência Nacional de Saúde Mental/Intersetorial, de 2010, que se obteve importantes avanços no processo da Reforma Psiquiátrica, com foco na desinstitucionalização, tanto na substantiva redução de leitos psiquiátricos, como na ampliação da cobertura assistencial dos dispositivos da atenção psicossocial, particularmente, os CAPS. Contudo, o autor chama a atenção para a coexistência paradoxal e contraditória, atualmente, entre os dois modelos assistenciais presentes, apesar do enfrentamento, da resistência e da disputa no campo da saúde mental, são eles, o hospitalocêntrico-manicomial e a estratégia psicossocial, e que pode ser observado como resposta do Estado frente a falaciosa epidemia do crack a partir de 2010.

Segundo Guimarães e Rosa (2019), com a Portaria GM/MS Nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, a ambulatorialização e a remanicomialização são dois elementos da nova política de saúde mental do governo Temer. Reforçado, portanto, em acentuados retrocessos político-assistenciais, com a Nota Técnica Nº 11/2019, do Ministério da Saúde do governo Bolsonaro (DUARTE *et al.*, 2020a). Esta incentivou financeiramente a internação nos hospitais psiquiátricos, como cuidado, inclusive de crianças e adolescentes; a legitimação das comunidades terapêuticas como lugar estratégico de tratamento; o investimento público na compra de equipamentos de eletroconvulsoterapia, dentre outros, caracterizando, assim, a contrarreforma psiquiátrica, com nítida ameaça e desmonte da política pública, com novas legislações, no contexto da pandemia (DUARTE *et al.*, 2020b), como o “revogação” de portarias estratégias para o campo da saúde mental até a extinção do setor na pasta governamental.

Ressalte-se que são vários os desafios atuais de sustentação da Reforma Psiquiátrica, principalmente, com o novo governo federal, a partir de 2023, e o processo de reconstrução da política pública de saúde mental, álcool e outras drogas, após os retrocesso, de 2010 a 2016 e os desmontes, de 2017 a 2022, mesmo com as ofensivas do contexto ultraneoliberal para garantir políticas públicas. Portanto, questões como a retomada da conferência nacional de saúde mental, a participação e protagonismo de usuários e familiares, a redução de leitos, a ampliação das residências terapêuticas, o refinanciamento do PVC, a retomada do debate sobre os manicômios judiciais, a potencialidade da rede de cuidados no território, a intersetorialidade, a relação da saúde mental na atenção primária, na estratégia de saúde da família, no NASF, no matriciamento, seja para a infância e adolescência, como para mulheres e homens adultos em sofrimento mental, ou em decorrência do uso prejudicial de drogas, a questão do racismo, da LGBTQIAPN+fobia, do sexismo e outras tantas violências e sofrimentos psicossociais que afetam os sujeitos em seus modo de andar a vida.

É necessário retomar estes e outros debates, como a inclusão social, pelo trabalho, pelas ações afirmativas, pela moradia, como a potência dos Centros de Convivência e Cultura, a articulação das políticas de saúde mental e drogas na mesma pasta governamental, a ampliação dos dispositivos da RAPS, sem as comunidades terapêuticas, a retomada da centralidade da estratégia de redução de danos associada ao uso prejudicial de drogas, a questão da acessibilidade, da ampliação da cobertura e da equidade, a formação e a educação

permanente dos trabalhadores do SUS e a dignidade do seu trabalho, com plano de cargos e carreira, salário decente, carga horária justa, que configure um processo de trabalho em saúde mental voltado para sustentar, reconstruir e fortalecer a Reforma Psiquiátrica que é um projeto coletivo produzido ética e politicamente entre muitos, trabalhadores, usuários, familiares e gestores por uma sociedade sem manicômios. Assim, nenhum passo atrás, manicômios nunca mais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARANTE, P. (Org.). Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- _____. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- BARCELLOS, W. S.; DUARTE, M. J. O. Política de drogas, modelos assistenciais e a rede de atenção aos usuários no Brasil: uma análise crítica. In: BARCELLOS, W. S.; DUARTE, M. J. O. (Org.). Políticas sociais brasileiras em contextos de crise: desafios contemporâneos. Belo Horizonte: Ed. UEMG, 2020.
- BRASIL. Lei Federal 10.216, de 06 de abril de 2001. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 abr. 2001.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas. Brasília, Ministério da Saúde, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, nov. de 2005.
- _____. Portaria GM/MS N. 3.088, de 23 de dez. de 2011.
- COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
- _____. Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica: contribuição a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva. São Paulo: UNESP, 2013.
- DUARTE, M. J. O. Movimentos e lutas sociais na saúde: o caso do movimento nacional da luta antimanicomial. Em Pauta – Teoria Social e Realidade Contemporânea, Rio de Janeiro, v. 7, n. 25, p. 131-149, julho, 2010.
- _____. O processo de construção do campo psicossocial na política pública de saúde mental: uma análise micropolítica da produção do cuidado. 2012. 238f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.
- _____. Construindo redes de cuidado na atenção à saúde mental, crack, álcool e outras drogas: intersectorialidade e direitos humanos. In: MONNERAT, G. L. *et al.* (Org.). A intersectorialidade na agenda das políticas sociais. Campinas: Papel Social, 2014.
- _____. Da lógica manicomial à rede de atenção psicossocial: a questão das drogas no campo da saúde mental e as internações forçadas. In: FERNANDEZ, O. F. R. L.; NERY-

- FILHO, A.; ANDRADE, M. M. (Orgs.). *Drogas e políticas públicas: educação, saúde e direitos humanos*. Salvador; Brasília: EdUFBA; ABRAMD, 2015.
- _____. Saúde mental, drogas e território: a garantia de direitos versus a repressão como estratégia de cuidado. In: SOUZA, Â. C. de *et al.* (Orgs.). *Entre pedras e fissuras: a construção da atenção psicossocial de usuários de drogas no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2016.
- _____. Rede, território e produção de cuidado: a estratégia atenção psicossocial em questão. In: CORREIA, L. C.; PASSOS, R. G. (Orgs.). *Dimensão jurídico-política da reforma psiquiátrica brasileira: limites e possibilidades*. Rio de Janeiro: Gramma, 2017.
- _____. Política de saúde mental e drogas: desafios ao trabalho profissional em tempos de resistência. *Revista Libertas, Juiz de Fora*, v. 18, n. 2, p. 227-243, ago./dez., 2018.
- _____. Racismo, subjetivação e saúde mental: contribuições para a reforma psiquiátrica antimanicomial. In: DAVID, E. C. *et al.* (Org.). *Racismo, subjetividade e saúde mental: o pioneirismo negro*. São Paulo: Hucitec, 2021.
- _____; COE, N. M. A construção do campo da atenção psicossocial na política pública de saúde mental no Brasil: rupturas, tessituras e capturas. In: DUARTE, M. J. O.; PASSOS, R. G.; GOMES, T. M. S. (Org.). *Serviço social, saúde mental e drogas*. Campinas: Papel Social, 2017.
- _____; ARAUJO, R. C. C. Comunidades terapêuticas, drogas e poder punitivo: implicações éticas ao trabalho profissional no campo da saúde mental. In: MELO, A. I. S. C.; CARDOSO, I. C. da C.; FORTI, V. L. (Orgs.). *Trabalho, reprodução social e serviço social: desafios e utopias*. Uberlândia: Navegando, 2020.
- _____. *et al.* A saúde mental em tempos de desafios e retrocessos: uma revisão. *Argumentum, Vitória*, v. 12, n. 2, p. 91-106, maio/ago., 2020a.
- _____. *et al.* Pandemia, saúde mental e drogas: as vidas precárias como questão no serviço social. In: GOMES, T. M. S.; PASSOS, R. G.; DUARTE, M. J. O. (Org.). *Saúde mental e drogas em tempos de pandemia: contribuições do serviço social*. Uberlândia: Navegando, 2020b.
- GUIMARÃES, T. de A. A.; ROSA, L. C. dos S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. *O Social em Questão*, Rio de Janeiro, Ano XXII, n. 44, p. 111-138, maio/ago., 2019.
- VASCONCELOS, E. M. (Org.). *Abordagens psicossociais*, v. II – Reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e da lutas populares. São Paulo: HUCITEC, 2008.
- YASUI, S. *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2010.

REFORMA SANITÁRIA

Maria Inês Souza Bravo

O texto está organizado em quatro eixos centrais: concepção histórica e ideário da Reforma Sanitária a partir de meados dos anos 1970; institucionalização do SUS, principais entidades bem como sujeitos sociais participantes do movimento sanitário; e atualidade das proposições da Reforma Sanitária.

A saúde e as demais políticas sociais foram privatizadas no período da ditadura civil-militar de 1964, e houve o mau uso dos recursos públicos. O que ocorreu foi a construção de um sistema de saúde extremamente perverso, pois não respondia às necessidades da população e também agravava a saúde desta na medida em que fazia o que dava mais lucro, internando mais do que o necessário e deixando de gastar em ações de prevenção e promoção de saúde, assim como em ações básicas e saneamento. O setor que se beneficiou dessa descoordenação foi o serviço privado (RODRIGUEZ NETO, 1994).

O processo de abertura política, completado pelo último presidente militar, general João B. Figueiredo (1979 a 1985), teve como características centrais: o aprofundamento da crise econômica e a rearticulação dos movimentos sociais. Essas questões influenciaram no processo de abertura, contribuindo para a organização e mobilização da sociedade civil; ampliação e maior visibilidade política que não foi inteiramente controlada pelo governo (BRAVO, 2007).

Neste período, com a reorganização dos movimentos sociais, ocorrerá na área da saúde o então denominado movimento sanitário que, utilizando dos estudos e pesquisas realizados nos anos anteriores, começa a denunciar os efeitos do modelo econômico sobre a saúde da população e apresentando propostas ao sistema de saúde vigente.

Em 1976, foi criado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), que tinha por finalidade realizar debates e publicar a *Revista Saúde em Debate*. O CEBES cumpria o papel de explicitar propostas para a saúde. A revista existe até os dias atuais. A história da Reforma Sanitária Brasileira se confunde, muitas vezes, com a do CEBES – sujeito fundamental à época para a articulação dos movimentos de saúde.

Em 1979, no I Simpósio Nacional de Política de Saúde, realizado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, o movimento sanitário, representado pelo CEBES, apresentou publicamente, pela primeira vez, sua proposta de reorientação do sistema de saúde que já se chamava, na época, Sistema Único de Saúde. Essa proposição, pautando-se em experiências bem-sucedidas em outros países, propunha, ao lado da democratização geral da sociedade, a universalização do direito à saúde, um sistema de saúde racional, de natureza pública, descentralizado, integrando as ações curativas, preventivas e democráticas, com participação da população (RODRIGUEZ NETO, 1994).

A proposta não teve espaço para se impor naquele momento ao Governo. No entanto, como já se vivia um período de crise econômica e crescia a pressão social por melhores serviços de saúde, a proposta passou a servir de base para as reivindicações populares e para os profissionais e técnicos comprometidos. O Governo teve que levá-la em consideração, adotando, pouco a pouco, muitas das suas ideias. Foi assim que se desenvolveram várias experiências de reorganização de serviços de saúde, especialmente em

nível estadual, municipal e local; algumas promovidas pelo Ministério da Saúde, como o PIASS – Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento, dirigido para áreas rurais do Nordeste.

O início da década de 1980 foi marcado por uma profunda crise financeira da previdência social, principal fonte de financiamento do setor saúde. Oliveira e Teixeira (1986) destacam que esta crise se refletiu em três momentos principais: a crise ideológica – o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) –; a crise financeira; e a crise político-institucional – o Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP).

O Ministério da Saúde convocou, em 1980, a 7ª Conferência Nacional de Saúde, cujo tema foi “Extensão das ações de Saúde através dos Serviços Básicos”. Esta conferência teve como objetivo coordenar as ações de diferentes ministérios por meio da Comissão Interministerial de Planejamento, a CIPLAN.

Com base técnica no Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste (PIASS) e respaldo político da 7ª Conferência de Saúde, surgiu o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) que tinha como objetivo a universalização dos cuidados básicos de saúde em todo território nacional por meio de uma articulação interinstitucional entre o setor público e o privado (MENDES, 1994).

Anunciada a crise da previdência, em 1981, o governo apresentou o Plano CONASP, formulado pelo Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária, do Ministério da Previdência e Assistência Social. Este Plano teve como principais diretrizes: prioridade às ações primárias; integração das instituições das três esferas de governo num sistema regionalizado e hierarquizado, com aproveitamento dos recursos públicos através de acordos no setor hospitalar; racionalização na prestação de serviços de valor elevado; estabelecimento de níveis e limites orçamentários, entre outros. Dessa forma, o CONASP foi uma proposta do governo de criar uma instância reguladora da saúde previdenciária (MENDES, 1994).

Nota-se, portanto, que o CONASP sinalizou que o governo estava assumindo a crítica ao sistema de saúde vigente. Neste sentido, ocorreram mudanças no procedimento de pagamento por unidade e serviço para o pagamento por procedimentos; na limitação de convênios com hospitais e empresas e na implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983.

Segundo Mendes (1994), as Ações Integradas de Saúde (AIS) podem ser reconhecidas em dois momentos: um anterior a Nova República de 1983-1985 e outro posterior a Nova República de 1985-1987. As AIS, em seu primeiro momento, se caracterizaram como um programa de atenção médica, como tantos outros, que as Secretarias Estaduais e Municipais, tradicionalmente vinham executando na área de saúde pública. No segundo momento (início do Governo Sarney até a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS) o que caracterizou as AIS foi a presença de lideranças do movimento sanitário em instituições federais relevantes – Ministério da Saúde (MS), Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) –, em postos políticos estratégicos.¹

¹ Antônio Sérgio da Silva Arouca assumiu a presidência da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); Hésio Cordeiro, a presidência do INAMPS; José Saraiva Felipe, o cargo de Secretário dos Serviços Médicos do Ministério da Previdência e Assistência Social; Eleutério Rodriguez Neto, o cargo de Secretário Geral do Ministério da Saúde; Francisco de Assis

Com a transição democrática (1985 a 1990) e o advento da Nova República, a sociedade brasileira conquistou um governo civil por eleições indiretas, em virtude da derrota da Emenda Constitucional Dante de Oliveira das eleições diretas para presidente da República, em 1984.

A transição para a democracia foi um período marcado por intensas contradições e teve como binômio a *dialética continuidade X ruptura*, embora os aspectos de continuidade tenham sido predominantes principalmente a partir de 1988, com o giro conservador do governo, não se traduzindo em ganhos materiais para a massa da população. Os elementos significativos para a ocorrência desse fenômeno são a histórica fragilidade dos partidos políticos brasileiros e o refluxo dos movimentos da sociedade civil (BRAVO, 2007).

O discurso presente na Nova República mantém uma concepção doutrinária sobre as questões de saúde, que se enuncia em dois níveis: o nível político institucional e o nível operacional. No nível político institucional, apontava-se para o direito universal à saúde e o dever do Estado em sua garantia, para a modificação do modelo médico hegemônico, para a instituição do controle único em cada instância federativa e para a convocação de uma Conferência Nacional de Saúde para subsidiar a Assembleia Nacional Constituinte. “No nível operacional, propugnava-se um amplo processo de descentralização e desconcentração das ações de saúde na linha das prescrições do movimento sanitário” (MENDES, 1994, p. 39). O que se propunha era transitar das AIS para a busca de um Sistema Unificado de Saúde.

As AIS foram substituídas pelo SUDS, no mesmo período da Assembleia Nacional Constituinte. As AIS não conseguiram alcançar os dois objetivos centrais: superar o caráter de política social compensatória e constituir-se em um instrumento de mudança do Sistema Nacional de Saúde.

Antes de focar o SUDS, é importante retornar ao ano de 1986, quando aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, o marco mais importante na história da política pública de saúde do Brasil.

Esta Conferência foi a primeira a contar com a presença de diversos segmentos não governamentais e da sociedade civil, desde representações sindicais, conselhos, associações e federações nacionais de profissionais de saúde, representantes das secretarias estaduais e municipais de saúde, prestadores de serviços e representantes de vários ministérios. Com o tema “Democracia e Saúde”, reuniu cerca de 4.500 pessoas – sendo mil delegados –, para discutir os rumos da saúde no país, a partir dos seguintes eixos temáticos: “Saúde como direito”; “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde”; e “Financiamento do Setor”. A 8ª Conferência Nacional de Saúde significou o momento de explicitação do projeto da Reforma Sanitária brasileira, expresso no seu relatório final.

A Reforma Sanitária amplia a concepção de saúde, abordando-a de forma abrangente, pois concebe a saúde a partir da determinação social do processo saúde-doença, ou seja, saúde a partir das desigualdades sociais e como melhores condições de vida e trabalho. Desta forma, tem como ideário um projeto societário anticapitalista. Uma das concepções colocadas por um segmento do movimento sanitário foi: Saúde, Democracia e Socialismo.

Nesse período, a saúde contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e com propostas apresentadas para

Machado, a Coordenação de Promoção de Saúde Individual da Direção Geral do INAMPS; Francisco Eduardo Campos, a Coordenação da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério da Saúde, entre outros (BRAVO, 2007).

o setor como por exemplo: a defesa da melhoria das condições de saúde e o fortalecimento do setor público, o que contribuiu para um amplo debate, conforme já destacado. A saúde passou a assumir uma dimensão política com o objetivo de aprofundar a consciência sanitária² vinculada à democracia. Os sujeitos políticos que entraram em cena, num movimento postulando a democratização da saúde, em um período de luta contra a ditadura, foram: os estudantes; os professores universitários; os trabalhadores da saúde; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudos e Saúde (CEBES) como mecanismo de difusão e ampliação do debate; os partidos políticos de oposição e os movimentos sociais urbanos (PAIM, 2008).

As principais propostas defendidas por esses sujeitos coletivos foram amplamente discutidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, tais como: a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde a partir de uma análise sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório; o financiamento efetivo e a participação social através de novos arranjos institucionais para a condução da política – os Conselhos e as Conferências de Saúde.

Esta Conferência foi considerada uma pré-constituente da saúde, sendo o seu relatório final debatido e aprimorado pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS),³ que elaborou o texto incorporado no capítulo da Saúde na Constituição Federal Brasileira de 1988 e o conteúdo para a nova lei do Sistema Nacional de Saúde.

Com a implantação do SUDS, as principais ações executadas procuravam: agilizar o processo de descentralização, fortalecer o setor público, desestabilizar o INAMPS contribuindo para a ruptura dos anéis burocráticos previdenciários, enfraquecer o segmento privado contratado e dar prioridade ao filantrópico. O SUDS teve uma importante influência na reforma administrativa da saúde e um papel político central, desmontando a máquina previdenciária e propondo a descentralização, sendo decisivo para a alteração constitucional necessária à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).⁴

O processo constituinte e a promulgação da Constituição Federal de 1988 representaram, no plano jurídico, a extensão dos direitos sociais. Dessa forma, a Constituição introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais, incapazes de universalizar direitos, em função da longa tradição de privatizar a coisa pública.⁵ Dentre os seus avanços assegurou a inscrição de um Sistema de Seguridade Social e ampliou o modelo hegemônico de democracia – a *democracia representativa* –, que apresenta seus limites frente à sua capacidade de representação com a inclusão de novos sujeitos políticos no processo de tomada de decisão. A proposta é fortalecer uma *democracia participativa* que, “ao lado de algumas instituições formais básicas da democracia representativa, possui nova forma de

² Conceito utilizado por Giovanni Berlinguer (1987) que amplia o grau de educação da população sobre saúde e seus determinantes, mas também o nível de ação coletiva voltada para a mudança de seus determinantes estruturais.

³ A Comissão Nacional da Reforma Sanitária, criada pela Portaria Interministerial MEC/MS/MPAS nº 02/86, de 22/08/1986, com composição paritária de representantes governamentais e da sociedade civil, tinha como objetivo analisar as dificuldades no funcionamento da rede nacional de serviços de saúde e propor uma nova estrutura organizacional do sistema. Para Rodriguez Neto (2003), os objetivos e a composição da Comissão Nacional da Reforma Sanitária ficaram aquém do esperado pelo movimento sanitário.

⁴ As Ações Integradas de Saúde (AIS), o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e a 8ª Conferência Nacional de Saúde podem ser considerados as fundações sobre as quais o Sistema Único de Saúde (SUS) foi erigido (CÔRTEZ *et al.*, 2009).

⁵ Neste sentido, diversos autores, apontam para a necessidade de “desprivatizar” o que é público.

conceber a relação entre o Estado e a sociedade, com a participação ativa dos cidadãos na esfera pública” (MONTEIRO; FLEURY, 2006, p. 220).

O texto constitucional, com relação à Saúde, atende em grande parte às reivindicações do Movimento Sanitário. Os principais pontos aprovados na Constituição de 1988, no capítulo da saúde, foram: o direito universal à saúde e o dever do Estado; as ações e Serviços de Saúde de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; constituição do Sistema Único de Saúde; participação do setor privado no sistema de saúde de forma complementar (TEIXEIRA, 1989).

As conquistas com relação à saúde foram fruto de vários acordos políticos e da pressão popular. No processo constituinte, foi visível a polarização da discussão da saúde em dois blocos antagônicos: um capitaneado pela FBH (Federação Brasileira de Hospitais) e pela Associação de Indústrias Farmacêuticas (multinacionais), que defendia a privatização dos serviços de saúde; outro, denominado Plenária Nacional da Saúde, que defendia os ideais da Reforma Sanitária (BRAVO, 2007).

No final dos anos 1980, enquanto se discutia o projeto de lei orgânica do setor, aprofundava-se a instabilidade econômica com hiperinflação e crise fiscal do Estado, encontrando o Projeto de Reforma Sanitária algumas incertezas com relação a sua implementação, podendo destacar: a fragilidade das medidas reformadoras em curso; a ineficácia do setor público; os conflitos com os profissionais de saúde; a redução do apoio popular em face da ausência de resultados concretos e a reorganização dos setores conservadores contrários à reforma. A burocratização da Reforma Sanitária afastou a população da cena política, despotilizando o processo (TEIXEIRA, 1989).⁶ Concorde-se com a autora, pois os sujeitos da reforma priorizaram, a partir da transição democrática, a atuação por dentro do Estado, ou seja, as ações institucionalizadas e não enfatizaram a articulação com os movimentos sociais.

Ao fazer um balanço dos anos 1980, cabe ressaltar que esse período teve como aspecto central a perspectiva de superação da política de saúde privatizante, muito forte na ditadura militar, e o fortalecimento do setor público. Teixeira (1989) aponta como características marcantes: a *política da questão saúde* que teve como objetivo ampliar o nível de consciência sanitária; a *alteração da norma constitucional* que ocorreu no processo constituinte com toda articulação e mobilização realizada, tendo como resultado a incorporação no texto constitucional de diversas demandas do movimento sanitário; e a *mudança do arcabouço e das práticas institucionais* que se deu por meio de algumas ações que tinham como intenção o fortalecimento do setor público, a universalização do atendimento, a descentralização política e administrativa do processo decisório da política de saúde e a execução dos serviços ao nível local.

O SUS completou 32 anos em 2022, no entanto, o que tem ocorrido desde os anos 1990 é a mercantilização da saúde com a ampliação do setor privado na oferta de serviços no livre mercado e até mesmo dentro do SUS.

O apoio do Estado à privatização da saúde tem se dado de diversas formas: renúncia fiscal relacionada a planos e seguros privados, tornando o Brasil o segundo mercado

⁶ “Com a promulgação da Constituição e a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, o movimento sanitário parece ter considerado que ‘ganhou a guerra’, em relação à implantação do SUS, esquecendo-se que tinha sido apenas uma batalha” (RODRIGUEZ NETO, 1997, p.89). O autor faz uma crítica ao movimento sanitário por ter priorizado o campo legislativo-parlamentar.

mundial de seguros privados; alocação progressiva de recursos públicos no setor privado; e propostas de flexibilização da gestão pública e da implementação de modelos organizacionais que seguem a lógica de mercado para gerir os serviços públicos, como as Organizações Sociais (OSs), as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs), a Empresa Brasileira de Serviço Hospitalares (EBSERH) e as Parcerias Público Privadas (PPPs).

Na atualidade, assiste-se ao embate entre quatro projetos na saúde: o Projeto de Reforma Sanitária formulado nos anos 1980; o Projeto Privatista reatualizado na década de 1990; a proposição de flexibilizar a Reforma Sanitária, de forma mais acentuada nos anos 2000 e o Projeto do SUS totalmente submetido ao mercado a partir de 2016 (BRAVO, 2013).

O Projeto da Reforma Sanitária tem como principais proposições a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nessa direção, destaca-se a concepção ampliada de saúde, que inclui melhores condições de vida e de trabalho; a importância da determinação social do processo saúde-doença; a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância com os princípios da integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (união, estados, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e o financiamento efetivo do Estado.

O Projeto Privatista, pautado na política de ajuste, tem como tendências a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. Ao Estado cabe garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos cidadãos considerados consumidores.

O Projeto da Reforma Sanitária flexibilizada surge a partir dos anos 2000, com a proposição do SUS possível que passa a ser orientado pela terceira via. Nessa proposta, não há preocupação com a superação do capitalismo e há uma flexibilização dos pressupostos da reforma sanitária, aceitando principalmente as novas formas gerenciais. A concepção inicial da Reforma Sanitária tinha como horizonte a emancipação humana que só seria alcançada com o socialismo, concepção que não é valorizada a partir dos anos 2000.

A partir de 2016 tem-se o Projeto do SUS submetido totalmente ao mercado, ou seja, a privatização total da saúde e o SUS ser complementar com a função explícita de subsidiar economicamente o setor privado.

Destaca-se que há uma relação entre o Projeto Ético-Político da categoria dos assistentes sociais e o de Reforma Sanitária, principalmente nos seus grandes eixos: principais aportes e referências teóricas, formação profissional e princípios. Os dois projetos são construídos no processo de redemocratização da sociedade brasileira.

Para finalizar, cabe ressaltar que os defensores dos projetos da Reforma Sanitária e Ético-Político do Serviço Social só conseguirão contribuir para o enfrentamento das profundas desigualdades existentes na atual conjuntura brasileira aliando-se a um amplo movimento de massas, que exija a redução do fosso entre a política macroeconômica e as políticas sociais com a elaboração de uma agenda que defenda a garantia dos direitos humanos e sociais e a ampliação da democracia nas esferas da economia, da política e da cultura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BERLINGUER, G. Medicina e Política. 3ª ed. (Tradução Pe. Bruno Giuliani). São Paulo: Hucitec, 1987.
- BRAVO, M.I.S. Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas Sociais e Práticas Profissionais. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.
- _____. Prefácio. In: SILVA, L. B. & RAMOS, A. (Orgs.) Serviço social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional. Campinas, SP: Papel Social, 2013.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8ª, 1986, Brasília. Anais/8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.
- CÔRTEZ, S. M. V. *et al.* Conselho Nacional de Saúde: histórico, papel institucional e atores estatais e sociais. In: CÔRTEZ, S. V (Org.). Participação e Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- MENDES, E. V. Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.
- MONTEIRO, M. G.; FLEURY, S. Democracia deliberativa nas gestões municipais de saúde: um olhar sobre a importância dos conselhos municipais de saúde nas gestões. In: Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 30, n. 73/74, maio/dez, 2006.
- OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. (Im)Previdência Social: 60 Anos de História da Previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes: Rio de Janeiro: ABRASCO, 1986.
- PAIM, J. S. Reforma Sanitária Brasileira: contribuições para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.
- RODRIGUEZ NETO, E. A Reforma Sanitária e O Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Informação, Educação e Comunicação. Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
- _____. A via do parlamento. In: FLEURY, S. (Org.). Saúde e Democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- _____. Saúde: promessas e limites da Constituição. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- TEIXEIRA, S. F. Reflexões Teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). Reforma Sanitária – em Busca de uma Teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989.

RESIDÊNCIAS EM SAÚDE

Rodriane de Oliveira Souza

Entender as residências em saúde implica pensar a articulação entre ensino e serviço, o que supõe a unidade entre formação e assistência, daí a centralidade de esforços para a aproximação entre serviços de saúde e Unidades de Formação Acadêmica, em especial nas instituições que contam com a existência de ambos.

A criação dos programas de residência em áreas profissionais, sejam eles na modalidade multiprofissional ou uniprofissional, precede a consolidação de espaços de assistência à saúde, pois neles é que se darão as atividades interventivas, investigativas e de organização política, constitutivas de tais propostas.

Embora tenham sido pensadas desde a década de 1970,¹ quando se dava a regulamentação das residências médicas no Brasil, foi só a partir da exigência de reorientação da política de educação permanente em saúde que, nos anos 2000, as residências em áreas profissionais da saúde alçaram um lugar de maior destaque, a partir da mobilização de entidades coletivas representativas dos/as trabalhadores/as de saúde e dos segmentos de residentes e preceptores, da publicação de marcos regulatórios – a partir da qual se inclui uma estrutura colegiada denominada Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais de Saúde (CNRMS) – e do fomento de bolsas auxílio pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação (MEC), sob o argumento de contribuição para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Observa-se que o eixo de tal política é a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. Toma como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações bem como da gestão setorial, porém, desconsidera as necessidades dos/as trabalhadores/as da saúde e da educação em torno das suas condições próprias de saúde e de trabalho, o que perpassa seus vínculos e relações de trabalho. A essência da política de educação permanente centra-se, portanto, na

[...] aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais.

A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as

¹ Em geral, a bibliografia da área tem considerado como marco do surgimento das residências multiprofissionais no Brasil a experiência do Programa de Residência em Medicina Geral Comunitária que surge em 1976, no Centro de Saúde Escola de Murialdo, na cidade de Porto Alegre (RS), a partir da proposição e coordenação da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, instituição vinculada à Secretaria Estadual de Saúde. No ano seguinte ao de sua criação, essa proposta que já envolvia a formação e o trabalho foi reformulada, dando origem a um novo programa denominado Residência Integrada em Saúde Coletiva, voltado para a formação de trabalhadores/as de saúde das categorias de Serviço Social, Medicina, Enfermagem e Medicina Veterinária (CFESS, 2017; SILVA; CASTRO, 2020).

necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, Anexo II).

A partir dessa lógica, atribui-se, principalmente, aos/às trabalhadores/as do SUS a responsabilidade pelas mudanças necessárias. Tal proposição ignora a realidade da materialização da política de saúde nos seus serviços, marcada por uma rede que, em sua maioria, tem sido capaz apenas de dar respostas precarizadas, curativas e paliativas aos problemas de saúde da população, ou seja, propõe experiências de residência desarticuladas – o que não parece ser uma mera casualidade – de uma leitura dos projetos políticos em disputa na saúde e na educação, como chamam atenção os estudos de Andrade (2015), Santos (2018) e Castro e Dornelas (2021). Mais do que isso, desconsidera, inclusive, o projeto do grande capital que conduz, de forma avassaladora, a mercantilização das políticas sociais.

De acordo com a agenda dos organismos internacionais, o imperativo desmonte do SUS, que faz com que a saúde assuma cada vez mais características capitalistas, está relacionado com a subsunção das necessidades sociais da classe trabalhadora às exigências do capital, de modo a romper com o direito à saúde pública e universal, intensificando a influência do modelo assistencial medicalizante, individual, hospitalocêntrico e privatista.² Esse contexto nos impõe a problematizar a realidade das residências em saúde, situando-a no contraditório movimento das classes sociais.

É evidente que na residência o debate da saúde e do trabalho, tensionado pelas investidas do capital, ganha centralidade frente às alterações do mundo do trabalho e as condições a que estão submetidos os/as trabalhadores/as do setor. Por isso, no contexto recente, mesmo com a existência de uma significativa produção sobre as residências em saúde – a exemplo das publicações de Torres *et al.* (2019), de Sarmiento, França e Magnago (2022), Flor *et al.* (2022) –, torna-se fulcral pensá-las com maior rigor teórico-crítico, situando-as nessa disputa de projetos.

Caracterizadas como uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, as residências em área profissional da saúde destinam-se às categorias da saúde,³ com exceção da Medicina. Definidas como cursos de especialização, modalidade ensino em serviço, possuem duração de dois anos e carga horária de 60 horas semanais,⁴ totalizando 5.760 horas. Devem ser desenvolvidas em regime de dedicação exclusiva e realizadas sob supervisão

² Uma das mais recentes interferências deste modelo nas residências em saúde é o Exame Nacional de Residência (ENARE), promovido pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, que consiste em um processo seletivo único com o argumento de redução do número de vagas ociosas, eliminação da burocracia em torno da organização de exames individuais e da ampliação da qualificação da seleção para as instituições, bem como institui uma data única para a realização das provas a serem aplicadas em todas as capitais, além do menor custo, pois quem se candidata passa a não precisar fazer vários processos seletivos e tem possibilidade de escolher o Programa onde for atuar. Há de se ressaltar o investimento da EBSEH na campanha para a adesão das instituições proponentes ao Exame, inclusive porque há, atualmente, uma tendência à realização de processos seletivos unificados que pode ser observada em diversos estados brasileiros, inclusive reunindo programas de diferentes estados. Trata-se, portanto, de estratégias para a *captura* da subjetividade da força de trabalho em saúde para os valores constitutivos da racionalidade burguesa, de forma a mascarar a racionalização dos recursos e a apropriação do fundo público, por meio de fluxos sistemáticos de transferência (GURJÃO, 2021).

³ Para fins de atuação nos programas de residência em saúde, consideram-se as seguintes profissões: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (MEC; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

⁴ Cabe dizer que tal carga horária não encontra previsão na norma jurídica que a institui (SILVA, 2018), sendo instituída a partir de 2008.

docente-assistencial, de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde (BRASIL, 2005; MEC; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Sustenta-se que o processo de acompanhamento das atividades práticas, teórico-práticas e teóricas, realizado conjuntamente por meio da preceptoria, tutoria e docência – momentos centrais do processo político-pedagógico, nos quais é possível fazer as conexões entre teoria e prática –, deve ser responsabilidade da força de trabalho do quadro permanente das unidades de saúde e de formação acadêmica como estratégia de contraposição à lógica da precarização. Além disso, deve ser pensado com base em atividades pautadas na integralidade das ações e que tenham como ponto de partida o trabalho interdisciplinar e intersetorial, na perspectiva totalizante, de modo que os programas de residência sejam criados para, a partir do trabalho multiprofissional já existente, superar práticas que atribuem aos/às residentes tal responsabilidade.

