



---

# SERVIÇO SOCIAL E TRABALHO PROFISSIONAL NA ÁREA DA SAÚDE

**CARLOS ANTONIO DE SOUZA MORAES**

**ORGANIZADOR**



SERVIÇO SOCIAL E TRABALHO PROFISSIONAL NA ÁREA DA SAÚDE

Carlos Antonio de Souza Moraes  
Organizador

SERVIÇO SOCIAL E TRABALHO PROFISSIONAL NA ÁREA DA SAÚDE  
1ª Edição Eletrônica

Uberlândia / Minas Gerais  
Navegando Publicações  
2021



Navegando Publicações



NAVEGANDO

[www.editoranavegando.com](http://www.editoranavegando.com)

[editoranavegando@gmail.com](mailto:editoranavegando@gmail.com)


Uberlândia – MG,  
Brasil

**Direção Editorial:** Navegando  
**Projeto gráfico e diagramação:** Lurdes Lucena  
**Arte da Capa:**

**Copyright © by autor, 2021.**

S492 – MORAES, C. A. de S. (Org.). Serviço social e trabalho profissional na área da saúde. Uberlândia: Navegando Publicações, 2021.

ISBN: 978-65-81417-27-7

 10.29388/978-65-81417-27-7-0

Vários Autores

1. Serviço Social 2. Trabalho Profissional 3. Saúde I. Carlos Antonio de Souza Moraes II. Navegando Publicações.  
Título.

CDD – 360

CDU – 36

### Índice para catálogo sistemático

Serviço Social 360

Navegando Publicações



NAVEGANDO

[www.editoranavegando.com](http://www.editoranavegando.com)

[editoranavegando@gmail.com](mailto:editoranavegando@gmail.com)

Uberlândia – MG

Brasil

## Editores

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 – IFTM - Brasil  
Anselmo Alencar Colares – UFOPA – Brasil  
Carlos Lucena – UFU – Brasil  
Carlos Henrique de Carvalho – UFU, Brasil  
Cilson 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  
Mara Regina Martins Jacomeli – Unicamp, 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  
Valeria Lucilia Forti – UERJ – Brasil  
Yolanda Guerra – UFRJ – Brasil

### Pesquisadores Internacionais

Alberto L. Bialakowsky – Universidad de Buenos Aires – Argentina  
Alicia 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 Hausser – 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 Aballí 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 Elías-Caro – Universidad del Magdalena – Colômbia  
José Jesus Borjón Nieto – El Colegio 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

# SUMÁRIO

<b>PREFÁCIO</b> <i>Maurílio Castro de Matos</i>	7
<b>APRESENTAÇÃO</b> <i>Edvânia Ângela de Souza</i>	10
<b>INTRODUÇÃO</b> <i>Carlos Antonio de Souza Moraes</i>	19
<b>PARTE 1: POLÍTICA DE SAÚDE E FORMAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE: DESAFIOS AO SERVIÇO SOCIAL</b>	26
<b>NOTAS SOBRE CAPITALISMO DEPENDENTE BRASILEIRO E POLÍTICA DE SAÚDE (1988-2020)</b> <i>Valentina Sofia Suárez Baldo - Arthur Lobo Costa Mattos</i>	27
<b>DESAFIOS NA FORMAÇÃO EM SERVIÇO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE</b> <i>Kécia Rocha Andrade - Alessandra Genú Pacheco</i>	47
<b>PARTE 2: POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, SUJEITOS SOCIAIS E O TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS: intersecções entre classe, raça e gênero</b>	59
<b>DA GUERRA ÀS DROGAS OU AOS USUÁRIOS? O DESMONTE DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E SUA FUNÇÃO NO ENCARCERAMENTO</b> <i>Edilma Soares da Silva - Juliana Desiderio Lobo Prudencio - Luana da Silveira</i>	60
<b>MATERNIDADE PARA QUEM? MULHERES NEGRAS, CUIDADO COLONIAL E DROGAS</b> <i>Rachel Gouveia Passos - Jessica Taiane da Silva</i>	78
<b>O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL EM CAPS: SUStertar um trabalho antimanicomial e emancipador</b> <i>Fernanda de Oliveira Monteiro - Wanessa Gonzaga de Oliveira</i>	93
<b>PARTE 3: SUJEITOS SOCIAIS E NOVOS DESAFIOS AO TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE</b>	108
<b>ENVELHECIMENTO POPULACIONAL, FEMINIZAÇÃO DA VELHICE E SAÚDE: algumas dimensões de análise</b> <i>Rita de Cássia Santos Freitas - Adriana de Andrade Mesquita</i>	109
<b>A POLÍTICA DE SAÚDE LGBT NO SUS: contribuições para o Serviço Social</b> <i>Marco José de Oliveira Duarte</i>	128
<b>PARTE 4: PROCESSO DE ADOECIMENTO E DIREITO À SAÚDE EM CAMPOS DOS GOYTACAZES: Atenção básica, demandas de estudantes e práticas de trabalhadores/as rurais em assentamento</b>	145
<b>DIREITO À SAÚDE E À ATENÇÃO BÁSICA EM CAMPOS DOS GOYTACAZES, RJ, NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19</b> <i>Ana Paula Pessanha Cordeiro - Eliana Monteiro Feres - Valentina Sofia Suárez Baldo</i>	147
<b>DIFUSÃO DE SABERES DOS TRABALHADORES RURAIS: práticas de valorização da saúde coletiva</b> <i>Thaynara Moreira Botelho</i>	164

<b>ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL E DEMANDAS DE ATENDIMENTO EM SAÚDE: construções do Serviço Social no IFFluminense</b>	176
<i>Josemara Henrique da Silva Pessanha - Amanda Bersacula de Azevedo - Lenon Araújo de Matos</i>	
<b>PARTE 5: PERSPECTIVAS E ESTRATÉGIAS DE FORTALECIMENTO DA PESQUISA E DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA NO ÂMBITO DO GRIPES: Cooperação internacional, articulação com órgãos da categoria e com campos/supervisores de estágio</b>	189
<b>OS ATUAIS DESAFIOS DA PESQUISA E DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA E A CONSTRUÇÃO DE ESTRATÉGIAS COLETIVAS DE TRABALHO: experiências na área da saúde</b>	190
<i>Carlos Antonio de Souza Moraes - Eliana Monteiro Feres - Maria da Penha Lyrio Barreto Moura</i>	
<b>A CONSTRUÇÃO METODOLÓGICA DE UM PROJETO DE PESQUISA DE COOPERAÇÃO INTERNACIONAL E O LUGAR DA INICIAÇÃO CIENTÍFICA</b>	203
<i>Carlos Antonio de Souza Moraes - Douglas Martins Amaral - Laísa Cunha da Silva - Luam França de Azevedo</i>	
<b>HOMENAGEM A PROFA. DRA. DENISE CHRYSÓSTOMO DE MOURA JUNCÁ</b>	217
<i>Carlos Antonio de Souza Moraes e Verônica Gonçalves Azevedo</i>	
<b>SOBRE OS AUTORES</b>	218

## PREFÁCIO\*

*Maurílio Castro de Matos*

O livro que temos aqui surge num importante contexto, onde muito se tem falado sobre saúde em decorrência da pandemia da Covid-19. Ao reunir artigos sobre Saúde e Serviço Social, a obra traz subsídios para entendermos as origens da chamada crise da saúde, mas também sobre as potencialidades postas na concepção de saúde proposta pela reforma sanitária brasileira e na construção de uma sociabilidade marcada pela diversidade humana, indicando, também, a contribuição que o Projeto ético-político do Serviço Social pode dar na afirmação dessas potencialidades.

A pandemia da Covid-19 desmascarou a falácia dos argumentos que defendem que a saúde possa ser regulada pelo mercado. Afinal, para o seu enfrentamento tem sido necessária a mobilização de um conjunto de ações em saúde, a exemplo de um processo de trabalho em saúde que seja eficaz; a realização de uma prática educativa com a socialização de informações para controle do contágio; o investimento em pesquisas para vacinas e aprimoramento do tratamento, dentre outros. Essas ações, e outras uma vez que se tratam apenas de alguns exemplos, mostram a necessidade de a saúde estar alinhada a uma política de saúde pública e estatal. Ainda mais num país com imensa desigualdade social, onde grandes frações da classe trabalhadora brasileira se submetem a venda da sua força de trabalho em condições de precariedade e sem direitos trabalhistas, não se pode pensar a atenção a saúde - em sua totalidade - sem o Estado.

A Constituição Federal de 1988 atribuiu ao Estado uma responsabilidade na garantia dos direitos sociais, a exemplo da Seguridade Social (composta pela Saúde, Assistência Social e Previdência Social). No entanto, desde então a Constituição vem sofrendo muitas alterações, apontando para a regressão dos direitos conquistados pela classe trabalhadora. Nesse contexto tem aumentado o sucateamento e o desfinanciamento de diversas políticas, como a Educação e a Saúde. Somam-se a isso sucessivos discursos sobre a ineficiência dos serviços públicos, para justificar a defesa da privatização. Na pandemia também ficou escancarado o limite de todas essas ações e argumentos contrários as políticas sociais públicas e de seus trabalhadores e trabalhadoras. Afinal, tem sido os egressos e egressas do ensino público que vem atuando, na sua maioria, na ponta dos atendimentos em Saúde e que têm pesquisado insistentemente para a criação das vacinas e o avanço do tratamento da Covid-19. Também temos assistido o protagonismo das instituições públicas, como o Instituto Butantã e a Fiocruz, na condução das pesquisas. Além é claro do trabalho desenvolvido nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) que tem salvado vidas. Por fim, a Universidade pública também não está parada. Muitas pesquisas, por diferentes áreas do conhecimento, vêm envidando esforços para a compreensão da realidade. O livro que temos em mãos é um exemplo.