Compreende-se que os programas de residência em saúde devem consubstanciar propostas pedagógicas de formação em serviço, com vistas a qualificar trabalhadores para o exercício profissional no âmbito do SUS. Essa perspectiva se inscreve na firme posição contrária a todas as formas de utilização dos espaços de residência como trabalho precarizado, o que nos leva a problematizar a extensa carga horária de 60 horas semanais.

Outro aspecto contraditório presente nas residências é explicitado pela própria CNRMS, quando normatiza que a organização prática e teórica dos Programas de Residência deve contemplar um eixo transversal, responsável pela integração de saberes que permeiam o conjunto de profissões presentes no Programa; um eixo ou mais responsável pela conexão dos saberes constitutivos de cada área de concentração do Programa; e um eixo relacionado aos núcleos de saberes de cada profissão, com vistas a garantir identidade profissional (BRASIL, 2012, art. 5º, inciso III). Porém, sem dizer, ao menos, quais são os conteúdos que devem ser contemplados no eixo integrador transversal de saberes comuns a todas as profissões.

A inserção do Serviço Social nas residências em saúde,⁵ compreendida a partir dos princípios norteadores do projeto profissional, se inscreve na defesa da formação profissional que associa densidade teórica à capacidade de análise da realidade e emissão de respostas profissionais, com vistas à garantia e ampliação dos direitos sociais já tão reduzidos.

É evidente que a centralidade da residência na formação em saúde se amplia frente às alterações do mundo do trabalho, incentivando as entidades representativas da categoria a repensarem, dialeticamente, o processo de formação, no diálogo com os coletivos que conformam o que vem sendo chamado de Movimento Nacional em Defesa das Residências em Saúde – o Fórum Nacional dos Residentes em Saúde, o Fórum Nacional de Preceptores e Tutores e o Fórum Nacional de Coordenadores de Residência em Saúde.

Essas questões se complexificam objetivamente no cotidiano da residência em função do reduzido número de trabalhadores/as atuantes nos serviços de saúde que são também cenários de prática de residência. Essa adversidade é ainda mais agudizada quando se considera o acúmulo de atribuições exigidas pela assistência e formação, diante do quadro

⁵ Mapeamento sobre a inserção do Serviço Social nos Programas de Residência em Saúde realizado pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), em 2013, verificou que a categoria dos assistentes sociais possui significativa inserção nos programas de modalidade multiprofissional, criados a partir de 2009. Além desses, registramos também a identificação de três Programas de Residência em Área Profissional, sendo eles vinculados à Universidade do Estado do Rio de Janeiro (existente desde 1976), à Universidade Federal de Juiz de Fora (existente entre 1997 e 2015) e à Pontifícia Universidade Católica de Campinas (existente entre 2008 a 2015).

insuficiente de força de trabalho para atender a demanda por acesso que se expande, cada vez mais, na mesma proporção que se retraem os direitos sociais. Trata-se de uma realidade que está relacionada à precarização das condições de trabalho, independentemente do vínculo de trabalho e remuneração, o que dificulta a continuidade da assistência prestada, a construção de vínculos efetivos com a população usuários e a formação profissional graduada e pós-graduada.

Em tempos de mundialização do capital, o mercado é tido como o órgão regulador das relações sociais, impulsionando em todas as esferas da vida social a competição e o individualismo, desarticulando, dessa maneira, formas coletivas tanto de lutas como de construção de práticas profissionais democráticas.

Nessa direção, outra preocupação diz respeito à gestão dos programas que devem articular todas as unidades de ensino envolvidas nos programas, bem como os diferentes serviços profissionais das unidades de saúde. Isso impõe uma busca pela integração entre ensino e serviço, mas também um diálogo entre as unidades acadêmicas e os serviços profissionais. Dessa forma, a interdisciplinaridade é considerada um desafio no nível acadêmico, colocando-se como um princípio ético vinculado a um projeto político profissional que envolve diferentes saberes, e não uma escolha individual. Por outro lado, a adoção de plantões como eixo organizador dos processos de trabalho em saúde impossibilita qualquer tipo de planejamento ou avaliação entre as distintas categorias profissionais de um mesmo serviço de saúde, além de dificultar o reconhecimento das atribuições e competências próprias de cada um.

Desta forma, torna-se fundamental retomar as referências teóricas da Reforma Sanitária e provocar as mediações necessárias entre ela e o projeto ético político profissional, a fim de analisar as contradições presentes na realidade das residências, que obstaculizam as mudanças necessárias no trabalho e no modelo assistencial em saúde.

A proposta de formação em saúde, por meio das residências multiprofissionais, ainda que tenha formulações importantes que se aproximam dos princípios do projeto Reforma Sanitária dos anos 1980, contraditoriamente vem servindo para mascarar a precarização do trabalho. Isso é nitidamente percebido pelo investimento de bolsas para a contratação de força de trabalho qualificada, sobretudo chancelada pela universidade e/ou instituições de ensino e pesquisa, em detrimento da ocupação dos postos de trabalho nos serviços de saúde.

Ainda que muitos projetos pedagógicos se comprometam com a formação, a realidade é que a extenuante carga horária de 60 horas semanais, com a obrigatoriedade de realização de 80% de atividades práticas e teórico-práticas, reitera a residência como trabalho, em detrimento de um equilíbrio com a formação profissional. Registra-se que a carga horária do profissional residente é superior à carga horária dos profissionais de saúde com quem interage, a exemplo da categoria de assistentes sociais. Entretanto, a superação dessa questão é permeada de tensionamentos que não se resolvem no âmbito das Comissões de Residência Multiprofissional em Saúde em Área Profissional da Saúde e dos Programas, tampouco no cotidiano dos cenários de prática. Trata-se, portanto, de mais uma expressão da luta de classes, uma vez considerado o segmento de residentes como classe trabalhadora, cuja conquista de direitos deve ser entendida como resultado da luta para todos/as e não apenas para uma categoria, pois aqui está em jogo o caro princípio da isonomia.

O argumento de que a Residência Multiprofissional em Saúde – ao reunir diversas formações, excetuando a medicina – seria um espaço de exercício da interdisciplinaridade, tem pouca sustentação, uma vez que com a guinada no investimento de residências nos hospitais, isso se tornou cada vez mais difícil, frente à notória fragmentação do trabalho em saúde por profissões nas instituições hospitalares. Uma problematização decorrente seria como vem se dando no ensino da graduação a interface com as demais profissões da saúde.

Em decorrência da contrarreforma na saúde, o trabalho em saúde tem tido dificuldade de materializar uma intervenção para além do curativo e do paliativo, e ocorre em precárias condições de trabalho. Mesmo que se entenda que as contradições da implementação do SUS sejam componentes fundamentais a serem conhecidos pelos/as profissionais de saúde, uma vez que estes não trabalham num cenário ideal e sim na realidade concreta, não há dúvidas de que a perversa contrarreforma em curso e suas diversas estratégias contribuem para a redução da concepção de formação profissional em saúde.

Ainda que se busque um distanciamento da concepção de residência como formação de recursos humanos – concepção baseada na administração, no planejamento normativo e na teoria do capital humano (PAIM, 1994) –, na realidade isso é o que vem ocorrendo e sem uma reflexão que a coloque nos termos corretos, pois os residentes vêm hoje sendo, concretamente, uma força de trabalho já incorporada ao SUS. Seu significado social é apreendido, particularmente pelos sujeitos inseridos nos serviços de saúde, como trabalho e pelos/as residentes como o seu *primeiro emprego*. Emprego sem direitos, ou nos termos corretos, trabalho precarizado sem vínculos trabalhistas, tal qual a maioria da classe trabalhadora nesses tempos que se vive.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, R. T. A relação entre trabalho e educação na formação profissional: Um estudo sobre as residências multiprofissionais em saúde. 2015. 180 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Formação Humana) – Programa Interdisciplinar de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, UERJ, Rio de Janeiro, 2015.
- BRASIL. Presidência da República. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Projovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm. Acesso em 3 de ago. de 2015.
- _____; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192>. Acesso em 27 de jun. de 2015.

- _____. PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192>. Acesso em 27 de jun. de 2015.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html>. Acesso em 12 de nov. de 2015.
- CASTRO, M. M. C.; DORNELAS, C. B. C. Residências, disputa de projetos formativos e Serviço Social. *Serv. Soc. Rev.*, Londrina (PR), v. 24, n. 2, p. 371-392, jul./dez., 2021. Disponível em: <<https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/40215>>.
- _____. O Serviço Social nos programas de residência em saúde: resultados iniciais do mapeamento da ABEPSS. *Temporalis*, Brasília (DF), n. 26, p. 153-171, jul./dez. 2013. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/5309/4944>>. Acesso em 3 de ago. de 2015.
- CFESS. Residência em Saúde e Serviço Social: Subsídios para reflexão. Brasília (DF): CFESS, 2017. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais, n. 6. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-BrochuraResidenciaSaude.pdf>>.
- FLOR, T. B. M. *et al.* Formação na Residência Multiprofissional em Atenção Básica: Revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 921-936, 2022. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csc/2022.v27n3/921-936/pt>>.
- GURJÃO, F. M. Residência Multiprofissional em Transplante: a construção de um projeto de Serviço Social. 2021. 181 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Serviço Social, Programa de Pós-graduação em Serviço Social, 2021. Disponível em: <<https://www.bdtd.uerj.br:8443/bitstream/1/17091/2/Dissertação%20-%20Fernanda%20Maia%20Gurjão%20-%202021%20-%20Completa.pdf>>. Acesso em 6 de jul. de 2022.
- PAIM, J. S. Recursos humanos em Saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, USP, 1994. Disponível em: <<https://colecoes.abcd.usp.br/fsp/items/show/3647#?c=0&m=0&s=0&cv=0>>. Acesso em 17 de jul. de 2022.
- SANTOS, C. C. O precariado escondido sob o véu da formação profissional: o caso das residências em área profissional da saúde. Rio de Janeiro, 2018. 169 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018. <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/26957/2/Camille_Santos_EPSJV_Mestrado_2018.pdf>.

- SARMENTO, L. F.; FRANÇA, T.; MAGNAGO, C. Experiências de educação interprofissional no contexto das residências multiprofissionais em saúde: estudo de revisão. *Res., Soc. Dev., Vargem Grande Paulista (SP)*, v. 11, n. 2, p. 1-22, 2022. Disponível em: <<https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25510/22924>>.
- SILVA, L. B. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. *R. Katál., Florianópolis*, v. 21, n. 1, p. 200-209, jan./abr. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rk/a/BpFH8tww34qhgm9LSW6n84d/?format=pdf>>. Acesso em 10 de set. de 2019.
- ____; CASTRO, M. M. de C. e. *Serviço Social e Residência em Saúde: Trabalho e formação*. Campinas (SP): Papel Social, 2020. (Coleção Didática do Serviço Social, v. IV).
- TORRES, R. B. S. *et al.* Estado da arte das residências integradas, multiprofissionais e em área profissional da Saúde. *Interface, Botucatu (SP)*, v. 23, p. 1-116, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/jF6rRNzt57ZtmNy5G3TtdNg/?format=pdf&lang=pt>>.

SAÚDE COLETIVA

*Mary Jane de Oliveira Teixeira
Rosimary Gonçalves de Souza*

Trataremos aqui de recuperar a trajetória dos dois principais paradigmas que estruturam o campo da saúde, fazendo corte entre os séculos XVIII ao XXI. São eles: os modelos de atenção da Saúde Pública e da Saúde Coletiva. De início, o surgimento da prática médica ocidental se inicia com a perspectiva curativa, onde modelos próprios de atenção à saúde são criados entre os séculos XVII e XVIII, quando na fase do ápice da revolução industrial na Inglaterra, o capitalismo monopolista desponta como a mola central da economia na Europa, momento em que a medicina se destaca com papel importante na consolidação societária, como ferramenta que contribui para reprodução da força de trabalho necessária à reprodução do capital. Assim, o surgimento da prática médica ocidental inicia com a perspectiva curativa, criando modelos próprios de atenção à saúde e o Estado, surge com papel crucial de controle sobre a população para garantir a acumulação capitalista. Até o século XVIII, os hospitais eram tidos como espaço de morte, com os avanços técnicos (asepsia, anestesia, bacteriologia), quando maiores resultados e sobrevida se alcançava, passando então a ser um espaço de tratamento e cura (FOUCAULT, 1991). No entanto, já se despontava o uso ao recurso da medicação em excesso, quando então a medicina avança inclusive seu poder, ao ponto de elaborar normas comportamentais para os doentes e para a sociedade (FREIRE, 1989). É pertinente afirmar que a medicina acompanhou a sociedade capitalista deste tempo contribuindo para a economia no controle de epidemias e na reprodução da força de trabalho, ou seja, na reprodução do capital favorecendo por extensão a indústria farmacêutica e de *equipamentos médicos*.

No século XIX com Pasteur, Koch e outros há um deslocamento das preocupações com a doença e predomina a perspectiva individual “a doença passa a ser vista como variações qualitativas dos fenômenos fisiológicos correspondentes” (SILVA JR., 1948), desconsiderando, portanto, as relações sociais que permeiam o mundo e as formas da existência humana. Neste período, com o avanço de pesquisas e descobertas sobre a etiologia das doenças, a intensificação da imunização e a reorganização do ensino médico, entre outros, se impõe o paradigma da unicausalidade e da biomedicina. No entanto, é mister considerar que o contexto desta etapa histórica é pleno de contradições, promovidas pela ordem societária que atravessa o século mantendo as condições precárias de vida e trabalho de grande parte da população, ou seja, da classe trabalhadora, e assim, as lutas sociais pressionam o Estado e o patronato para a criação de outras formas do tratamento das enfermidades, levando a se pensar em paradigmas mais próximos à realidade social. Surge assim a Teoria Multicausal e amplia-se o debate sobre saúde-doença, mas ainda sem mexer na estrutura do modo de produção capitalista.

A SAÚDE COMO OBJETO DA CIÊNCIA E A INTERVENÇÃO DO ESTADO

Entende-se como Saúde Pública, as medidas de prevenção e controle das doenças que afetam o organismo humano. Entendimento que varia de acordo com a formação social e de um

determinado período histórico. O fim do século XVII e início do século XVIII, com a transição do mercantilismo para o capitalismo industrializado foi um marco na sociedade burguesa, tendo a Inglaterra como destaque, onde despontaram as primeiras tentativas de aplicar métodos estatísticos à saúde pública. Rosen (1980, p. 219) registra que a política econômica vigente produzia riqueza e pobreza, exigindo do Estado políticas sociais para sua amenização, inclusive as relacionadas à saúde, que segundo o autor, os estudos de William Petty e John Graunt enfatizavam a importância para a força política e econômica da sociedade britânica, quando o debate defendia a concepção do hospital como um espaço de treinamento de médicos e o avanço da pesquisa médica, também entendiam que o Estado devia assumir o controle de doenças transmissíveis, em especial a peste, que ainda os atingia e a redução da mortalidade infantil (ROSEN, 1980, p. 219). Na verdade, a intenção era voltada para o controle da população como força de trabalho, em busca de uma balança comercial favorável (mercantilismo), pois o comércio empregava significativo número de trabalhadores. Assim, os “pobres de paróquias eram força de trabalho disponível para a expansão industrial” em processo (ROSEN, 1980, p. 222). Entre 1714 e 1760, em Londres e províncias, foram criados dispensários e hospitais gerais para grupos específicos de pacientes. O estudo da anatomia se desenvolve na sequência, instituindo-se a pesquisa sobre as doenças e preparando remédios para elas (ROSEN, 1980, p. 256).

Os demais países centrais, com suas particularidades e ritmos diferenciados, avançaram e produziram como consequência não só a urbanização dos grandes centros produtores, que impactavam na saúde das populações locais, como também complexas e profundas expressões da questão social, pois vive-se e convive-se com a exploração da força de trabalho. Assim, o capitalismo ao produzir contradições, provoca a emergência de lutas sociais, em busca de melhores condições de vida e trabalho: a insalubridade no ambiente de trabalho, a intensificação da jornada de trabalho, os adoecimentos como a epidemia da cólera, a tuberculose e demais doenças infectocontagiosas atingiam em maior grau a classe trabalhadora. Assim, se exige do Estado ações preventivas e ele se fez presente, por meio de uma política de Saúde Pública planejada. Foram então implementadas ações de saneamento, controle de epidemias e assistência médica, com o poder central coordenando estas ações, a partir do Ato de Saúde Pública em 1875, em escala nacional da administração sanitária inglesa.

O campo da Saúde Pública se constituiu como a medicina moderna no fim do século XVIII, como Polícia Médica e Medicina Social, “marcando o investimento político da medicina e a dimensão social das doenças” (BIRMAN, 2005, p. 11). Observamos que desde esta quadra histórica, a medicalização do espaço social já estava posta e em crescimento. Nos países centrais do capitalismo monopolista, também cresceu a importância do conhecimento no campo da Epidemiologia, com o esquadramento do espaço urbano com dispositivos sanitários para sua organização, voltada com ênfase às doenças transmissíveis, que assolavam as populações, que viviam em situação de pobreza esmagadora (urbana e rural), com auxílio das igrejas, indivíduos e em último caso, pelos governos provincial ou real (ROSEN, 1980, p. 258). A medicina que está então articulada à reprodução da ideologia capitalista dominante na época (liberalismo, individualismo), considerava a doença como um desequilíbrio entre os componentes do corpo, comparado a uma máquina (Ciências Biológicas) (NAVARRO, 1986). Deste modo, também suas respostas referentes ao adoecimento deviam vir de cada indivíduo, tendo, uma aceitação deste e das indicações médicas, sem questionamentos. A

Saúde Pública se caracterizava por um discurso naturalista da medicina, quando se colocava com capacidade de explicar o adoecer fundamentado em sua ciência (unicausal) e desconsiderava os planos político, cultural, econômico, histórico e social das populações, legitimando esta compreensão, como explicação universal para o surgimento de enfermidades, visão com base no pensamento positivista, imperativo naquele contexto, legitimando por óbvio a medicalização da prática médica.

É neste período histórico do século XVIII, que a Alemanha cria a Polícia Médica (conceito formulado por Johan Peter Frank em 1779) como forma de enfrentar as dificuldades resultantes da exploração do trabalho, em forma de adoecimento. Rosen (1979) se refere à sua criação com a finalidade de “colocar a vida econômica e social a serviço da política de poder” (NAVARRO, 1986, p. 135 e seg.). Esta Polícia Médica se apresenta como “bem abrangente (saneamento dos alimentos, nutrição, habitação, higiene de vestuário, bem-estar materno-infantil, controle de prevenção de epidemias)”, dentre outros. Assim, entendiam que para manter a organização do Estado (Absolutista-autoritário, na época), o objetivo era ter a economia e a sociedade sobre controle, e para tal, precisava-se de uma legislação que cobrisse todos os aspectos da vida, incluindo o controle da profissão médica (NUNES, 2000, p. 218).

Entre os séculos XVIII e XIX, as contribuições de Pasteur, Koch e outros, no campo da biologia e da microbiologia, com descobertas de micro-organismos e sua associação ao adoecimento das pessoas dá ênfase à produção dos laboratórios e aos hospitais mudando o perfil assistencial, o qual se torna o *locus* de tratamento e cura, pela denominada Medicina Científica, que se hegemoniza como forma de prestação de serviços de saúde. Seguindo este raciocínio, pode-se dizer que a Saúde Pública encontrou definitivamente seu modo fundador na biologia (BIRMAM, 2005, p. 12). Em 1848, promulgou-se a Lei da Saúde Pública, a partir do Relatório de Ewin Chadwick, sobre as “Condições Sanitárias da População Obreira da Grã-Bretanha” e em 1854, John Snow apresenta a primeira investigação epidemiológica em bases científicas, utilizando dados referentes à epidemia de cólera.

De tal forma, que como assinala Silva Jr. (1998), esta concepção de medicina foi a que se incorporou ao desenvolvimento do capital monopolista exercendo um papel importante na reprodução da força do trabalho, no aumento da produtividade e na reprodução da ideologia capitalista, legitimando-a [...] “abrindo um “novo mercado”, o de consumo de “práticas médicas” e de “saúde” (SILVA JR, 1998, p. 48). Virchow (Relatório de 1847) e outros, evidenciaram a percepção da doença por outro prisma, como um processo orgânico de etiologia multifatorial.

Foi no século XIX – no contexto da década de 1840 em que grande parte da Europa vive momentos revolucionários (1848) e as lutas sociais apontam as condições de vida e trabalho extremamente precárias –, que são publicados os textos de Engels (1844) denunciando as condições de vida empobrecida e o trabalho precário dos operários ingleses (Manchester e Liverpool) na indústria fabril. Seus trabalhos apresentam também o cenário de adoecimento grave provocado pela exposição às condições insalubres nas fábricas e moradias, com a poluição do ar, dos rios, a ausência de saneamento e o aumento da fome, registrando adoecimentos que levam à morte, como tuberculose e demais doenças infectocontagiosas. Fato que colabora com a visão de Virchow (Relatório de 1847), que demonstra perceber a doença por outro prisma, como um processo orgânico de etiologia multifatorial.

Para Silva Jr. (1998), a concepção da Medicina Científica determinou uma mudança da prática médica em âmbito estrutural. Destacam-se alguns desses elementos que a caracterizam, como o *mecanicismo*: corpo humano visto como máquina; o *biologismo*: a natureza biológica das doenças e suas causas e consequências; a “*História Natural*”, que influenciou assim a teoria epidemiológica, reduzindo-se a causalidade das doenças à ação dos agentes etiológicos. O elemento principal é a *visão do indivíduo* como objeto, responsabilizando-o também por sua doença, como por sua cura; o *processo de especialização/fragmentação do saber* se impõe como produto da hegemonia positivista, que desconsidera o seu oposto, a visão de totalidade social; a *exclusão de práticas alternativas*, com sobreposição do “cientificamente comprovado”; a *tecnificação do ato médico*, em que impõe a lógica de quanto mais recursos investidos e maior tecnologia, melhor será a assistência à saúde, sem que se considere os resultados; a *ênfase na medicina curativa*, e a *concentração de recursos em grandes hospitais*, como centros de diagnóstico e tratamento de alta tecnologia. De acordo com Silva (1998), esta concepção gerada serviu de modelo para os países periféricos do capitalismo.

Por consequência, com os avanços na medicina científica, se ficam estabelecidas as condições para o aumento da produção de equipamentos médicos, de medicamentos e do ensino e pesquisa médicos, tendo como marco o Relatório Flexner, de 1910, que institui a padronização dos cursos nos Estados Unidos e Canadá.

Na década de 1950 o modelo de Medicina Científica entra em crise devido a problemas como ineficiência, ineficácia e à desigualdade na distribuição de progressos (MENDES, 1980 *apud* SILVA, 1998). O mito de que o nível de saúde atingido pelas populações está ligado aos avanços científicos e tecnológicos na medicina não se comprova, embora tais avanços tenham dado respostas relevantes para muitos agravos, em especial para as doenças infectocontagiosas. Porém, diversos trabalhos no campo da saúde pública expõem o fato de que o modelo de industrialização da sociedade capitalista, principalmente a partir meados do século XX, traz o aumento de algumas categorias de doença que o modelo biomédico e suas intervenções centradas na dimensão individual e curativa mostram-se insuficientes para enfrentá-las, entre tais enfermidades estão as doenças psicossomáticas, as doenças ocupacionais e as neoplasias, todas relacionadas a fatores ambientais, processos e condições de trabalho, modos de vida e de consumo, entre outros fatores. Assim, para Silva (1998):

A Medicina Científica articula-se no processo de industrialização da sociedade e passa a ser conduzida para os interesses de um mercado lucrativo nem sempre voltado para os interesses da maioria da população em proteção de suas vidas, promoção e recuperação de sua saúde (SILVA, 1998, p. 50).

O PARADIGMA DA SAÚDE COLETIVA

É neste contexto de crise da saúde pública e da medicina que surgem as bases para a emergência de um projeto denominado “saúde coletiva”, que para Nunes (1994) tem na América Latina data de referência inicial a segunda metade dos anos 1950, embora a sua trajetória não seja a mesma para todos os países latino-americanos. Para o autor, a saúde coletiva tem suas raízes nos “projetos preventivistas”, que são implementados entre

1950/1970 e o período de ênfase na chamada “medicina social” que se estabelece durante a década de 1970 até o seu final e daí até os dias atuais tem-se a fase de consolidação do paradigma da saúde coletiva. Tais projetos fazem parte de uma única trajetória e não são estanques, mas carregam aspectos das fases anteriores (NUNES, 2000).

O modelo preventivista caracteriza-se por uma crítica à biologização do ensino médico calcado em práticas individuais e centrada no hospital, além de buscar uma visão mais completa do indivíduo através de uma integração biopsicossocial e da medicina integral. Ele traz para o campo da saúde conceitos sociológicos, antropológicos, demográficos, epidemiológicos e ecológicos, com ênfase nas ciências da conduta e ações comunitárias, sob forte estímulo da Organização Panamericana da Saúde (OPAS). A proposta preventivista enfatiza as ciências da conduta nas ações comunitárias e instaura na América Latina o planejamento em saúde a partir de uma visão economicista da relação custo/benefício dos investimentos na área. Na década de 1970, faz-se um diagnóstico de que as reformas preconizadas por este movimento preventivista “não havia se integrado no processo global da escola médica e que a integração com a comunidade estava baseada em esquemas artificiais e desvinculados dos serviços existentes na própria comunidade” (NUNES, 1994).

A crítica ao projeto preventivista, a partir de meados da década de 1970, inaugura segundo Nunes (1994) uma nova fase baseada na concepção da *medicina social*, termo que tem sua origem no século XIX e reaparece novamente um século depois em 1952, numa reunião da Organização Mundial de Saúde (OMS) em Nancy, França. Na América Latina vive-se a crise do modelo desenvolvimentista em meio à piora de indicadores de saúde, aumento da desnutrição, dos acidentes de trabalho e das doenças crônico-degenerativas. Ganham força no campo sanitário os debates sobre as relações saúde/sociedade e emerge o método marxista de análise, especialmente na sua corrente estruturalista. Adensa-se assim, o conhecimento no campo da saúde com os novos cursos de pós-graduação com foco nas relações entre o biológico e o psicossocial e na instauração de novas práticas na área da saúde, reforçando a relevância da atenção primária para alcançar melhores níveis de saúde e o dever do Estado na oferta destes serviços. A criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), em 1976, e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1978, colocam-se como espaços de resistência e análise crítica da situação das políticas de saúde no país.

A partir do início da década de 1980, vem se estruturando o campo da *saúde coletiva*, definido por Portela (2014, p. 11) como uma área do saber que toma como objeto as necessidades sociais de saúde (e não apenas as doenças, os agravos ou os riscos), entendendo a situação de saúde como um processo social (o processo saúde-doença) relacionado à estrutura da sociedade enfatizando os determinantes sociais da saúde, que estão na base do adoecer. Daí concebe-se as ações de atenção à saúde como práticas simultaneamente técnicas e sociais.

Nunes (1994) ressalta a premência posta de se estabelecer um equilíbrio teórico conceitual entre o biológico e o social como forma de evitar o tecnicismo e o biologismo. Para o autor, a saúde coletiva é corrente de pensamento, movimento social e prática teórica. Assim definida, a Saúde Coletiva propõe a superação das intervenções sanitárias sob a forma de programas temáticos, voltados a problemas ou grupos populacionais específicos e baseados em uma epidemiologia meramente descritiva e em uma abordagem normativa de planejamento e administração, por intervenções articuladas de promoção, proteção,

recuperação e reabilitação da saúde, baseadas em uma abordagem multidisciplinar, com a contribuição das ciências sociais, da epidemiologia crítica e do planejamento e da gestão estratégicas e comunicativas.

Os autores são unânimes em apontar a interdisciplinaridade como eixo constituinte do campo da saúde coletiva, o que revitaliza o discurso biológico *stricto sensu*. Nunes lembra ainda que a saúde coletiva se fundamenta “na interdisciplinaridade como possibilitadora da construção de um conhecimento ampliado da saúde e na multiprofissionalidade como forma de enfrentar a diversidade interna ao saber/fazer das práticas sanitárias” (NUNES, 1994, p. 19). Também Birman (1991) ressalta como a saúde coletiva, ao introduzir as ciências humanas no campo da saúde, reestrutura as coordenadas desse campo, trazendo para o seu interior as dimensões simbólica, ética e política. A área permanece com o desafio de compreender os determinantes da produção social das doenças e da organização social dos serviços de saúde.

A partir das referidas discussões fica evidente que o modelo hegemônico de prestação de serviços em saúde biomédico e hospitalocêntrico é insuficiente diante das necessidades de saúde e sociais da população, inserido no modo de produção capitalista e exercendo um papel na reprodução da força de trabalho, voltado à garantia do aumento da produtividade e do lucro, associado à lógica mercadológica e não da saúde como direito social e dever do Estado. A visão da medicina científica, que se tornou hegemônica a partir das descobertas bacteriológicas que permitiram o conhecimento biológico das infecções, trouxe consigo o enorme fortalecimento do poder médico, a proliferação de discursos naturalistas, a razão triunfante e a perspectiva universalizante, além de um absoluto silêncio sobre o simbólico e o histórico (BIRMAN, 1991).

Neste sentido, o paradigma da saúde coletiva vem desde os anos de 1980 disputando o campo da saúde trazendo em seu postulado fundamental a compreensão da problemática da saúde de forma mais abrangente e completa do que a leitura realizada pela medicina científica (BIRMAN, 1991).

A partir desta premissa, pode-se afirmar que o Serviço Social brasileiro, em particular, tendo a saúde como espaço sócio-ocupacional privilegiado, pós os anos de 1990 identifica-se com o conceito ampliado de saúde previsto na Lei Orgânica da Saúde (1990) e compartilha a crítica ao modelo biomédico formulado pela saúde coletiva em sua análise macroestrutural. O Serviço Social, tanto quanto o paradigma da saúde coletiva, ao perceber o adoecimento inter-relacionado às dimensões sociais, ideopolíticas, econômicas que interferem no processo saúde-doença, busca “produzir intervenções que contribuam com sua superação” (TEIXEIRA, 2018, p. 60).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BIRMAN, J. A Physis da Saúde Coletiva. Physis – Revista de Saúde Coletiva, v. 1, n. 1. Rio de Janeiro, 1991.
- ENGELS, F. A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra. São Paulo: Boitempo, 2010.
- FOUCAULT, M. O Nascimento da Medicina Social. Microfísica do Poder, Rio de Janeiro: Graal, 1979.

- _____. El Nacimiento de la Clínica: una arqueología de la mirada médica. 14ª ed. México: Siglo Veintiuno editores, 1991.
- FREIRE, J. Ordem Médica e Norma Familiar. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1989.
- NAVARRO, V. Classe Social, Poder Político, o Estado e suas Implicações para a Medicina. In: Textos De Apoio – Ciências Sociais I, p. 83-161. Rio de Janeiro: PEC/ENSP/FIOCRUZ/ABRASCO, 1986.
- NUNES, E. D. Saúde Coletiva: história de uma ideia e de um conceito. Revista Saúde e Sociedade 3(2), p. 5-21, 1994.
- _____. A Doença como Processo Social. In: Ciências sociais e saúde para o Ensino Médico. São Paulo: Editora HUCITEC/FAPESP, 2000.
- PORTELA, L. E. Saúde pública ou saúde coletiva? Revista Espaço Para a Saúde, v. 15, n. 4, p. 01-21, Londrina, out./dez. 2014.
- ROSEN, G. A Trajetória do conceito de Polícia Médica (1780-1890). In: Da Polícia Médica à Medicina Social: Ensaio sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- SILVA Jr, A. O Modelo Hegemônico de prestação dos serviços em saúde e suas reformas (Capítulo 1). In: Modelos Assistenciais em Saúde: o debate no campo da saúde pública. São Paulo: HUCITEC, 1998.
- TEIXEIRA, M. J. O. Determinantes Sociais em Saúde: o Serviço Social no debate contemporâneo. In: RAMOS, A.; SILVA, L. B.; PAULA, L. G. P. de (Orgs.). Serviço Social e política de saúde: ensaios sobre trabalho e formação de profissionais, p. 47-66. (Orgs.); FORTI, V.; GUERRA, Y. (Coords.). Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018.

SEGURIDADE SOCIAL

Ivanete Boschetti

A Seguridade Social completou, em 2023, trinta e cinco anos desde a sua inscrição legal na Constituição Federal de 1988, marco da democracia burguesa brasileira, após os longos, duros e violentos anos de ditadura militar ou autocracia burguesa, nos termos de Mattos (2017). A designação se assemelha àquelas adotadas em outros países, ainda que não expresse o mesmo conteúdo: *social security* (países anglófonos), *sécurité sociale* (países francófonos), *seguridad social* (países de idioma hispânico). Nessa Constituição, foram definidos seus princípios, normas e diretrizes gerais, composição, abrangência, formas de financiamento e, também, seus limites conceituais e sociais. Sua composição, bastante restrita socialmente, limitou-se a circunscrevê-la a três políticas sociais, comumente chamadas de tripé da seguridade social: saúde, previdência e assistência sociais.

Ainda que assentadas em concepções e amplitudes bastante diversificadas e muito mais diminutas, a história específica destas políticas sociais, contudo, antecede essa inovação constitucional (BOSCHETTI, 2006). A previdência social raiou o dia de forma limitada na década de 1920, mais especialmente com a Lei Eloy Chaves (1923), em decorrência das lutas de uma classe operária nascente que impulsionou importantes movimentos grevistas em defesa de direitos trabalhistas. Após extenso período fragmentada nas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS) e posteriormente nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS), foi unificada no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1964 pela gestão militar tecnocrática e autoritária, o que não significou universalização dos direitos, mas assegurou o exercício do controle social estatal sobre a classe trabalhadora. A atenção pública à saúde nasce no mesmo período e com assistência médica escassa no âmbito das CAPS e IAPS, e só será nacionalmente referida como política de saúde com a criação do Ministério da Educação e Saúde em 1930, pelo Governo Vargas, mas com uma distinção entre a saúde pública, basicamente restrita a campanhas, e a assistência médica e auxílio doença vinculados à contribuição previdenciária (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985).

Serão as lutas pela Reforma Sanitária (BRAVO, 1996) a partir de meados dos anos 1970 que esboçarão o SUS que hoje conhecemos. A assistência social, historicamente submetida à filantropia caritativa, surge como ação governamental institucional federal em 1942 com a criação da Legião Brasileira de Assistência (LBA), e apesar de vivenciar forte expansão, se manterá historicamente submetida ao primeiro-damismo e ao clientelismo político.

Essas três políticas sociais vão trilhar caminhos próprios, com expansão assimétrica, desigual e fragmentada, favorecida pelo contexto do nacional desenvolvimentismo, mas determinados pela estruturação das relações de trabalho, historicamente precarizadas. Sob a autocracia burguesa, e já em contexto de crise estrutural do capital, esgotamento da expansão tecnocrática, aumento do desemprego e das desigualdades sociais, restrição da participação social e forte

repressão (FERNANDES, 2009), tais políticas serão centralizadas no Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) em 1977, que acabará se tornando um embrião bastante preliminar do que veio a ser a limitada Seguridade Social, desenhada não sem polêmica nos grupos de trabalho da “transição pactuada” durante o Governo Sarney, e nos enfrentamentos políticos do processo constituinte (BOSCHETTI, 2006).

Nossa Seguridade Social constitucional possui uma concepção que amalgamou duas lógicas de proteção social inauguradas e ainda predominantes especialmente nos países capitalistas da Europa ocidental, a *beveridgiana* e a *bismarckiana*. Desse amálgama, os preceitos constitucionais combinam princípios que, à primeira vista, são antagônicos: universalidade e seletividade, centralização e descentralização, distributividade e redistributividade, gratuidade e contributividade. Essa conciliação, contudo, deve ser compreendida considerando o processo histórico de surgimento e desenvolvimento dessas políticas no Brasil, brevemente sinalizado anteriormente, as particularidades do nosso capitalismo dependente e periférico (MARINI, 1973) e suas determinações na constituição das políticas sociais (BEHRING; BOSCHETTI, 2006), bem como o papel das forças de apoio e de oposição e resistência aos direitos sociais e à instituição da seguridade social, que participaram ativamente e se enfrentaram na Assembleia Constituinte (BOSCHETTI, 2006).

O sistema de proteção social conhecido como *beveridgiano* espalhou nos sistemas de seguridade social capitalistas princípios como universalidade, gratuidade, não contributividade, redistributividade, uniformidade, descentralização, que compuseram as políticas anticíclicas após a Crise de 1929, e especialmente entre as décadas 1940-1970 sustentaram o padrão de acumulação fordista-keynesiano. São princípios que estão na base da saúde pública brasileira, inscritos na Lei Orgânica da Saúde (LOS) e na estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar de constitucionalmente reconhecida como política pública universal, a LOS manteve aquela distinção entre assistência à saúde não contributiva e seguro saúde contributivo, legado da histórica dessa política social, e até hoje não superado. Assim, apesar da sua concepção universalizante, o direito ao auxílio doença, garantido ao trabalhador/a em período de perda da capacidade laboral por motivos de doença, mantém a lógica do seguro contributivo, e torna-se, assim, um benefício seletivo, destinado somente a quem contribui diretamente para a seguridade social. Tem-se, aqui, um exemplo dessa conciliação antagônica entre os princípios de universalidade e seletividade; gratuidade e contributividade; distributividade e redistributividade no âmbito da saúde pública, que limita sua abrangência e impulsiona desigualdades no acesso.

Os princípios de contributividade, seletividade, centralização e distributividade estruturam a previdência social e são originários do modelo *bismarckiano* alemão, que desde o século XIX delimitou as políticas de seguros sociais e inaugurou os sistemas de proteção social nos países capitalistas da Europa ocidental e posteriormente na América Latina. Aqui no Brasil os seguros sociais são mais comumente designados, desde sua origem nos anos 1920, de previdência social. Apesar de reconhecidos como direito constitucional, são assegurados apenas

mediante prévia contribuição direta (com exceção dos trabalhadores rurais, conforme LOPS nº 8.213, de 24 de julho de 1991, atualizada e modificada em Leis subsequentes). O montante dos benefícios monetários (aposentadorias, pensões, auxílio-doença, auxílio-maternidade, salário-família) é proporcional à contribuição efetuada. Alguns benefícios são seletivos e focalizados – como o salário família, que era destinado a todos os contribuintes e se tornou focalizado para famílias de segurados que recebem abaixo de um teto salarial. A organização institucional é centralizada no governo federal no atual INSS (ex-INPS) para trabalhadores/as do regime geral (RGPS). No caso de trabalhadores/as do Governo Federal (civis e militares), os regimes são diferenciados e asseguram direitos desiguais. Tal lógica faz com que a previdência social, historicamente, e mesmo após a CF/1988, não tenha capacidade de universalizar os direitos previstos em lei, uma vez que estes exigem prévias contribuições de trabalhadores e empregadores. A prevalência de agudas relações precarizadas de trabalho e reduzidas remunerações faz com que uma parcela imensa da classe trabalhadora não consiga contribuir e nem acessar esse direito.

A política de assistência social, regulamentada pela Lei Orgânica de Assistência Social (nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993) e por normas infralegais, articula princípios como seletividade e universalidade na garantia dos benefícios e serviços, já que alguns direitos são limitados pela renda per capita familiar, idade e deficiências (caso do BPC) e outros direitos socioassistenciais são prestados “a quem necessitar”; a gratuidade e não exigência de prévia contribuição direta à seguridade atribuem aos direitos uma assistência de natureza distributiva e universalizante (o que não significa universal), dentro dos critérios estipulados na LOAS; e a estruturação do SUAS associa centralização e descentralização, com suas normas e financiamento definidos nacionalmente e sua implementação descentralizada para Estados e municípios.

Pela primeira vez na história, a Seguridade Social constitucional inaugurou espaços de participação direta e controle social democráticos para suas três políticas, por meio das Conferências e Conselhos nas três esferas de Governo. E também instituiu mecanismos novos e redistributivos de financiamento, com ampliação da base de arrecadação e criação de um orçamento próprio para assegurar sua expansão (OSS). São importantes e necessárias inovações, que abriam para um horizonte possível de alargamento e universalização dessa inovação constitucional, e nos fazia crer e defender que “Seguridade Social Pública: é possível”, como bradamos na Carta de Maceió (CFESS, 2000; BOSCHETTI, 2004).

A contraofensiva burguesa sustentada pelo tsunami neoliberal que assolou o país desde a década de 1990, contudo, foi minando insidiosamente essas pretensões da Seguridade Social, e vem provocando sucessivo (e talvez irreversível) processo de desmonte e fragmentação de seus direitos, financiamento, e espaços de participação e controle social democrático. As sucessivas contrarreformas e ajuste fiscal permanente (BEHRING, 2003; 2021) corroem o projeto constitucional de ampliação da proteção social e redução das desigualdades sociais vislumbradas com a Seguridade Social.

Apesar de ainda figurar no texto constitucional, a classe trabalhadora está cada vez mais desprovida de suas promessas. O avanço da extrema direita após o Golpe parlamentar (com forte apoio do judiciário e da grande mídia) contra a presidenta Dilma em 2016, ferozmente pavimentou os caminhos do desmonte da seguridade social pública. O que figura hoje como Seguridade Social está longe de ser aquele projeto que alimentou a crença de uma proteção social universal. A “perversa alquimia” (BOSCHETTI; SALVADOR, 2006; SALVADOR, 2017) operada no orçamento da seguridade destruiu as imprescindíveis bases de financiamento previstas. As fontes de recursos não foram diversificadas e mantiveram imenso peso na restrita arrecadação sobre folha de salários em um mercado de trabalho marcado pela precarização e informalidade, o que dificulta a universalização dos direitos. Soma-se a essa base estreita de financiamento a usurpação anual de 30% do orçamento da Seguridade Social por meio da Desvinculação das Receitas da União (DRU, que até 2016 era de 20%), coroada pela EC 95/2016 que jogou a “pá de cal” no OSS, estabelecendo o famoso “teto de gastos” para as despesas não obrigatórias, especialmente da saúde e assistência social. A destruição do orçamento da seguridade social é uma evidente e desavergonhada transferência de fundo público do trabalho para o capital (BEHRING, 2021). Sua implicação direta é a intensificação de um bárbaro processo de expropriação de direitos, por meio das contrarreformas, que restringe a participação do Estado Social na reprodução da classe trabalhadora e amplifica sua participação na reprodução ampliada do capital (BOSCHETTI, 2018).

As sucessivas contrarreformas ao longo dessas três décadas, com nítido favorecimento ao capital, privilegiaram os princípios da focalização, seletividade, fragmentação e restringiram direitos. Na previdência, reforçaram a lógica do seguro contributivo, reduziram o valor de benefícios, ampliaram a idade e tempo de contribuição para acesso às aposentadorias e pensões, abriram a “porteira” para a privatização e expansão dos planos privados e fundos de pensão, ampliaram o tempo de trabalho e contribuição para obter a aposentadoria. Tornaram os direitos previdenciários mais dependentes de relações de trabalho cada dia mais precarizadas, que reproduzem e exacerbam as desigualdades de classe, gênero e raça, reafirmando a natureza patriarcal e racista do capitalismo dependente brasileiro, que impulsiona a acumulação mediante a superexploração da força de trabalho, especialmente da população negra. A política de saúde pública e seus princípios democráticos surgidos na luta contra a ditadura, que estruturaram formalmente o Sistema Único de Saúde (SUS) – descentralização e participação democrática; universalização e integralidade das ações – foram sendo cotidianamente derruídos pela escassez de financiamento, que ficou evidente durante a Pandemia da Covid-19. A ausência ou insuficiência de trabalhadores na saúde, a intensificação do trabalho, especialmente nos atendimentos de urgência, a falta de medicamentos, de leitos, e as longas filas de espera para consultas e exames são realidades que não se limitam à manchetes de jornais. São situações concretas vividas pela classe trabalhadora que busca o SUS como a única alternativa possível. Não obstante o descaso e intencional política governamental para favorecimento da mercantilização da saúde e avanço de planos privados, foi o SUS que salvou

vidas na Pandemia da Covid-19, em meio à postura negacionista e criminosa do Governo Federal de Bolsonaro. É a luta de trabalhadores, trabalhadoras e usuários/as que mantém o SUS como o único pilar universal da Seguridade Social Brasileira, apesar dos constantes ataques que recebe. A política de assistência social, um inovador direito e dever público, assegurado constitucionalmente pela primeira vez, teve dificuldade para ser estruturada e implementada como sistema público, o que só começou efetivamente com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) em 2005. Suas inovações nem chegaram a se consolidar em todo o país, e já sofrem violenta negligência institucional, especialmente após o teto de gastos” que drenam a quase totalidade dos recursos do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS) para as despesas obrigatórias do BPC e RMV. O SUAS vem perdendo recurso ano a ano, e isso implica em redução de trabalhadores/as, fechamentos de equipamentos públicos como os CRAS e CREAS, redução de atendimento nos serviços socioassistenciais. A Pandemia de Covid-19, com o aumento da pobreza e do desemprego, deu centralidade à política de assistência, em sua forma de programa de transferência monetária, inicialmente com a instituição do Auxílio Emergencial (em 2020) e depois com o Auxílio Brasil (em 2022) que substituiu de forma clientelista o Bolsa Família (BOSCHETTI, 2022a). Essa expansão, contudo, não significou o fortalecimento do SUAS. Ao contrário, o que se viu foi um sistema desestruturado, com falta de trabalhadores/as, o que provocou imensas filas, especialmente de mulheres negras, que eram obrigadas a passar horas (e às vezes mais de um dia) para realizar seu cadastro na Cad-Único e obter acesso aos auxílios.

As condições, aqui brevemente enunciadas, das três políticas que compõem a Seguridade Social, revelam o quão a proposta de um sistema amplo, integrado, articulado e complementar, está longe de se materializar no Brasil. Além de restringir-se a estas três políticas, os processos políticos de destruição da Seguridade Social pública, determinados por interesses econômicos de favorecimento do capital, em detrimento das necessidades sociais, vem transformando-a em um canal de intensa expropriação de direitos que são necessários à reprodução da classe trabalhadora, mas que cada vez mais estão perdendo essa capacidade e assumindo a função precípua de acumulação e valorização do capital. Os direitos sociais não se destinam a, e nem são capazes de, assegurar a emancipação humana, o que só é possível com a superação da sociedade burguesa (MARX [1843] 2010). Mas são resultante da luta de classe e foram conquistas históricas, muitas vezes sangrentas, da classe trabalhadora, para impor limites à exploração do capital e responder às necessidades sociais de reprodução de suas vidas.

A expropriação constitui uma base social do capital (FONTES, 2010), e a expropriação contemporânea de direitos sociais da Seguridade Social, por meio de avassaladoras contrarreformas, indica um violento processo de supressão dessas conquistas, que reduz e desloca parte significativa do fundo público para a acumulação, obriga a classe trabalhadora a dispendar parte de seu salário com a compra de bens e serviços no mercado, e rebaixa o valor da força de trabalho (BOSCHETTI, 2022b), convertendo o fundo de consumo em fundo de acumulação (LUCCE, 2013). Esse processo intensifica a venda da força de trabalho a qualquer

custo e em qualquer condição e ainda obriga homens e mulheres (e muitas vezes crianças) a se submeterem a regras vexatórias para acessar os parques e ínfimos benefícios monetários da assistência social. Evidência concreta desse processo, após as gradativas contrarreformas dos últimos sete anos (terceirização, trabalhista, previdenciária, teto de gastos, entre outras), é a intensificação de relações precarizadas de trabalho sem direitos e ampliação de demandas por auxílios monetários assistenciais. Não por acaso, a Pandemia da Covid-19 obrigou 108 milhões de trabalhadores/as a solicitar o auxílio emergencial, mas somente 68 milhões receberam o auxílio emergencial em 2020 e 53 milhões o Auxílio Brasil em 2022 (em torno de 17,5 milhões de famílias), o que revela a chocante condição de vida de 25% de trabalhadores e trabalhadoras no Brasil (1 em cada 4 brasileiro/a) que, sem trabalho e sem acesso a direitos, amplificam a superpopulação relativa, especialmente estagnada (MARX, [1867] 2017).

Essa condição, entretanto, não atinge a totalidade da classe trabalhadora, e expõe a natureza do capitalismo dependente, patriarcal e racista (MOURA, 1983) que se reproduz no Brasil. São as pessoas negras aquelas mais subjugadas à superexploração, pois historicamente vivenciam as piores condições de desemprego, com ocupações precarizadas sem carteira de trabalho, menores salários e benefícios sociais, sendo as mulheres negras as mais exploradas. Além de jornadas de trabalho semanais superior à dos homens e das mulheres brancas, recebem remunerações menores, são maioria nas relações de trabalho precarizadas e sem nenhum tipo de formalização, são minoria entre quem recebe benefícios previdenciários, mas são maioria entre beneficiárias do Bolsa Família e do Auxílio Brasil (BOSCHETTI, 2022b).

A Seguridade Social brasileira tem potencialidade para se universalizar como sistema público, mas está cada vez mais distante daquele projeto defendido pelo Serviço Social na Carta de Maceió, com base em nosso Projeto Ético Político. Universalização dos direitos, incorporação de outras políticas sociais, redistribuição do fundo público em prol das necessidades sociais e socialização da participação política são defesas mais do que atuais e necessárias. São premissas e requisitos para manter a parca emancipação política prevista na Constituição de 1988. Nosso projeto profissional imediato deve lutar para que a Seguridade Social possa ser um mecanismo de enfrentamento contundente às desigualdades de classe, gênero e raça. Mas temos convicção que devemos ir além. Devemos alimentar a esperança e luta por uma sociedade socialista, em que a pobreza, a miséria e a desigualdade não sejam nada além do que cicatrizes na história.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BEHRING, E. R. Brasil em Contra-Reforma – desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez Editora, 2003.
- _____. Fundo Público, Valor e Política Social. São Paulo: Cortez, 2021.
- BEHRING, E.; BOSCHETTI, I. Política Social: Fundamentos e História. 1ª ed. São Paulo: Cortez editora, 2006.

- BOSCHETTI, I. (2022b). Expropriação de Direitos, Superexploração e Desigualdades de Classe, Gênero e Raça no Brasil Recente. Artigo no prelo.
- _____. (2002a) “Há perigo na esquina”: o Auxílio Brasil e propostas de esquerda para os direitos e políticas sociais. Plataforma Esquerda Online, 22/04/2022. Disponível em <<https://esquerdaonline.com.br/2022/04/27/ha-perigo-na-esquina-auxilio-brasil-e-propostas-da-esquerda-para-direitos-e-politicas-sociais/>>.
- _____. Expropriação de direitos e reprodução da força de trabalho. In: BOSCHETTI, I. (Org.) Expropriação e direitos no capitalismo. São Paulo: Cortez, 2018.
- _____. Seguridade Social e Trabalho. Paradoxos na Construção das Políticas de Previdência e Assistência Social no Brasil. 1ª ed. Brasília: Editora UnB e Letras Livres, 2006.
- _____. Seguridade social e projeto ético-político do Serviço Social: que direitos para qual cidadania? Revista Serviço Social & Sociedade, n. 79, p. 108-132. São Paulo: Cortez, 2004.
- BOSCHETTI, I. e; BEHRING, E. Assistência Social na pandemia da covid-19: proteção para quem? Serviço Social e Sociedade, n. 140, p. 30-47, jan./abr., São Paulo, 2021. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/ssoc/a/Wbf86mT4vwX6HvnSyRy3kkD/?format=pdf&lang=pt>>.
- BOSCHETTI, I.; SALVADOR, E. Orçamento da seguridade social e política econômica: perversa alquimia. Revista Serviço Social e Sociedade, n. 87, p. 25-57. São Paulo: Cortez, 2006.
- BRAVO, M. I. S. Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais. São Paulo: Cortez, 1996.
- CFESS. Carta de Maceió: Seguridade Social Pública é Possível. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/encontronacional_cartas_maceio.pdf>.
- FERNANDES, Florestan. Capitalismo Dependente e Classes Sociais na América Latina. 4ª ed. São Paulo: Global Editora, 2009.
- FONTES, V. O Brasil e o Capital Imperialismo. Teoria e História. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2010.
- LUCE, M. S. A Superexploração da Força de Trabalho no Brasil: Evidências da História Recente. In: FILHO, Niemeyer Almeida (Org.). Desenvolvimento e dependência: cátedra Ruy Mauro Marini, p. 145-166. Brasília: Ipea, 2013. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=18337>.
- MARINI, R. M. A Dialética da Dependência. 10ª ed. (1ª ed. 1973). México: Editora Era, 1990. Disponível em: <<https://www.marxists.org/portugues/marini/1973/mes/dialetica.htm>>.
- MARX, K. A Assim Chamada Acumulação Primitiva. O Capital, Volume 1, Livro Primeiro, Tomo 2, Capítulo XXIV. São Paulo, Boitempo, 2017.
- _____. Sobre a Questão Judaica. São Paulo, Boitempo, 2010.
- MATTOS, M. B. (Org.). Estado e Formas de Dominação no Brasil Contemporâneo. Rio de Janeiro: Consequência Editora, 2017.
- MOURA, C. Escravidão, colonialismo, imperialismo e racismo. Revista Afro-Ásia, n. 14. Salvador: UFBA, 1983. Disponível em: <<https://periodicos.ufba.br/index.php/afroasia/article/view/20824/0>>.

- OLIVEIRA, J.; TEIXEIRA, S.F. (Im)Previdência Social: 60 anos de história da previdência social no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1985.
- SALVADOR, E. O desmonte do financiamento da seguridade social em contexto de ajuste fiscal. Revista Serviço Social e Sociedade, n. 130, p. 426-446. São Paulo: Cortez, 2017.

SEXUALIDADE E SAÚDE: IDENTIDADE DE GÊNERO, ORIENTAÇÃO SEXUAL E PROCESSO TRANSEXUALIZADOR

Isabele Barboza Moura

Abordar o campo da diversidade sexual e de gênero, pensando a atuação das/os assistentes sociais na saúde, requer a alusão a alguns elementos e conceitos que atravessam diariamente o cotidiano profissional e que são fundamentais para compreendermos a profundidade das demandas colocadas pela população LGBTQIA+, identificarmos suas particularidades e, com isso, pensarmos estratégias de intervenção frente às questões colocadas pelas/os usuárias/os. Desse modo, o presente verbete trará algumas considerações sobre os conceitos de orientação sexual e identidade de gênero, bem como sobre o chamado Processo Transexualizador e o que é preconizado pela portaria.

Quando falamos sobre população LGBTQIA+ precisamos inicialmente pontuar algumas questões que permeiam cada letra dessa sigla, mas partindo do princípio de que, embora haja definições e conceitos prévios, o debate da diversidade sexual e de gênero é um campo em disputa e que se constrói e se reconstrói a partir do reconhecimento de uma série de pautas que estão colocadas na sociedade e que vão ganhando espaço e visibilidade ao serem devidamente identificadas e discutidas.

Uma das questões fundamentais para tanto, é a compreensão de que essa sigla está em constante alteração, pois essas definições não são fixas, mas se constroem em função de uma série de questões como pertencimento, visibilidade, reconhecimento e reivindicação de direitos sociais e políticos. Não à toa, no Brasil, vimos algumas alterações da sigla. No início dos anos 1990, ela aparece como GLS (gays, lésbicas e simpatizantes). Já nos anos 2000, tornou-se LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis), sigla que já era utilizada nos EUA e que veio para substituir a anterior, sendo aprovada através de um congresso que reuniu a comunidade em Brasília.¹ Já no presente momento, defendem-se algumas variações entre LGBTQ+, LGBTQI+, LGBTQIA+, incorporando mais identidades. Cabe ressaltar que tais identidades não estão dadas e não se limitam às já reconhecidas socialmente de modo que o símbolo de + (mais) é uma forma de evidenciar que para além das identidades e orientações representadas pelas letras que compõem a sigla, existem outras.

De acordo com Almeida (2016), a sigla tornou-se popular na última década, tanto entre os movimentos sociais quanto nos próprios documentos oficiais, atravessando as políticas públicas.

Apesar de apontar para um grande campo que costumamos chamar de diversidade sexual e de gênero, a sigla agrupa uma variedade de identidades sociais que, embora sejam conformadas por expressões semelhantes do

¹ Disponível em: <<http://g1.globo.com/Noticias/Rio/0,,MUL597188-5606,00-MUDANCA+DE+SIGLA+DE+GLBT+PARA+LGBT+DIVIDE+COMUNIDADE+GAY.html>>. Acesso em 10 de out. de 2022.

preconceito, também tem características próprias, histórias e demandas distintas por direitos” (ALMEIDA, 2016, p. 7).

Nesse sentido, na literatura sobre diversidade de gênero, uma importante diferenciação se dá entre o conceito de identidade de gênero e orientação sexual, pois apesar de comporem a mesma sigla, o ‘L’, o ‘G’, o ‘B’ e o ‘A’ dizem respeito a orientações sexuais (lesbianidade, homossexualidade, bissexualidade e assexualidade respectivamente), enquanto o T, Q e o I referem-se às identidades de gênero (transexuais, travestis, queer e intersex). Moira aponta que pelo fato de orientações e identidades comporem a mesma sigla, “muitas pessoas confundem orientação sexual (o gênero que o atrai) com identidade de gênero (o gênero em que se enxerga)” (MOIRA, 2017, p. 93).

Quanto à orientação sexual, Modesto (2008) aponta ser esta apenas um dos componentes da sexualidade humana, que é composta por diversos outros elementos, sendo “orientação sexual” o termo que relaciona a forma de atração afetiva e sexual. É importante ressaltar que essa orientação não está colocada a partir de uma escolha, ou como mais comumente ouvimos, uma “opção”. A pessoa, conforme a vida vai se desenvolvendo, simplesmente se percebe heterossexual, homossexual, bissexual, pansexual.

Já a identidade de gênero diz respeito à expressão de gênero com a qual a pessoa se identifica, a partir de uma construção social e não apenas biológica como o sexo. Sendo essa também uma questão de pertencimento e não “escolha”, o indivíduo pode se sentir parte do gênero feminino, masculino, nenhum destes, ou algum outro que o represente, independentemente da genitália, no caso, o sexo biológico.

Em relação à identidade de gênero, Carrara aponta que essa expressão foi usada inicialmente no campo médico, sobretudo na psiquiatria, para designar o que se entendia como “transtorno de identidade de gênero”. Ou seja, a medicina considerava que “o desconforto persistente criado pela divergência entre o sexo atribuído ao corpo e a identificação subjetiva com o sexo oposto (CARRARA, 2009, p. 124)” era um transtorno mental e não uma questão de identificação e/ou pertencimento. Foi nos últimos anos que, segundo o autor, as pessoas que se definem por meio das identidades que não são comportadas pela cis-heteronormatividade, bem como outros campos do próprio meio científico, têm retomado e se apropriado da expressão *identidade de gênero*, tanto para questionar essa perspectiva que entende tais variações como patologias de saúde mental, mas também “para reivindicar direitos relativos ao reconhecimento da identidade de gênero [...]” (CARRARA, 2009, p. 124).

Para Moira, a identidade de gênero é a forma como as pessoas se entendem independentemente de sua genitália. É como se a genitália, que sempre foi utilizada para definir e delimitar todas as possibilidades que aquele indivíduo teria ao longo da vida, “não dissesse mais quem a pessoa é, como ela deve viver sua vida, imaginar seu corpo” (MOIRA, 2017, p. 77). Assim, a autora defende que, se em algum momento na vida uma pessoa percebe que pertence não ao gênero que lhe designaram ao nascer, mas a outro, é importante que se lute para que ela possa ser respeitada e tratada pelo nome e pelo gênero que se identifica verdadeiramente.

Para Jesus,

No mundo contemporâneo, mais que vivenciar uma identidade de gênero, ser transgênero corresponde a representar uma identidade política, pautada pela desconstrução da crença em papéis de gênero considerados “naturais”, construídos biologicamente; e pela visibilização de identidades particulares historicamente estigmatizadas [...] (JESUS, 2013, p. 119).

Diante disso, a transexualidade, assim como a travestilidade, se insere enquanto o T na sigla LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis), que recentemente incluiu o Q, I, A, e o símbolo de +, tornando-se LGBTQIA+, agregando, assim, a identidade Queer e a população intersex – esta última compreende pessoas que possuem a genitália ambígua (anteriormente chamadas de hermafroditas), ou seja, cuja “anatomia sexual ou reprodutiva que não se encaixam nas definições tradicionais de ‘sexo masculino’ ou ‘sexo feminino’”² – e a orientação sexual Assexuados(as), que são as pessoas que não se relacionam sexualmente.

Para Butler (2019), travestilidade, transexualidade e transgênero são expressões identitárias que estão em divergência com as normas de gênero, já que estas se fundam na heterossexualidade, no dimorfismo, ou seja, na lógica binária de que ou se é homem ou mulher (sendo ambas possibilidades definidas única e exclusivamente a partir do sexo biológico). Neste sentido, a transexualidade é a condição da pessoa que não se identifica com o gênero que lhe foi atribuído ao nascer, a partir do referencial biológico, ou seja, da genitália. De acordo com Almeida, falar sobre transexualidade significa,

[...] falar de pessoas que, em diferentes contextos sociais e culturais, conflituam com o gênero (com que foram assignadas ao nascer e que foi reiterado em grande parte da socialização delas) e, em alguma medida (que não precisa ser cirúrgica/química), decidem modificá-lo (ALMEIDA, 2012, p. 515).

Já a travestilidade, segundo a definição utilizada pela Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA), pode ser identificada como a identidade de pessoas que vivem uma construção de gênero feminino, oposta à designação de sexo atribuída no nascimento, seguida de uma construção física, de caráter permanente, que se identifica na vida social, familiar, cultural e interpessoal por meio dessa identidade. Nesse sentido, segundo Bento “tanto a transexualidade quanto a travestilidade são construções identitárias que se localizam no campo do gênero e representam respostas aos conflitos gerados por uma ordem dicotomizada e naturalizada para os gêneros” (BENTO, 2008, p. 520).

Tal diferenciação, muitas vezes, aparece relacionada à cirurgia de transgenitalização. Ou seja, mulheres transexuais seriam aquelas que operaram ou que desejam operar e as travestis seriam as que não demonstram interesse pela cirurgia. A própria medicina utilizou (e em parte ainda utiliza) esse argumento para diferenciá-las. Como coloca Bento (2008), uma das principais diferenças que eram apontadas em relação a transexualidade e a travestilidade era a realização da cirurgia. A medicina compreendia que transexuais eram as pessoas que reivindicavam a cirurgia de transgenitalização e travestis eram aquelas que não desejavam

² Disponível em: <<https://orientando.org/o-que-e-intersexo/>>. Acesso em 10 de out. de 2022.

nenhum tipo de modificação por via cirúrgica. A autora aponta que, “Essa linha rígida, como se fosse um muro que separasse transexualidade e travestilidade, para muitas pessoas transexuais é uma ficção. Muitas se definiram ao longo de suas vidas como travestis, embora se sentissem mulheres” (BENTO, 2008, p. 534).

Não à toa, a primeira portaria³ relacionada ao Processo Transexualizador,⁴ ainda em 2008, não contemplava as travestis. Foi apenas em 2013, com a portaria nº 2.803, que ocorre a ampliação da portaria, contemplando as travestis e homens transexuais, que também não constavam no documento anterior. Isso por que até 1997 as cirurgias de transgenitalização eram realizadas de forma clandestina no Brasil, pois o Conselho Federal de Medicina (CFM) tinha por entendimento que tais cirurgias eram “crimes de mutilação”. Somente após a resolução 1.482/1997 do CFM que foi aprovada a realização, de modo experimental, dessas cirurgias nos hospitais públicos universitários do país.

Com a Portaria 1.107/2008 do Ministério da Saúde (MS) é instituído o Processo Transexualizador no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e no mesmo ano, a Portaria 457/2008 MS regulamenta e define os parâmetros para o Processo Transexualizador, determinando a necessidade de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, inserindo o Serviço Social como categoria necessária para a implementação do serviço, e estabelecendo o acompanhamento de no mínimo dois anos com médico psiquiatra para adquirir um laudo que “comprove” a condição de transexual, e a idade mínima de 21 anos para a realização da cirurgia de transgenitalização. Isso decorria do entendimento de que a transexualidade era uma patologia que necessitava de um atestado de “transexualismo”. Somente em 2013 há a diminuição da idade mínima para 18 anos, além de incluir procedimentos cirúrgicos ditos complementares para homens transexuais (mastectomia e retirada de útero, ovários, trompas e vagina), e a inclusão do acolhimento em relação ao nome social e à hormonioterapia.

A partir do exposto, considerando a discussão realizada pelos movimentos sociais LGBTQIA+ da importância de se apropriar do termo *travesti* – uma identidade exclusivamente latino-americana – e ressignificar essa identidade, é importante partirmos da compreensão de que as duas identidades experienciam de forma muito semelhante a discriminação, o preconceito e demais expressões da violência *transfóbica* que se encontra tão enraizada na sociedade capitalista.

De qualquer modo, Bento aponta que pessoas transexuais e travestis não são as únicas que rompem e cruzam os limites estabelecidos socialmente para os gêneros. Existem as drag queens, os drag kings, as pessoas transgêneros, não binárias, dentre outras possíveis identidades existentes que desfazem essa relação simplista e imposta que vincula vagina-feminino e pênis-masculino. Assim, ainda segundo a autora, a transexualidade é apenas uma das múltiplas expressões identitárias que surgem como uma resposta inevitável a esse sistema que “organiza a vida social fundamentada na produção de sujeitos “normais/anormais” e que localiza a verdade das identidades em estruturas corporais”. (BENTO, 2008, p. 132).

A partir do exposto é possível identificar o fato de que historicamente travestis, pessoas transexuais, dentre todas os demais grupos representados na sigla LGBTQIA+,

³ Portaria nº 1.107/2008 do Ministério da Saúde.

⁴ Portaria do Ministério da Saúde que realiza a cirurgia de redesignação sexual (“mudança de sexo”) e demais procedimentos cirúrgicos e ambulatoriais a pessoas transexuais e travestis pelo SUS. No Rio de Janeiro, o hospital que presta esse serviço é o Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE).

constituem uma população colocada à margem da sociedade e desprotegida de políticas públicas, o que se dá pela ausência de um Estado comprometido com os direitos humanos, com essa população e, claro, com diversos outros grupos desprivilegiados.

Nesse sentido, ressaltamos a importância da compreensão do processo de violência que sofrem aqueles e aquelas que ousam desafiar o conservadorismo impregnado na sociedade e no Estado, que nesse caso, tem como um de seus pilares a cis-heteronormatividade, e como o acesso a direitos por esses sujeitos é entrecortado pelas múltiplas facetas dessa violência estrutural e naturalizada chamada *LGBTQIA+fobia*.

Cotidianamente o preconceito, a discriminação e a violência impõem uma série de *impossibilidades* para a vida dessas pessoas, contribuindo para a evasão escolar, limitando o acesso ao mercado formal de trabalho, afastando-as dos serviços de saúde, ou seja, afastando absolutamente essa população da chance de viver uma vida digna e com acesso a direitos. E essa violência, na grande maioria das vezes, é perpetuada inclusive dentro de casa, junto à família, que igualmente discrimina e violenta a partir da reprodução da transfobia estrutural arraigada na sociedade.

Diante desse cenário, só se confirma o fato de que o estigma e a discriminação contra pessoas LGBTQIA+ são reais e profundos em todo o mundo e fazem parte de um círculo estrutural e contínuo de opressão que as mantém afastadas de políticas públicas e dos direitos básicos. Em grande parte do mundo, são vítimas de um terrível discurso de ódio, que se desdobra em violência, que se expressa através de humilhações, xingamentos, agressões físicas e sexuais, assassinatos, desproteção do Estado, negligência, barreiras no acesso aos serviços públicos, dentre inúmeras outras situações recorrentes as quais a população é submetida nesse contexto de LGBTQIA+fobia estrutural.