Ao todo são doze artigos organizados em cinco partes. O livro inicia com uma análise geral da política de saúde e os desafios para a residência multiprofissional na área. Enfrenta o necessário debate sobre o uso prejudicial de drogas e sua interface com o racismo, o encarceramento e gênero. Trata dos sujeitos sociais em sua diversidade geracional, de gênero,

---

\* DOI- 10.29388/978-65-81417-27-7-0-f.7-9



identidade e de orientação sexual. Reafirma o compromisso da Universidade com a sociedade a partir de profícuas reflexões tendo como campo empírico Campos dos Goytacazes. E como expressão de todo o trabalho desenvolvido pelo Gripes - Grupo Interdisciplinar de Estudo e Pesquisa em Cotidiano e Saúde do Departamento de Serviço Social de Campos, da Universidade Federal Fluminense - são registradas e problematizadas as atividades coletivas do Grupo de Pesquisa, com destaque para a reflexão sobre a experiência de assessoria escrita pelos diferentes sujeitos que compuseram essas atividades. Por fim, a merecida homenagem a professora Denise Chrysóstomo de Moura Juncá, idealizadora do Grupo.

O livro reúne diversos pesquisadores e pesquisadoras em torno da história bem sucedida de uma construção coletiva e como poderá ser reparado, reúne autores e autoras de outras universidades e pesquisadores/as - docentes, egressos/as e discentes - vinculados ao Gripes. Essa confluência de pessoas, com origens e inserções diversificadas, demonstra a riqueza de um livro que antes de ser livro, é uma realidade em movimento.

A realidade em movimento a que estamos nos referindo é a da Universidade, que quando socialmente referenciada, desenvolve atividades de pesquisa, extensão, articula com rede de pesquisadores, compartilha conhecimento, aprende nas idas a campo etc. Enfim, uma Universidade que não se restringe aos seus campus, mas que interage, buscando afirmar o seu papel social.

O Gripes está vinculado a uma importante e histórica Escola de Serviço Social e, por isso não é um acaso que a profissão seja um dos objetos abordados no livro. Em torno da saúde e do Serviço Social temos preciosas análises sobre a política de saúde, saúde mental, residência multiprofissional, a questão das drogas, racismo, envelhecimento, direitos da população LGBT, trabalhadores rurais e assistência estudantil. Afinal, esses temas são da lida cotidiana da intervenção profissional de Assistentes Sociais e da maneira que aqui são abordados, de forma crítica e indicando caminhos, são ferramentas importantes para o trabalho de Assistentes Sociais e demais profissionais da saúde.

A saúde é historicamente uma importante área para o Serviço Social. Tão logo se conformou no Brasil o complexo médico-hospitalar, com criação dos primeiros grandes hospitais nos idos de 1940, os/as Assistentes Sociais foram rapidamente requisitados a trabalhar nesses serviços. Essa rápida inserção se deu em virtude da complexificação do processo saúde-doença nos marcos do capitalismo monopolista, no contexto de ampliação dos serviços e aumento da demanda pelo direito a saúde.

Ainda que por vezes associados, em geral, a política de Assistência Social ou na sua negação, ao assistencialismo, é na saúde que assistentes sociais vão ter no decorrer da história os maiores campos de trabalho, com vínculos estáveis e planos de carreira, seguindo a forma da contratação da força de trabalho do setor. No entanto, esta realidade vem sendo alterada vide as sucessivas reformas trabalhistas e a regulamentação da precarização do trabalho.

Nesse contexto é que Assistentes Sociais vêm, em conjunto com organizações dos trabalhadores/as e dos movimentos sociais, lutando pela defesa das políticas públicas. Na saúde vêm se somando na defesa dos princípios originários da reforma sanitária. Tal defesa se dá no trabalho profissional, no ensino, na pesquisa (do qual esse livro é um contributo inquestionável), nos espaços de participação social e nas lutas. Nesse último tem ganhado destaque a participação na Frente Nacional contra a privatização da Saúde, que tem tido um destaque nas lutas em defesa do SUS cem por cento público e estatal, antes mesmo da pandemia da Covid-19.

Se afirmamos que as políticas sociais e o serviço público muito têm feito no enfrentamento a pandemia, sabemos, por outro lado da dificuldade no contexto brasileiro, uma vez que por aqui o governo federal sistematicamente vem negando todas as orientações da saúde pública, como o distanciamento social, uso de máscaras e a relevância das vacinas.

A publicação desse livro, exatamente num período tão difícil como o da pandemia da Covid-19 - acompanhada no Brasil com discursos de negacionismo, de terraplanismo e que pregam o desprezo pela diversidade humana - é revigorante.

Afinal, é da Universidade pública, ainda não defendida por toda a população, que mais uma vez vem o respiro coletivo que fortalece a ciência e o pensamento crítico. Ambos, importantes para a construção de uma sociedade onde a liberdade possa ser a essência.

## APRESENTAÇÃO\*

*Edvânia Ângela de Souza*

O livro *Serviço Social e trabalho profissional na área da saúde*, que ora chega ao público, desenha importante discussão acerca de temas candentes para a formação, para o trabalho profissional e para a política de saúde em geral.

*Serviço Social e trabalho profissional na área da saúde* é uma coletânea de textos com a qualidade de ser fruto de pesquisas desenvolvidas pelo Grupo Interdisciplinar de Estudo e Pesquisa em Cotidiano em Saúde (Gripes/CNPq) da Universidade Federal Fluminense (UFF), criado em 2004, no Instituto de Ciências da Sociedade e Desenvolvimento Regional (ESR/UFF), sob liderança da Profa. Dra. Denise Chysóstomo de Moura Juncá, até 2016, quando a coordenação passou para o Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes, a quem registro os mais sinceros agradecimentos pelo convite para apresentar essa importante obra.

Pois bem, aceitei ao convite para fazer a apresentação desse livro com um misto de sentimentos de honra, alegria, desafio e responsabilidade, mas, desde a leitura prévia do material, o que prevaleceu foi o fato de se tratar de uma leitura prazerosa. O primeiro traço a acrescentar é que se trata de uma coletânea desenvolvida por um grupo de estudos e pesquisas, Gripes, de uma universidade pública, na preocupação de construir conhecimentos vinculados à realidade sócio-histórica, ao cotidiano das instituições e políticas sociais, ao trabalho profissional do Serviço Social. Está, portanto, condicionada ao processo histórico da realidade social. Apresenta uma diversidade de temas que se interconectam à política de saúde, à formação e ao trabalho profissional do Serviço Social; cria, pois, um quadro de amplos olhares, com base na intersecção de etnia, raça, sexo, território/regionalidade e deficiência. O que há de incomum nesta obra é exatamente o fato de resultar do trabalho coletivo de um grupo de pesquisas de uma universidade pública, na articulação da sistematização do conhecimento com o trabalho de assistentes sociais na área da saúde, sendo a sua contribuição para a construção do conhecimento para além do Serviço Social.

Os determinantes sociais da saúde, o conceito ampliado de saúde, o direito universal à saúde, o trabalho intersetorial, entre outras bandeiras de luta do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), que deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS) e que coloca a Política de Saúde para muito além dos serviços de saúde em si mesmos, comparecem nos vários capítulos deste livro. O debate alicerçado nos determinantes sociais entrelaça os textos em torno da formação e do trabalho profissional do Serviço Social na saúde, com importante enfoque para a intersecção étnico-racial, de classe, de sexo, de regionalidade e de deficiência.

É importante que se diga que o livro chega a um momento crucial da história do nosso país, que vivencia dias ainda muito cruéis como resultado da pandemia do novo coronavírus, Covid-19, num contorno nítido de desrespeito para com a vida, especialmente quando se trata dos mais pobres.

Mais de meio milhão de pessoas morreram devido à Covid-19 sem que o Governo Federal de Jair Bolsonaro (Sem Partido) fizesse uma fala oficial em solidariedade às vítimas. Aliás,

---

\* DOI- 10.29388/978-65-81417-27-7-0-f.10-18

a pandemia da Covid-19 evidenciou também a pandemia da ignorância manifestada por meio do negacionismo da ciência e do desrespeito à vida.

A atuação do presidente da república, Jair Bolsonaro (Sem Partido), desde o início da pandemia da Covid-19, já apontava para o longo período, que parece não terminar, de mortes, de idas e vindas das ondas contaminantes da Covid-19, ceifando a vida de grande número de pessoas, primeiramente atingindo, com força, os mais idosos. Posteriormente, como esses passaram a compor o grupo de pessoas imunizadas prioritariamente, pessoas mais jovens passaram a ser as mais afetadas, perdendo as suas vidas precocemente. A alteração na média da idade de óbitos, no mês de abril de 2021, foi de 64 anos, com aumento global de mortes para todas as idades, entre os grupos etários de 20 a 59 anos (MS, 2021). Outras mortes têm ocorrido devido à exaustão em que se encontra a maioria dos serviços, que, ao direcionar os esforços para o enfrentamento à Covid-19, acaba por negligenciar os demais tratamentos e a assistência à saúde.