Assim sendo, é cada vez mais urgente travarmos de forma ampla e coletiva a luta pela garantia dos direitos humanos, fortalecendo os movimentos sociais e os espaços de discussão verdadeiramente democráticos, uma vez que a tendência dessa circunstância é o agravamento das condições de saúde das pessoas LGBTQIA+, além da manutenção dos casos de violência, além de pensarmos, enquanto categoria profissional, formas de contribuição para o rompimento desse ciclo de violência e violação de direitos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BENTO, B. O que é transexualidade. São Paulo: Brasiliense, 2008.
- JESUS, J. G.; ALVES, H. Feminismo transgênero e movimentos de mulheres transexuais. Revista Cronos, v. 11, n. 2, p. 8 -19. Brasília: CFESS, nov., 2012.
- ALMEIDA, G. Transfobia. In: Série Assistente Social no combate ao preconceito. Cad. 4. Brasília: CFESS, 2016.
- _____. Homens Trans: Novos Matizes na Aquarela das Masculinidades? Revista Estudos Feministas. Florianópolis: UFSCAR, 2012.
- BUTLER, J. Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade. 18. ed.. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2019.
- CARRARA, S. Educação, diferença, diversidade e desigualdade. In: Gênero e diversidade na escola: formação de professoras/res em Gênero, Orientação Sexual e Relações Étnico-Raciais. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009.

- MOIRA, A.; BRANT, T.; ROCHA, M.; NERY, J. W. Vidas Trans [ebook]. Bauru, São Paulo: Astral Cultural, 2017.
- MODESTO, E. Mães sempre sabem? Mitos e verdades sobre pais e seus filhos homossexuais. Rio de Janeiro: Record, 2008.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Raquel Cavalcante Soares

O Sistema Único de Saúde (SUS) é, sem dúvida alguma, o maior sistema em rede de serviços e assistência à população brasileira; em todos os municípios há pelo menos algum serviço de saúde, desde os mais simples na atenção primária, aos mais complexos, contabilizando mais de 200 mil estabelecimentos de saúde (MACHADO; CARVALHO; CAMPOS, 2020). Ademais, segundo o próprio Ministério da Saúde, o SUS é um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, atendendo mais de 190 milhões de brasileiros. Em termos comparativos, a Previdência Social, segundo dados de 2022, tem “70 milhões de trabalhadores protegidos, sendo 36,4 milhões de benefícios pagos mensalmente.” (BRASIL, 2022: sp). Já a política de assistência social atendeu no período pandêmico 21,53 milhões de usuários com o Auxílio Brasil, segundo dados de novembro 2022 (BRASIL, 2022).

De fato, o SUS configura-se como o sistema de proteção social de patamar superior em termos de cobertura da assistência da população, que integra a seguridade social. Assim, pode-se afirmar que, na história da formação social do Estado brasileiro, o SUS é o sistema público de serviços, viabilizador de direitos (em especial o direito à saúde), que mais amplitude tem em termos de acesso da população – apesar de todas as contradições e desigualdades como veremos a seguir.

Desde o seu nascimento, o SUS foi inspirado na racionalidade emancipatória do projeto de Reforma Sanitária, trazendo três importantes mudanças na concepção e gestão das políticas sociais no Brasil:

- De modo muito claro, a conquista da sua estruturação tem relação direta com a mobilização social do movimento sanitário e da articulação com movimentos sociais e partidos políticos do campo da esquerda. Há, assim, uma politização da política de saúde (TEIXEIRA, 1989), quebrando-se com uma concepção tecnicista de política social e a apresentando como espaço de contradição e disputa de projetos;
- Pela primeira vez, de forma inclusive institucionalizada a partir da Constituição de 1988, uma política social e seu respectivo sistema executor tem como diretriz fundamental a participação social. Nesse sentido, o SUS torna-se um marco divisor no que se refere ao controle social: a institucionalização dos conselhos de saúde nos diversos entes federativos (municípios, estados, distrito federal) bem como os conselhos gestores em serviços de saúde, com participação paritária entre sociedade civil e gestores, as conferências como instâncias máximas de deliberação sobre a política de saúde, conforme consta na Lei 8142/1990;
- A terceira e última mudança é consequência das anteriores: a politização da concepção de política de saúde e a participação social possibilitaram a configuração de uma cultura do direito público à saúde, aqui relacionada diretamente ao dever e responsabilidade do Estado em garantir esse direito.

Essas três mudanças trazidas pelo SUS, junto com o princípio da universalidade do acesso, constituem-se o núcleo duro do seu legado, advindo do projeto da Reforma Sanitária.

Contudo, há outros importantes elementos que o orientam e estruturam, como suas diretrizes e seus princípios.

Dentre as diretrizes do SUS expressas na Constituição de 1988, além da participação social aqui já mencionada, há a descentralização e o atendimento integral (BRASIL, 1988). A descentralização confere ao sistema de saúde a capacidade de atender às diversas necessidades regionais do nosso país, segundo suas particularidades econômicas, sociais e sanitárias (PAIM, 2009). Por outro lado, o atendimento integral – a integralidade – possibilita que o SUS em suas múltiplas ações prime pela promoção, proteção e assistência à saúde, priorizando a prevenção sem descuidar da assistência quando necessária, de modo qualificado e efetivo. Assim, a integralidade da atenção é caracterizada pela busca da compatibilização das “ações preventivas e curativas, individuais e coletivas.” (PAIM, 2009, p. 33).

Além de suas diretrizes, o SUS também possui princípios elencados na Lei 8.080/1990. São eles: 1) Universalidade de acesso; 2) Integralidade da assistência prestada em todos os níveis; 3) Autonomia dos usuários; 4) Igualdade da assistência em saúde; 5) Direito à informação; 6) Socialização de informações sobre os serviços; 7) Uso da epidemiologia para orientar/fundamentar ações; 8) Participação da comunidade; 9) Descentralização político-administrativa; 10) Integração das ações da saúde, meio ambiente e saneamento básico; 11) Conjugação dos recursos dos diversos entes federativos para a prestação de serviços de saúde; 12) Resolutividade dos serviços nos diversos níveis de assistência em saúde; 13) Organização dos serviços públicos; 14) Organização de serviços especializados em atendimento a mulheres vítimas de violência.

Posteriormente, um outro princípio foi incorporado no debate nacional apesar de não ter sido integrado de modo explícito à legislação: a equidade. Com o princípio da equidade vinculado ao Projeto de Reforma Sanitária, defende-se que o SUS atenda de forma desigual os desiguais e considere a diversidade das condições e necessidades sociais, de modo a garantir a igualdade de acesso (PAIM, 2009). Todavia, a equidade vem sendo instrumentalizada por instituições e organismos internacionais, dentre eles o Banco Mundial, para justificar a defesa da focalização e seletividade do sistema de saúde para os mais pobres, possibilitando maior espaço de expansão ao mercado privado da saúde, via consumo. Importa, dessa forma, distinguir as concepções em disputa e defender a Reforma Sanitária em sua amplitude (SOARES, 2020).

O SUS representa e expressa, de forma dialética, os princípios do Projeto de Reforma Sanitária, sendo ele mesmo produto histórico do que se convencionou chamar de Reforma Sanitária Brasileira. Contudo, apesar de ser importante elemento constitutivo desse projeto, a Reforma Sanitária não se restringe à implementação do SUS. Nesse sentido, o Projeto de Reforma Sanitária inclui e ultrapassa o SUS ao tempo em que este último também não constitui-se espaço monolítico de um único projeto, tendo em vista que as políticas sociais expressam em seus mais diversos espaços os projetos societários em confronto.

Assim, desde a sua criação até hoje, o SUS como sistema que materializa a política de saúde brasileira e, por conseguinte, constitui-se mediador objetivo do direito à saúde, configura-se como um campo de disputas de diversos projetos vinculados a diferentes e, algumas vezes, antagônicas concepções societárias. Aqui destacamos os principais deles, a partir dos estudos de Bravo (2006; 2020) e Soares (2020):

- Projeto de Reforma Sanitária: ganha hegemonia na política de saúde nos anos 1980; é responsável pelo conjunto de conquistas que englobam o direito público e universal à saúde na Constituição de 1988 e que estruturam a regulamentação do SUS; sobretudo, defende a democratização do Estado e do direito à saúde com uma racionalidade emancipatória e politicamente revolucionária (BRAVO, 2006; SOARES, 2020).
- Projeto Saúde Privatista: a partir de meados da década de 1990, passa a ser hegemônico – espalhando o pensamento neoliberal por dentro da política de saúde, especialmente, com as mudanças implementadas com a contrarreforma administrativa, com uma concepção gerencialista do Estado e o estímulo às parcerias público-privado, terceirização da gestão e execução de serviços de saúde pelo setor privado, com o abandono do debate sobre a Reforma Sanitária (BRAVO, 2006).
- Projeto SUS Possível: configura-se nos anos 2000, mais particularmente com a ascensão dos governos do Partido dos Trabalhadores à Presidência da República, em que havia a proposição inicial de retomada da agenda sanitária, com a incorporação de defensores da Reforma Sanitária e lideranças do movimento sanitário em diversos cargos do Ministério da Saúde; Faz-se a defesa de uma atualização ou modernização da Reforma Sanitária. Tal modernização permite a refuncionalização de princípios da Reforma Sanitária e do SUS, retirando-lhes o conteúdo mais revolucionário e incorporando elementos do projeto saúde privatista – especialmente a terceirização da gestão e execução dos serviços de saúde e a proposição de novas modalidades de organizações de interesse público e de direito privado (SOARES, 2020).
- Projeto SUS submetido ao Mercado: reatualiza o projeto privatista de saúde a partir do golpe institucional de 2016, nas gestões Michel Temer e Jair Bolsonaro, de perfil ultraneoliberal e conservador, intensificando a ofensiva contra o direito público e defendendo um SUS executado e gerido pelo setor privado, lucrativo e não lucrativo; proposição das entidades e organizações do setor privado da saúde assessorar ou integrar conselhos consultivos dos gestores públicos da saúde; defende-se o acesso ao direito à saúde mediado diretamente pelo mercado ou por um SUS cujos serviços são privados (BRAVO, 2020).
- Projeto Genocida: configura-se na gestão Federal da política de saúde no governo Jair Bolsonaro, durante à pandemia de Covid-19, de 2020 a 2022. Estrutura-se com base no ultraneoliberalismo, conservadorismo, negacionismo científico e princípios neofacistas. A política de saúde Federal foi orientada para desarticular o enfrentamento à pandemia e a facilitar a transmissão do vírus, sob o argumento – ultrapassado cientificamente – da imunidade de rebanho. Há um grande volume de dados e evidências científicas desse projeto, dentre os quais destacamos os estudos de Hallal, que informam que “o Brasil tem 2,7% da população mundial e concentra quase 13% das mortes no mundo [...] 4 de cada 5 mortes teriam sido evitadas se o Brasil estivesse na média mundial de óbitos pela Covid-19, ou seja, 400 mil mortes não teriam ocorrido (AGÊNCIA SENADO, 2021: s.p.).

Todos esses projetos disputam espaço na política de saúde e, conseqüentemente, no SUS, no cotidiano das práticas em saúde, desafiando os trabalhadores da saúde. Ao tempo que é produto histórico da luta pelo direito à saúde da classe trabalhadora pode também expressar negações e violações a esse mesmo direito, dados os diversos projetos em disputa. Tal disputa dá-se, sobretudo, no cotidiano dos serviços, inclusive em meio à atuação profissional de assistentes sociais.

Dentre os mais de 3,5 milhões de trabalhadores saúde que atuam no SUS (MACHADO; CARVALHO; CAMPOS, 2020), encontram-se assistentes sociais de todo o país. O SUS é historicamente um dos maiores espaços sócio-ocupacionais do Serviço Social, disputando o primeiro lugar no mercado de trabalho junto com a política de assistência social. De acordo com o DIEESE (2018), a estimativa de vínculos de assistentes sociais em estabelecimentos vinculados ao SUS, em 2016, era de 67.769, com remuneração média mensal de R\$ 4.403,00. Por outro lado, segundo o DATASUS (2023), informam a quantidade de 40.470 assistentes sociais atuando no SUS em 2023.¹

Segundo Bravo e Matos (2006), o Serviço Social na política de saúde tem como objeto de intervenção as expressões da questão social que interferem e perpassam o processo saúde-doença, seja no sentido de compreendê-las e desvelá-las, seja para intervir sobre elas.

Diante da intensificação do ajuste econômico e o aprofundamento ultraneoliberal, que resultou, sobretudo, no desfinanciamento da política de saúde² com graves inflexões ao SUS, há um agravamento da questão social e aumento das demandas ao SUS. Tal condição vem complexificando ainda mais os espaços de atuação de assistentes sociais na rede SUS, seja na atenção primária (com diversos NASFs sendo fechados em todo o país), seja na média complexidade (nos CAPS, Policlínicas, maternidades), seja na alta complexidade (nos grandes hospitais, emergências).

De acordo com Costa (2006), as contradições do SUS tornam-se demandas ao Serviço Social no cotidiano dos serviços de saúde. De fato, ao longo da história do SUS “contraditoriamente, as tensões do sistema implicaram uma ampliação e redimensionamento das atividades com qualificações técnicas e políticas dos assistentes sociais”. Ademais, a autora afirma que o/a profissional de Serviço Social atua “como agente de interação ou como um elo orgânico entre os diversos níveis do SUS e entre este e as demais políticas sociais setoriais [...]” (COSTA, 2006, p. 41).

Assim, pode-se afirmar que os principais desafios do SUS na atualidade também constituem-se desafios à atuação de assistentes sociais:

- O desfinanciamento da política de saúde e, anteriormente, seu histórico subfinanciamento crônico, que tem várias implicações no cotidiano dos serviços de saúde: aprofundamento da precarização da assistência prestada à população com falta de recursos (financeiros, humanos, materiais e tecnológicos) adequados, restrição de vagas de acesso, precarização do processo de trabalho em saúde com rebatimentos na contratação precária dos trabalhadores da saúde, com baixas remunerações e vínculos de trabalhos fragilizados;³
- O aprofundamento da privatização do direito à saúde no Brasil, expressa tanto nos altos níveis de gastos com a saúde privada em relação aos gastos no SUS quanto na destinação cada vez maior de recursos do SUS para a contratação de serviços privados com e sem fins lucrativos. Desse modo, há um aumento do custo dos serviços, com grande incidência de vínculos precarizados de trabalho, e com uma

¹ Observa-se aqui a diferença entre quantidade de vínculos e quantidade de profissionais.

² A aprovação da EC95 “retirou quase R\$ 37 bilhões do SUS entre 2018 e 2022 [...] em comparação com a regra anterior (EC 86). Se somadas às perdas previstas com o projeto orçamento de 2023, os valores alcançam R\$ 59,6 bilhões.” (ABRES, 2022, p. 6).

³ Segundo o DIEESE (2018), a quantidade de trabalhadores no setor privado de saúde é 2,28 milhões e no setor público é de 1.3 milhão, com baixas médias salariais, de cerca de R\$3.186,00, em 2016.

concepção restrita de direito à saúde regida por contratualizações pautadas em metas quantitativas, negando-se, assim, os princípios da Reforma Sanitária Brasileira;

- A superação do projeto genocida fundado no neofascismo e negacionismo científico articulado com o conservadorismo que implantou na política de saúde federal brasileira uma desarticulação de suas bases técnicas, inclusive com a militarização do Ministério da Saúde. Tal projeto teve um impacto profundo nas práticas em saúde e na assistência à população e a sua derrota eleitoral não se configurou por completo (dada a reduzida diferença de votos que colocou em vantagem o então candidato Lula da Silva, bem como o perfil ultraconservador do Congresso);
- Problemáticas que deveriam ter sido ultrapassadas com a Reforma Sanitária e a instituição do SUS, como: a desigualdade do acesso ao direito à saúde; a hegemonia do modelo médico assistencial, centralizando as ações de saúde nesse profissional e não priorizando a prevenção e promoção da saúde; a falta de investimento tecnológico adequado para a assistência à saúde da população na perspectiva de socialização dos avanços científicos, inclusive com quebra de patentes, sem as quais desigualdades no tratamento, entre outras;
- A necessidade de retomada do projeto de Reforma Sanitária, inclusive, com a politização da saúde e o investimento na democratização do SUS e ampliação do controle social.

As perspectivas para o SUS configuram-se na ordem da necessidade de organização e articulação coletiva (com movimentos sociais, com outros trabalhadores da saúde, com serviços etc.) na defesa da Reforma Sanitária, do próprio SUS, em favor do direito público, estatal e universal à saúde. A crise sanitária da pandemia de covid-19 evidenciou ainda mais a grande relevância dos sistemas de saúde públicos e universais. E “o SUS é nosso, ninguém tira da gente. Direito garantido, não se compra e não se vende”.⁴

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA SENADO, 2021: s.p

ABRES. Nota de Política Econômica. Nova política de financiamento do SUS. UFRJ, 2022.

BRASIL. Serviço e informações do Brasil. Previdência completa 99 anos com mais de 90 serviços digitais disponíveis ao cidadão. Publicado em 04 de fev. de 2022.;02;22 Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/noticias/trabalho-e-previdencia/2022/02/previdencia-completa-99-anos-com-mais-de-90-servicos-digitais-disponiveis-ao-cidadao#:~:text=Mais%20de%20R%24%2050%20bilh%C3%B5es,milh%C3%B5es%20de%20pessoas%20no%20Brasil>>. Acesso em 16 de jan. de 2023.

_____. Auxílio Brasil chega a 21,53 milhões de famílias em novembro de 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/noticias/assistencia-social/2022/11/auxilio-brasil-chega-a-21-53-milhoes-de-familias-em-novembro-de-2022#:~:text=AUX%C3%8DLIO%20BRASIL-,Aux%C3%ADlio%20Brasil%20chega%20a%2021%2C53%20milh%C3%B5es,fam%>>

⁴Grito de luta da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS).

C3%ADlias%20em%20novembro%20de%202022&text=O%20Aux%C3%ADlio%20Brasil%20atingiu%20novos,investimento%20de%20R%24%2013%20bilh%C3%B5es >. Acesso em 26 de fev. de 2023.

BRAVO, M. I.; MATOS, M. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. São Paulo: Cortez, 2006.

COSTA, M. D. O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais. In: Serviço Social e Saúde. São Paulo: Cortez, 2006.

DIEESE. Anuário dos trabalhadores da saúde. São Paulo: DIEESE, 2018.

MACHADO, M.H.V.; FILHO, W.A.; VARGAS, F.L.; MACHADO, A.V.; PEREIRA, E.J.; MESQUITA, M.C.; WERMELINGER, W. Perfil e condições de trabalho dos profissionais da saúde em tempos de Covid-19: a realidade brasileira. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/kymhj/pdf/portela-9786557081587-21.pdf>>. Acesso em 2 de jun. de 2023.

PAIM, J. O que é SUS? Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

SOARES, R. Contrarreforma no SUS e Serviço Social. (E-book.) Recife: EDUFPE, 2020.

TEIXEIRA, S. O Dilema da Reforma Sanitária Brasileira. In: BERLINGUER, G.; TEIXEIRA, S.F.; CAMPOS, G.W. (Orgs.). Reforma Sanitária Itália e Brasil. São Paulo: HUCITEC – CEBES, 1988.

CNES/DATASUS. Profissionais de Saúde, 2023. Disponível em: <cnes2.datasus.gov.br/Mod_Imprimir_Profissionais.asp>. Acesso em 2 de jun. de 2023.

TECNOLOGIAS EM SAÚDE

Renato Veloso

A abordagem das tecnologias em saúde requer a percepção de suas contradições, seja em relação ao processo de cuidado em saúde, seja em relação às(aos) suas(seus) trabalhadoras(es). Dentre as contradições presentes no uso das tecnologias, podemos destacar a sua deificação, mistificação, a tecnificação de procedimentos e o determinismo tecnológico, expressões de uma visão ideologizada da tecnologia, sem desconsiderar, também, que, em muitas ocasiões, a incorporação tecnológica está associada à satisfação de interesses do mercado, fazendo com que equipamentos, softwares e aplicativos sejam incorporados ou impostos ao trabalho sem uma real demanda que leve à sua efetiva apropriação.¹

Nosso ponto de partida é a apresentação de algumas definições básicas e a primeira delas diz respeito à tecnologia, que possui caráter histórico e social, sendo entendida como resultado do trabalho acumulado pela sociedade, tratando-se ao mesmo tempo de indicador da riqueza socialmente produzida e de um meio para a sua reprodução (VELOSO, 2011).

Segundo Lévy (1999, p. 22), “[...] as tecnologias são produtos de uma sociedade e uma cultura”, e para Vieira Pinto (2005), a adequada conceituação da tecnologia tem como ponto de partida a compreensão do avanço tecnológico como expressão do processo de desenvolvimento das forças produtivas da sociedade, destacando que, em termos gerais, a tecnologia pode ser entendida como o estado de desenvolvimento do trabalho social, explicada pelo conjunto da sociedade.

Em meio à ampla diversidade de inovações tecnológicas, aplicadas em diversos espaços e instâncias da vida social, encontram-se as Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC), cuja conceituação, em geral, oscila entre limitá-las às atividades desenvolvidas pelos recursos da informática (priorizando a automatização de tarefas) ou, ainda, entendê-las como a aplicação de seus diferentes ramos na geração, processamento e difusão de informações (ênfatisando a manipulação e organização de dados para posterior utilização).

Por um lado, a aplicação das TIC é vista em termos de operacionalização em sentido genérico, priorizando a habilidade de utilizar e interagir com a máquina; por outro, valoriza-se, também, a atividade de reapropriação e reelaboração da linguagem informacional voltada para novos usos e finalidades. Fica nítida a coexistência de uma lógica instrumental e uma atividade de criação que mobiliza os diversos recursos com vistas ao estabelecimento de diferentes modalidades de trabalho e conhecimento, denotando que a prioridade não é para o domínio operacional apenas, mas estende-se a uma apropriação mais efetiva, mais crítica do recurso tecnológico.

¹ Cabe apontar uma rápida distinção entre incorporação e apropriação das TIC ao trabalho. Muitas vezes usamos tais termos como sinônimos, sem atentar para as diferenças presentes nos seus sentidos. Considera-se que a mera presença de recursos tecnológicos (um computador, por exemplo) no local de trabalho pode caracterizar uma *incorporação* de tecnologias, mas não corresponde, necessariamente, a uma *apropriação* destas tecnologias. A *apropriação* corresponde a um processo mais sofisticado, reflexivo, crítico, de aprendizagem e percepção do funcionamento, do sentido e da utilidade das TIC para o trabalho, em sintonia com valores e objetivos político-profissionais.

As TIC são produto da convergência das telecomunicações com a informática e a computação, e, em termos gerais, sua definição remete ao conjunto de dispositivos, serviços e conhecimentos relacionados a uma determinada infraestrutura, composta por computadores, *softwares* e sistemas de redes que têm a capacidade de processar e distribuir informações para as organizações e os sujeitos sociais que compõem a sociedade. Trata-se de novas tecnologias que podem mediar tanto o fortalecimento da acumulação quanto a criação e o desenvolvimento de posturas alternativas aos valores capitalistas, a depender do movimento das forças sociais em disputa. Em outros termos, a influência que as TIC podem exercer no campo econômico, político e social depende da sua concretização como instrumento que pode vir a reforçar ou não a lógica da acumulação capitalista (VELOSO, 2011).

O momento atual de incremento de mecanismos tecnológicos, aplicativos e plataformas não corresponde à criação da tecnologia, mas à reprodução, de forma mais ampla, de um processo que já estava em curso muito antes da nossa época. O que tem se verificado é que o contexto atual ocasionou uma nítida elevação do acesso às redes, plataformas e ferramentas digitais, generalizando o seu uso e nos colocando frente a uma série de desafios. Se por um lado, a experimentação das diversas funcionalidades tecnológicas nos levou à percepção de inúmeros pontos positivos, não há, por outro lado, como desconsiderar os pontos negativos que complexificam esse processo de generalização, marcado pela prioridade aos processos de precarização do trabalho (ANTUNES, 2020), pela destruição de direitos (BARBOSA, 2020), pela mercadorização dos serviços públicos (HUWS, 2017) e pela expansão do poder das grandes empresas de tecnologia,² no âmbito de um fenômeno que vem sendo chamado de “capitalismo de vigilância” (ZUBOFF, 2021) ou economia da atenção (PEIRANO, 2019), o qual possui nítidas conexões com o ultraneoliberalismo e neoconservadorismo (SIERRA *et al.*, 2020).³

O recente aumento do acesso às tecnologias tem evidenciado as contradições do modo de produção capitalista, dentre as quais podemos destacar a chamada “exclusão digital”, a qual, segundo Silveira (2008, p. 54), refere-se ao “[...] bloqueio do direito à comunicação em rede”, em que as redes informacionais são impactadas por “um mecanismo econômico que impede o acesso da maioria dos cidadãos”. O conceito de exclusão digital aponta para as condições de acesso às inovações tecnológicas, marcado por diversos aspectos que caracterizam o processo social capitalista, expressando-se, desta forma, como uma das expressões da questão social (VELOSO, 2010), ou seja, de um processo de apropriação

² O aumento do poder e influência das chamadas *Big Techs* (MOROZOV, 2018) é cada vez mais evidente. Um acontecimento recente relativo à queda generalizada, em escala planetária, das principais redes sociais (*Facebook*, *Whatsapp* e *Instagram*) dá uma pequena amostra de como a sociedade vem construindo uma dependência dos serviços prestados por essas empresas. Disponível em: <<https://brasil.elpais.com/tecnologia/2021-10-04/whatsapp-facebook-e-instagram-sofrem-queda-generalizada-no-mundo-todo.html>>. Acesso em 30 de jun. de 2021.

³ Os limites deste verbete não permitem uma reflexão, ainda que breve, sobre o “[...] capitalismo de vigilância [...]”, termo que vem ganhando espaço nas discussões sobre os impactos sociais das novas tecnologias da informação e comunicação. Para Zuboff (2021), o capitalismo de vigilância “[...] reivindica de maneira unilateral a experiência humana como matéria-prima gratuita para a tradução em dados comportamentais [...]”, que levam, dentre outros, à criação de “[...] produtos de predição que antecipam o que um determinado indivíduo faria agora, daqui a pouco e mais tarde [...]”. Esses “mercados de comportamentos futuros” têm proporcionado um aumento da concentração de riqueza a partir das operações comerciais, uma vez que “[...] muitas companhias estão ávidas para apostar no nosso comportamento futuro [...]” (ZUBOFF, 2021, p. 22-23). Embora o uso das TIC, neste contexto de “[...] capitalismo de vigilância [...]”, contribua para o aumento da acumulação, isso não nos parece suficiente para caracterizar uma “nova” ordem econômica, como sustenta a autora, já que, a nosso ver, trata-se não de uma nova fase, mas sim de uma expansão da postura capitalista de exploração e expropriação da riqueza socialmente produzida, com fins de valorização do capital. A novidade reside mais nas ferramentas (TIC) utilizadas nesta expansão, estas, sim, inexistentes em fases anteriores do capitalismo.

privada da riqueza produzida socialmente pelo trabalho coletivo. Apesar de estas tecnologias serem produto do trabalho realizado pelo coletivo de trabalhadores, estes não se apropriam delas. O fenômeno da exclusão digital é produto do desenvolvimento da acumulação capitalista, que produz e reproduz novas mediações nas quais se expressa a questão social.⁴

Mesmo com uma forte presença da “exclusão digital”, verificamos que o uso das tecnologias vem aumentando cada vez mais, o que elevou a sua utilização de forma rápida e intensa. Quem já usava, passou a usar ainda mais; quem usava pouco, intensificou o seu uso; e quem não usava, passou a utilizar. Ao mesmo tempo, várias atividades migraram para as plataformas digitais, ocasionando o crescimento do trabalho remoto e a imposição das novas tecnologias digitais a atividades como atendimentos, prestação de serviços, aulas, reuniões, dentre outras, o que tem gerado vários impactos para as trabalhadoras e trabalhadores.⁵

Trata-se de um cenário complexo, marcado por contradições e limites, mas também, possibilidades e perspectivas. Isso coloca em destaque a importância de se realizar uma abordagem crítica das tecnologias, visando identificar e entender os seus sentidos e significados como instrumentos a serviço de projetos societários distintos. Por isso, para tentar compreender adequadamente o seu significado é preciso um esforço para identificar os projetos em disputa na sociedade capitalista, para, aí sim, identificar o potencial das novas tecnologias para o alcance das finalidades e objetivos de cada projeto. Consideramos a existência de dois projetos antagônicos, que disputam o potencial estratégico das novas tecnologias da informação e comunicação: um projeto capitalista e um projeto de radicalização da democracia, oriundo da defesa dos interesses da classe trabalhadora.

O projeto capitalista está voltado ao reforço dos interesses do mercado e à reprodução de seus processos socioeconômicos fundamentais, como a concentração e a centralização de capital, a mercadorização acentuada das relações sociais, a intensificação da exploração do trabalho, a precarização das condições de trabalho e o aumento do controle sobre o(a) trabalhador(a). Neste projeto, as novas tecnologias são instrumentos para o aumento de ganhos privados, redução de custos com o trabalho para empresas, repasse destes custos para os próprios trabalhadores e eliminação de direitos, como vemos acontecer em fenômenos como *uberização*, *home office* e ensino à distância. Aqui, a tecnologia é usada

⁴ Se por um lado a “exclusão digital” tem se tornado cada vez mais evidente, por outro o investimento público no seu enfrentamento não tem sido muito animador. Apesar da existência de recursos, estes não são adequadamente aplicados. Um bom exemplo é o caso do Fundo de Universalização dos Serviços de Telecomunicação (FUST), em que se verifica um evidente descompasso entre o volume de recursos arrecadados e a sua aplicação. Entre 2001 e 2015, por exemplo, foram arrecadados R\$ 16,05 bilhões, mas apenas 1,2% foram utilizados na universalização dos serviços de telecomunicações, objeto do Fundo. O montante de 69% da arrecadação foi empregado “em outros fins”, como remuneração de instituições financeiras e auxílios para servidores do Ministério das Comunicações. Nos últimos vinte anos, o FUST contou com aportes da ordem de R\$ 22 bilhões, mas os saques para outras finalidades reduziram o superávit financeiro do fundo a R\$ 5,6 bilhões em 2019. Dos R\$ 9,1 bilhões autorizados entre janeiro de 2015 e julho de 2020, só foram efetivamente pagos R\$ 573,2 mil, o que corresponde a apenas 0,006% dos recursos. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/08/17/apos-20-anos-e-r-22-6-bi-arrecadados-fust-falha-em-ampliar-acesso-a-internet>>. Acesso em 30 de abr. de 2023.

⁵ Para ilustrar estes impactos, vale lembrar a “sugestão” que o presidente de um banco, no Brasil, fez de que os funcionários que estivessem trabalhando em casa propusessem uma “redução voluntária dos salários”, já que, em sua visão, estariam tendo menos gastos e “uma vida mais fácil”. Convém lembrar que um dos mitos mais recorrentes dos “benefícios” da tecnologia é justamente a falsa ideia de que ela reduz custos, quando na verdade o que ela permite é o repasse destes custos aos trabalhadores. O que aparece para o capital como economia, se objetiva para os trabalhadores como aumento de gastos domésticos, como se ilustra a reportagem do jornal Valor, de fevereiro de 2021, que aponta uma economia para o Governo Federal de R\$ 3 bilhões com o Home Office; os gastos que foram contidos referem-se justamente a energia elétrica, água, telefone, material de consumo, internet, despesas que estas que passaram a ser de responsabilidade dos trabalhadores e trabalhadoras. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/sociedade/presidente-do-santander-sugere-que-funcionarios-cortem-salarios-para-dividir-com-empresa/>>. Acesso em 30 de abr. de 2023.

numa perspectiva de substituição de trabalhadores em perfeita sintonia com a lei geral da acumulação capitalista (MARX, 2013) de aumento do capital constante às custas do capital variável, de substituição de trabalho vivo por trabalho morto. Trata-se de uma apropriação capitalista da tecnologia, em que esta se subordina aos processos de acumulação, mercadorização e pauperização.⁶

O projeto de radicalização da democracia tem caráter civilizatório, em consonância com demandas da classe trabalhadora. Neste projeto, as novas tecnologias podem ter um papel estratégico como instrumento que permite a defesa e a ampliação de direitos, o aumento do acesso à informação e ao conhecimento (expressões da riqueza socialmente produzida), a socialização de informações, o acompanhamento e a fiscalização de políticas públicas, a participação em processos de mobilização e organização de formas inovadoras de resistência social. Aqui as tecnologias podem ser usadas numa perspectiva de acréscimo, e não de substituição; elas se acrescentam e se combinam a outras formas e mecanismos de manifestação e resistência social, auxiliando o combate a opressões e contribuindo para a construção de relações sociais mais igualitárias e de processos sociais democráticos e participativos.⁷

A apropriação das tecnologias é também uma tarefa política. Uma apropriação crítica, competente, sustentada por uma fundamentação teórica sólida da vida social e de seus processos, e também por uma postura ético-política comprometida com valores e princípios emancipatórios, não deve se limitar à dimensão tecnológica, restrita ao domínio do recurso técnico, mas entendê-lo como um dos recursos disponíveis para a promoção de mudanças na estrutura de desigualdades que marca a nossa sociedade. A tecnologia não deve ser deificada, nem tampouco mistificada, mas também não deve ser despojada do potencial que detém para, em conjunto com outros fatores, assumir a condição de recurso de grande importância para o combate às opressões.

Não se trata, portanto, de uma mera incorporação por parte dos sujeitos. Uma apropriação crítica não considera apenas a sua contribuição quantitativa, substitutiva, voltada à automação de tarefas, preocupada com o aumento da rapidez dos processos e com a redução de custos, ou seja, produzir mais, mais rápido e mais barato. A maior contribuição dessas novas tecnologias é o potencial que possuem de promover mudanças qualitativas, dando suporte a processos de reflexão, mobilização, conscientização, ampliando o acesso ao

⁶ Como expressão desta apropriação capitalista da tecnologia temos os processos de plataformização ou, nos termos de Filgueiras e Antunes (2020), uberização do trabalho, cujas principais características são o repasse dos custos e riscos do negócio para os trabalhadores e trabalhadoras; a negação, por parte dos empregadores, da relação de assalariamento e o aumento da precarização e do controle sobre o trabalho. Já em relação ao Serviço Social, a perspectiva de substituição pode ser detectada na homologação, pelo Ministério da Educação e do Desporto (MEC), da forma final assumida pelas diretrizes curriculares no texto legal, que, tal como denunciou Iamamoto (2012, p. 43), “[...] sofreu uma forte descaracterização tanto na sua direção social, quanto na base dos conhecimentos e habilidades considerados essenciais ao desempenho profissional do assistente social”, destacando que “[...] no perfil do bacharel em Serviço Social constava ‘profissional comprometido com os valores e princípios norteadores do Código de Ética do Assistente Social’, o que foi retirado e substituído por ‘utilização dos recursos da informática.’” (IAMAMOTO, 2012, p. 43).

⁷ Um exemplo de apropriação democratizante da tecnologia é a atuação de coletivos de comunicação voltados ao midiativismo, tais como a Mídia Ninja, que a partir de 2013, começaram a transmitir, por *live streaming*, não apenas protestos e manifestações que ocorreram em vários pontos do país, mas também eventos relacionados à mobilização popular, ampliando, com isso, as formas de participação dos sujeitos sociais na vida pública. Disponível em: <<https://exame.com/tecnologia/coletivo-midia-ninja-usa-4g-para-transmitir-manifestacoes/>>. Acesso em 30 de abr. de 2023; Castells (2013) destaca a importância das tecnologias e das redes sociais digitais baseadas na Internet para os movimentos sociais. Para o autor, trata-se de “[...] ferramentas decisivas para mobilizar, organizar, deliberar, coordenar e decidir”, que permitem manter “[...] a comunicação entre as pessoas do movimento e com a sociedade em geral”, e fortalecer a “[...] cultura da autonomia [...]” característica de tais movimentos (CASTELLS, 2013, p. 166).

conhecimento, à informação e a condições que promovam melhorias concretas e efetivas nas condições de vida e trabalho da população.

Expressões como tecnofobia, que denotam medo ou resistência às tecnologias atuais, perdem boa parte do seu sentido quando identificamos que o problema, a “fobia” real, não é em relação à tecnologia em si, mas ao uso social que dela é feito, a forma como o projeto capitalista dela se apropria, já que, como sabemos, as consequências dessa apropriação serão a intensificação da exploração, a precarização das condições de trabalho, o aumento do desemprego e a eliminação de direitos.

As novas tecnologias devem ser apreciadas de forma crítica, livre das amarras do pragmatismo e das armadilhas da mistificação, reconhecendo o caráter contraditório das relações sociais na sociedade de classes. Elas são objetos de disputa, o que abre novas sendas à sua apropriação crítica. Caracterizam-se como espaço de disputa social, e possuem conexões com as finalidades e projetos dos segmentos que as instrumentalizam. A tecnologia é expressão do desenvolvimento das forças produtivas, marcada pelo caráter contraditório constituinte do padrão específico de relações sociais capitalistas, e se, por um lado, ela vem sendo largamente utilizada pelo capital para alcançar suas finalidades de aumento da mercadorização e da intensificação da exploração do trabalho, com o intuito de extrair e acumular parcelas cada vez maiores de mais-valia, potencializando a produtividade e o lucro, por outro lado, no mesmo processo social, podem ser engendradas possibilidades históricas de apropriação deste recurso numa perspectiva alternativa, crítica e de resistência, voltada, por exemplo, à defesa dos direitos sociais e ao fortalecimento de projetos sintonizados com a superação dos valores capitalistas.

As TIC, embora sejam usadas hegemonicamente para satisfazer interesses do capital, podem entrar em sintonia com experiências de luta e resistência social. Ao tomá-las com base em sua natureza contraditória, pode-se sugerir que este recurso seja utilizado tanto para conservar e reproduzir aspectos do modo de organização vigente quanto para buscar negá-los e superá-los. Apreendidas numa perspectiva de totalidade, as redes sociais e as ferramentas digitais podem atender interesses contraditórios do capital e do trabalho, constituindo-se como um campo de disputas em que projetos societários se confrontam. A inserção neste campo de disputas e a construção de uma contribuição voltada para os interesses não hegemônicos requerem dos sujeitos sociais (individuais e coletivos) tanto o domínio operacional do recurso tecnológico, quanto a postura crítica que lhes permita apropriar-se deste recurso e colocá-lo a favor de valores e princípios civilizatórios.

Uma apropriação crítica da tecnologia, voltada ao atendimento das legítimas necessidades da população, numa perspectiva de acréscimo (e não de substituição) pode fornecer subsídios valiosos para a criação de alternativas para os sérios problemas que enfrentamos na atualidade, muitos dos quais amplificados pelas próprias consequências da pandemia. As TIC têm o seu valor, estamos percebendo isso a cada dia, à medida que as experimentamos e identificamos os seus limites e as suas possibilidades, o seu potencial e as suas insuficiências técnicas e éticas. São ferramentas que, com um uso crítico, reflexivo e qualificado, podem ter uma importante contribuição para o trabalho. Isso não significa, no entanto, que elas sejam a única solução para os desafios que enfrentamos. A lógica substitutiva presente no projeto capitalista busca justamente construir essa percepção, ofuscando outras respostas igualmente necessárias, tais como a redução da concentração de renda, o financiamento de políticas sociais, a realização de concursos públicos, a melhoria

das condições trabalho, dentre várias outras. São reivindicações históricas da classe trabalhadora cujo alcance deve ser potencializado pelas TIC, e não por elas substituídas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANTUNES, R. (Org.). *Uberização, trabalho digital e indústria 4.0*. São Paulo: Boitempo, 2020.
- BARBOSA, R. N. de C. Trabalho e mediação digital: captura de tempo e erosão de direitos. In: MAURIEL, A. P. O. et al. Crise, ultraneoliberalismo e desestruturação de direitos, p. 60-104. Uberlândia: Navegando, 2020.**
- CASTELLS, M. *Redes de indignação e esperança: movimentos sociais na era da Internet*. Rio de Janeiro: Zahar, 2013.
- HUWS, U. *A formação do cibertariado: trabalho virtual em um mundo real*. São Paulo: Editora Unicamp, 2017.
- IAMAMOTO, M. V. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do(a) Assistente Social na Atualidade. In: CFESS. *Atribuições privativas do(a) Assistente Social em Questão*, p. 33-74. Brasília: CFESS, 2012.
- LÉVY, P. *Cibercultura*. São Paulo: Editora 34, 1999.
- MARX, K. A lei geral da acumulação capitalista. In: MARX, K. *O Capital. Crítica da Economia*. Livro I. São Paulo: Boitempo Editorial, 2013.
- PEIRANO, M. *El enemigo conoce el sistema: manipulación de ideas, personas e influencias después de la economía de la atención*. Madri: Editorial Debate, 2019.
- SIERRA, V. et al. Neoconservadorismo, Estado e vigilância. In: BRAVO, M. I. S. et al. *Políticas Sociais e Ultraneoliberalismo*, p. 53-69. Uberlândia: Navegando, 2020.
- SILVEIRA, S. A. A noção de exclusão digital diante das exigências de uma cibercidadania. In: HETKOWSKI, T. M. *Políticas Públicas e Inclusão Digital*, p. 43-66. Salvador: EDUFBA, 2008.
- VELOSO, R. Exclusão digital: uma abordagem crítica. In: *Revista Advir*, n. 25, p. 50-59. Rio de Janeiro: Asduerj, 2010.
- _____. *Serviço Social, tecnologia da Informação e Trabalho*. São Paulo: Cortez, 2011.
- VIEIRA PINTO, A. *O conceito de tecnologia*. v.1. Rio de Janeiro: Contraponto, 2005.
- ZUBOFF, S. *A Era do Capitalismo de Vigilância*. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2021.

TRABALHO COLETIVO EM SAÚDE

Marcelo Augusto do Nascimento Muniz

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

A expansão do projeto socioeconômico e político-ideológico de matriz neoliberal, consolidado nas conjunturas de crise estrutural, orgânica e inerente à lógica de produção e reprodução do capitalismo, que se instalaram nas últimas décadas, intensificou o movimento de transformações do processo produtivo, por intermédio do avanço tecnológico, da constituição de novas formas de acumulação flexível, de modelos alternativos de produção e gestão da força de trabalho, fundamentalmente, a partir de um novo padrão de sociabilidade e organização social, em escala mundial, reorientado para a reprodução das determinações do capitalismo, por intermédio da disseminação e aceitação cooptada das contradições inerentes ao capital, além da ampliação e complexificação dos mecanismos de extração da mais-valia e exploração da classe-que-vive-do-trabalho, conceito defendido por autores como Antunes (2009) para definir a classe trabalhadora.

Deste modo, é notório que a crise experimentada pelo capitalismo na transição entre as décadas de 1960 e 1970 evidenciou as contradições da lógica de produção e reprodução do capital, que por sua vez estabeleceu limites ao chamado Estado de Bem-Estar Social, especialmente nos países centrais, e significou a alteração do padrão de proteção social hegemônico após o término da II Guerra Mundial, rebaixando brutalmente os direitos e conquistas legais dos trabalhadores e erodindo a perspectiva de um sistema de proteção social atrelado à lógica do pleno emprego, principalmente, após o fim do bloco socialista – síntese das ideias e o legado da revolução russa de 1917 e da constituição da URSS (União das Repúblicas Socialistas Soviéticas) –, abrindo espaço para a constituição de múltiplos e diversificados mecanismos de organização e exploração do trabalho, apropriação do fundo público e expansão da mais-valia, por intermédio da conformação de modelos mais flexíveis na escala produtiva e no padrão de consumo (IAMAMOTO, 2014).

PERSPECTIVAS TEÓRICAS FUNDAMENTAIS

A compreensão das formas de organização mais recentes do trabalho perpassa, inicialmente, pelo debate em torno da concepção dialética de materialidade e imaterialidade do trabalho e do produto de sua ação, que envolve a análise dos mecanismos de medição dos processos de trabalho e de seus resultados, expondo, conseqüentemente, as fissuras e contradições do debate, associado a própria ideia de intangibilidade do valor trabalho. Antunes (2009) chama a atenção para a necessidade de se estabelecer uma relação crítica e interpretativa com a noção ampliada de trabalho na contemporaneidade, cujos padrões produtivos, associados ao avanço do saber técnico-científico, complexificam e tornam mais heterogêneas e fragmentadas as relações de trabalho, metamorfoseando-as na atualidade. Assim, o autor chama a atenção para o desenvolvimento de formas de trabalho, cada vez mais dotadas de uma dimensão intelectual, seja nas atividades industriais mais informatizadas ou na esfera crescente do setor de serviços, realizados, fundamentalmente, nas esferas da comunicação, publicidade,

marketing e no estreitamento do trabalho vivo em sua relação com a produção capitalista.

As reflexões inerentes à materialidade e imaterialidade não podem estar desvinculadas da compreensão do trabalho enquanto uma construção social e coletiva com matrizes e determinações expressas dentro da lógica do capitalismo, em suas requisições e estruturas mais recentes. Deste modo, Yamamoto (2014) corrobora com o debate sobre a materialidade do trabalho, constructo da transformação imediata da natureza, introduzindo elementos analíticos que fluem no sentido de imbuir a discussão do trabalho no interior das relações sociais capitalistas. A autora ratifica o caráter dualista da produção capitalista, que não pode ser reduzida à expressão apenas do trabalho material e que, portanto, não constitui a processualidade e a totalidade contraditória do movimento do capital. Deste modo, consolida-se e fortalece-se a perspectiva teórica onde o trabalho capitalista contemporâneo é compreendido a partir do desenvolvimento de relações sociais e históricas de produção, específicas e determinadas socialmente.

Ao apresentar os elementos constitutivos do debate sobre o trabalho e os mecanismos de valorização e, especialmente, a cooperação, Marx (2017), apresenta o processo de trabalho no capitalismo como uma atividade orientada a um determinado fim, comum a todas as suas formas sociais. Nesta perspectiva, a cooperação destaca-se como uma forma de trabalho em que muitos indivíduos trabalham de modo planejado, estabelecendo conexões em um mesmo processo de produção ou em processos de produção diferentes, porém interligados. O trabalho assume, portanto, um caráter estritamente social, porém, coisificado ao trabalhador coletivo, tornando-o, conseqüentemente, apenas um acessório no bojo do processo produtivo. Ratifica-se a perspectiva de um trabalho imediatamente social ou coletivo em grande escala, com uma direção social que estabelece harmonia e conexões estruturantes entre as atividades individuais, de modo a estabelecer e consolidar funções gerais no interior do processo de produção capitalista, cujo intuito está atrelado à maior autovalorização possível do capital, ou seja, maior produção de mais-valor, que por sua vez, representa a máxima exploração possível da força de trabalho pelo capitalista.

Harvey (2013) destaca que a cooperação, assim como, a divisão bem-organizada do trabalho representa um conjunto de potencialidades positivas do trabalho organizado. Ou seja, atuam como capacidades humanas esplêndidas, capazes de incrementar os atributos coletivos do trabalho. Entretanto, ressalta o autor, o poder de cooperação inerente ao trabalho é apropriado pelo capital, consolidando-se como um poder do capital sobre o conjunto dos trabalhadores, que perdem sua individualidade para se tornarem mero capital variável, em um processo de subsunção do trabalhador ao capital. Não se faz demasiado dizer que o trabalho e seus traços sociais e coletivos são capturados e aprisionados pela lógica capitalista para atender às determinações particulares do capital, sugando o máximo do trabalho possível do trabalhador por intermédio de uma vontade alheia, que submete o trabalho a requisições capitalistas socialmente determinadas com fito à produção, expansão e apropriação da mais-valia e reprodução do sistema capitalista de dominação e exploração.

Outro traço característico desta conjuntura e absolutamente relevante para a compreensão do trabalho na contemporaneidade está presente na chamada emersão do setor de serviços, cujas contribuições de Mandel (1985) são fundamentais para exploração e análise da realidade. Sua gênese está associada à ideia de valor de uso particular do trabalho, uma vez que não se constitui como coisa e sim como uma atividade. Ao analisar as configurações do trabalho no setor de serviços, Marx, em *O Capital* (2013), destaca que o produto das relações

estabelecidas não se materializa em uma mercadoria, como nos moldes do processo produtivo das grandes indústrias. Seu resultado ou fruto do seu trabalho não gera valor de troca, mas sim, valor de uso. Neste contexto, insere-se a reflexão sobre a diferenciação entre trabalho produtivo e improdutivo, ou seja, o trabalho que gera uma mercadoria e produz diretamente mais-valia para o capital, e o trabalho dimensionado apenas por seu valor de uso, por não produzir lucros diretos para a ordem capitalista.

Entretanto, autores como Dal Rosso (2014) destacam que a mercadoria não pode ser compreendida exclusivamente como um bem material ou físico. Para ele, as mercadorias sempre foram produzidas com o intuito de saciar e atender necessidades materiais, assim como, desejos do espírito. Deste modo, paulatinamente, o autor vai desconstruindo a ideia de que é produtivo somente o trabalho que gera diretamente a mais-valia, ou seja, que valoriza o capital. Em seus argumentos, observamos considerações e reflexões que perpassam pela discussão do trabalho coletivo, no qual personagens como o diretor, o engenheiro, o técnico e o capataz, embora não tenham as mãos sujas de graxa, são considerados produtivos, na medida em que fazem parte do grupo dos trabalhadores coletivos. O autor ressalta ainda o trabalho dos profissionais da medicina, da odontologia, do direito, entre outros, que foram proletarizados e, portanto, saíram da esfera individual passando a ser controlados por empresas, cujo objetivo central é a valorização progressiva do próprio capital. Nestas circunstâncias e sob tais condições essas atividades são compreendidas como produtivas, já que valorizam o capital, contribuindo para a criação de mais-valia. Conclui-se, então, que o trabalho desenvolvido no âmbito dos serviços pode ser considerado produtivo quando sua organização se der com o intuito de ampliar o capital inicialmente investido, não se restringindo à troca de serviços por remuneração.

CONJUNTURA CONTEMPORÂNEA E CONTRARREFORMAS

A compreensão do trabalho em serviços, como a saúde, não pode, portanto, deixar de resgatar e interpretar tais contribuições teóricas nem tampouco desconsiderar as transformações recentes do mundo do trabalho, que perpassam pelo entendimento do caráter produtivo de atividades não materiais, signo do trabalho no setor de serviços no capitalismo. A nova morfologia do trabalho e seu caráter multifacetado, polissêmico e polimorfo, apontados por Antunes (2018), inclui não apenas a totalidade do trabalho coletivo que produz diretamente mais-valia e participa do processo de valorização do capital, consolidando a imagem de uma moderna classe trabalhadora e a imbricação entre trabalho produtivo e improdutivo no capitalismo contemporâneo. Assim, podemos entender que o assalariamento dos trabalhadores do setor de serviços aproxima-se da lógica e da racionalidade da escala produtiva do capital, em um processo de subordinação e estranhamento cada vez mais crescente e complexo do trabalho ao capital.

Para Antunes (2018), surge nesta conjuntura um novo vocabulário do mundo do trabalho, subordinado a uma lógica capitalista empresarial que consolida expressões como “sociedade do conhecimento”, “capital humano”, “trabalho em equipe”, “envolvimento participativo”, “trabalho polivalente”, “colaboradores”, entre outros. Todas as expressões impulsionadas pelo discurso falacioso em torno da definição de “competências” e “metas”, incrementa, intencionalmente, um estado de obscurantismo em torno de conceitos como multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, tão presentes no trabalho

coletivo na saúde. Nesta perspectiva, a ofensiva do capital cria uma retórica acerca da necessidade de construção de um trabalho de cunho interdisciplinar, mas na prática propõe ações profissionais que tratam uma questão ou problema, sem que os profissionais estabeleçam relação entre si, aproximando-se muito mais a lógica multidisciplinar. O processo de precarização do trabalho na saúde, portanto, ignora a perspectiva transdisciplinar, que propõe a integração de disciplinas em um sistema de vários níveis e com objetivos diversificados, e estabelece uma estratégia de cooptação consentida no ideário mistificador, típica do crescente contexto de terceirizações, informalidade, flexibilidade, subemprego, desemprego estrutural e perda de direitos.

Neste sentido, observamos que o processo de heterogeneização, fragmentação e complexificação da classe trabalhadora, aludido por Antunes (2015), compreende uma conjuntura de encolhimento da classe operária industrial tradicional, além da efetivação expressiva e expansão do trabalho assalariado no setor de serviços. Por intermédio desta seara, o capital estabelece suas estratégias para reestruturação do processo produtivo e reprodução do ideário capitalista, interferindo e determinando as relações contemporâneas do trabalho coletivo e da própria sociabilidade da classe trabalhadora. Para Antunes (2015), este significativo processo de reestruturação dos mecanismos de produção capitalista e das relações de trabalho subordinam os serviços públicos, como saúde, energia, educação, telecomunicações e previdência, subjugando serviços e políticas públicas à máxima mercadorização do capital.

Desta forma, o trabalho realizado diretamente na esfera do Estado, na prestação de serviços públicos, que fora dissociado por Yamamoto (2014) do trabalho produtivo, assume novas conotações na atualidade a partir do avanço das privatizações. A saúde pública, por exemplo, tem sido alvo de contrarreformas e convive de perto com a introdução de mecanismos de mercado, de pagamento ou contrapartidas por parte dos usuários e do processo de apropriação do fundo público, através da privatização da gestão dos serviços. Observa-se, portanto, os instrumentos e estratégias do capital para canalização do fundo público como forma de alimentar o mercado financeiro, impactando, em outras tantas esferas, na redução da massa salarial e despesa pública, destinada à conformação das políticas públicas. Nesta perspectiva, o fundo público se configura como um componente estrutural do capitalismo, ratificando o contexto de subsunção real das políticas públicas ao capital, que passam a integrar a ampla engrenagem do intensivo processo de valorização do mesmo.

Tais considerações corroboram para a compreensão e constatação da influência capitalista, a partir das considerações históricas mais recentes, sobre todas as formas de organização do trabalho na saúde na atualidade, determinada pelas requisições e imposições do mercado. Em uma alusão a constituição do trabalho coletivo na saúde, sob a influência do capital, Matos (2013) destaca a tendência contemporânea de substituição da contratação direta dos serviços médicos por uma forma de trabalho organizado e desenvolvido no interior das estruturas do Estado e, crescentemente, pelo setor privado, sendo materializado, diretamente, pelo avanço tecnológico e pela defesa da concepção fragmentada de trabalho. Assim, são dados contornos gerais do trabalho coletivo na saúde, atrelado a consolidação de um modelo biologizante, que está fundamentado no conhecimento absoluto, formal e abstrato do médico e tem no hospital a referência exclusiva de assistência e cujo trabalho parcializado, fragmentado e heterogêneo representam o modelo médico-assistencial privatista redesenhado pelo projeto neoliberal em curso.

Evidencia-se, portanto, o abismo gigantesco entre as prerrogativas da política de saúde idealizada pelo Movimento Sanitário e o sistema de saúde materializado no bojo da sociedade capitalista neoliberal e sua perspectiva de financeirização das relações. Trata-se de uma dicotomia que aparece nos escritos de Soares (2013) como uma disjunção entre o Sistema Único de Saúde (SUS) histórico e o SUS materializado. Consolida-se, mais uma vez, uma conjuntura de desregulamentação, que precariza as estruturas e amarras do sistema de saúde e seus serviços, fragilizando as relações de trabalho críticas e politizantes, por intermédio do fortalecimento de relações de trabalho autoritárias e alienantes, afetando negativamente a liberdade nessas relações triplas do ser humano com a natureza, com os outros seres humanos e consigo mesmo, isto é, com suas próprias capacidades essenciais, conforme sinaliza Mészáros (2016). Uma das consequências mais nefasta dessa conjuntura é a constituição de um setor de serviços que prioriza e fortalece a lógica de subcontratação, normatiza excessivamente as relações de trabalho, desqualifica o profissional, remunera pouco e incorre em perdas significativas dos direitos sociais e trabalhistas. Este é o cenário que atravessa e norteia a conformação do trabalho coletivo na saúde na contemporaneidade, materializada pela participação do “terceiro setor” e seu exército de subcontratados e precarizados. O terceiro setor se configuraria, portanto, como um padrão de resposta do capital, social e historicamente determinado, à dicotomia entre o público e o privado.

O mix ou a combinação entre público-privado na saúde apresentado por Andreatzi (2013) provocou, portanto, rebatimentos diretos sobre a constituição do trabalho neste contexto, construindo um complexo terreno onde germinaram diversos tipos de relações de trabalho, sob uma diversidade enorme de vínculos e relações contratuais. Observa-se, portanto, seja entre os trabalhadores estáveis, trabalhadores precarizados, novas modalidades de contratação como através de Pessoas Jurídicas (PJ) ou, ainda, entre os contratados sob o regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e seus processos de subtração recente de direitos, a efetivação de uma lógica complexa e diversificada de fragmentação e desvalorização do trabalhador dos serviços de saúde, que nos dá subsídios teóricos para compreensão da conjuntura contraditória que atravessou as relações de trabalho na saúde ao longo da história, que foram fundamentais para consolidação e organização do trabalho na contemporaneidade. Neste sentido, podemos afirmar que os rebatimentos do contraditório processo de descentralização e flexibilização da política de saúde e suas inúmeras tentativas de desestatização, apresentados por Lima (2017), têm impactos substanciais sobre o trabalho dos profissionais de saúde, que são expostos às mais variadas formas precarizadas de contratação, firmadas por intermédio de organizações sociais, fundações de saúde, cooperativas e outras formas de associações. Nesta perspectiva, a compreensão das inúmeras modalidades de precarização do trabalho na saúde e seus fundamentos históricos é essencial para uma releitura da realidade e seus esquemas contemporâneos de dominação da classe trabalhadora.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDREAZZI, M. F. S. O público e o privado na atenção à saúde: notas para uma caracterização de trajetórias e desafios no Brasil. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S.

- B. (Orgs.). Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos. São Paulo: Cortez, 2013.
- ANTUNES, R. Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2ª ed. revista e ampliada. São Paulo: Boitempo, 2009.
- _____. Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 16ª ed. São Paulo: Cortez, 2015.
- _____. O privilégio da Servidão – o novo proletariado de serviços na era digital. 1ª ed. São Paulo: Boitempo, 2018.
- BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Orgs.). Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos. São Paulo: Cortez, 2013.
- DAL ROSSO, S. Teoria do valor e trabalho produtivo no setor de serviços. Caderno CRH. V. 27, n. 70, p. 75-89. Salvador: UFBA, jan.-abr., 2014.
- FILHO, N. A. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. Revista Ciência e Saúde Coletiva II. Rio de Janeiro, 1997.
- HARVEY, D. Para entender O Capital – Livro I. São Paulo: Boitempo, 2013.
- IAMAMOTO, M. V. Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2014.
- LIMA, J. B. de. A privatização da saúde por meio das Organizações Sociais: a experiência do Rio de Janeiro. Tese (Doutorado em Serviço Social), p. 278 – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2017.
- MANDEL, E. O Capitalismo Tardio. (Os Economistas), p. 265-285; 333-350, 2ª ed. São Paulo: Nova Cultural, 1985.
- MARX, K. O Capital: crítica da economia política. Livro I. 1ª ed. São Paulo: Boitempo, 2013.
- _____. Livro III. 1ª ed. São Paulo: Boitempo, 2017.
- MATOS, M. C. de. Serviço Social, Ética e Saúde: reflexões para o exercício profissional. São Paulo: Cortez, 2013.
- MÉSZÁROS, I. A teoria da alienação em Marx. 1ª ed. São Paulo: Boitempo, 2016.
- SOARES, R. C. A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social. In: SOARES, R. C. Contrarreforma no SUS e o Serviço Social. Recife: UFPE, 2020.

TRANSPORTE EM SAÚDE

Daniele Batista Brandt

Nos dicionários da língua portuguesa, a palavra transporte significa ato de transportar, ou seja, carregar pessoas ou cargas de um lugar a outro, mas também designa o veículo utilizado para transportar. Enquanto a palavra mobilidade define a característica do que é móvel ou capaz de se movimentar. Por outro lado, na literatura acadêmica, transporte e mobilidade são conceitos polissêmicos, abordados por diferentes campos disciplinares, como Engenharia, Arquitetura e Urbanismo, Planejamento Urbano e Sociologia Urbana. Por exemplo, transporte, para Magalhães, Aragão e Yamashita (2014), é o fenômeno humano de deslocamento intencional de objetos (pessoas e mercadorias) para satisfação de uma expectativa individual ou coletiva, que pressupõe a interação entre sujeito, meio e objeto, na qual a mobilidade é uma propriedade deste último. Já mobilidade urbana, segundo Néspoli, foi conceituada como “atributo associado às pessoas e aos bens; corresponde às diferentes respostas dadas por indivíduos e agentes econômicos às suas necessidades de deslocamento, considerando-se as dimensões do espaço urbano e a complexidade das atividades nele desenvolvidas” (NÉSPOLI, 2022, np).

A partir dessas definições, podemos considerar que transporte corresponde ao deslocamento de pessoas ou mercadorias no espaço, enquanto a mobilidade tem relação com os determinantes e condicionantes desse deslocamento. Além disso, com base na contribuição de Henri Lefebvre (2006), devemos ponderar que o espaço é produto, mas, ao mesmo tempo, produtor das relações sócioespaciais na sociedade urbana capitalista. Neste sentido, transporte e mobilidade urbana devem ser compreendidos como parte da reprodução das relações sociais de produção, que assumem formas específicas na produção do espaço e na vida cotidiana no mundo moderno e, por esse motivo, possuem importância para as lutas contra-hegemônicas pelo direito à cidade e à diferença.

Se por um lado, o transporte é uma das atividades de circulação mais presentes em nosso cotidiano de cidadãos e de profissionais, por outro, se constitui como atividade produtora de valor e de mais-valia. Essa observação é importante porque, no Brasil, o transporte de pessoas naturalizou-se enquanto relação mercantil, constituindo-se em serviço público financiado diretamente pelo usuário e indiretamente pelo fundo público, considerando o papel do Estado para a garantia de infraestrutura, equipamentos e subsídios ao setor. Esse duplo caráter, de serviço público e mercadoria, vem aprofundando diferenças e desigualdades socioespaciais que expressam, dentre outras problemáticas, a que Milton Santos (1990) denomina como imobilidade relativa, pela qual a população pobre e periférica realiza grandes deslocamentos diários para chegar ao trabalho ou permanece prisioneira do espaço local.

Dessa maneira, é possível compreender que o transporte pode permitir o consumo de mercadorias que satisfazem necessidades humanas para a reprodução social, bem como a circulação entre moradia, trabalho e outros destinos, tais como serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), a depender da mobilidade urbana em um espaço urbano delimitado ou em uma cidade. Ou seja, a mobilidade urbana pode ser facilitadora, dificultadora ou mesmo impeditiva para o exercício dos direitos sociais, bem como para a construção de novos

direitos. Daí a importância do transporte e da mobilidade urbana também para a garantia do direito à saúde.

Do ponto de vista legal, o transporte foi reconhecido enquanto direito social em 2015, após quatro anos de tramitação da Proposta de Emenda à Constituição (PEC) nº 90/2011, apresentada pela Deputada Federal Luiza Erundina de Sousa (PSOL-SP),¹ incluído no artigo 6º da Constituição Federal (CF) de 1988 pela Emenda Constitucional nº 90/2015.² E a mobilidade urbana tornou-se objeto de Política Nacional (PNMU), após dezessete anos de tramitação do Projeto de Lei (PL) nº 694/1995, ao qual foram apensadas outras proposições que deram origem à Lei nº 12.587/2012.³ Contudo, tais previsões legais não têm sido suficientes para reverter o atual padrão de mobilidade imposto pela “indústria dos transportes” no país. Frente a esse quadro, vem ganhando força a discussão sobre a tarifa zero, também chamada de passe livre, que prevê a garantia do uso do transporte público sem cobrança de tarifa ao usuário.⁴

No campo da saúde, o art. 198 da CF de 1988 reconhece a produção desigual do espaço urbano das cidades, ao prever ações e serviços de saúde integrados em uma rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com as diretrizes de descentralização, atenção integral e participação social e nos princípios previstos no art. 7º da Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde). O que pressupõe transporte de pessoas para atendimentos de urgência e emergência ou eletivos, de materiais biológicos e produtos químicos, como também de resíduos dos serviços de saúde. No presente verbete será enfatizado o transporte em saúde de pessoas e, em especial, as modalidades voltadas para atendimentos eletivos, um capítulo ainda inconcluso do processo de territorialização do SUS.

Uma das primeiras iniciativas que contempla o transporte em saúde de pessoas foi o Passe Livre Interestadual, instituído o pela Lei Federal nº 8.899/1994,⁵ regulamentado pelo Decreto nº 3.691/2000,⁶ cuja concessão e administração foi disciplinada pela Portaria GM/MInfra nº 1.579/ 2022.⁷ Ele garante por meio de uma credencial (carteirinha) o acesso gratuito ao transporte coletivo interestadual de passageiro, nos modais rodoviário, ferroviário e aquaviário, para pessoas com deficiência, ostomia ou doença renal crônica, desde que hipossuficientes economicamente, bem como para seu acompanhante, quando necessário.

¹ Luiza Erundina de Souza é assistente social, exerce o 6º mandato como Deputada Federal de São Paulo pelo Partido Socialismo e Liberdade (PSOL) e foi Prefeita de São Paulo pelo Partido dos Trabalhadores (PT) de 1989 a 1992, ocasião em que apresentou o Projeto de Lei nº 342, de 2 de outubro de 1990, propondo a tarifa zero no transporte público na cidade de São Paulo.

² Emenda Constitucional nº 90, de 15 de setembro de 2015, que dá nova redação ao art. 6º da Constituição Federal, para introduzir o transporte como direito social. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc90.htm>. Acesso em 30 de abr. de 2023.

³ Lei nº 12.587, de 3 de janeiro de 2012, que institui as diretrizes da Política Nacional de Mobilidade Urbana. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/12587.htm>. Acesso em 30 de abr. de 2023.

⁴ Atualmente, há duas propostas em discussão: o PL 1.280/2023, de autoria do Deputado Federal Jilmar Tato (PT-SP) e a “PEC da Tarifa Zero”, apresentada pela Deputada Federal Luiza Erundina (PSOL-SP), em fase de coleta de assinaturas de outros deputados para que possa tramitar. Para mais, consultar: <<https://www.bbc.com/portuguese/articles/cy65e4qnjipo>>. Acesso em 30 de abr. de 2023.

⁵ Lei Federal nº 8.899, de 29 de junho de 1994, que concede passe livre às pessoas portadoras de deficiência no sistema de transporte coletivo interestadual. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8899.htm>. Acesso em 30 de abr. de 2023.

⁶ Decreto nº 3.691, de 19 de dezembro de 2000, que regulamenta a Lei nº 8.899, de 29 de junho de 1994, que dispõe sobre o transporte de pessoas portadoras de deficiência no sistema de transporte coletivo interestadual. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3691.htm>. Acesso em 30 de abr. de 2023.

⁷ Portaria GM/MInfra nº 1.579, de 25 de novembro de 2022, que disciplina a concessão e a administração do benefício do Passe Livre às pessoas com deficiência, comprovadamente carentes, no sistema de transporte coletivo interestadual de passageiros, de que trata a Lei nº 8.899, de 29 de junho de 1994. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.579-de-25-de-novembro-de-2022-449302209>>. Acesso em 30 de abr. de 2023.