Evidencia-se a superlotação das Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), a ausência de medicamentos e de vagas em hospitais de todo país, sendo que, no início de 2021, a região Norte do país vivenciou verdadeiro colapso da saúde (LAVOR, 2021). No mês de abril de 2021, a maioria dos estados brasileiros teve elevados níveis de ocupação das UTIs, acima de 80%, e também o aumento no número de óbitos por Covid-19 (MS, 2021). Em oito de abril de 2021, morreram mais de quatro mil pessoas por Covid-19. A iminência do colapso levou os governadores a decretarem medidas de lockdown, ao que o presidente Jair Bolsonaro (Sem Partido) reagiu com veemência, não contra as mortes, contra a superlotação das UTI e contra o avanço das contaminações ou ainda no intento de unir forças, numa colisão nacional contra a pandemia. Não, não foi isso que ocorreu. Infelizmente, mais uma vez, o discurso polarizado, sempre com o dedo em riste e em tom de acusação, do presidente Bolsonaro (Sem Partido) seguiu a direção contrária às medidas de prevenção, acusando os governadores que decretaram as medidas de isolamento social de provocarem a crise econômica e do seu governo. Por isso, acionou o Supremo Tribunal de Federal (STF) para que as medidas de *lockdown* fossem declaradas inconstitucionais (ARBEX, 2021).

A gravidade da situação levou à criação da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para apurar as irregularidades e omissões do Governo Federal e do Ministério da Saúde (MS) no enfrentamento da Covid-19 e o colapso do sistema de saúde no Amazonas, sendo criada a CPI da Covid-19, em abril de 2021, a partir do requerimento do senador Randolfe Rodrigues (Rede-AP) (CASTRO, 2021). A CPI da Covid-19 ampliou a investigação para os estados, para apurar possíveis desvios de recursos destinados ao enfrentamento da pandemia. Nesse sentido, cabe destacar o depoimento de profissionais, autoridades, empresários, entre outros, ouvidos durante a CPI, os quais têm afirmado a ausência de liderança nacional para a orientação da população e de medidas de enfrentamento à Covid-19, especialmente o descaso com que o Governo Federal tratou e trata a pandemia, inclusive se recusando a comprar vacinas contra a doença ainda em 2020. Quantas vidas poderiam ter sido salvas se não fosse a irresponsabilidade do Governo Federal e de apoiadores que atuam inclusive na divulgação de falsos tratamentos e que levaram à crença de que a pandemia é apenas uma gripezinha? Jair Bolsonaro (Sem Partido), que atuou como divulgador do medicamento hidroxiquina, para Covid-19, sem que se tenha comprovação científica para tal, chegou até mesmo a posar como garoto propaganda do remédio (VALFRÉ; SOARES, 2020).

Jurema Werneck, médica, pesquisadora e diretora-executiva da Anistia Internacional, responsável por um estudo que analisa as primeiras 52 semanas da Covid no Brasil, afirma que houve “mortes em excesso”, mortes evitáveis e evidencia que o país não adotou medidas sérias de enfrentamento à pandemia. Caso as tivesse adotado, haveria uma redução de 40% no total de óbitos (PRUDENCIANO *et al.*, 2021).

Além da pandemia da Covid-19, o Brasil tem outras epidemias para enfrentar, como é o caso da violência que, apesar das medidas de isolamento social devido à Covid-19, cresceu, especialmente as Mortes Violentas Intencionais (MVI), alcançando quase 26 mil vítimas no primeiro semestre de 2020, que, segundo o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP, 2020), é uma epidemia que atinge grupos muito específicos: homens negros, jovens e moradores de determinados territórios. Também houve crescimento do feminicídio e das Mortes Decorrentes de Intervenção Policial (MDIP) “[...] de cada 100 mortes violentas intencionais no país em 2019, 13 foram cometidas por policiais. No Rio de Janeiro, essa proporção chegou a 30,3% no mesmo ano.” (FBSP, 2020 *apud* SOUZA, 2021).

Corpos ensanguentados, embrulhados, carregados, pessoas desesperadas, o sangue espalhando-se pelo chão são imagens que compõem o terrorismo deplorável desempenhado pelo próprio Estado, que, numa nítida demonstração de força contra a população pobre, periférica e negra, promove verdadeiras chacinas (DIAS FILHO, 2021). O Estado-Penal-Racial brasileiro, com o seu braço armado de posse de armas de fogo das mais pesadas, leia-se potentes na sua capacidade de destruição, com camburão e helicóptero, adentrou as comunidades e tornou a sua população refém da violência esgarçada, tal como ocorreu em Jacarezinho, no Rio de Janeiro, em cinco de maio de 2021, quando o próprio Estado exterminou quase três dezenas de jovens (MATA, 2021), sem qualquer processo penal, possibilidade de defesa e julgamento.

Em paralelo, as mulheres pretas também são as mais afetadas por esse Estado-Penal-Racial que persegue, encarcera e mata os seus filhos e companheiros, como discutido, neste livro, no capítulo de autoria de Rachel Gouveia Passos e Jéssica Taiane da Silva.

Essas comunidades, especialmente as mulheres pretas, estão entre a bigorna e o martelo: um Estado ausente em políticas sociais públicas e presente com o braço repressor operado pela polícia militar e civil, como também pelo sistema judiciário. Elas sofrem com desemprego, subemprego, ausência de políticas sociais e infraestrutura básica, volvendo feito um novelo de linha que aponta para a realidade ameaçadora das mais profundas carências, da fome ao futuro incerto da ausência de formação e de um rumo em prospecção. Sofrem com a violência e com o racismo de que são vítimas desde a mais tenra idade. Sofrem com a perda dos seus filhos e de entes queridos, ora encarcerados, ora aliciados pelo mundo do crime, ora assassinados na sua frente ou abandonados em valas ou outros locais ermos. Sofrem com o descaso das políticas sociais. São as mulheres, especialmente as mulheres pretas, que enfrentam a dor terrível de perder um filho, de carregar esse vazio no peito, sem que a justiça que flama a sociedade liberal lhe possa fazer jus. Ao contrário, a sociedade liberal, conservadora e supostamente cristã, com o dedo, aponta para a limpeza social dos que são considerados inadequados ao sistema. Um fantasma de antigas terras, de idade muito velha, mas ainda muito potente, que não se cansa de afirmar: “Não sabes? São tudo bandido!”.

A repetição na mídia, nas redes sociais e nos compartilhados aos milhões, por meio do Whatsapp®, atua na preparação dos soldados perfeitos que promovem o extermínio de jovens negros e periféricos que, antes da morte em si, têm que resistir para existir e para conservar a sua

cultura. Estão à margem da cidade, de seus centros financeiros e comerciais, sobrevivem no quarto de despejo, como tão bem ilustrou Maria Carolina de Jesus:

[...] Quando estou na cidade tenho a impressão que estou na sala de visita com seus lustres de cristais, seus tapetes de viludos, almofadas de sitim. E quanto estou na favela tenho a impressão que sou um objeto fora de uso, digno de estar num quarto de despejo. (JESUS, 1963, p. 33).

A violência não pode ser vista de forma segmentada e isolada do processo sócio-histórico da formação do país que fez uso do trabalho compulsório do povo preto por quase 400 anos e, quando da sua proibição, também criou sérias restrições para a sua imersão no mercado de trabalho e para a sua integração na sociedade (MOURA, 1977), o que tem fundamentado o genocídio do povo preto até os dias atuais (NASCIMENTO, 2016).

É com esse histórico que a pandemia da Covid-19 engrossa o sofrimento de grande parte da população brasileira e sobrecarrega os serviços de saúde e respectivas equipes multiprofissionais. Cabe reforçar que, antes do período pandêmico, já se vivenciava a agudização da crise do capital, que se aprofundou a partir da crise sanitária. A política de austeridade fiscal, que congela investimentos nas áreas sociais, de saúde, de ciência e tecnologia, de educação, de lazer, de cultura *etc.*, escarnece, com impiedosa minúcia, o subfinanciamento por 20 anos, acompanhado da contrarreforma trabalhista e da terceirização ampla e irrestrita e, ainda, da contrarreforma da Previdência Social (PS), que afasta o direito à aposentadoria de grande parte da classe trabalhadora, com a aprovação da revisão permanente dos benefícios previdenciários (SOUZA; SILVA, 2019, SOUZA; ANUNCIAÇÃO, 2020).

Nesse contexto de profunda crise sanitária, o Governo Federal de Jair Bolsonaro (Sem Partido) tem agido na surdina para “passar a boiada”, expressão usada pelo Ministro do Meio Ambiente, Ricardo Sales, em reunião ministerial, em que justificou a necessidade de o Governo aproveitar que a sociedade se encontra preocupada com os números de mortes causados pela Covid-19 para avançar com os benefícios para o setor do agronegócio e dos madeireiros na região Amazônica, flexibilizando a legislação ambiental (SHALDERS, 2021).

Além do já exposto, Jair Bolsonaro (Sem Partido) ataca frontalmente as políticas sociais, ainda que em contexto de pandemia da Covid-19, promove apoio e fortalecimento do mercado privado da saúde, especialmente dos planos privados (CEBES, 2021). Não por acaso ou por mera coincidência, em meio à crise econômica e à sanitária, as operadoras de saúde vêm sendo indicadas como um dos setores que mais lucrou no Brasil, aumentando o lucro líquido em 72,4% (BATISTA, 2021).

Além disso, Jair Bolsonaro encaminhou à Câmara de Deputados a sua proposta de Reforma Administrativa do Estado, sem diálogo com a sociedade civil e organizada, eliminando os direitos do funcionalismo público, o que interatua para a maior precarização das políticas sociais e do trabalho nos serviços públicos.

Nós já botamos a granada no bolso do inimigo. Dois anos sem aumento de salário. Era a terceira torre que nós pedimos para derrubar. Nós vamos derrubar agora também. Isso vai nos dar tranquilidade de ir até o final. Não tem jeito de fazer um impeachment se a gente tiver com as contas arrumadas, tudo em dia. Acabou. Não tem jeito... (PAULO GUEDES, 2020).

Esses dados conjunturais tecem informações de como o Estado brasileiro funciona para manter e para expandir a concentração de renda de uma parcela minoritária da sociedade, mas a realidade não se limita a esses fatos. Vivencia-se um verdadeiro ataque ao Estado Democrático de Direito, inclusive uma das conotações evidenciadas no governo de Jair Bolsonaro (Sem Partido) é o seu irreprimível impulso à centralização do poder, com implicação direta para a militarização dos cargos públicos. Ainda que pesem algumas colisões entre os grupos políticos que estão no poder, o Governo Federal segue no repúdio frequente ao Estado Democrático de Direito, regido pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

Portanto o livro *Serviço Social e trabalho profissional na área da saúde* chega a um momento de vigência da pandemia do novo coronavírus, Covid-19, da CPI da Covid-19, do agravamento do quadro de desemprego e da precarização das políticas sociais, mas a sua elaboração e publicação é também uma confrontação a esse estado, pois evidencia o papel da universidade pública e da pesquisa, além de ser uma grande contribuição à formação e ao trabalho profissional do Serviço Social.

Percebe-se que a construção do livro segue uma lógica argumentativa complementar entre os doze capítulos que o compõe, a qual, vista em seu conjunto, revela a preocupação dos/as autores e autoras com a discussão de temas candentes para a formação e para o trabalho profissional do Serviço Social, perpassando o conhecimento da formação sócio-histórica do Brasil, a Política de Saúde, a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), as Residências Multiprofissionais em Saúde, a saúde mental, a guerra às drogas e a política incriminatória sustentada no racismo estrutural, a maternidade de mulheres negras, a luta antimanicomial, o envelhecimento populacional, o SUS e a população LGTQIA+, o enfrentamento à Covid-19, a saúde em área de assentamentos rurais, a assistência estudantil, a extensão universitária e a pesquisa. A obra ganha alcance e relevância ao problematizar tais temas, considerando a intersecção entre classe, sexo, etnia/raça, território e deficiência, nas respectivas análises.

Este livro reúne importantes contribuições para o debate da formação e do trabalho profissional do Serviço Social, especialmente na área da saúde. Chega ao público como uma demonstração de força, de energia, de resistência e de trabalho coletivo. A sua materialidade é também a força viva da universidade e da pesquisa. Boa leitura!

### **Intelectuais apolíticos**

por Otto Rene Castillo<sup>1</sup>

Um dia,  
os intelectuais  
apolíticos

---

<sup>1</sup>[\*] Revolucionário guatemalteco (1936-1967), guerrilheiro e poeta. A seguir do golpe de 1954, patrocinado pela CIA, que derrubou o governo democrático de Jacobo Arbenz, Castillo teve de se exilar em El Salvador. Voltou à Guatemala em 1964, onde militou no Partido dos Trabalhadores, fundou o Teatro Experimental e escreveu numerosos poemas. No mesmo ano, foi preso, mas conseguiu fugir. Regressou ao exílio, desta vez na Europa. Posteriormente retornou secretamente à Guatemala e incorporou-se a um dos movimentos guerrilheiros que operavam nas montanhas de Zacapa. Em 1967, Castillo e outros combatentes revolucionários foram capturados. Ele, juntamente com camaradas seus e camponeses locais, foi brutalmente torturado e, a seguir, queimado vivo.

do meu país  
serão interrogados  
pelo homem  
simples  
do nosso povo

Serão perguntados  
sobre o que fizeram  
quando  
a pátria se apagava  
lentamente,  
como uma fogueira frágil,  
pequena e só.

Não serão interrogados  
sobre os seus trajes,  
nem acerca das suas longas  
siestas  
após o almoço,  
tão pouco sobre os seus estéreis  
combates com o nada,  
nem sobre sua ontológica  
maneira  
de chegar às moedas.  
Ninguém os interrogará  
acerca da mitologia grega,  
nem sobre o asco  
que sentiram de si,  
quando alguém, no seu fundo,  
dispunha-se a morrer covardemente.  
Ninguém lhes perguntará  
sobre suas justificações  
absurdas,  
crescidas à sombra  
de uma mentira rotunda.  
Nesse dia virão  
os homens simples.  
Os que nunca couberam  
nos livros e versos  
dos intelectuais apolíticos,  
mas que vinham todos os dias  
trazer-lhes o leite e o pão,  
os ovos e as tortilhas,  
os que costuravam a roupa,  
os que manejavam os carros,



cuidavam dos seus cães e jardins,  
e para eles trabalhavam,  
e perguntarão,  
"Que fizestes quando os pobres  
sofriam e neles se queimava,  
gravemente, a ternura e a vida?"

Intelectuais apolíticos  
do meu doce país,  
nada podereis responder.

Um abutre de silêncio vos devorará  
as entranhas.  
Vos roerá a alma  
vossa própria miséria.  
E calareis,  
envergonhados de vós próprios.  
(RESISTIR.INFO, 2021).

## Referências

ARBEX, Thais. Bolsonaro vai ao STF contra lockdown e toque de recolher em estados. **CNN Brasil**, [s. l.], 27 maio 2021. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/politica/2021/05/27/bolsonaro-vai-ao-stf-contra-lockdown-e-toque-de-recolher-em-estados>. Acesso em: 24 jun. 2021.

BATISTA, Vera. Em meio à pandemia, operadoras de planos de saúde têm lucros recordes, operadoras reduzem as despesas em 3,6% e aumentam o lucro líquido em 72,4%. Enquanto isso, o conveniado viu a fatura ficar de 12% a 49% mais cara. **Correio Brasiliense**, Planos de Saúde, Brasília, DF, 19 abr. 2021. Disponível em: <https://www.correiobrasiliense.com.br/economia/2021/04/4918994-em-meio-a-pandemia-operadoras-de-planos-de-saude-tem-lucros-recordes.html>. Acesso em: 25 maio 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim epidemiológico especial: doença pelo coronavírus Covid-19**, Brasília, MS, n. 58, abr. 2021. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/abril/16/boletim\\_epidemiologico\\_covid\\_58-1.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/abril/16/boletim_epidemiologico_covid_58-1.pdf). Acesso em: 17 maio 2021.

CASTILHO, Oto Rene. Intelectuais apolíticos. **Resistir.info**, [s. l.], 2021. Disponível em: [https://resistir.info/a\\_central/intelectuais\\_apoliticos.html](https://resistir.info/a_central/intelectuais_apoliticos.html). Acesso em: 13 jun. 2021.

CASTRO, Augusto. CPI da Covid é criada pelo Senado. **Senado**, Brasília, 13 abr. 2021. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/04/13/senado-cria-cpi-da-covid>. Acesso em: 17 maio 2021.

COM 'POLÍTICA Nacional de Saúde Suplementar Para o Enfrentamento da Pandemia da Covid-19', governo tenta 'passar a boiada' contra o SUS. **Cebes**, [s. l.], 5 maio 2021. Disponível em: <http://cebes.org.br/2021/05/com-politica-nacional-de-saude-suplementar-para-o-enfrentamento-da-pandemia-da-covid-19-governo-tenta-passar-a-boiada-contra-o-sus/>. Acesso em: 17 maio 2021.

DIAS FILHO, Odair. **A cultura periférica como resistência ao Estado penal-racial: do batuque à batida, o funk como crônica da vida**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social (PPGSSPS), Universidade Federal de São Paulo, 2021.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP). **Anuário Brasileiro de Segurança Pública, 2020**. Brasília: FBSP, 2020. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2020/10/anuario-14-2020-v1-interativo.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2021.

JESUS, Maria Carolina de. **Quarto de despejo**. São Paulo: Expressão Popular, 1963.

LAVOR, Adriano. Covid-19: Amazônia sem respirar. **Radis**, Rio de Janeiro, Fiocruz, n. 221, fev. 2021. Disponível em: [https://radis.ensp.fiocruz.br/phocadownload/revista/Radis221\\_web.pdf](https://radis.ensp.fiocruz.br/phocadownload/revista/Radis221_web.pdf). Acesso em: 17 maio 2021.

MATA, João da. Jacarezinho: favela palco de massacre nasceu como quilombo, lutou contra a ditadura e hoje é refém da violência. **BBC News Brasil**, Rio de Janeiro, 22 maio 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-57208131>. Acesso em: 24 jun. 2021.

MOURA, Clóvis. **O negro, de bom escravo a mau cidadão?** Rio de Janeiro: Conquista, 1977.