Ainda na mesma década, o Tratamento Fora de Domicílio (TFD), instituído pela Portaria SAS/MS nº 55/1999,⁸ dispôs sobre o financiamento do transporte em saúde de pessoas, para tratamento fora do município de residência do usuário. Esta legislação garantiu que despesas para deslocamentos maiores que 50 km e fora de regiões metropolitanas, incluindo transporte aéreo, terrestre ou fluvial, bem como diárias para alimentação e pernoite para paciente e acompanhante, fossem cobradas por intermédio do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), observado o teto financeiro definido de cada Município/Estado, conforme Programação Pactuada e Integrada (PPI) de cada ente federativo. E, alguns anos depois, a Portaria CIT/GM/MS nº 2.048/2002,⁹ que normatiza os Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, foi um dos primeiros instrumentos a citar o “transporte sanitário não urgente”, ainda que, por não se tratar do seu objeto, não o tenha definido.

A Portaria GM/MS nº 399/2006, que divulga o Pacto pela Saúde, pode ser considerada o marco pelo qual o transporte passou a receber importância no processo de regionalização, ao ser considerado um dos critérios para definição das Regiões de Saúde, que “são recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território” (BRASIL, 2006, np).

Em seguida, Portaria GM/MS nº 4.279/2010, que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS)¹⁰ no âmbito SUS, definiu o transporte como um dos sistemas logísticos que compõem a estrutura operacional das RAS. Cabe destacar que a organização da RAS consiste em uma estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde, através de uma estrutura operacional constituída por diferentes pontos de atenção à saúde: o centro de comunicação (atenção primária à saúde), os pontos de atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança. De acordo com a Portaria:

Os sistemas logísticos são soluções em saúde, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, e ligadas ao conceito de integração vertical. Consiste na efetivação de um sistema eficaz de referência e contrarreferência de pessoas e de trocas eficientes de produtos e de informações ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio na rede de atenção à saúde. Estão voltados para promover a integração dos pontos de atenção à saúde. Os principais sistemas logísticos da rede de atenção à saúde são: os sistemas de identificação e acompanhamento dos usuários; as centrais de regulação, registro eletrônico em saúde e os sistemas de transportes sanitários (BRASIL, 2010, np).

⁸ Portaria GM/MS de Consolidação nº 1, de 22 de fevereiro de 2022. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-de-consolidacao-n-1-de-22-de-fevereiro-de-2022-389846459>>. Acesso em 30 de abr. de 2023.

⁹ Portaria CIT/GM/MS nº 2.048, de 05 de novembro de 2002, que aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html>. Acesso em 30 de abr. de 2023.

¹⁰ Conforme Anexo da Portaria GM/MS N° 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, republicada pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017: “a Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010; 2017, np).

Segundo Mendes (2011), os sistemas de transportes em saúde servem para garantir os fluxos e contrafluxos de pessoas e materiais nas RAS: “Esses sistemas devem transportar as pessoas usuárias em busca de atenção à saúde, mas, também, garantir o movimento adequado de material biológico, dos resíduos dos serviços de saúde e das equipes de saúde” (MENDES, 2011, p. 149). Para ele, os sistemas de transporte em saúde estruturam-se em diferentes subsistemas: 1) de transporte em saúde de pessoas; 2) de transporte em saúde de material biológico; e 3) de transporte em saúde de resíduos dos serviços de saúde. Por sua vez, o subsistema de transporte em saúde de pessoas pode ser dividido em dois módulos: 1) de transporte de urgência e emergência; e 2) de transporte eletivo. Além disso, destaca que o transporte em saúde de pessoas é central para a superação de barreiras no acesso aos serviços de saúde, considerando suas duas principais razões: “a incapacidade de ambular em função de determinações clínicas e/ou funcionais ou a impossibilidade financeira de sustentar os custos de transporte para acessar os serviços de saúde” (MENDES, 2011, p. 149).

Cabe registrar que, passados 20 anos da criação do SUS, o arcabouço legal da regionalização ainda se baseava em portarias do Ministério da Saúde, situação revertida pelo Decreto nº 7.508/2011,¹¹ que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde, dispondo sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência em saúde e a articulação interfederativa que, finalmente, consolida as Regiões de Saúde e as RAS. Até então, a questão do transporte em saúde de pessoas no módulo eletivo, ou “transporte sanitário eletivo”, como passou a ser denominado, ainda permanecia em aberto.

Finalmente, a publicação da Resolução CIT/GM/MS nº 13/2017 (BRASIL, 2017), que dispõe sobre as diretrizes para o Transporte Sanitário Eletivo destinado ao deslocamento de usuários para realizar procedimentos de caráter eletivo no âmbito do SUS, foi um importante passo rumo à garantia de melhores condições para acesso à saúde, ou seja, de mobilidade urbana para usuários do SUS. De acordo com a referida legislação:

Art. 2º Transporte Sanitário Eletivo é aquele destinado ao deslocamento programado de pessoas para realizar procedimentos de caráter eletivo, regulados e agendados, sem urgência, em situações previsíveis de atenção programada, no próprio município de residência ou em outro município nas regiões de saúde de referência, conforme pactuação.

§ 1º Destina-se à população usuária que demanda serviços de saúde e que não apresenta risco de vida, necessidade de recursos assistenciais durante o deslocamento ou de transporte em decúbito horizontal.

§ 2º Deve ser realizado por veículos tipo lotação conforme especificação disponível no Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM) (BRASIL, 2017).

Esta iniciativa tem sido apoiada pelo governo federal, haja vista a publicação de diversas portarias no Ministério da Saúde, ao longo dos últimos cinco anos, dispondo sobre a aplicação de emendas parlamentares que adicionam recursos ao SUS para o financiamento do transporte sanitário eletivo, dentre outras iniciativas. Entretanto sua implementação por

¹¹ Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm>. Acesso em 30 de abr. de 2023.

estados e municípios ainda tem sido lenta e, por este motivo, de acesso restrito e, na maioria das vezes, após mediação judicial (BRANDT, 2018; 2022).

Em que pese MENDES (2011, p. 152) ressalte que “Em regiões em que há transporte público de boa qualidade, o transporte em saúde eletivo, em certas circunstâncias, pode ser feito por meio de vale-transporte fornecido às pessoas usuárias no momento do agendamento do serviço” – a exemplo do Riocard Especial e do Vale Social, passes para tratamento de saúde em vigor na cidade do Rio de Janeiro –, esta modalidade não contempla a todos. Embora os serviços de transporte coletivo tenham seus veículos adaptados ao conceito de desenho universal, não atendem às necessidades e demandas do conjunto dos usuários do SUS, que podem apresentar deficiências ou restrições, permanentes ou temporárias, em razão da doença ou do tratamento. Entretanto, nota-se que as respostas do Estado não têm levado em conta essa realidade, tendo em vista a prioridade dada à oferta de programas de concessão de carteira ou bilhete eletrônico para gratuidade no transporte coletivo, há muito mais tempo regulamentadas que os programas de veículo para transporte em saúde de pessoas (BRANDT, 2017; 2018; 2022).

Assim, a compreensão do conceito de transporte em saúde torna-se fundamental no cotidiano de trabalho do assistente social, na saúde ou nos demais espaços sócio-ocupacionais. Seja para dar visibilidade às necessidades sociais e às respostas do Estado relativas ao transporte e à mobilidade urbana, através de pesquisas sobre perfil dos usuários e suas demandas, da socialização de informações para acesso aos direitos e às políticas públicas e seu controle social. Quer seja para apoiar e estimular a mobilização e a participação social dos cidadãos usuários dos serviços, com vistas ao exercício do seu papel político na defesa dos direitos sociais e coletivos, na luta por sua ampliação e, também, na construção de um projeto global de sociedade urbana que materialize o direito à cidade nos termos de Lefebvre (2008).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRANDT, D. B. Mobilidade urbana, transporte e saúde na cidade do Rio de Janeiro. *Revista Ser Social*, Brasília, v. 19, n. 41, p. 439-458, jul./dez. de 2017. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/14950>. Acesso em 30 de abr. de 2023.
- _____. Produção social do espaço e mobilidade urbana das pessoas com deficiência e doença crônica na cidade do Rio de Janeiro. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.
- _____. Transporte, mobilidade urbana e Serviço Social: quando o urbano extrapola a política urbana. In: CARDOSO, I. C. C.; BRANDT, D. B. (Orgs.). *Produção do Espaço, Vida Cotidiana e Serviço Social: diálogos com e além de Henri Lefebvre*, p. 71-95. Uberlândia (MG), Navegando Publicações, 2022, Disponível em: <<https://www.editoranavegando.com/vida-cotidiana>>. Acesso em 30 de abr. de 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, consolidação das normas sobre as redes do SUS. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html#CAPITULOI>. Acesso em 30 de abr. de 2023.

- _____. Resolução nº 13, de 23 de fevereiro de 2017. Dispõe sobre as diretrizes para o Transporte Sanitário Eletivo destinado ao deslocamento de usuários para realizar procedimentos de caráter eletivo no âmbito SUS. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0013_01_03_2017.html>. Acesso em 30 de abr. de 2023.
- _____. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em 30 de abr. de 2023.
- _____. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em 30 de abr. de 2023.
- LEFEBVRE, H. A produção do espaço. Trad. Doralice Barros Pereira e Sérgio Martins (do original: *La Production de L'Espace*. 4. ed. Paris: Ed. Anthropos (2000). Primeira versão: 2006. Disponível em: <http://www.mom.arq.ufmg.br/mom/02_arq_interface/1a_aula/A_producao_do_espaco.pdf>.
- _____. O Direito à Cidade. 5 ed. São Paulo: Ed. Centauro, 2008.
- MAGALHÃES, M.T.Q; ARAÇÃO, J.J.G; YAMASHITA, Y. Definição de transporte: uma reflexão sobre a natureza do fenômeno e objeto da pesquisa e ensino em transportes. *Transportes*, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 1-11, set./dez. 2014.
- MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf>. Acesso em 30 de abr. de 2023.
- NÉSPOLI, L.C. Como “mobilidade urbana” se tornou um epítome que enlaça tudo num só termo. A série Revista dos Transportes Públicos da ANTP revela a gênese da nova síntese. ANTP, 2022. Disponível em: <<http://www.antp.org.br/noticias/destaques/como-mobilidade-urbana-se-tornou-um-epitome-que-enlaca-tudo-num-so-termo-a-serie-revista-dos-transportes-publicos-da-antp-revela-a-genese-da-nova-sintese.html>>. Acesso em 30 de abr. de 2023.
- SANTOS, M. *Metrópole Corporativa Fragmentada: o caso de São Paulo*. São Paulo: Nobel; Secretaria de Estado de Cultura, 1990.

UNIVERSALIDADE

*Morena Gomes Marques
Giselle Souza da Silva
Leticia Batista Silva*

O Sistema Único de Saúde (SUS) dispõe de três¹ princípios que o estruturam: a universalidade, a equidade e a integralidade. É sobre o princípio da universalidade à saúde, na condição de uma conquista civilizatória e de ruptura com a trajetória excludente da formação social brasileira, que iremos nos dedicar nestas breves páginas. No glossário de terminologia em saúde, o significado da universalidade consiste em “garantir o acesso aos serviços de saúde para toda a população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” (BRASIL, 2004, p. 103). Para tanto, a universalidade pressupõe a equidade nas ações: a igualdade do acesso aos recursos políticos, materiais, de pessoal e econômicos.

O princípio da universalidade não apenas contribuiu para a qualificação do SUS enquanto uma das propostas mais avançadas entre os sistemas de saúde no mundo, como também o converteu em realidade objetiva para a maioria absoluta da população brasileira. Dados mais recentes demonstram que o SUS é a única forma de atendimento em saúde para 80% dos brasileiros² – 190 milhões de pessoas (CNS, s/d) que o acessam através dos hospitais públicos, centros de saúde, clínicas da família, CAPS, CAPSi e UPAS. Mas, se considerarmos a totalidade complexa que envolve as ações em saúde – da imunização em massa à vigilância sanitária, passando pela pesquisa científica e os serviços da mais alta complexidade – estima-se que 100% da população já utilizou direta ou indiretamente os serviços do SUS.

Todavia, nem sempre foi assim. No largo espectro histórico da política de saúde no Brasil o “tom” hegemônico foi dado pelo projeto privatista. Isto é, a contraposição da concepção securitária (individualizada e contributiva) ao direito social. A industrialização do país veio acompanhada por um padrão excludente de acesso à saúde, restrito aos trabalhadores formalmente empregados e subordinada ao sistema previdenciário. Assim o foi nos CAPS (1923), IAPS (1933), INPS (1966) e, posteriormente, INAMPS (1977). A crítica a este modelo será realizada pelo Movimento da Reforma Sanitária nos anos 1980 que, composto por profissionais de saúde, intelectuais e movimentos sociais diversos, defendeu uma concepção de saúde de atenção integral, com gestão democrática e controle social.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde proporcionou a síntese entre o acúmulo político e teórico do movimento sanitário e os anseios da sociedade civil pela redemocratização do país. Segundo Matta (2007, p. 8) o princípio da universalidade, como os demais princípios do SUS, são atravessados pelo que se convencionou chamar de “conceito ampliado de saúde”. Isto é, a saúde como elemento indissociável das condições de produção e reprodução

¹ São os chamados “princípios finalísticos”, de natureza doutrinária (TEIXEIRA, 2011, p. 2).

² Cf. CNS. O SUS.

Disponível em:

<https://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/sus.html#:~:text=O%20SUS%20representa%20uma%20conquista,sistema%20para%20tratar%20da%20sa%C3%BAde>. Acesso em 15 de nov. de 2022.

da vida social e incompreensível se reduzida ao binômio positivista saúde/doença. Esta definição concebe a saúde como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção” (BRASIL, 1986, p. 4).

Tal concepção proferida na 8ª Conferência encontra-se hoje inscrita no Art. 196 da Constituição Federal, a qual demarca algo inédito: a responsabilidade pública sobre a política de saúde, enquanto “*direito de todos e dever do Estado*, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Em igual perspectiva universal dispõe a Lei 8080/1990:

A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

[...] Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

Há, no entanto, uma latente contradição entre a universalidade como princípio e a sua real efetividade. Isto porque o SUS vem sofrendo desde a sua institucionalização com uma série de instrumentos legais, normativos e orçamentários que comprometem a garantia da universalidade e dos demais princípios fundamentais desta política.

Dentre tais instrumentos, o subfinanciamento e o desfinanciamento são os principais. O subfinanciamento pode ser definido a partir de dois indicadores: gasto destinado à saúde pública, como percentual do produto interno bruto (PIB) e como per capita, bem como, a comparação com gastos aplicados em sistemas públicos de saúde semelhantes em outros países. Quando ambos os indicadores são baixos temos o subfinanciamento do SUS (MARQUES, 2017).

Ademais, diversas outras medidas contrarreformistas provocaram o desfinanciamento deste sistema, o que ocasionou a redução absoluta ou relativa dos seus recursos ao longo do tempo. Desde a implantação do SUS até os dias que se seguem os recursos orçamentários vêm sendo gradativamente minados pela lógica de estruturação e organização do orçamento público brasileiro que está assente na priorização da dívida pública. Do ponto de vista do desfinanciamento temos medidas como a Desvinculação de Receitas da União (DRU), criada em 1994 pelo governo FHC como “Fundo Social de Emergência” e mantida pelos governos subsequentes até o momento (2022). A DRU subtrai das fontes da Seguridade Social 30% que são destinados ao Orçamento Fiscal, em grande parte para o pagamento das despesas com a dívida pública. Estima-se que entre 2008 e 2016 tenham sido drenados da Seguridade Social mais de R\$ 500 bilhões por meio da DRU (TUCCÍLIO, 2019). Tal feito significa a redução dos valores absolutos das políticas de saúde, assistência e previdência social.

Além da DRU, no ano de 2016 foi aprovada a Emenda Constitucional nº 95, que congela os gastos primários em direitos sociais fundamentais por vinte anos, corrigindo os valores pelos gastos do ano anterior com base na inflação. Tal normativa compromete o financiamento direto das ações de saúde em todos os níveis de atenção, tornando-se a principal medida atual de desfinanciamento.

No campo do subfinanciamento ainda acrescenta-se o contingenciamento sucessivo de recursos das políticas sociais, fato que configura mais uma das muitas limitações na garantia do atendimento universal e de qualidade à saúde. As isenções fiscais dadas às empresas (de contribuições como Cofins e CSLL) – as quais envolvem o próprio setor privado de saúde por meio da indústria farmacêutica, de equipamentos e de “hospitais sem fins lucrativos” alcançaram o equivalente a 41% do orçamento do que era previsto para a saúde no ano de 2012 (CISLAGHI, 2015). Já a saúde complementar, através de convênios e contratos com o setor privado e o pagamento de serviços prestados, consolida-se como altamente rentável para os grandes conglomerados da saúde. Exemplo disto pode ser visto em 2011, cujo gasto realizado via setor privado correspondeu a mais de 50% do total de recursos da saúde (OCKÉ-REIS, 2015).

Os instrumentos de desfinanciamento e subfinanciamento, as formas de privatização indireta, e os novos modelos de gestão (ainda que distintos entre si),³ convertem-se em óbices à universalidade. Em mesmo sentido, revelam o interesse do capital em expropriar recursos da saúde para garantia da sua acumulação e reprodução.

Como visto até aqui, a política de saúde no Brasil apresenta desde a criação do SUS intensas disputas entre interesses públicos e privados. No centro de tais disputas, o financiamento é peça fundamental, onde as escolhas orçamentárias definem a possibilidade de atendimento ou não das necessidades em saúde da população brasileira.

Como uma das tensões recentes destacamos a proposta da *Cobertura Universal de Saúde* (CUS). Esta ideia surge no Relatório de 2010 da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010) e busca tratar da “cobertura” desassociada do acesso universal, ou seja, cobertura sem universalidade e focada em mitigar os gastos pessoais com serviços de saúde. No caso brasileiro, em termos sociais e civilizatórios, trata-se de um retrocesso na medida em que reaviva a ideia de saúde como uma prestação de serviços apartada da determinação social do processo saúde-doença, e dos princípios de integralidade e equidade.

A chamada *cobertura universal* se compromete em dar acesso a todos os serviços de saúde conforme a capacidade individual de pagamento do cliente. Isto é, a classe trabalhadora em seus estratos mais empobrecidos teria acesso a um conjunto de serviços básicos conforme a sua capacidade de pagamento, ao passo que os mais ricos acessariam um conjunto amplo de serviços oriundos da rede privada de saúde. A ideia da cobertura universal é a de uma cesta de serviços que se organiza a partir de uma lógica mercantil. São resultados práticos dessa proposta: desigualdades de acesso, fortalecimento do setor privado (saúde como mercadoria) e o rompimento com a perspectiva de proteção social como responsabilidade do Estado.

³ No campo da gestão, as Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserrh) caracterizam-se como via não clássica de privatização da saúde. Em nome da eficiência, eficácia e dinamicidade, os recursos da saúde têm sido geridos e executados por instituições e entidades que buscam obter lucratividade com atenção à saúde.

É fato que o SUS enfrenta inúmeros desafios, o subfinanciamento, o desfinanciamento, as formas precárias de contratação, a necessidade de rever processos de trabalho, as inúmeras diferenças regionais, dentre outros. Contudo, esses fatos não são novos. Na realidade, evidenciam a indissociabilidade entre determinações históricas, sociais e a própria arena da disputa de classes na formação social brasileira. Olhemos como um exemplo a questão racial e as iniquidades da população negra nas mais distintas esferas da saúde: segundo Amorim (2018), 76% dos atendimentos e 81% das internações no SUS são de usuários negros e negras. Isto é, o maior contingente de usuários é a mesma população que figura entre as piores condições socioeconômicas, maiores taxas de analfabetismo, piores condições de habitação e acesso a saneamento.

Em síntese, queremos destacar que não é possível discutir o direito universal à saúde sem conectá-lo à formação social e histórica brasileira, determinada por séculos de trabalho escravo e desigualdades de raça, gênero e território. Desigualdades estas que, ao invés de reparadas são aprofundadas quando opta-se pelo subfinanciamento e o desfinanciamento da política de saúde. É esse solo histórico que coloca em xeque a todo tempo o direito universal e integral à saúde pública e a sua realização orçamentária. Portanto, ampliar a consciência crítica sobre o direito à saúde como uma política pública universal é o principal objetivo deste verbete.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMORIM, C. C. População negra e saúde: por que debater? 2018. Disponível em: <<http://revistaconstrucao.org/saude-publica/populacao-negra-e-saude-por-que-debater/>>. Acesso em 1º de nov. de 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
- _____. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.
- _____. Lei nº 8.080/90. Brasília: Diário Oficial da União, 1990.
- _____. Ministério da Saúde. Glossário do Ministério da Saúde: projeto de terminologia em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf>. Acesso em 7 de nov. de 2022.
- CISLAGHI, J. F. Retrocessos no Legislativo e Impactos para a saúde no Brasil. In: BRAVO, M. I (Org.). Cadernos de Saúde. A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ; Rede Sirius, 2015.
- MARQUES, R. M. Notas exploratórias sobre as razões do subfinanciamento estrutural do SUS. Planejamento e políticas públicas, n. 49, jul./dez. 2017. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: Ipea, 2017. Disponível em:

- <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8227/1/PPP_n49.pdf>. Acessado em 30 de nov. de 2022.
- MATTA, G. C. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G.C; PONTES, A.L.M (Orgs.). Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.
- OCKÉ-REIS, C. O. Gasto privado em saúde no Brasil. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, n. 31, jul., 2015.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório mundial da saúde 2010: financiamento dos sistemas de saúde – o caminho para a Cobertura Universal [internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2010.
- TEIXEIRA, C. Os princípios do Sistema Único de Saúde. In: CONFERÊNCIAS MUNICIPAL E ESTADUAL DE SAÚDE, 2011, [Anais...] Salvador, 2011. Disponível em:
<https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2547865/mod_resource/content/2/TEIXEIRA%20C%20-%20Os%20princ%20%C3%ADpios%20do%20Sistema%20%C3%AAnico%20de%20Sa%C3%Ade.pdf>. Acesso em 15 de nov. de 2022.
- TUCCÍLIO, A. Precisamos falar sobre a DRU. ANFIP, 15 de janeiro de 2019. Disponível em: <<https://www.anfip.org.br/artigo-clipping-e-imprensa/imprensa/precisamos-falar-sobre-a-dru/>>. Acessado em 30 de nov. de 2022.
- UNA-SUS. Maior sistema público de saúde do mundo, SUS completa 31 anos. UNA-SUS, Brasília, 21 set. 2021. Disponível em: <<https://www.unasus.gov.br/noticia/maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo-sus-completa-31-anos#:~:text=Garantido%20no%20artigo%20196%20da,para%20qualquer%20atendimento%20de%20sa%C3%BAde>>. Acesso em 29 de out. de 2022.
- CNS. O SUS. Disponível em:
<https://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/sus.html#:~:text=O%20SUS%20repreenta%20uma%20conquista,sistema%20para%20tratar%20da%20sa%C3%BAde>. Acesso em 15 de nov. de 2022.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Lise Barros Ferreira

A Vigilância em Saúde (VS) é um instrumento essencial da saúde pública (WHO/PAHO, 2020). Conforme descrita na Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), é uma função essencial do SUS e, como tal, uma política pública de Estado. Sendo assim, tem caráter universal, transversal e orienta o modelo de atenção à saúde com ênfase nos territórios. Sua efetivação depende da articulação com outras instâncias do sistema de saúde, principalmente a Atenção Primária, e está relacionada com as práticas de atenção, como a promoção e os mecanismos de prevenção de doenças, para tal são estabelecidos o

[...] processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças (CNS, 2018).

A vigilância em saúde está historicamente associada aos conceitos de saúde e doença presentes em cada época e em cada lugar. Desde a idade média estava ligada à prática de vigiar pessoas doentes, coletando informações e dados acerca dos episódios de saúde, com a finalidade de adotar mecanismos no enfrentamento das epidemias e subsidiar a aplicação das chamadas medidas de intervenção social, isolamento, cordão sanitário e quarentena (TEIXEIRA *et al.*, 2018).

No período pré-industrial, na Europa, a notificação de doenças infecciosas era realizada por determinação legal, identificando doenças, doentes e seus contatos, com potencial de aumento da contaminação e mortes que acompanhavam a urbanização e as etapas da industrialização, com a finalidade de divulgar e aplicar as medidas de prevenção e controle, visando a política de desenvolvimento das nações. Listas de agravos apontavam doenças reconhecidas como problemas para a saúde pública, mas que também refletiam as condições de vida dos trabalhadores e a falta de condições sanitárias e de higiene nas cidades em crescimento, com aumento da circulação de pessoas e mercadorias, que resultavam em problemas sociais graves. Nos países de desenvolvimento tardio, a vigilância era realizada por controle focal, somente nos grandes centros urbanos, nas áreas portuárias e nas principais áreas de comércio, através de campanhas sanitárias temporárias, independente de transformação das condições de vida e saúde dos trabalhadores (FRANCO NETTO *et al.*, 2017).

No final do século XIX, o conceito de vigilância surge como um instrumento da saúde pública, com o desenvolvimento da microbiologia e da transmissão de doenças infecciosas. Com o avanço dos estudos e da investigação científica, novas medidas de prevenção e controle passaram a ser aplicadas, como a vacina e o combate vetorial, que alteraram as ações e as práticas de saúde pública, com repercussões na forma de organização de serviços e ações em saúde coletiva (ARREAZA; MORAES, 2010).

No século XX, as campanhas globais de combate e erradicação das epidemias de gripe, malária e varíola ampliaram o conceito de vigilância. A vigilância passou da detecção de casos à investigação da transmissão. Aplicou diferentes sistemas, com métodos de coleta, análise dos fatores de risco contidos nas condições de vida, vulnerabilidade e receptividade, como os determinantes de saúde, tendo como base o local de vivência das pessoas e na disponibilidade de equipamentos e políticas públicas e a difusão de dados, para orientação da população e desencadear políticas públicas. Assim, entre as décadas de 1960 e 1970, se deu a consolidação da vigilância, como instrumento de saúde pública, sendo incorporada às atividades regulares dos serviços públicos, apresentando variações em sua abrangência entre os países com diferentes sistemas sociopolíticos e econômicos e com distintas estruturas de serviços de saúde (SABROSA, 2002; ARREAZA; MORAES, 2010).

No Brasil, a preocupação com a atenção à saúde marcou sucessivas Cartas Magnas, desde a Constituição Imperial de 1824, mas foi por ocasião da abertura dos portos (1897), a chegada de navios com pessoas doentes e a aglomeração nas cidades, que ocorreram os primeiros registros de casos de adoecimento (DEMUNER TEIXEIRA, 2020).

A partir da década de 1950, o conceito de vigilância foi modificado no Brasil, deixando de ser aplicado no sentido da observação sistemática para acompanhamento sistemático de eventos adversos à saúde na comunidade, com o propósito de aprimorar as medidas de controle. Contudo, a disseminação de informações restringia-se ao assessoramento das autoridades sanitárias quanto à necessidade de medidas de controle, deixando a decisão e a operacionalização dessas medidas a cargo das próprias autoridades sanitárias (MONKEN; BATISTELLA, 2008). Com o apoio de instituições internacionais e das campanhas de saúde pública, em 1969, foi criado o Centro de Investigações Epidemiológicas (CVE), com foco no registro de casos, com informação, investigação, avaliação e programação de medidas de controle, produzindo “informação para ação” (TEIXEIRA *et al.*, 2018).

Na década de 1970, o Ministério da Saúde reconhece a divisão de conceitos e métodos nas ações de vigilância: a Vigilância Epidemiológica (VE), ligada ao controle de casos de doenças transmissíveis, fundamentada na clínica e na epidemiologia, executando Programas Especiais, que deu origem ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), em 1975; e a Vigilância Sanitária (VISA), realizando fiscalização e controle sanitário nos ambientes, produtos e serviços de interesse da saúde, utilizando a racionalidade político-jurídica, incluindo ações nas áreas de portos e fronteiras, que deu origem ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, em 1976 (CONASS, 2007; MONKEN; BATISTELLA, 2008).

A Constituição Federal de 1988 (CF/88), que se tornou o marco da mudança de modelo da atenção à saúde, foi resultado dos esforços em defesa da democracia provenientes do movimento de Reforma Sanitária Brasileira. Ela reconheceu a saúde como direito social (art. 6º) e estabeleceu como princípio a universalidade, na qual “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas [...]” (art. 196). A Carta Magna considerou ainda que as ações e serviços de saúde são de relevância pública e cabem ao Poder Público, o que reforça o papel do Estado para disponibilizá-las (art. 197), integrando uma rede e constituindo um sistema único, que favorece a luta política em torno da construção do SUS (art. 198). A CF definiu as competências do sistema de saúde que, além de outras atribuições, deverá “executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica,

bem como as de saúde do trabalhador” (art. 200, II), dando suporte legal à divisão da vigilância (BRASIL, 1988).

A Regulamentação do capítulo constitucional, através da Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei nº 8.080/1990, reafirmou o *direito fundamental* à saúde (art. 2º); o dever do Estado, na formulação e execução de políticas [...] que visem à redução de riscos de doenças [...], que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (§1º). Apresentou, como determinantes e condicionantes da saúde, *a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais* (art. 3º). Manteve a divisão e definiu como as áreas de atuação (art. 6º): a vigilância sanitária, que atua *nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde* (§ 1º); a vigilância epidemiológica proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (§ 2º); e acrescentou a vigilância à saúde do trabalhador, atuando *na recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho* (§ 3º) (BRASIL, 1990).

Durante a década de 1990, as discussões em torno do alinhamento das ações da VE com as descrições contidas nos documentos legais se intensificaram e surgiu a proposta de ação baseada na “vigilância da saúde”, integrando os componentes da vigilância. Na perspectiva da integração, então, foi realizada a publicação de uma série de normas e vários arranjos institucionais como a fusão de vários órgãos de relevante papel na prevenção e combate às doenças e a criação de outros, como a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e do Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), em 1991; a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SISVISA), em 1999; a Vigilância Ambiental em Saúde (VAS) e o Sistema Nacional de Vigilância Ambiental (SNVA), em 2000; e, por fim, a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), no Ministério da Saúde, em 2003 (FREITAS; FREITAS, 2005).

O CENEPI protagonizou um modelo de vigilância epidemiológica em âmbito nacional, a partir do desenvolvimento e da consolidação de sistemas de informação – a Rede Nacional de Informação para a Saúde (RNIS) e a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Tais redes incluíram indicadores de vulnerabilidades sociais, que permitem a realização da análise da situação de saúde e a identificação de doenças e agravos inusitados, a partir da análise dos fatores determinantes e condicionantes.

O tema “ambiente”, que se consolidou no âmbito do SUS, com a implantação das ações de Vigilância Ambiental em Saúde (VAS), nos três níveis da gestão, incluiu, inicialmente, elementos tradicionalmente realizados pela vigilância epidemiológica (de agravos e doenças) e pela vigilância sanitária (exposição a agentes químicos, físicos e biológicos), incorporando o monitoramento da exposição de indivíduos ou grupos populacionais a agentes ambientais (fatores de riscos biológicos e não biológicos) (BRASIL, 1999; FREITAS; FREITAS, 2005).

A SVS surge como um modelo de atuação para dar suporte político-institucional, trabalhando em conjunto com a ANVISA, na formulação das políticas de vigilância em saúde, auxiliando no processo de descentralização e de reorganização dos serviços e das

práticas de saúde que passou a coordenar todas as ações de vigilância epidemiológica e ambiental, redefinindo a estrutura da Vigilância em Saúde (VS) (BRASIL, 2007).

As normas, de modo geral, passaram a regulamentar a descentralização e a integração dos componentes da VS entre si e com outros setores do SUS, visando a integralidade. Assim, a Portaria GM/MS nº 1.172/2003, estabeleceu as ações de vigilância de competências dos três níveis da gestão SUS, de forma a evitar a separação entre atividades de vigilância epidemiológica, vigilância ambiental em saúde e as operações de controle de doenças, com interação e apoio progressivos, na gestão do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS).

Destaque para a Portaria nº 3.252/2009, que definiu como objetivo da VS a análise permanente da situação de saúde, considerando as condições de vida e trabalho das populações vulneráveis, ratificando a necessidade da articulação das ações de controle dos determinantes sociais e danos à saúde dessas populações, com ações de promoção, vigilância, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos, a fim de garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2009b).

Destaque também para a Portaria GM/MS nº 1.378/2013 que, substituindo a Portaria nº 3.252, ampliou as responsabilidades dos três níveis de governo (arts. 5º ao 12). Definiu a VS como processo, contínuo e sistemático de ações e articulações (art. 2º). Incluiu nessas articulações as demais ações e serviços do SUS, garantindo a integralidade da atenção à saúde (art. 3º), envolvendo práticas e processos de trabalho voltados para: I – a vigilância da situação de saúde da população; II – a detecção e adoção de medidas adequadas às emergências de saúde pública; III – a vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis, das doenças crônicas não transmissíveis, dos acidentes e violências; IV – a vigilância de populações expostas a riscos ambientais, incluindo os ambientes de trabalho; V – vigilância sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse a saúde, entre outras.

A Resolução CNS nº 588, de 12/6/2018, incorporou as propostas debatidas e aprovadas na 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (I CNVS), instituindo a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), se tornando um marco no setor saúde. Surgiu como política pública de Estado essencial ao SUS, com competências, atribuições e responsabilidades partilhadas para as três esferas da gestão, estabelecendo e garantindo a articulação entre os setores responsáveis pelas políticas públicas através do financiamento das ações (arts. 10 a 14). Descreveu as estratégias para identificar e controlar situações que resultem em risco de agravos à saúde, entre outras.

A PNVS retomou os princípios doutrinários do SUS (art. 7º), da descentralização político-administrativa (III), regionalização (IV), equidade (V), a universalidade do acesso (VI), participação da comunidade (VII). Colocou como base e foco da sua atuação o território, e como função principal contribuir para a integralidade na atenção à saúde (I). Através da inserção das ações de VS em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, prioritariamente na Atenção Primária à Saúde (APS), articulando e construindo protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde, bem como na definição das estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede de atenção.