NASCIMENTO, Abdias. **O genocídio negro brasileiro: processo de um racismo mascarado**. São Paulo: Perspectivas, 2016.

PRUDENCIANO, Gregory; FERRARI, Murillo; LARA, Rafaela; BARCELLOS, Renato; GURGEL, Bia. Pesquisadores indicam falta de estratégia do governo e apontam mortes evitáveis. Estudos apresentados por Jurema Werneck e Pedro Hallal mostram que até 400 mil mortes por Covid-19 poderiam ter sido evitadas no Brasil. **CNN Brasil**, [s. l.], 24 jun. 2021. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/politica/2021/06/24/cpi-da-pandemia-ouve-jurema-werneck-e-pedro-hallal-nesta-quinta>. Acesso em: 25 jun. 2021.

SETTI, Gustavo. Guedes diz que governo 'colocou granada no bolso inimigo' na economia. **UOL**, São Paulo, 22 maio 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas->

noticias/2020/05/22/guedes-diz-que-governo-colocou-granada-no-bolso-inimigo-na-economia.htm. Acesso em: 11 jun. 2021.

SHALDERS, André. Passando a boiada: 5 momentos nos quais Ricardo Salles afrouxou regras ambientais. **BBC News**, [s. l.], 1 out. 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-54364652>. Acesso em: 17 maio 2021.

SOUZA, Edvânia Ângela de. Violência, Saúde e Classes Sociais. **Katálysis**, Florianópolis, v. 4, n. 2, maio/ago. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/80360/46586>. Acesso em: 7 maio 2021.

SOUZA, Edvânia Ângela de; ANUNCIACÃO, Luís. Narrativas de sofrimento e trabalho profissional do Serviço Social da Previdência Social em Tempos de Indústria 4.0. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 138, maio/ago. 2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-66282020000200215&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282020000200215&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 8 set. 2020.

SOUZA, Edvânia Ângela de; SILVA, Maria Liduína Oliveira. **Trabalho, questão social e Serviço Social**: a autofagia do capital. São Paulo: Cortez, 2019. p. 61-73.

VALFRÉ, Vinícius; SOARES, Jussara. Outdoor que tinha Bolsonaro como garoto-propaganda da cloroquina é retirado. Vigilância sanitária havia recomendado retirada da peça, instalada em Vitória, como mostrou o 'Estadão', por ferir a legislação de publicidade de medicamentos. **O Estado de S. Paulo**, São Paulo, 10 ago. 2020. Disponível em: <https://politica.estadao.com.br/noticias/geral,outdoor-com-bolsonaro-como-garoto-propaganda-da-cloroquina-e-retirado,70003394107>. Acesso em: 30 out. 2020.

## INTRODUÇÃO\*

Carlos Antonio de Souza Moraes

Valham-me meus plurais! A elegância dos coletivos que me deflora [...] ah, enxame, alcateia, resma, cáfila, chusma, cardume, elenco, manada, matilha, frota, esquadrilha... mais nada de mim levarás sem que eu vá também junto. [...] Ah, bando de pássaros que levam minha alma no bico! [...] Ah, coletivos de socos sons, ah, coletivo de socos bons, ah, porrada! (*Poema dos coletivos*, de Elisa Lucinda, em *A poesia do encontro*).

A comemoração dos 18 anos do Grupo Interdisciplinar de Estudo e Pesquisa em Cotidiano em Saúde (Gripes/Cnpq) da Universidade Federal Fluminense (UFF) e a publicação desta obra nos remeteram imediatamente ao *Poema dos coletivos*, da poeta capixaba Elisa Lucinda. “Valham-me meus plurais!”, valha-me a vivência coletiva, a identificação de sujeitos, experiência de luta, questionamentos, reflexão e produção coletiva como facilitadores do movimento de formação da consciência crítica.

Valha-me a identidade coletiva, possibilitadora da construção do movimento de pertencimento de classe e do rompimento com a naturalização das relações cotidianas, constituindo-se como espaço de humanização e de ampliação da condição do ser social (LEFEBVRE, 1991). Valha-me a natureza coletiva desta obra, que fortalece os nossos plurais, retomando fios de resistência, como feixe luminoso em meio à escuridão, ao obscurantismo, à pós-verdade e ao negacionismo científico. Valha-me a universidade pública brasileira, que possui fortes grupos e núcleos de pesquisa que se articulam e constroem projetos e ações que ultrapassam os seus muros e resistem aos ataques à ciência, construindo práticas políticas que geram frutos democráticos, na direção da liberdade e da justiça social.

Esta produção expressa esse compromisso que, no âmbito do Gripes, vem sendo perseguido desde a sua construção, em 2004, sob liderança da prof.<sup>a</sup> dr.<sup>a</sup> Denise Chysóstomo de Moura Juncá, em decorrência do interesse de alguns e de algumas docentes do Instituto de Ciências da Sociedade e Desenvolvimento Regional (ESR/UFF), em construir problematizações relativas à temática *cotidiano e saúde*, dentro de uma perspectiva interdisciplinar e histórico-crítica. Desde a sua criação, o Grupo já coordenou e/ou participou de vários projetos de pesquisa, extensão, organizou palestras e cursos de pequena duração, realizou assessorias e consultorias, bem como apresentou trabalhos em eventos científicos e publicou artigos, livros, capítulos de livros e coletâneas.

Em 2016, com a aposentadoria da prof.<sup>a</sup> Denise, o prof. Carlos Antonio de Souza Moraes assumiu a liderança da iniciativa, avaliando as linhas de pesquisa e os interesses dos pesquisadores e das pesquisadoras. Dessa forma, o Grupo passou por algumas reformulações (em 2016 e 2021), adotando atualmente, as seguintes linhas de trabalho: Serviço Social, formação e trabalho profissional; Serviço Social e trabalho profissional na política de saúde e; Política Social, Política de Saúde Mental e a atenção aos usuários de álcool e outras drogas e aos sujeitos em sofrimento psíquico. Esta última linha, sob a coordenação da profa. Dra. Juliana Lobo,

---

\* DOI- 10.29388/978-65-81417-27-7-0-f.19-25

articula os debates promovidos entre o Gripes e o Núcleo de estudo e pesquisa em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas – NEPSAD (CNPq/UFF).

Atualmente, a proposta do Gripes consiste em problematizar o trabalho do/a assistente social nas políticas sociais, especialmente na área da Saúde. Compreende a indissociabilidade entre o debate do trabalho com o da formação profissional no campo do Serviço Social e articula as suas linhas de pesquisa, por meio de projetos que as integram e garantem a realização de discussões em núcleos de estudos e em eventos acadêmico-científicos, bem como a construção de ações de extensão, de assessoria e de consultoria.

O Grupo assume compromisso ético-político com o projeto profissional do Serviço Social brasileiro contemporâneo, a partir de seus fundamentos históricos e teórico-metodológicos; e com a questão social e suas antigas e novas expressões, como objeto do trabalho profissional, reconhecendo, especialmente na área da Saúde, a necessidade de se identificarem os aspectos econômicos, políticos, culturais e sociais que atravessam o processo saúde-doença e criar estratégias para o seu enfrentamento (MATOS, 2020), articuladas a um trabalho político-pedagógico (ABREU, 2002) unido ao cuidado, à construção do vínculo e à contribuição para a emancipação das classes subalternas.

Esta coletânea é expressão dessa construção ao reunir pesquisadores e pesquisadoras do Gripes articulados/as à linha de pesquisa Serviço Social e trabalho profissional na política de saúde, além de convidados/as de notório reconhecimento no trato do trabalho profissional, na particularidade da saúde, e que estão vinculados/as a outras universidades públicas brasileiras e grupos ou núcleos de pesquisa.

Escrita em um contexto mundial de pandemia causada pela Covid-19, uma doença infecciosa vinculada ao coronavírus Sars-CoV-2, e em uma conjuntura nacional marcada por altos índices de mortes, subversão de dados científicos, ataques à universidade pública, advento da pós-verdade e do negacionismo do vírus, esta obra propõe analisar e desocultar as contradições desses tempos opressores e de suas particularidades para o trabalho de assistentes sociais, na área da Saúde. Tempos que ferem direitos básicos, precarizam a vida e o labor e exterminam trabalhadores negros e em situação de pobreza; além de promoverem práticas higienistas, eugênicas e discriminatórias, atualizando as expressões da questão social, a partir da lógica de busca incansável pelo lucro, como estratégia política de manutenção do capital, em uma era de radicalismo neoliberal.

Nesse contexto, conforme afirma o poeta amazonense Thiago de Mello, “É tempo, sobretudo de deixar de ser apenas a solitária vanguarda de nós mesmos. Se trata de ir ao encontro. [...]. Se trata de abrir o rumo.” (BULCÃO, 2018). Como um feixe de luz, esta produção coletiva e comemorativa objetiva provocar o leitor a novos encontros que partem da realidade, mobilizam um máximo de conhecimentos para apoderar-se de seus elementos constitutivos e analisar velhos dilemas e novos desafios ao trabalho de assistentes sociais na área da Saúde.

Para tanto, esta coletânea está dividida em cinco partes e 12 capítulos, além de sua apresentação, prefácio, introdução e homenagem à criadora do Gripes. A apresentação é construída pela Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Edvânia Ângela de Souza, da Universidade Estadual Paulista (UNESP); o prefácio, pelo prof. dr. Maurílio de Souza Mattos, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e a contracapa pela prof.<sup>a</sup> dr.<sup>a</sup> Vera Maria Nogueira, da Universidade Católica de pelotas (UCPEL), no Rio Grande do Sul, aos quais o Grupo agradece pelas importantes

contribuições, destacando a admiração pelo trabalho que desenvolvem na área de Serviço Social, no Brasil.

A primeira parte, intitulada *Política de saúde e formação social em saúde*, está dividida em dois capítulos. O primeiro, de autoria de Valentina Sofia Suárez Baldo e Arthur Lobo Costa Mattos, nomeia-se *Notas sobre capitalismo dependente brasileiro e política de saúde (1988-2020)* e se trata de uma tentativa de organização das ideias para contar a história do SUS, utilizando o marco teórico-metodológico da Teoria Marxista da Dependência (TMD). A história do SUS, estabelecido pela Constituição Federal de 1988, é articulada à trajetória da seguridade social, das políticas sociais, das lutas de classes, do desenvolvimento capitalista brasileiro e de seu caráter dependente. Evitando excessiva simplificação, busca-se oferecer uma visão sinóptica, sintética e sistemática de elementos que se consideram indispensáveis para uma *análise das políticas de saúde*. Os elementos inter-relacionados a serem considerados são: “[a.] a natureza de nossa *formação social* diante da forma atual da *sociedade capitalista mundial*, [b.] sobre o que isto implica para a dinâmica da *luta de classes* e por último, [c.] para o caráter de classe do *Estado e a forma política* do Estado no Brasil” (IASI, 2019, p. 433; sem grifo e sem ordenação no original). Nesta apresentação, a formação social brasileira será entendida como um tipo de *capitalismo dependente*; o foco será dado à correlação de forças, ao se abordar a luta de classes; e à intervenção na saúde, ao tematizar o Estado.

Posteriormente, as autoras Kércia Rocha Andrade e Alessandra Genú Pacheco abordam *Os Desafios na consolidação da Formação em Serviço na Residência Multiprofissional em Saúde, no Brasil*, como modalidade de formação permanente ofertada aos profissionais graduados na área da Saúde, com exceção da área médica. O intuito desse capítulo é refletir a respeito das dificuldades na consolidação da Residência Multiprofissional em Saúde (Remu) como formação em serviço na Saúde, em oposição à sua concepção como uma nova configuração do mundo do trabalho. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem histórico-crítica, que possibilita a reflexão da totalidade da real face da Remu como modalidade de formação em serviço, no Brasil. O estudo aponta para a necessidade de ruptura com a lógica de consolidar essa forma de residência como trabalho, para, assim, ocupar e fortalecer esse espaço educativo como uma modalidade de formação em Saúde importante para a defesa do SUS.

A segunda parte da Coletânea, denominada *Política de saúde mental, álcool e outras drogas, sujeitos sociais e o trabalho de assistentes sociais: interseções entre classe, raça e gênero*, é composta por três capítulos. O primeiro, de autoria de Edilma Soares da Silva, Juliana Desiderio Lobo Prudencio e Luana da Silveira, intitula-se *Da guerra às drogas ou aos usuários? O desmonte da política de saúde mental, álcool e outras drogas e sua função no encarceramento*. Nele, as autoras apontam que esse desmonte, desde 2017, demonstra a convocatória para o reforço das práticas asilares, manicomial, excludentes e cerceadoras de liberdade, assim como o retorno a elas. O capítulo revela a importância da compreensão do usuário de drogas como sujeito de direitos e livre para os usos de substâncias no confronto com a noção de ilicitude de algumas delas, destacando, assim, o papel penal no âmbito do uso e do tráfico de drogas, tão presente no debate da Segurança Pública. Tal fato apresenta o cárcere ao SUS como espaço para os sujeitos que, marcados pela raça, pela classe social e pelo gênero, são encontrados portando drogas caracterizadas como ilícitas para o código legislativo brasileiro. Já o sistema de saúde em questão apresenta, por meio da atenção psicossocial, dispositivos de cuidado importantes para a reforma psiquiátrica, além do cuidado com usuários de álcool e de outros produtos como resposta às questões relacionadas ao

uso de drogas (lícitas e ilícitas). No atual contexto da necropolítica brasileira, no entanto, a atenção a esses dependentes vem sendo marcada pelo encarceramento deles.

Em seguida, Rachel Gouveia Passos e Jessica Taiane da Silva constroem um capítulo nomeado *Maternidade para quem? Mulheres negras, drogas e cuidado colonial*, no qual as autoras analisam criticamente a política de recolhimento compulsório e institucionalização de recém-nascidos em consequência de aparente/potencial uso de álcool ou de outras drogas por suas mães. Tal prática impede a entrega do recém-nascido à sua genitora após a suspeita ou a constatação do uso de substâncias psicoativas, independentemente do tipo de relação estabelecida, bem como a temporalidade do ato, seja ele pretérito ou atual. Nesse caminho, sinalizam que esse movimento atualiza práticas higienistas e eugênicas, tendo, como base de sustentação, a reprodução do racismo estrutural por meio de instituições de saúde.

Para finalizar a parte dois, Fernanda de Oliveira Monteiro e Wanessa Gonzaga de Oliveira analisam *O exercício profissional do/a assistente social em Caps: SUStentar um trabalho antimanicomial e emancipador*, discutindo como se estrutura a intervenção do Serviço Social no Centro de Atenção Psicossocial. Para tanto, a proposta consiste em, além de apontar e refletir a respeito das competências e atribuições de assistentes sociais nesses dispositivos, contribuir para pensar os desafios postos, na atualidade, a essas profissionais, na direção de um trabalho que articule os princípios da reforma psiquiátrica com os valores do projeto ético e profissional visando à emancipação dos sujeitos em sofrimento mental.

A terceira parte da coletânea, nomeada *Sujeitos sociais e novos desafios ao trabalho de assistentes sociais na saúde*, é formada por dois capítulos. O primeiro, de autoria de Adriana de Andrade Mesquita e Rita de Cássia Santos Freitas discute o *Envelhecimento populacional, feminização da velhice e saúde: algumas dimensões de análise*. Segundo as autoras, os dados que apontam para os processos dessa feminização permitem perguntar até que ponto nossa sociedade está preparada para essa mudança do perfil populacional. A velhice chega trazendo demandas específicas e novos desafios para a política – e práticas – de e em saúde. Assim, o objetivo principal do capítulo é trazer algumas problematizações acerca desse fenômeno, buscando articulá-lo ao trabalho de assistentes sociais envolvidas nesse espaço. Para tanto, recorrem ao debate teórico do processo de envelhecimento e a dados referentes ao processo de feminização do envelhecimento e de seus efeitos na Saúde.

Posteriormente, Marco José Duarte aborda *A política de saúde LGBT no SUS: contribuições para o Serviço Social*. Neste, é tratada a saúde de pessoas LGBTs como política nacional de saúde integral e uma das ações equitativas do SUS, mas, em particular, do processo transsexualizador, o uso do nome social e a questão do acesso aos serviços, a partir das necessidades e das vulnerabilidades em saúde dessa população. Pensa-se que essa produção contribuirá para refletir criticamente sobre alguns desafios que se colocam para o trabalho de assistentes sociais na Saúde.

A parte quatro da coletânea, cujo título é *Processo de adoecimento, acesso e direito à saúde em Campos dos Goytacazes: atenção básica, demandas de estudantes e práticas de trabalhadores/as rurais em assentamento*, é composta por três capítulos. O primeiro, de autoria de Ana Paula Pessanha, Eliana Monteiro Feres e Valentina Sofía Suárez Baldo, intitula-se *Direito à saúde e atenção básica em Campos dos Goytacazes, RJ, no contexto da pandemia da Covid-19*. Sua proposta consiste em avaliar a atenção básica em Campos dos Goytacazes (RJ), a partir da análise do *Plano Municipal de Saúde 2018-2021*, tomando, como parâmetro, as diretrizes, os objetivos e as metas fixadas por ele, organizadas nos eixos: (a) direito à saúde, garantia de acesso e atenção de qualidade; participação social; e (b) valorização do trabalho e da educação em Saúde, financiamento do SUS e relação público-

privado. Para tanto, o capítulo considera o contexto econômico, político e social do município nos últimos anos, o marco mais amplo da política de saúde dos níveis estadual e federal e as medidas tomadas para impedir a disseminação do novo coronavírus na cidade. Os resultados mostram uma defasagem entre as diretrizes, os objetivos e as metas do Plano, corroborando a existência de um projeto de desmonte do SUS no município, situação que acompanha uma tendência de retrocesso da política de saúde mais geral do estado e do país. Os resultados também evidenciam a necessidade de ações em defesa do sistema de saúde pública em questão, mais urgentes do que nunca em tempos de pandemia.