Tendo o território como base para o planejamento e desenvolvimento das ações, a VS passou a ser reconhecida como um modelo de atenção voltado para a busca de respostas efetivas. As ações direcionadas às situações específicas de cada comunidade permitem

articular saberes e integrar diversas áreas de conhecimento, como epidemiologia, geografia, ciências sociais, pedagogia, comunicação etc., com diferentes temas (política, planejamento, territorialização, processo saúde-doença, condições de vida, situação de saúde das populações, ambiente e processo de trabalho), na execução do conjunto de ações, a fim de identificar, enfrentar e controlar os determinantes socioambientais dos riscos e dos danos à saúde, que podem colocar em desequilíbrio o bem-estar da população local, nas relações de vida e trabalho e nos diversos aspectos inerentes a esse território (BRASIL, 2013; PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

A PNVS apresenta como diretrizes (art. 8º), entre outras: articular e pactuar responsabilidades das três esferas de governo; intervenções individuais ou coletivas, prestadas por serviços de vigilância, em todos os pontos de atenção; integração das práticas e processos de trabalho dos componentes da vigilância; intervenção na gestão de risco; atuação nas emergências em saúde pública (BRASIL, 2018).

Desta forma, dentre as competências da VS, pode-se destacar a integração e a articulação que, entre os componentes da vigilância e/ou da VS com a rede de atenção à saúde, será realizada através dos sistemas de informação integrados, da gestão do processo de trabalho, da educação permanente, dos estudos e pesquisas, da comunicação e do controle social, associados à regionalização das ações e serviços da vigilância no SUS. Todas essas competências são consideradas essenciais para informar sobre as mudanças nas políticas, orientar as novas intervenções do programa, aprimorar as comunicações públicas e ajudar as agências a avaliar os investimentos em pesquisa (ALBUQUERQUE *et al.*, 2019).

Embora PNVS tenha como proposta contribuir para a consolidação do SUS, apontando para a reorganização do modelo, é possível identificar alguns desafios.

Para Gondim (2020), apesar das tentativas de integração intrasetorial e com a Atenção Primária em Saúde (APS), a fragmentação na estrutura e a falta de metodologias para as ações conjuntas dos componentes da vigilância deixam evidente o distanciamento entre recomendações legais e a efetividade das intervenções. Para que aconteça a integração das ações da APS e da VS, será necessária a mudança no processo de trabalho de ambas as equipes, que devem deixar de atuar cada uma no seu campo restrito, e passarem à forma integrada, tendo como foco a saúde do indivíduo, família e comunidade agindo nos territórios singulares de cada unidade de saúde, baseando suas ações no diagnóstico da situação de saúde da população. A atenção especializada, a precariedade na articulação das esferas de gestão e as necessidades reais dos territórios para proteção, controle de riscos e soluções às vulnerabilidades, nos diferentes contextos de vida das populações, nas escalas regional, estadual e municipal estão ainda mais distantes.

Estudo realizado com gestores estaduais mostra que estes identificam problemas no processo de implementação da regionalização da VS no Brasil. Entendem que acontece de forma assimétrica e diretamente influenciado pelo sistema organizacional no qual se insere. Apesar das convergências e divergências de concepções acerca do que está instituído nas normas, afirmam que é operacionalizado no nível local e esbarra em contextos locais, cujo enfoque ainda é marcado pela busca de soluções municipais para problemas regionais. Afirmam que a regionalização ainda não se encontra efetivamente na agenda estadual, a não ser no que se refere à organização assistencial dos serviços, deixando as estratégias e mecanismos para o fortalecimento do nível regional ainda é escassa (ALBUQUERQUE *et al.*, 2021).

Para Machado *et al.* (2017), o maior desafio do setor saúde na contemporaneidade continua sendo político, isto é, resistir aos ataques e riscos de desmantelamento do SUS pelas políticas de ajuste fiscal. O subfinanciamento crônico reflete o cenário político e o descaso com as políticas públicas, retratado pela insuficiência de recursos, pela iniquidade nas condições de financiamento, pelos gastos com as ações e serviços nos estados e municípios, e a baixa participação dos investimentos na saúde pública. Como resultado, a APS, porta de entrada do SUS e principal setor de articulação da VS para a efetivação da integralidade, vem sofrendo com a tentativa de desconstrução da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com o novo modelo de financiamento, com a redução dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), agentes de vigilância do território, a perda de profissionais com o encerramento do Programa Mais Médicos e a extinção dos Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), que dificultam o acesso da população ao sistema de saúde.

A pandemia do Coronavírus e a emergência da demanda evidenciaram as tensões presentes no campo da saúde pública, intensificando os conflitos teóricos e políticos e a necessidade da produção de conhecimentos, desenvolvimento de tecnologias e implementação de políticas e planos de ação sobre as diversas dimensões da pandemia. Ao mesmo tempo, surge a necessidade do aperfeiçoamento das práticas de VS que, fundamentadas na concepção integral, intersetorial e participativa, vêm exigindo um conjunto de mudanças com base na situação de saúde do país. É preciso pensar a VS como uma proposta de ação capaz de orientar a tomada de decisões acerca do “que fazer” em cada realidade concreta, tendo em vista a retomada do processo de construção do SUS, considerando as desigualdades estruturais e históricas da luta de classes, determinada pela distribuição desigual da riqueza na sociedade, pelo colonialismo e pelo patriarcado, que, ao longo de séculos, forjaram invisibilidades e segregações (pobres, negros, mulheres, LGBTQIA+, indígenas, quilombolas, ribeirinhos, caiçaras, idosos) (JÚNIOR-LOPES *et al.*, 2021).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBUQUERQUE, A. C.; CESSÉ, E. A. P.; SAMICO, I. C.; FELISBERTO, E.; FRIAS, P. G.; SILVA, G. C. Desafios para regionalização da Vigilância em Saúde na percepção de gestores de regiões de saúde no Brasil. *Saúde Debate*, v. 45, n. 128, jan.-mar. Rio de Janeiro, 2021.
- ARREAZA, A. L. V.; MORAES, J. C. de. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 15, jul. de 2010.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União*, Seção 1 – 5 de out. de 1988.
- _____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União*, 1990.
- _____. Ministério Da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Curso Básico de Vigilância Epidemiológica*. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução MS/CNS nº 588, de 12 de julho de 2018. *Diário Oficial da União*. Seção 1. Brasília, DF, ed. 155, p. 87, 13 ago. 2018.

- DEMUNER TEIXEIRA, S. O Rio de Janeiro pelo Brasil: a Grande Reforma Urbana nos jornais do país (1903-1906). Dissertação de Mestrado, do Programa de Pós-Graduação em História, na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.
- FRANCO NETTO, G. *et al.* Vigilância em Saúde brasileira: reflexões e contribuição ao debate da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(10):3137-3148, 2017.
- FREITAS, M. B.; FREITAS, C. M. A vigilância da qualidade da água para consumo humano – desafios e perspectivas para o Sistema Único de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(4): 993-1004, out./dez., 2005.
- GONDIM, G. M. M. Decifra-me ou Te devoro: enigmas da Vigilância em Saúde na pandemia Covid-19. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 3, 2020
- JÚNIOR-LOPES, L.C.; LACERDA, A. A.; VENÂNCIO, F. F.; BULERIAO, L. P.; SOBREIRA, L.B. Vigilância em Saúde na pandemia de COVID-19 e os desafios do SUS na atualidade. *Saúde coletiva*, n. 64, v. 11, p. 5714-5727, 2021.
- LEFÉVRE, F.; LEFÉVRE, A. M. C. Promoção de Saúde: a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira e Vent, 2004.
- MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Health Policies in Brazil in Times of Contradiction: Paths and Pitfalls in the Construction of a Universal System. *Cad. Saúde Pública*, n. 33, Sup. 2, 2017.
- MONKEN, M.; BATISTELLA, C. Vigilância em saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. (Orgs.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 2008.
- OLIVEIRA, C. M. de; CRUZ, M. M. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. *Saúde Debate*, v. 39, n. 104, p. 255-267, jan.-mar., Rio de Janeiro, 2015.
- PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. *A Crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.
- SABROSA, P. Vigilância em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, [200-]. In: SCLIAR, M. *Do Mágico ao Social: trajetória da saúde pública*. São Paulo: Senac, 2002.
- TEIXEIRA, C. F., PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, VII (2): 7-28, 1998.
- TEIXEIRA, C. (Org.) *Promoção e Vigilância da Saúde*. Salvador: ISC, 2000.
- TEIXEIRA, M. G. *et al.* Vigilância em Saúde no SUS – construção, efeitos e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6):1811-1818, 2018.
- TEIXEIRA, C. F. A ciência no emaranhado dos jogos de poder: reflexões sobre o lugar da saúde coletiva no contexto da pandemia da Covid-19. *Observatório de Análise Política em Saúde*. Centro de Estudos Estratégicos. Salvador: Fiocruz, 2021.
- WHO. *The Essential Public Health Functions in the Americas. A Renewal for the 21st Century Conceptual Framework and Description*. Washington, 2020.

VIOLÊNCIA E SAÚDE

*Andréa de Sousa Gama
Dayane Rocha Salazar de Oliveira*

Como um fenômeno de alta magnitude e complexidade, a violência se manifesta sob diferentes dimensões, impondo desafios aos pesquisadores e profissionais que desejam decifrá-la. Devido ao seu imbricamento no processo sócio-histórico, econômico, cultural e subjetivo, ela assume diferentes contornos que repercutem em diferentes concepções teóricas, políticas e práticas. A violência, de natureza polissêmica, desvela suas expressões no campo singular e coletivo dos sujeitos sociais. Minayo (2006, p. 13), assim, elucida:

A violência não é uma, é múltipla. De origem latina, o vocábulo vem da palavra *vis*, que quer dizer força e se refere às noções de constrangimento e de uso da superioridade física sobre o outro. No seu sentido material, para quem analisa os eventos violentos descobre que eles se referem a conflitos de autoridade, a lutas pelo poder, a vontade de dominar, de posse e de aniquilamento do outro ou de seus bens.

Há que se evidenciar que a inserção da violência no campo da saúde ocorre inicialmente por meio da sua incorporação na Classificação Internacional das Doenças, em que os acidentes e violências são agregados como “causas externas”. Entretanto, os acidentes se diferenciam, pois são considerados “um evento não intencional e evitável causador de lesões físicas e/ou emocionais, no âmbito doméstico ou em outros ambientes sociais, tais como trabalho, trânsito, escola, esporte, lazer, entre outros” (BRASIL, 2001, p. 7) Assim, com a publicação do Relatório Mundial sobre violência e saúde pela Organização Mundial de Saúde (OMS), há a substituição do termo “causas externas” por “violência e saúde”, considerando que violência se distingue de acidente pela presença da intencionalidade do ato. O documento além de conceituar o fenômeno como “o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação” (OMS, 2002, p. 5), apresenta um panorama geral da magnitude, bem como os impactos à saúde nos diferentes ciclos vitais. Propõe ainda recomendações e estabelece responsabilidades, definindo-a como uma das cinco prioridades do setor.

Em termos conceituais, a compreensão do fenômeno da violência a partir de uma perspectiva crítica requer a superação de visões reducionistas e isoladas, situando-a historicamente, visto que suas expressões são reconfiguradas em dadas condições socioeconômicas, políticas e culturais específicas, que se diferenciam no tempo e no espaço. Sua matriz está fincada nos processos sociais de reprodução da violência estrutural, definida por Minayo (1994) como “violência gerada por estruturas organizadas e institucionalizadas, naturalizada e oculta em estruturas sociais, que se expressa na injustiça e na exploração que conduz à opressão dos indivíduos”, sendo reproduzida na família, nos sistemas econômicos, culturais, políticos e sociais de uma determinada sociedade. Assim, a violência estrutural contribui para a manutenção de opressões contra grupos sociais específicos, acentuando

vulnerabilidades que se desvelam em sofrimento e morte. Destarte, que sua reprodução cotidiana, institucionalizada em diferentes estruturas de dominação, tendem a um processo de naturalização do fenômeno, tornando-a de difícil contestação.

Recorremos à Minayo (2006) para tecer considerações acerca das tipologias da violência na sociedade contemporânea. Para a autora, a violência se manifesta de forma autoinfligida, nas relações interpessoais e no coletivo. Em relação ao primeiro tipo, estão incluídas as violências praticadas pela pessoa contra si próprio, como por exemplo, o suicídio ou automutilação; a segunda divide-se em violência intrafamiliar e comunitária, compreendida como a violência ocorrida no espaço da casa entre parceiros íntimos e membros de uma mesma família, abrangem todo o núcleo familiar em diferentes faixas etárias, gênero e raça. Por último, a violência coletiva abarca aquelas que ocorrem nos “âmbitos macrosociais, políticos e econômicos e caracterizam a dominação de grupos e do Estado” (MINAYO, 2006, p. 81).

Considerando a necessidade de mensuração da magnitude do fenômeno, foram estruturados sistemas de dados como o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistemas de Informações Hospitalar (SIH) e Vigilância de Acidentes e Violências (VIVA/SINAN) que possibilitam a construção de indicadores que subsidiam a elaboração de políticas públicas para intervir e mitigar o problema. Mascarenhas *et al.* (2019) destacam que a violência é a sexta maior causa de internação, em âmbito nacional, e as mortes decorrentes de causas violentas vêm apresentando um crescimento desde a década de 1980, ocupando o primeiro lugar na população jovem (15-24 anos). Em termos de prevalência entre a população adulta, os referidos autores apontam os seguintes dados: a população adulta feminina apresenta uma prevalência de exposição a algum tipo de violência de 14% em relação aos adultos do sexo masculino, sendo quase três vezes maior na população de 18 a 29 anos do que entre os idosos com 60 anos ou mais. A população negra apresenta uma prevalência maior (23%) em relação aos autodeclarados brancos. Em relação ao panorama da violência que atinge crianças, a maioria das mortes ocorrem dentro dos domicílios, com meninas e negras. Entre os adolescentes, as principais vítimas também são adolescentes negros, sobretudo na faixa etária dos 10 aos 14 anos, em que se verifica a transição da violência doméstica para a violência urbana, predominando os óbitos fora de casa por arma de fogo e autor desconhecido (UNICEF, 2021).

É importante explicitar que a violência não se constitui como um objeto específico do setor saúde, visto que se trata de uma questão transversal aos demais campos das políticas públicas. Porém, os serviços de saúde são afetados por meio de mortes, ferimentos, traumas, sequelas físicas, mentais e psicológicas que rebatem nos seus custos, organização e no exercício profissional. Minayo (2004, p. 646) também destaca que “pela concepção ampliada de saúde, a violência é objeto da intersetorialidade, na qual o campo médico-social se integra”.

No contexto brasileiro foi publicada, no ano de 2001, a *Política Nacional de Redução por Morbimortalidade por Acidentes e Violência*. São prioridades elencadas nesta portaria as ações de promoção à saúde, a prevenção de acidentes e violências e também o tratamento e a reabilitação das vítimas. Dentre as suas diretrizes estão a promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis; o monitoramento dos dados; a sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; o incremento de uma assistência multiprofissional às vítimas de acidentes e violências; a estruturação do

atendimento voltado à recuperação e à reabilitação; a capacitação de recursos humanos e o apoio à pesquisa e ao desenvolvimento (BRASIL, 2001).

Historicamente, conforme aponta Minayo (2018), a primeira problemática a entrar na pauta da saúde por meio de seus profissionais foi a preocupação com a violência perpetrada contra crianças e adolescentes em âmbito doméstico e familiar. Posteriormente, o fortalecimento dos movimentos sociais e de sua capacidade de pressionar o Estado para o reconhecimento de suas demandas introduz na agenda do setor a temática da violência contra a mulher e contra a pessoa idosa. Já as violências raciais, contra as pessoas com deficiência, população LGBTQIA+, população em situação de rua e privada de liberdade vão sendo introduzidas paulatinamente. Sua presença na agenda pública depende muito da pressão da sociedade civil e dos organismos internacionais que advogam essas causas (MINAYO *et al.*, 2018). Nesse sentido, há o avanço de marcos legais importantes no enfrentamento da violência nos diferentes ciclos da vida. Dentre eles, no campo da infância e adolescência, destaca o Estatuto da Criança e do Adolescente, a Lei “Menino Bernardo” (Lei nº 13.010/2014), bem como a instituição da “Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes e suas Famílias em situação de violência”. No campo do enfrentamento à violência de gênero contra as mulheres, ressalta-se a relevância da promulgação da Lei Maria da Penha (Lei 11.340/2006) e da Lei do Feminicídio (Lei 13.104/2005). No que tange a atenção à população idosa, destaca-se o Estatuto do Idoso e a promulgação da Política de Saúde da Pessoa Idosa (MINAYO, 2018). Mais recentemente, são elaboradas a Política de Saúde da População Negra e LGBTQIA+ que reconhecem as especificidades de saúde, abordando o enfrentamento da violência contra esses grupos. Apesar dos avanços na legislação, na implantação de políticas públicas e na institucionalização do tema no campo da saúde, o Brasil é um dos poucos países a elaborar uma política de saúde específica para este fim e seu êxito depende de investimentos que possibilitem a ampliação dos equipamentos, formação de pessoal, continuidade das iniciativas, monitoramento sistemático e avaliação. A saúde, como um dos pontos da rede de atendimento, se constitui por muitas vezes como porta de entrada dos sujeitos que se encontram em situação de violência, seja através dos serviços da atenção básica, que se ampliam e consolidam através da Estratégia de Saúde da Família ou nos serviços como maternidades, Hospitais e Unidades de Pronto-Atendimento.

PRÁTICA PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL COM A TEMÁTICA DA VIOLÊNCIA

Nos diversos espaços sócio-ocupacionais de atuação das assistentes sociais, a violência em suas diversas formas de expressão tem se constituído enquanto objeto de intervenção profissional. Reconhecemos que a formação profissional, a partir de referenciais teóricos-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos alinhados ao Código de Ética e ao projeto ético-político da profissão, tornam esse profissional uma figura central para identificar e intervir nos casos de violência que chegam aos serviços de saúde com vistas à defesa dos direitos sociais e humanos e denúncia de todas as formas de violência e violação de direitos. Considerando que a complexidade do fenômeno não é passível de resolução por uma única arena de política social ou categoria profissional, coloca-se o desafio de “discutir a violência como uma categoria que se objetiva (heterogeneamente, mas não isoladamente), sob dadas condições sócio-históricas, como um complexo social que envolve essa profissão

e exige posicionamentos e ações que possam criar ou inibir processos violentos” (SILVA, 2008, p. 266).

Silva (2008, p. 270) salienta que:

As desigualdades sociais particularizadas e fundamentadas sob as condições objetivas oferecidas pelo capitalismo (a apropriação privada da produção social) possibilitam a materialização de diferentes formas de violência. Esse aspecto relacionado à questão social – intrínseca à natureza da propriedade privada (MARX, 1984, p. 187), precisa ser considerado na formação profissional do assistente social ao se discutir as expressões da violência no Serviço Social.

A atuação profissional exige capacitação para realizar as mediações necessárias, que possibilitem ir além das demandas imediatas impostas à profissão, para a compreensão da violência em suas diversas formas de expressão, considerando que a violência traz em seu bojo exclusão e negação dos direitos de cidadania que se potencializam por questões de raça/etnia, gênero, classe e geração, mas também é demarcado por muitas lutas e resistências.

A violência perpetrada contra as crianças e adolescentes se manifesta, sobretudo, no âmbito das relações familiares, o que impõe a necessidade de dessacralizar a instituição família como instância apenas protetiva. Tal violência não pode ser compreendida desarticulada de uma análise mais ampla visto que sua reprodução em âmbito familiar é fruto de muitas determinações, dentre elas, a violência estrutural produzida por ou pela ausência do Estado na efetivação de direitos de cidadania. Os impactos sobre a saúde de crianças e adolescentes podem ser observados a curto e longo prazo, tanto na saúde física, quanto mental e comportamental, variando “de acordo com o estágio de desenvolvimento, quando o abuso ocorre, da gravidade do abuso, da relação entre o perpetrador e a criança, da duração do abuso, e de outros fatores presentes no ambiente da criança” (OMS, 2022, p. 69).

Em relação às violências perpetradas contra as mulheres, estas são reproduzidas em um contexto sócio-histórico de uma sociedade patriarcal (LISBOA, 2014, p. 40), sendo uma expressão da desigualdade de gênero, cuja interseção com outros determinantes como classe, raça/etnia e geração acentuam processos de subalternidade e opressão. De acordo com a Lei Maria da Penha essa violência pode ser física, psicológica, sexual, patrimonial e moral, sendo perpetrada, em sua maioria, pelos parceiros íntimos, em âmbito doméstico, como uma forma de afirmação do poder e controle sobre as mulheres. As consequências da violência sob a saúde das mulheres podem durar por muitos anos, mesmo depois do abuso ter cessado (OMS, 2022, p. 102) e manifestam-se na saúde física, mental e reprodutiva das mulheres. A violência perpetrada contra as mulheres viola seus direitos sexuais e reprodutivos, repercutindo em gestações indesejadas, infecções sexualmente transmissíveis, entrada tardia no pré-natal, baixo peso ao nascer, partos prematuros, abortos espontâneos, entre outros.

A violência praticada contra a pessoa idosa é considerada a partir de abusos ou repetidos atos em que a falta de ações apropriadas ocorram em qualquer relação que lhes cause danos ou omissões. O aumento da expectativa de vida vem exigindo uma resposta do Estado à garantia de demandas e necessidades dos idosos. Contudo, frente à ausência de proteção social, as famílias recebem sozinhas todo o ônus de cuidado e provisão. Em um contexto de pauperização e desconhecimento das questões específicas do envelhecimento, a

população idosa está submetida às violências físicas, psicológicas e sexuais, ocorrendo ainda violências que são particularmente comuns nessa fase da vida, como abuso financeiro, negligência e abandono (SOUZA *et. al.*, 2013). A literatura sobre a temática aponta que tais violências são perpetradas, em sua maioria, no âmbito doméstico e os principais agressores são filhos e cônjuges.

Uma abordagem integral deve contemplar ações intra e intersetoriais que devem ser organizados a partir de fluxos assistenciais que compreendam – 1) **Atendimento:** acolhimento, tratamento/cuidados profiláticos, notificação, encaminhamento para a rede intersetorial; 2) **Seguimento na rede de cuidado e proteção social**, por meio da articulação entre os serviços de saúde (Clínicas da Família, Núcleos Ampliados de Saúde da Família, Centros de Atenção Psicossocial e consultórios na rua) e a rede intersetorial (Delegacias, Defensorias, Assistência Social – CRAS e CREAS, Educação, Conselho Tutelar, Centros Especializados de Atendimento às mulheres – CEAM/CIAM, Varas especializadas – infância e juventude, idoso e mulher, Conselhos de Direitos, entre outros); e 3) **Monitoramento:** coordenadorias de áreas de planejamento e grupos de articulação regional, superintendências de saúde mental, promoção da saúde, atenção primária, hospitais pediátricos e maternidades.

Um grande desafio que se coloca é a efetivação da diretriz da intersetorialidade entre a rede de enfrentamento e atendimento. É fundamental que políticas já estruturadas como o Sistema Único de Saúde dialoguem com as políticas instituídas de proteção às mulheres, crianças, idosos, população LGBTQIA+, rompendo com ações fragmentadas que não contemplam a integralidade das necessidades dos sujeitos. Destarte, o aprofundamento do projeto privatista da saúde que defende um SUS completamente subordinado aos interesses do mercado incide na precarização dos serviços e nas condições de trabalho, ou seja, o trabalho regido pela lógica da saúde enquanto mercadoria não encontra possibilidade de efetivação de uma assistência de qualidade aos que se encontram em situação de violência, visto que o alcance de metas se sobrepõe ao atendimento das necessidades de saúde. Ademais, as fragilidades no campo da formação profissional, agravado pela ausência de treinamento nos serviços de saúde podem contribuir para a invisibilidade do fenômeno, incidindo na assistência.

Uma das dimensões da linha de cuidado às pessoas em situação de violência é a notificação compulsória, que se constitui como um instrumento de proteção, portanto, não deve ser confundida com denúncia ou punição. A notificação dos casos de violência é inserida no Sistema VIVA/ SINAN, desde 2009, cujo objetivo é o levantamento de dados epidemiológicos que possam contribuir para a compreensão da magnitude do problema com vistas à elaboração de políticas públicas. Deve ser realizada obrigatoriamente por todos os profissionais de saúde nos casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica/ intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. Nos casos de violência extrafamiliar/ comunitária, são notificadas as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBTQIA+.

Em face do exposto, acredita-se que a efetiva incorporação da violência, enquanto objeto nos processos coletivos de trabalho em saúde, necessita ultrapassar lacunas na formação profissional, na ampliação e consolidação da rede de atendimento e enfrentamento

à violência, bem como na existência de um modelo biologicista de compreensão do processo saúde-doença. Reconhecendo na violência um agravo de saúde com determinação social, o seu enfrentamento perpassa a consolidação de um SUS de fato público universal e de qualidade, assim como a efetivação de direitos de cidadania e reconhecimento dos Direitos Humanos que devem ser potencializados pelas assistentes sociais nos diferentes espaços sócio-ocupacionais, articulados à luta dos movimentos sociais, com vistas à emancipação humana dos sujeitos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Portaria GM/MS n. 737 de 16 de maio de 2001.
- LISBOA, T. K. Violência de gênero, políticas públicas para o seu enfrentamento e o papel do serviço social. *Temporalis*, v. 14, n. 27, p. 33-56, 2014.
- MASCARENHAS, M. D. M *et al.* Prevalência de exposição à violência entre adultos-Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. Rio de Janeiro, 2021.
- MINAYO, M. C. de S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, RJ: 10 (supl. 1), 1994.
- _____. *Violência e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.
- _____. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 20(3):646-647, mai-jun, 2004.
- _____. Conceitos, teorias e tipologias da violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. In: NJAINE, K; ASSIS, S. G de; CONSTANTINO, P (Orgs.). *IMPACTOS DA VIOLÊNCIA NA SAÚDE*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 420 p., 2013.
- _____; SOUZA, E. R.; SILVA, M. M. A.; ASSIS, S. G. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. *Ciência & Saúde coletiva*, 23(6): 2007-2016, 2018.
- NOS ÚLTIMOS 5 ANOS, 35 MIL CRIANÇAS E ADOLESCENTES FORAM MORTOS DE FORMA VIOLENTA... DISPONÍVEL EM <<https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/nos-ultimos-cinco-anos-35-mil-criancas-e-adolescentes-foram-mortos-de-forma-violenta-no-brasil>>. Acesso em 28 de out. de 2022.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. Genebra, 2002.
- SILVA, F. J. S. Violência e Serviço social: notas críticas. *Revista Katalysis*. Florianópolis v. 11 n. 2 p. 265-273, jul.-dez. 2008.
- SOUZA, E. R.; SOUZA, A. C. Violência contra a pessoa idosa: o desrespeito à sabedoria e à experiência. In: NJAINE, K; ASSIS, S. G de; CONSTANTINO, P (Orgs.). *IMPACTOS DA VIOLÊNCIA NA SAÚDE*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 420 p., 2013.

VULNERABILIDADE SOCIAL

Caroline Magalhães Lima

Diversas são as conceituações encontradas para “vulnerabilidade social”, algumas um tanto quanto imprecisas. Primeira pontuação importante é a de que o conceito de vulnerabilidade é multidimensional e interdisciplinar. Não serão trabalhados aqui os conceitos de vulnerabilidade juvenil, vulnerabilidade socioambiental etc., ou mesmo será traçado um debate mais aprofundado sobre as diversas abordagens do conceito. Busca-se contribuir para a discussão do conceito de vulnerabilidade social a fim de auxiliar o embasamento teórico e a reflexão crítica de assistentes sociais atuantes na área da Saúde.

Segundo Carmo e Guizardi, a palavra vulnerabilidade vem da junção de dois vocábulos em latim: *vulnerare*, que significa ferir, lesar, prejudicar e *bilis*, que significa estar suscetível a. As autoras apresentam ainda o debate sobre a categoria no campo da bioética, que apresenta “o conceito de vulnerabilidade como condição inerente ao ser humano, naturalmente necessitado de ajuda, diz do estado de ser/estar em perigo ou exposto a potenciais danos em razão de uma fragilidade atrelada à existência individual, eivada de contradições” (2017, p. 5).

Um dos conceitos dados à vulnerabilidade se relaciona ao impedimento ou dificuldade de acesso às políticas sociais e a direitos historicamente conquistados, como o direito ao trabalho e à qualidade dos serviços públicos (DIMENSTEIN; CIRILO NETO, 2020, p. 7), ganhando um caráter politicista, que deixa de lado as determinações estruturais do modo de produção capitalista ao fenômeno, em que a desigualdade social se firma como parte da desigualdade fundamental entre capital e trabalho.

Para o Banco Mundial, a ideia de vulnerabilidade vem atrelada à de risco social. No relatório *Social Risk Management – A New Conceptual Framework for Social Protection and Beyond* o conceito de vulnerabilidade é apresentado como possibilidade de declínio do bem-estar pelo não acesso a instrumentos de gestão de riscos, a que estão mais suscetíveis principalmente pobres e miseráveis (BANCO MUNDIAL, 2000). É importante pontuar que, para esse organismo, o risco é identificado a uma série de situações que impactam a vida de indivíduos, famílias, grupos e comunidades em situação de pobreza, podendo ser contornadas a partir de intervenções políticas e econômicas, reduzindo-se a vulnerabilidade, com o incremento ao consumo e o estímulo à equidade (BANCO MUNDIAL, 2000). Tais riscos podem ser naturais (daí surge o debate sobre desastres ambientais e acidentes climáticos), sociais, políticos, econômicos e de saúde, pensando-se os ciclos de vida e a situação recente de pandemia por Covid-19.

Vulnerabilidade pode ser definida como a probabilidade de ser prejudicado por imprevistos ou como suscetibilidade a choques exógenos, e amplia a visão tradicional sobre a pobreza (LIPTON; RAVALLION, 1995). A probabilidade de ser prejudicado por um choque depende em (i) a resiliência de uma pessoa a um determinado choque – quanto maior a resiliência, ou seja, a capacidade de lidar com um choque, quanto menor a vulnerabilidade – e (ii) a gravidade do impacto – mais grave quanto maior

for o impacto, se os riscos não puderem ser reduzidos, maior será a vulnerabilidade. A suscetibilidade a um choque depende da capacidade de evitá-lo, outro aspecto da gestão de risco. Os pobres e os muito pobres, em particular, são especialmente vulneráveis, uma vez que são tipicamente mais expostos a choques e têm menos instrumentos para gerir o risco, e mesmo uma pequena queda no bem-estar pode ser desastroso. Melhorar as capacidades de gestão de risco dos pobres e não pobres reduz sua vulnerabilidade e aumenta o seu bem-estar, devendo assim contribuir para um declínio na pobreza e fornecer uma saída para a pobreza crônica (MORDUCH, 1994); (BANCO MUNDIAL, 2000, p. 6, livre tradução).

Na saúde, o conceito de vulnerabilidade se aproxima da ideia de suscetibilidade de indivíduos e populações a contrair doenças, devido a causalidades as mais diversas. Segundo Dimenstein e Cirilo Neto (2020, p. 1), “O conceito de vulnerabilidade na saúde coletiva é usado no intuito de superar os limites da categoria risco, evidenciando a determinação social do processo saúde-doença-cuidado”. Segundo Carmo e Guizardi, a origem do conceito de vulnerabilidade na saúde tem como marco a década de 1980:

Em saúde, a utilização do termo vulnerabilidade começou no início dos anos 1980, com os estudos sobre a síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids), compartilhando conceituações da área dos Direitos Humanos. Foram as características da evolução da epidemia, como a mudança no perfil das pessoas atingidas e variáveis socioeconômicas, que trouxeram à tona novas associações ao contexto da infecção, exigindo a redefinição das ideias individualizantes até então vigentes sobre os “grupos de risco”. A adoção do conceito de vulnerabilidade, em substituição ao de grupo de risco, aconteceu nesse processo, indicando a ampliação das chances e formas de acometimento pela doença pela totalidade da população (CARMO; GUIZARDI, 2017, p. 6).

Para estas autoras, a vulnerabilidade está associada à suscetibilidade a riscos, não a uma determinação de que sofrerá danos. Tal suscetibilidade se relaciona a uma cidadania fragilizada, em que sujeitos estão vulneráveis, porém, poderão possuir ou desenvolver capacidades necessárias para mudanças, uma vez que “É com base nessa última afirmação que concordamos que não se trata, a vulnerabilidade, apenas de uma condição natural que não permite contestações. Isso porque percebemos que o estado de vulnerabilidade associa situações e contextos individuais e, sobretudo, coletivos.” (CARMO; GUIZARDI, 2017, p. 6). Compreendendo que o debate sobre essa categoria influenciou a formulação de políticas sociais no âmbito da Seguridade Social, as autoras abordam sua utilização na Saúde e na Assistência Social, deixando uma crítica contundente em seu texto:

Não obstante as críticas em torno de sua indefinição conceitual, bastante amalgamada à noção de risco, a adoção de tal categoria, ao mesmo tempo em que buscou definir o objeto próprio e específico da assistência social, se contrapondo ao esvaziamento teórico-metodológico de suas entregas, aproximou-se de uma solução terminológica típica de correntes neoliberais e orientações de organismos internacionais. O que imprimiu

nas ações da política um pressuposto ético-político individualizante, de focalização na parcela mais pauperizada da população (CARMO; GUIZARDI, 2017, p. 2).

A Constituição de 1988, segundo Carmo e Guizardi (2017, p. 2), se assenta na concepção de determinantes sociais de saúde, relacionada à vulnerabilidade, indo para além do processo saúde-doença. Esta concepção, para as autoras, traz uma perspectiva mais ampla, universalizante, “[...] das ações da política de saúde sobre os múltiplos fatores que incidem no cotidiano de vida dos sujeitos em seus territórios, contribuindo para a promoção ou deterioração dos seus estados de saúde.”. Assim, a base para a operacionalização de políticas públicas em saúde deve partir de uma concepção coletiva, que contorne as imposições de organismos multilaterais e enfoques culpabilizantes e individualistas.

Segundo Romagnoli (2015 *apud* DIMENSTEIN; CIRILO NETO, 2020), vulnerabilidade social deve ser abordada em conjunto à noção de risco. Alguns autores sequer diferenciam risco social de vulnerabilidade social, outros tratam como conceitos complementares, uma vez que só está em situação de risco aquela população em situação de vulnerabilidade. “Nesse sentido, as situações de vulnerabilidade quando não prevenidas tornam-se situações de risco.” (DIMENSTEIN; CIRILO NETO, 2020, p. 7).