Posteriormente, Thayanara Moreira Botelho constrói o capítulo *difusão de saberes dos trabalhadores rurais: práticas de valorização da saúde coletiva* e analisa os “traços em comum” das experiências populares de saúde alternativa em um assentamento de Reforma Agrária com as práticas campestres do século XVIII e XIX na Europa. Para tanto, recorre a abordagem qualitativa pautada no marxismo articulando-o à pesquisa bibliográfica. Os desdobramentos deste estudo foram estruturados a partir das análises de experiências comunitárias que valorizam os saberes populares. Estas experiências se aproximam das realizadas pela plebe inglesa, descritas nos ensaios de Ernest Palmer Thompson. Diante das necessidades de trabalhadores encontrarem formas de sobrevivência, alternativas de lutas e resistências estão sendo formadas e, resgatadas. Este é o caso de assentadas da Reforma Agrária que valorizam os conhecimentos fitoterápicos e produzem medicamentos naturais. As experiências firmadas no Coletivo de Mulheres do assentamento Zumbi dos Palmares, situado em Campos dos Goytacazes, no estado do Rio de Janeiro, atestam que as formas de lutas de trabalhadoras rurais reafirmam práticas de camponeses de séculos pretéritos. A tentativa de não dissociação entre trabalho e vida, descritas pelo historiador Ernest Palmer Thompson, ainda se fazem presentes cotidianamente nos afazeres comunitários deste grupo.

O último capítulo dessa parte é de autoria de Josemara Henrique da Silva Pessanha, Amanda Bersacula de Azevedo e Lenon Araújo de Matos. Com o título *Assistência estudantil e demandas de atendimento em saúde: construções do serviço social no IFFLUMINENSE*, o texto em questão se trata de uma sistematização do trabalho do/a Assistente Social do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Fluminense (IFFluminense), no que se refere às demandas de atendimento em saúde apresentadas pelos estudantes e a elaboração de reflexões sobre os limites e as possibilidades de trabalho a partir da manifestação dessas demandas na política de educação. O estudo foi realizado a partir de pesquisas bibliográficas, consulta documental e levantamento de dados com assistentes sociais da instituição por meio de um questionário estruturado e aplicado pela plataforma *Google Forms*. O questionário contemplou quatro dimensões do trabalho profissional, sendo: os aspectos estruturais e organização do trabalho institucional; processuais das demandas; os procedimentos e instrumentos utilizados e; os aspectos de trabalho e educação em saúde. Concluiu-se que as demandas em saúde são frequentes e requerem atendimentos sistematizados dos/as assistentes sociais aos estudantes. Adquirem dimensões de atuação dentro da política de Educação como promotora de saúde por meio de ações de prevenção e educação em saúde.

Por fim, a quinta parte da coletânea, intitulada *Perspectivas e estratégias de fortalecimento da pesquisa e da extensão universitárias no âmbito do Gripe: cooperação internacional, iniciação científica, articulação com órgãos da categoria e com campos/supervisores de estágio*, está dividida em dois capítulos e descreve algumas estratégias de fortalecimento da pesquisa e da extensão construídas pelo Gripe nos últimos anos.



No primeiro capítulo dessa parte, cujo título é *Os atuais desafios da pesquisa e da extensão universitária e a construção de estratégias coletivas de trabalho: experiências na área da saúde*, de autoria de Carlos Antonio de Souza Moraes, Eliana Monteiro Feres e Maria da Penha Lyrio Barreto Moura, abordam-se os atuais desafios da pesquisa e da extensão universitária, considerando a conjuntura nacional marcada por radicalismo neoliberal, o fenômeno da pós-verdade e os ataques à ciência, especialmente às Ciências Humanas e Sociais. Posteriormente, apresentam-se dados e análises referentes à experiência construída entre o Gripes, o Conselho Regional de Serviço Social/7.<sup>a</sup> Região, Seccional Norte Fluminense, e a coordenação de Serviço Social de um hospital de referência nessa mesma região, no período de 2016 a 2019, por meio do desenvolvimento de um projeto de pesquisa e extensão direcionado às assistentes sociais da área da saúde de Campos dos Goytacazes (RJ) e região.

O último capítulo da coletânea é de autoria de Carlos Antonio de Souza Moraes, Douglas Martins Amaral, Laísá Cunha da Silva e Luam França de Azevedo e intitula-se *A construção metodológica de um projeto de pesquisa de cooperação internacional e o lugar da iniciação científica*. No capítulo, os autores abordam a construção metodológica do projeto de pesquisa de cooperação internacional desenvolvido entre o Gripes e o *Grupo de Investigación Fundamentos, Formación y Trabajo da Universidad Nacional de Mar del Plata/ Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social*. Trata-se de um projeto que objetiva mapear, analisar e comparar as produções acadêmico-científicas brasileiras e argentinas a respeito do mercado de trabalho de assistentes sociais. Para o alcance do objetivo do capítulo, são abordados elementos vinculados ao materialismo histórico-dialético, à metodologia de análise de conteúdo temática ou categorial, ao trabalho com o *software* de pesquisa Iramuteq, às contribuições da iniciação científica para o desenvolvimento da pesquisa, bem como, as implicações da experiência de pesquisa para a formação discente.

Por fim, Carlos Antonio de Souza Moraes e Verônica Gonçalves Azeredo, ambos da UFF, escrevem uma homenagem a idealizadora do Gripes, prof.<sup>a</sup> Denise Juncá.

Que o encontro com as análises promovidas ao longo dos capítulos oportunize ao leitor possibilidades de refletir e de problematizar a realidade, além de contribuir para o encaminhamento do trabalho profissional, valorando os nossos plurais e redescobrendo novos rumos coletivos em tempos de obscurantismo.

Campos dos Goytacazes, inverno de 2021.

## Referências

ABREU, M. M. **Serviço Social e a organização da cultura**: perfis pedagógicos da prática profissional. São Paulo: Cortez, 2002.

BULCÃO, R. Os 10 melhores poemas de Thiago de Mello. **Notaterapia**, [s. l.], 26 fev. 2018. Disponível em: <https://notaterapia.com.br/2018/02/26/os-10-melhores-poemas-de-thiago-de-mello/>. Acesso em: 14 jun. 2021.

LEFEBVRE, H. **A vida cotidiana no mundo moderno**. São Paulo: Ática, 1991.

LUCINDA, E. Elisa Lucinda - Poema dos coletivos. **Tudo poema**, [s. l.], 30 ago. 2018. Disponível em: <https://www.tudoepoema.com.br/elisa-lucinda-poema-dos-coletivos>. Acesso em: 30 mai. 2021.

MATOS, M. C. de. A pandemia do coronavírus (COVID 19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde. **Conselho Regional de Serviço Social**, Rio de Janeiro, p. 1-9, 2020. Disponível em: <http://www.cress-es.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Artigo-A-pandemia-do-coronav%C3%ADrus-COVID-19-e-o-trabalho-de-assistentes-sociais-na-sa%C3%BAde-2.pdf>. Acesso em: 19 maio 2021.

**PARTE 1:**  
**POLÍTICA DE SAÚDE E FORMAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE: DESAFIOS**  
**AO SERVIÇO SOCIAL**

# NOTAS SOBRE CAPITALISMO DEPENDENTE BRASILEIRO E POLÍTICA DE SAÚDE (1988-2020)\*

*Valentina Sofía Suárez Baldo*  
*Arthur Lobo Costa Mattos*

## 1. Introdução

O presente capítulo é uma primeira tentativa de organização das ideias para contar a história do SUS, utilizando o marco teórico-metodológico da Teoria Marxista da Dependência (TMD). Faz parte de um esforço coletivo, organizado em torno do Grupo de Pesquisa Saúde, Sociedade, Mercado e Estado (SEM), vinculado ao Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)<sup>1</sup>.

A história do SUS, estabelecido pela Constituição Federal de 1988, é articulada à trajetória da seguridade social, das políticas sociais, das lutas de classes, do desenvolvimento capitalista brasileiro e de seu caráter dependente. Metodologicamente, combinam-se análises quantitativas e qualitativas, baseadas em levantamento bibliográfico da literatura acadêmica sobre os assuntos e séries históricas de longa duração. Para a análise, se utilizam referenciais teóricos da TMD, sobretudo a produção recente, de autores como Jaime Osorio, Carla Ferreira e Mathias Luce. Informações de caráter estatístico são recolhidas de múltiplas fontes, usando tanto organismos nacionais e internacionais quanto literatura acadêmica de diferentes abordagens.

Evitando excessiva simplificação, busca-se oferecer uma visão sinóptica, sintética e sistemática de elementos que se consideram indispensáveis para uma *análise das políticas de saúde*. Os elementos inter-relacionados a serem considerados são: “[a.] a natureza de nossa *formação social* diante da forma atual da *sociedade capitalista mundial*, [b.] sobre o que isto implica para a dinâmica da *luta de classes* e por último, [c.] para o caráter de classe do *Estado e a forma política* do Estado no Brasil” (IASI, 2019, p. 433; sem grifo e sem ordenação no original). Nesta apresentação, a formação social brasileira será entendida como um tipo de *capitalismo dependente*; o foco será dado à correlação de forças, ao se abordar a luta de classes; e à intervenção na saúde, ao tematizar o Estado.

Tais elementos envolvem múltiplas instituições e processos sociais seculares, mantendo entre si, como ressaltado acima, influências mútuas. Configuram um sistema complexo, cujos nexos serão investigados aqui, exploratoriamente, a partir de suas simultaneidades e trajetórias histórico-geográficas. Parte-se de conceitos e categorias (abstrações) consagrados na literatura da abordagem escolhida, servindo-se de séries históricas de informações estatísticas para uma aproximação dos temas tratados, por contraste ou ilustração. Trata-se de esboçar um quadro cronológico, com finalidade didática e sugestões bibliográficas para aprofundamento dos assuntos. Espera-se que o modesto panorama apresentado reforce a produção em andamento e facilite a interlocução tanto dentro do campo de pesquisa quanto com teorias rivais.