Segundo Martins (2012), a teoria do risco social surge na década de 1980, a partir da publicação do livro *Sociedade do risco*, de Ulrich Beck, em que o autor argumenta que “[...] a possibilidade de ocorrência de eventos futuros passa a ser pensada como passível de controle pelos indivíduos. Assim, resgata-se a responsabilidade individual presente na capacidade humana de escolhas.” (BECK *apud* MARTINS, 2012, p. 7).

A ideia do “risco social”, da qual diverge-se aqui, aponta que com a destruição das bases da sociedade industrial e o advento da “sociedade de riscos”, o Estado deixa de ser o responsável pela “segurança” e o comportamento do indivíduo é o principal determinante para a efetivação dos riscos. Ou seja, há uma responsabilização dos sujeitos por suas condições de vida, “desqualificando as instituições de proteção social, vistas como ineficientes nesse novo momento” (MARTINS, 2012, p. 7). A teoria do “risco social” ganha adesão a partir de sua formulação e entra como parâmetro para o planejamento público, importando para a periferia postulados teóricos do centro, geralmente afirmados por organismos multilaterais, como o Banco Mundial. Segundo Dimenstein e Cirilo Neto (2020, p. 7), para esse organismo

A compreensão do risco é revestida de um caráter subjetivo, ou seja, os indivíduos compreendem de modo diferenciado as condições de vulnerabilidade, o que vai limitar ou potencializar a capacidade de enfrentá-lo. Em vista disso, diante de uma mesma condição objetiva de vulnerabilidade, os indivíduos correm maior ou menor risco, a depender dos sentidos construídos, de enfrentar ou decair diante de tais eventos (ROMAGNOLI, 2015a; 2015b).

Tal argumento pode ainda ser incorporado à lógica de culpabilização dos indivíduos não “precavidos” e não empreendedores, fazendo eco ao discurso da direita conservadora cooptada ao projeto ultraliberal (CASTELO, 2020, p. 94), que condena os direitos sociais (inclusive aqueles voltados aos miseráveis) e dá centralidade ao mercado e à caridade cristã e

filantrópica, abrindo espaço social para justificação das privatizações, da mercantilização das políticas sociais e públicas. Um autor de referência para diretrizes construídas pelo Banco Mundial de orientação aos países tomadores de empréstimos (como o Brasil), é Amartya Sen. Para esse, o enfrentamento à vulnerabilidade e à desigualdade social se dará a partir de políticas que garantam o acesso à educação e ao consumo. Assim, o autor relaciona consumo à liberdade e empoderamento, levando à proposição de políticas e programas que ampliam o acesso ao (micro)crédito e, conseqüentemente, ao endividamento de países e seus cidadãos. Segundo Castelo (2013, p. 23): “Tais propostas ganham materialidade institucional por meio de políticas sociais assistencialistas e focalizadas de transferência de renda, programas de economia solidária e de empoderamento dos indivíduos e comunidades e de medidas regulatórias do Estado diante das falhas do mercado.”

Outro autor que é referência no debate é Robert Castel, que analisa as transformações no mundo do trabalho para explicar o que chamará de “nova questão social” tomando o conceito de risco social como “um evento que compromete a capacidade dos indivíduos de assegurar por si mesmo sua independência social” (CASTEL, 2005, p. 27), discordando da concepção de Beck. Segundo Lúcio Kowarik (2003), Castel debate ainda com autores norte-americanos colocando a extensa vulnerabilidade como responsabilidade do Estado. Ao analisar as modificações no mundo do trabalho a partir da crise dos anos 1970, Castel (2005) identifica a grande mobilidade e a extensa vulnerabilidade, associada à fragilização dos vínculos sociais que colocam a sociedade em estado de risco social, no qual o direito ao trabalho se encontra ameaçado e o futuro se torna incerto.

Apesar das divergências teórico-metodológicas, concorda-se com Castel (2005) ao apontar que o *risco social* se firma como elemento da vida social. Porém, entende-se que há uma inversão na lógica do autor. O “risco” ou a “insegurança” são determinados pela própria dinâmica da reprodução do capital, que repercute no complexo de totalidades, sejam expressas pelo nível de consciência da classe trabalhadora (que ora está ativa, ora compõe o exército industrial de reserva), sejam pelas crises, implicando em alterações nas formas de enfrentamento às diversas expressões da “questão social”.

Lúcio Kowarik associa o conceito de vulnerabilidade ao de “exclusão social” em seu ensaio *Sobre a vulnerabilidade socioeconômica e civil – Estados Unidos, França e Brasil*, em que realiza um apanhado de conceitos sobre o debate envolvendo vulnerabilidade, exclusão social, “questão social” e bem-estar social nas perspectivas estadunidense, francesa e brasileira. Ao realizar a análise sobre o debate, o autor afirma que a concepção hegemônica estadunidense é a de cariz conservador, afirmando que os serviços sociais estariam criando uma dependência dos indivíduos em relação ao Estado, rompendo a ética do esforço e da responsabilidade individual. Já a concepção francesa, à esquerda ou à direita, toma o Estado como responsável pela inclusão social dos grupos vulneráveis (marginalizados ou desfiliaados) (KOWARIK, 2003, p. 77).

E nós, como ficamos? A pergunta ganha sentido quando se tem em conta que as grandes transformações socioeconômicas e políticas das últimas décadas não foram capazes de atenuar a pobreza em massa imperante na sociedade brasileira [...]. Diferentemente da estruturação discursiva norte-americana, creio que a matriz da desigualdade da sociedade brasileira não reside em culpar os pobres por sua pobreza [...] a magnitude do

pauperismo, na atualidade de nossas cidades, aparece de forma tão evidente que impede, cada vez mais, a afirmação de que vivemos em uma sociedade aberta e competitiva, onde quem trabalha duro e arduamente consegue ter êxito. Mesmo porque o desemprego, o subemprego e a precarização do trabalho atingiram também parcelas importantes das camadas médias [...]. Por outro lado, inversamente aos embates e debates da sociedade francesa, o problema da pobreza passa a ser menos atribuído como de responsabilidade do Estado, mesmo porque a ação pública de proteção sempre foi de pequena envergadura. Além disso, atualmente, ganha corpo a percepção de que o Estado seja inoperante, ineficaz, corrupto, falido e que suas funções devam ser reduzidas e substituídas por agentes privados, mais capacitados para enfrentar as várias manifestações da marginalização social e econômica. Em consequência, tem ocorrido um amplo e diverso processo de *desresponsabilização do Estado* em relação aos direitos de cidadania, e, no seu lugar, surgem ações de cunho humanitário que tendem a equacionar as questões da pobreza em termos de atendimento particularizado e local [...]. Estas reflexões não ignoram que os grupos, as categorias e as classes sociais se movimentam no sentido de se mobilizarem e lutarem pela conquista de seus direitos. Enfatizam, simplesmente, que no cenário atual de nossas cidades estão em curso vastos processos de vulnerabilidade socioeconômica e civil que conduzem ao que pode ser designado de processo de *descidadanização* (KOWARIK, 2003, p. 77-78).

Para muitos autores e organismos multilaterais, a vulnerabilidade e o risco social são inerentes a certos indivíduos, famílias e grupos, desconsiderando sua relação direta com as desigualdades estruturais próprias ao modo de produção capitalista, ou seja, ocorre um processo de atomização da questão, em que se propõem políticas de proteção social numa perspectiva focalizada, fragmentada, pontual, como estratégia de gerenciamento de riscos.

O que tais autores definirão como “risco social” ou como vulnerabilidade social é expressão aparente daquilo que Marx já apontava em pleno século XIX: o fenômeno do pauperismo, exposto na Lei Geral de Acumulação Capitalista, “gênese” da “questão social” e intrínseco ao modo de produção capitalista.

Quanto maiores a riqueza social, o capital em funcionamento, o volume e energia de seu crescimento, portanto também a grandeza absoluta do proletariado e a força produtiva de seu trabalho, tanto maior o exército industrial de reserva. A força de trabalho disponível é desenvolvida pelas mesmas causas que a força expansiva do capital. A grandeza proporcional do exército de reserva cresce, portanto, com as potências da riqueza. Mas quanto maior esse exército de reserva em relação ao exército ativo de trabalhadores, tanto mais maciça a superpopulação consolidada, cuja miséria está em razão inversa do suplício de seu trabalho. Quanto maior, finalmente, a camada lazarenta da classe trabalhadora e o exército industrial de reserva, tanto maior o pauperismo oficial. Essa é a lei absoluta geral da acumulação capitalista (MARX, 2008, p. 209).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BANCO MUNDIAL. Social Risk Management: A New Conceptual Framework for Social Protection and Beyond. Fevereiro, 2000. Disponível em: <<https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/932501468762357711/social-risk-management-a-new-conceptual-framework-for-social-protection-and-beyond>>. Acesso em 26 de dez. de 2022.
- CARMO, M. E do; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. In: FIOCRUZ. Cadernos de Saúde Pública, v. 34, n. 3, ed. junho de 2017. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2018. Disponível em: <<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/393/o-conceito-de-vulnerabilidade-e-seus-sentidos-para-as-politicas-publicas-de-saude-e-assistencia-social>>. Acesso em 2 de jan. de 2023.
- CASTEL, R. Insegurança Social. O que é ser protegido? Petrópolis: Vozes, 2005.
- CASTELO, R. Cortar ou não cortar, eis a questão. Crise orgânica, tensões no bloco social dominante e ajustes na austeridade fiscal. In: LOLE, A; STAMPA, I; GOMES, R. L. (Orgs.). Para além da quarentena: reflexões sobre crise e pandemia. Rio de Janeiro: Mórula, 2020.
- _____. O social liberalismo: auge e crise da supremacia burguesa na era neoliberal. 1º ed. São Paulo: Expressão Popular, 2013.
- DIMENSTEIN, M; CIRILO NETO, M. Abordagens conceituais da vulnerabilidade no âmbito da saúde e assistência social. In: LAPIP. Revista Pesquisa e práticas psicossociais, v. 15, n. 1, mar. 2020. São João del-Rei (MG): LAPIP/UFSJ. p. 1-17. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082020000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 2 de jan. de 2023.
- KOWARICK, L. Sobre a vulnerabilidade socioeconômica e civil – Estados Unidos, França e Brasil. In: ANPOCS. Revista brasileira de Ciências Sociais. v. 18, n. 51, fevereiro de 2003. São Paulo: ANPOCS, 2003, p. 61-85. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-69092003000100006>>. Acesso em 22 de dez. de 2022.
- MARTINS, A. de C. Risco social: terminologia adequada para a proteção social e garantia dos direitos? In: Revista Em Pauta. N. 29, v. 10, p. 85-99. Rio de Janeiro: UERJ, 2012.
- MARX, K. O Capital. Crítica da economia política. Livro I, v. 2, 26º ed.. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES

Aline Dias da Silva Fragoso

Assistente Social da Policlínica Universitária Piquet Carneiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Graduada em Serviço Social pela Universidade Estácio de Sá e Especialista em Serviço Social e Saúde pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: alinedias0703@yahoo.com.br

Aline Maria Thuller de Aguiar

Assistente Social do Programa de Atendimento a Refugiados e Solicitantes de Refúgio da Cáritas Arquidiocesana do Rio de Janeiro, onde atua como coordenadora. Graduada em Serviço Social e Mestre em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: alinethuller@gmail.com

Alzira Tereza Garcia Lobato

Docente da Faculdade de Serviço Social e da Universidade Aberta da Terceira Idade, ambas vinculada à Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Graduada em Serviço Social e Doutora em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Pesquisadora do campo do envelhecimento e do trabalho do assistente social do Observatório do Trabalho e Políticas Públicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: cidadania.unati@gmail.com

Ana Elizabete Mota

Docente Aposentada do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco. Integra o quadro permanente do corpo docente do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da mesma Universidade. Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco. Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. E-mail: bmota@elogica.com.br

Ana Maria de Vasconcelos

Docente aposentada da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Integra o quadro permanente do corpo docente do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da mesma Universidade. Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense. Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Pós-doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Coordenadora do Núcleo de Estudos, Extensão e Pesquisa em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: ana.dataclima@gmail.com

Ana Paula Procópio da Silva

Docente da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Integra o quadro de colaboradores do corpo docente do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da mesma Universidade. Graduada em Serviço Social e em Psicologia. Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Líder do Programa de Estudos e Debates dos Povos Africanos e Afro-americanos da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: anapaulaprocopio@yahoo.com.br

Ana Raquel de Mello Chaves

Assistente Social e Tecnologista do Instituto Nacional de Câncer (INCA-RJ). Mestre em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP-Fiocruz). e-mail: achaves@inca.gov.br

Anália da Silva Barbosa

Assistente social do Centro de Atenção Psicossocial da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, onde atua como coordenadora. Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense. Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Doutoranda do Programa de Políticas Públicas e Formação Humana da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: analia.socialrj@gmail.com

André de Menezes Gonçalves

Docente do Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Campina Grande. Graduado em Serviço Social e Mestre em Planejamento e Políticas Públicas, ambos pela Universidade Estadual do Ceará. Doutorando em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: andre.menezes@professor.ufcg.edu.br

Andrea de Sousa Gama

Docente da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Integra o quadro permanente do corpo docente do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da mesma Universidade. Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Doutora em Saúde Coletiva pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: andreasgama@gmail.com

Carla Cristina Lima de Almeida

Docente aposentada da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Integra o quadro permanente do corpo docente do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da mesma Universidade. Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e em Pedagogia pela Universidade Cândido Mendes. Doutora em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Campinas. Pós-doutora pelo Núcleo de Estudos de Gênero Pagu da Universidade Estadual de Campinas. E-mail: carlacristina.almeida@yahoo.com.br

Carla Virgina Ulrich Lobato

Assistente de Pesquisa no Núcleo de Estudo, Extensão e Pesquisa em Serviço Social e Assistente Social no Projeto de Extensão Idosos Colaboradores da Universidade Aberta da Terceira Idade, ambos da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Graduada em Serviço Social, Especialista em Serviço Social e Saúde na Modalidade Residência e Mestre e Doutoranda em Serviço Social pela mesma Universidade. E-mail: clobato21@gmail.com

Caroline Magalhães Lima

Pós-doutoranda em Serviço Social pela Universidade Estadual do Ceará. Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual do Ceará. Doutora em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: carol.magalhaes@uece.br

Cíntia Rocha dos Santos

Assistente Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Graduada pela mesma Universidade. Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: cintiarocha_sts@hotmail.com

Clara Azevedo de Araujo

Assistente Social Residente do Curso de Especialização em Serviço Social e Saúde na Modalidade Residência da Universidade do Estado do Rio de Janeiro durante 2021 e 2022. Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Contato: clarazvdo14@gmail.com

Claudia de Oliveira Vicente

Assistente Social da Clínica de Doenças Renais. Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense. Mestre em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Pesquisadora do Núcleo Família e Gênero da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: claudinhavicente@yahoo.com.br

Claudia Domingues Guimarães

Assistente Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e do Instituto Nacional do Câncer. Graduada em Serviço Social e Doutora em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: claudogui@hotmail.com

Claudia Gouveia dos Santos

Assistente Social da Fundação Oswaldo Cruz e do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador da Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias. Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Doutora em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: claudiagouveiadossantos@gmail.com

Conceição Maria Vaz Robaina

Docente do Departamento de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Tecnologista em Saúde Pública Aposentada da Fundação Oswaldo Cruz. Graduada em Serviço Social e Doutora em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: konrobaina@yahoo.com.br

Daniele Batista Brandt

Docente da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Vice-líder do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre o Espaço Urbano, Vida Cotidiana e Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Graduada em Serviço Social e Doutora em Serviço Social pela mesma Universidade. E-mail: daniele.brandt@uerj.br

Daniele Raimundo Neves Pessoa

Assistente Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e da Casa Lar Cantinho da Esperança da Secretaria Municipal de Assistência Social de Itaguaí. Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Mestre em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: danielernp@hotmail.com

Dayane Rocha Salazar de Oliveira

Mestranda em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Graduada em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Especialista em Saúde da Mulher na Modalidade Residência pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e em Serviço Social e Saúde na Modalidade Residência pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Sanitarista pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: daysocial2@gmail.com

Debora Lopes de Oliveira

Docente da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Assistente Social do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador da Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias. Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Doutora em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Gestão Democrática na Saúde e Serviço Social. E-mail: deboralopes640@gmail.com

Debora Marques Alves

Assistente Social da Cáritas Arquidiocesana do Rio de Janeiro. Graduada em Serviço Social e Mestre em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: alves@caritas-rj.org.br

Débora Regina de Oliveira Silveira

Assistente social da Policlínica Universitária Piquet Carneiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Graduada em Serviço Social e Especialista em Serviço Social e Saúde pela mesma Universidade. E-mail: deborasylveira@yahoo.com.br

Diego de Oliveira Souza

Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas - Campus Arapiraca. Integra o corpo docente do Programa de Pós-graduação em Serviço Social e do Programa de Pós-graduação em Ensino e Formação de Docentes da mesma Universidade. Também graduado em Enfermagem pela Universidade Federal de Alagoas. Doutor em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: diego.souza@arapiraca.ufal.br

Elaine Rossetti Behring

Docente da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Integra o quadro permanente do corpo docente do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da mesma Universidade. Coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisas do Orçamento Público e da Seguridade Social e do Centro de Estudos Octávio Ianni. Graduada em Serviço Social e Doutora em Serviço Social, ambas pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: elainebehring@gmail.com

Eliane Martins de Souza Guimarães

Docente da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense. Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Doutora em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Pós-doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: elianeguimaraes@id.uff.br

Eloisa da Silva Xavier

Assistente Social Residente do Curso de Especialização em Serviço Social e Saúde na Modalidade Residência da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro Contato: eloisaxavier03@gmail.com

Franciele da Silva Santos

Docente substituta Curso de Serviço Social na Universidade Federal de Campina Grande. Graduada e Mestre em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba. Doutoranda em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: francielesilvasantos22@gmail.com

Gilsa Helena Barcellos

Docente do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Espírito Santo. Membro do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão sobre Violência, Segurança Pública e Direitos Humanos da mesma Universidade. Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Espírito Santo. Doutora em Geografia pela Universidade Federal de Minas Gerais. Pós-doutora em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: gilsahb@terra.com.br

Giselle Lavinias Monnerat

Docente da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense. Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: lavinasmonnerat@hotmail.com

Giselle Souza da Silva

Docente da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Coordenadora do projeto Fundo Público e Estado no Brasil Contemporâneo e Pesquisadora do Grupo de Estudos e Pesquisas do Orçamento Público e da Seguridade Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Graduada em Serviço Social e Doutora em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, E-mail: gigissrj@gmail.com

Isabel Gonçalves da Silva

Assistente Social do Serviço Social do Comércio do Rio de Janeiro. Graduada em Serviço Social e Especialista em Serviço Social e Saúde na Modalidade Residência pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: isabelgsilva10@gmail.com

Isabele Barboza Moura

Coordenadora de Pesquisa Clínica em HIV/AIDS, com foco em pesquisas voltadas para a saúde de travestis e mulheres transexuais, do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas da Fundação Oswaldo Cruz. Graduada em Serviço Social, Mestre e Doutoranda em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: isabelebarboza@yahoo.com.br

Isis Lira Basílio

Assistente Social formada pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (2008). Especialista em Direito e Saúde pelo DIHS/ENSP/FIOCRUZ (2011). Atualmente trabalha do Hospital Universitário Pedro Ernesto no Programa Saúde do Adulto com ações voltadas para HIV/Aids, além de exercer a função de supervisão e preceptoria. Mestranda no Programa de Pós-graduação em Política Social (UFF). E-mail: isisbasilio@yahoo.com.br

Ivanete Boschetti

Docente Aposentada da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Pesquisadora do Núcleo de Estudos Marxistas e vice-líder do Grupo de Estudos e Pesquisas Marxistas sobre Política Social, ambos vinculado à mesma Universidade. Graduada em Serviço Social pela Universidade Católica Dom Bosco. Doutora e Pós-Doutora em Sociologia pela École des Hautes Études en Sciences Sociales de Paris. E-mail: ivaboschetti@gmail.com

Jefferson Lee de Souza Ruiz

Docente da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Graduado em Serviço Social e Doutor em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: jefferson.ruiz@uerj.br

Joseane Barbosa de Lima

Docente da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora. Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal de Alagoas. Doutora em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: lima.josib@gmail.com. E-mail: jo.lablina@gmail.com

Juliana Fiuza Cislighi

Docente da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Integra o quadro de colaboradores do corpo docente do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da mesma Universidade. Graduada em Serviço Social e Doutora em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Vice-líder do Grupo de Estudos e Pesquisas do Orçamento Público e da Seguridade Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Integrante do Centro de Estudos Otavio Ianni e do Núcleo de Estudos Estado, Classes Trabalhadoras e Serviço Social, ambos vinculados a mesma Universidade. E-mail: fiuzajuliana@yahoo.com.br

Juliana Menezes Mendes Maurício

Docente da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Assistente Social do Pronto Socorro Municipal de Rio das Ostras. Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Doutora em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: juliana_mmendez@hotmail.com

Juliana Souza Bravo de Menezes

Assistente Social do Ministério da Saúde. Graduada em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: julianasbravo@gmail.com

Laís Godinho Busquet Soares

Assistente Social do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense e Mestre em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: laisbusquet@hotmail.com

Laura Freitas Oliveira

Assistente social do Instituto Nacional de Câncer (INCA-RJ). Mestre e doutora em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). e-mail: laura.oliveira@inca.gov.br

Lavínia Messias Alves

Assistente Social Residente do Curso de Especialização em Serviço Social e Saúde na Modalidade Residência pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Integra o Grupo de Estudos e Pesquisa da Prática Profissional do Serviço Social da mesma Universidade e o Coletivo Fotográfico integrado ao Projeto de Extensão Questão Social em Foto: A fotografia como instrumento pedagógico da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: lavmessias@gmail.com

Letícia Batista Silva

Docente da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense. Pesquisadora em Saúde Pública Associada e Docente da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz Graduada em Serviço Social pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Doutora em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: leticiabatistas@gmail.com

Liliane Alves de Brito e Silva

Assistente Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e do Departamento Geral de Ações Socioeducativas da Secretaria de Estado de Educação do Rio de Janeiro. Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense. Especialista em Serviço Social na Modalidade Residência pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: lilianebritto@yahoo.com.br

Lise Barros Ferreira

Tecnologista em Saúde Pública do Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Graduada em Serviço Social pela Universidade Veiga de Almeida e em Direito pela Universidade Estácio de Sá. Mestre em Vigilância Sanitária. Doutoranda em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Integrante do grupo de pesquisa Impactos na Saúde e no Ambiente Relacionados aos Grandes Empreendimentos Produtivos. E-mail: lisebarrosf@gmail.com

Lívia Figueiredo Pequeno

Assistente Social da Policlínica Universitária Piquet Carneiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, onde também é coordenadora da Divisão de Estágio do Departamento de Serviço Social. Graduada em Serviço Social. Mestre em Serviço Social e Doutoranda em Serviço Social pela mesma Universidade. E-mail: pequenus@yahoo.com.br

Lucas da Costa Brandão

Assistente Social Residente do Curso de Especialização em Serviço Social e Saúde na Modalidade Residência da Universidade do Estado do Rio de Janeiro entre 2021 e 2023. Graduado em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense. Mestrando em Informação e Comunicação em Saúde pelo Instituto de Informação e Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: brandao_lcs@hotmail.com

Lucélia Luiz Pereira

Docente do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília. Integra o corpo docente do Programa de Pós-graduação em Política Social da mesma Universidade. Também Graduada em Serviço Social e Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília. E-mail: lucelia@unb.br

Luciana Maria Cavalcante Melo

Docente do Curso de Serviço Social da Universidade Federal de São Paulo/Campus Baixada Santista. Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal de Alagoas e Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. E-mail: luciana.melo@unifesp.br

Luciana Rodrigues Gonçalves

Assistente Social (UFRJ), Doutoranda em Políticas Públicas (Universidade de Aveiro, Portugal), Mestre em Serviço Social (UERJ), Especialista em Saúde Pública, Oncologia e em Educação e Gestão Ambiental. Atualmente, participa, como Editora-chefe, da Revista Eletrônica de Políticas Sociais e Sociedade – SERPOS. e-mail: luciana.seso@gmail.com

Magali da Silva Almeida

Docente do Curso de Serviço Social do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia. Integra o corpo docente do Programa de Pós-graduação em Serviço Social do Instituto de Psicologia e do Pós-Afro da mesma Universidade. Graduada em Serviço Social pela Sociedade Unificada de Ensino Superior Augusto Motta. Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Pós-doutora em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro com intercâmbio na Universidade do Texas (Estados Unidos). Líder do Observatório de Racialidade e Interseccionalidade, além de membro da Rede de Pesquisa Família e Política Social e do Programa de Estudos e Debates dos Povos Africanos e Afro-americanos. E-mail: quilombola_rio56@yahoo.com.br

Marcelo Augusto do Nascimento Muniz

Assistente Social do Corpo de Bombeiro Militar do Estado do Rio de Janeiro. Graduado em Serviço Social e Doutor em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: marcelo.muniz@hotmail.com

Marcia Cristina Brasil Santos

Docente da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Assistente Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, onde também atua como Assistente Social e Coordenadora Ambulatorial do Processo Transexualizador. Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense. Doutora em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Contato: mcristinabrasil@hotmail.com

Márcia Pereira da Silva Cassin

Docente da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Graduada pela Faculdade de Minas. Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Coordenadora do projeto Prodocência Literatura e Formação Social Brasileira. Pesquisadora do Grupo de Estudos e Pesquisas do Orçamento Público e Seguridade Social e do Centro de Estudos Octávio Ianni. E-mail: marcia.cassin@hotmail.com

Marco José de Oliveira Duarte

Docente da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora. Integra o quadro permanente do corpo docente do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da mesma Universidade e o quadro de colaboradores do corpo docente do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Graduado em Serviço Social e em Psicologia, ambos pela Universidade Federal Fluminense. Doutor em Serviço Social Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Pós-doutor em Políticas Sociais e Cidadania pela Universidade Católica do Salvador. Líder do Núcleo de Estudos, Pesquisas e Extensão em Saúde Mental e Atenção Psicossocial e do Grupo de Estudos e Pesquisas em Sexualidade, Gênero, Diversidade e Saúde: Políticas e Direitos. Vice-Líder do Programa de Estudos e Debates dos Povos Africanos e Afro-americanos. Coordenador do Programa de Extensão Centro de Referência de Promoção da Cidadania LGBTQI+ da UFJF. E-mail: marco.duarte@ufjf.br; majodu@gmail.com

Maria Helena de Jesus Bernardo

Docente da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Graduada em Serviço Social e Doutora em Serviço Social da mesma Universidade. Participante do Grupo de Pesquisa Avaliação das condições de trabalho e saúde de cuidadoras de pessoa idosa em tempos de Covid-19 da Fundação Oswaldo Cruz. Participante do GTP da ABEPSS Serviço Social, Geração e Classes Sociais. E-mail: helenabernardo@uol.com.br

Maria Inês Souza Bravo

Docente Aposentada da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro e da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Integra o quadro permanente do corpo docente do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Graduada em Serviço Social pela Universidade Gama Filho. Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Pós-doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro com estágio de pesquisa aprovado na Universidade Católica Portuguesa. Coordenadora do Grupo de Estudos Gestão Democrática na Saúde e Serviço Social. E-mail: msouzabravo@gmail.com

Maria Luiza Oliveira de Araújo

Assistente Social Residente do Curso de Especialização em Serviço Social e Saúde na Modalidade Residência da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Graduada em Serviço Social pela mesma Universidade. E-mail: luiza-oliveir@hotmail.com

Maria Valéria Costa Correia

Docente do Curso de Serviço da Universidade Federal de Alagoas. Integra o corpo docente do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da mesma Universidade. Também Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal de Alagoas. Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco e Pós-doutora em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Líder do Grupo de Pesquisa e Extensão Políticas Públicas, Controle Social e Movimentos Sociais. E-mail: correia.mariavaleria@gmail.com

Marinete Cordeiro Moreira

Assistente social Aposentada do Instituto Nacional de Seguro Social. Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense. Mestre em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Doutoranda em Serviço Social pela mesma Universidade. Pesquisadora do Grupo de Estudos e Pesquisas do Orçamento Público e Seguridade social. E-mail: marinete.moreira@uol.com.br

Mary Jane de Oliveira Teixeira

Docente da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Graduada em Serviço Social e Doutora em Serviço Social pela mesma Universidade. Coordenadora do Programa Observatório do Trabalho e Políticas Públicas e do Projeto de Extensão Observatório do Trabalho e Políticas Públicas. E-mail: mary.teixeira@uerj.br

Maurílio Castro de Matos

Docente da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Integra o quadro permanente do corpo docente do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da mesma Universidade. Graduado em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Doutor em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Pós-doutor em Política Social pela Universidade de Brasília. E-mail: mauriliomatos@gmail.com

Mayana de Souza Gomes da Silva

Assistente Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Graduada em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Mestre em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: mayana_souza87@yahoo.com.br

Mônica de Jesus César

Docente da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Graduada em Serviço Social pela mesma Universidade. Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Coordenadora do Programa de Estudos do Trabalho e Reprodução Social. Integrante da equipe editorial da Revista Em Pauta da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, exercendo a função de editora responsável. E-mail: mojesar@gmail.com

Monica Simone Pereira Olivar

Assistente Social do Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Graduada em Serviço Social e Doutora em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: monica.olivar@fiocruz.br

Morena Gomes Marques Soares

Docente da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Doutora em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: morenaseso@gmail.com

Neidy Márcia de Souza Silva

Assistente social do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Graduação em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Mestre em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: neidysilva22@gmail.com

Raphaela Pimentel Ximenes

Assistente Social da Policlínica Universitária Piquet Carneiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Graduada em Serviço Social. Especialista em Agroecologia pela Universidade Estadual do Rio Grande do Sul em parceria com a Universidad de La República Uruguay. Mestranda em Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: rapha_ximenes@outlook.com

Raquel Cavalcante Soares

Docente do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco. Integra o corpo docente do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da mesma Universidade. Graduada em Serviço Social e Doutora em Serviço Social pela mesma Universidade. E-mail: raquel.soares@ufpe.br

Renato dos Santos Veloso

Docente da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Integra o quadro permanente do corpo docente do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da mesma Universidade. Graduado em Serviço Social e Doutor em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: rseloso@gmail.com

Rita Marilza Bravin

Assistente social da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária do Rio de Janeiro e da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Graduada em Serviço Social e Doutora em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Doutoranda em Serviço Social pela mesma Universidade. E-mail: rbravin126@gmail.com

Rodriane de Oliveira Souza

Docente da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Graduada em Serviço Social e Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Gestão Democrática da Saúde e Serviço Social. E-mail: rodriane.o.souza@gmail.com

Rosangela Nair de Carvalho Barbosa

Docente do da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Integra o quadro permanente do corpo docente do Programa de Pós-graduação em Serviço Social e do Programa de Estudos de Trabalho e Política, ambos da mesma Universidade. Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense. Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Pós-doutora em Sociologia (Sociologia do Trabalho), pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: rosangelanb@uol.com.br

Rosimary Gonçalves de Souza

Docente da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Assistente Social da Secretaria Municipal de Saúde de Macaé. Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: rgdsouza@uol.com.br

Silene de Moraes Freire

Docente da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Integra o quadro permanente do corpo docente do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da mesma Universidade. Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Doutorado em Sociologia pela Universidade de São Paulo. Pós-doutora em Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Coordenadora do Programa de Estudos de América Latina e Caribe e do Observatório de Direitos Humanos da América Latina do Centro de Ciências Sociais da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: smfmensagens@gmail.com

Silvana Márcia de Andrade Medeiros

Docente do Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas - Unidade Palmeira. Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal de Alagoas. Doutorado em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: medeiros.silvana@gmail.com

Simone Eliza do Carmo Lessa

Docente da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Graduada em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: elizasimone@gmail.com

Tainá Souza Caitete

Docente da Faculdade Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Coordenadora Acadêmica do Departamento de Serviço Social da Policlínica Universitária Piquet Carneiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Graduada em Serviço Social pela Universidade do Norte. Doutora em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: taina.con@gmail.com

Tatianny de Souza de Araújo

Servidora pública federal da saúde. Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Mestranda em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: tatianny.s.a@gmail.com

Valentina Sofia Suárez Baldo

Docente da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Graduada em Serviço Social pela Universidad Nacional de Córdoba. Doutora em Política Social pela Universidade Federal Fluminense. Pós-doutoranda do Instituto de Medicina Social Hélio Cordeiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: valentinasb@hotmail.com

Valéria Lucília Forti

Docente da Faculdade de Serviço da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Integra o corpo docente do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da mesma Universidade. Graduada em Serviço Social pela Universidade Gama Filho. Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Coordenadora de projetos de pesquisa e extensão vinculados ao tema “ética, direitos, trabalho e Serviço Social”. E-mail: vforti17@gmail.com

Vanessa Antonietta de Souza Trindade

Assistente Social Residente do Curso de Especialização em Serviço Social e Saúde na Modalidade Residência da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Graduada e Mestranda em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: antoniettavanessa@gmail.com

Vanessa Bezerra de Souza

Docente da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Graduada em Serviço Social e Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Pós-doutora em Serviço Social na Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: vsouza76@gmail.com

Vânia Morales Sierra

Docente da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Integra o quadro permanente do corpo docente do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da mesma Universidade. Graduada e Doutora em Sociologia pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro. Coordenadora do Laboratório de Gestão e Informação e do Programa sobre a Infância e a Adolescência. E-mail: vaniasierra@yahoo.com.br

Welison Matheus Fontes da Silva

Assistente Social Residente do Curso de Especialização em Serviço Social e Saúde na Modalidade Residência da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Graduado em Serviço Social e Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social pela mesma Universidade. E-mail: fonteswelison@gmail.com

William Berger

Docente do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Espírito Santo. Membro do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão sobre Violência, Segurança Pública e Direitos Humanos da mesma Universidade. Também Graduado em Serviço Social pela Universidade Federal do Espírito Santo. Doutor em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: williambergere@gmail.com