---

\* DOI- 10.29388/978-65-81417-27-7-0-f.27-46

<sup>1</sup> Os autores agradecem a orientação do professor Paulo Henrique de Almeida Rodrigues. Destacam, no entanto, que o conteúdo do capítulo é de inteira responsabilidade deles.

O capítulo está dividido em duas partes, além desta introdução e das considerações finais. Inicialmente, apresenta-se a proposta teórica marxista sobre a dependência, indicando como ela aborda os elementos em jogo (a formação social, a luta de classes e o Estado no capitalismo dependente brasileiro), oferecendo uma visão geral, indicando como a TMD entende o contexto histórico em questão. Na parte subsequente, mostra-se como a análise da intervenção estatal na saúde se compatibiliza com a leitura histórica proposta, seguindo uma ordem cronológica de exposição, que divide o período tratado na pesquisa (1988-2020) em três momentos (entre 1988 e 1995; 1995 e 2015, e 2015 e 2020), detalhando, para cada momento, características do Estado dependente vigente presentes no SUS.

## 2. Abordagem teórico-metodológica da pesquisa

Como dito, a abordagem adotada neste trabalho seguirá os aportes da Teoria Marxista da Dependência (TMD) e produções relacionadas, no interior da tradição marxista latinoamericana.<sup>23</sup>

O ponto de partida metodológico da TMD são as críticas marxista e leninista das teorias do valor e do imperialismo, em diálogo crítico com elaborações marxistas diversas, como as produções europeias contemporâneas de Althusser e Poulantzas. Sempre tomando por referência o modo de produção capitalista tal qual formulado, em um alto nível de abstração, por Karl Marx, seus teóricos investigam as relações internacionais e a economia política em *níveis de abstração* menores, levando em conta fenômenos mais concretos, ao nível das *formações econômico-sociais* (com suas estruturas política, econômica, social, ideológica) e da *economia mundial* (com suas relações militares-diplomáticas, comerciais e políticas). Além disso, propõem um nível de abstração intermediário para as investigações, o de *padrão de reprodução do capital* (o qual visa apreender, de modo articulado, a produção, circulação, acumulação, distribuição e apropriação, em conjunturas históricas específicas).

Nas investigações da TMD, a *análise de classes* das formações sociais é central, buscando uma visão da totalidade, que não fragmente a vida social em compartimentos (evitando pensar o social separado da história; o político, do econômico; o econômico, do antropológico; a história, da geografia etc.). Ainda que análises parciais possam ser desenvolvidas como momentos da investigação, trata-se de uma análise que leva em conta simultaneamente: a estrutura e o desenvolvimento das forças produtivas e das relações de produção; o movimento da sociedade, suas lutas de classes, os choques entre grupos minimamente conscientes e organizados; as culturas, instituições, ideologias existentes (BAMBIRRA, 2015).

---

<sup>2</sup> Alguns trabalhos de caráter introdutório, são: BAMBIRRA, V. (2015). O capitalismo dependente latino-americano; FERREIRA, C. (2012). Padrão de reprodução do Capital; LUCE, M. S. (2018). Teoria Marxista da Dependência; OSORIO, J. (2019). Estado no centro da mundialização. A narrativa realizada neste capítulo se baseia fortemente nestas referências.

<sup>3</sup> A TMD nasceu como leitura alternativa das relações internacionais e da economia política, realizada por acadêmicos membros da chamada nova esquerda latinoamericana das décadas de 1960-1970, fundamentando uma proposta política revolucionária, anti-imperialista e imediatamente socialista. (LUCE, 2018, p. 208). Colocava-se em contraposição à leitura que a maior parte da esquerda latinoamericana fazia desses temas antes da instauração de ditaduras na região, leitura, *grosso modo*, de base cepalina, de cunho nacional-desenvolvimentista, conciliatório e reformista, da qual Celso Furtado (1920-2004) era o maior expoente. Realizou a princípio o que se pode entender como uma crítica da crítica que a CEPAL fazia da economia política liberal vigente - então keynesiana. Desenvolveu-se inicialmente em Brasília, encabeçada por três brasileiros: Vânia Bambirra (1940-2015), Ruy Mauro Marini (1932-1997) e Theotonio dos Santos (1936-2018), e um estrangeiro, o estadunidense-alemão Andre Gunder Frank (1929-2005). Na década de 1970, em paralelo ou com contatos não-sistemáticos, outros grupos de pesquisa no Rio de Janeiro e São Paulo, igualmente com abordagem marxista, convergiram com os resultados desse impulso inicial, com destaque para a obra do sociólogo paulista Florestan Fernandes (1920-1995), que já havia maturado seu marxismo.

Na análise da estrutura produtiva e relações de produção, a *industrialização* é o principal indicador de mudanças de qualidade. Bambirra (2015), na construção de sua tipologia das formações sociais latino-americanas, justifica a escolha deste critério apontando que desde a primeira Revolução Industrial, o sentido do desenvolvimento de qualquer sociedade passou a ser dado pela indústria manufatureira; em outras palavras, a ideia de desenvolvimento aparece intimamente associada à industrialização. Onde ocorre, o processo de industrialização tende a subordinar os outros setores da economia à indústria e se transforma no elemento central da dinâmica de desenvolvimento econômico, político e social.

## 2.1 O que é a dependência?

Define-se a *dependência* como uma dupla articulação, entre uma *situação de dependência* nas relações internacionais e a *estrutura socioeconômica dependente* de uma formação econômico-social, articulação que se dá seguindo movimentos dialéticos. Por um lado, a situação de dependência externa condiciona a conformação de uma estrutura socioeconômica, tornando-a dependente. Por outro lado, essa estrutura condicionada, para se desenvolver de modo capitalista (ou seja, socializando a produção, privatizando os ganhos e mercantilizando a vida), leva ao limite leis econômicas imanentes ao capitalismo, apresentando *tendências particulares* de desenvolvimento, próprias de um capitalismo dependente. Esta estrutura, com suas leis tendenciais particulares, por sua vez, reage à situação dependente condicionante, reforçando ou afrouxando<sup>4</sup> os laços político-econômicos e a complementaridade assimétrica entre países centrais/imperialistas e periféricos/dependentes.

As leis tendenciais particulares que se desenvolvem nestas formações sociais são expressões das leis do capitalismo<sup>5</sup> levadas ao seu limite, “com toda sua brutalidade” (MARINI, 1991 apud LUCE, 2018). As leis tendenciais específicas no capitalismo dependente, destacadas por Luce (2018), são a *transferência de valor como intercâmbio desigual*, a *superexploração da força de trabalho* e a *cisão do ciclo do capital*. Pelo caráter sintético desta exposição, não entrar-se-á em detalhes sobre elas, serão apenas ressaltados aspectos necessários à argumentação.

A *transferência de valor como intercâmbio desigual* é investigada através de fenômenos como a deterioração dos termos de intercâmbio, remessas de juros, royalties e dividendos ao exterior e apropriação de recursos naturais por monopólios, que expressam traços de dependência comercial, financeira e tecnológica, no âmbito da divisão internacional do trabalho. Estudando esses fenômenos, entendidos como intercâmbio desigual ou de não-equivalentes (não ocorrendo o nivelamento da taxa de lucro), compreende-se como eles resultam em relações desfavoráveis duradouras, de subordinação, nas quais economias imperialistas se apropriam de valor/riqueza, transferidos/perdidos pelas economias dependentes (LUCE, 2018).

Uma das medidas que a burguesia dependente utiliza para compensar essa transferência de valor e perda de riqueza, ocasionada pela tendência anterior, é tornar a *superexploração da força de trabalho*, uma possibilidade conjuntural onde quer que haja capitalismo, numa tendência estrutural e sistemática do capitalismo dependente. A superexploração da força de trabalho,

---

<sup>4</sup> A possibilidade de afrouxamento dos laços de dependência se dá somente em determinadas formações sociais e em conjunturas excepcionais, de crises e guerras mundiais, como no conturbado período de 1914 a 1955.

<sup>5</sup> Começando pela lei geral, segundo a qual quanto maiores forem as riquezas sociais e, conseqüentemente, o proletariado e a força produtiva, tanto maior será o exército industrial de reserva e, conseqüentemente, a superpopulação relativa e a pobreza (“pauperismo”) (MARX, 2013 p. 719).

entendida como pagamento pelo trabalho abaixo do seu valor, como o prolongamento da jornada e o aumento da intensidade do trabalho além de limites normais, provocam o desgaste prematuro dos trabalhadores, a redução de suas vidas, transformando o fundo de consumo do trabalhador em fundo para acumulação.

O desenvolvimento capitalista provoca fissuras no ciclo do capital (produção-distribuição-consumo), entre a estrutura produtiva e a circulação de mercadorias, entre a produção de bens “de luxo” (“suntuários”) e as demandas e necessidades de consumo, gerando desequilíbrios, impasses e contradições. No caso do capitalismo dependente, por suas relações com a circulação de capital dos países centrais, essas fissuras tornam-se *cisões no ciclo do capital*. Constituídas historicamente, essas cisões ocorrem inicialmente entre o mercado interno e externo e, posteriormente, no caso das formações sociais dependentes que se industrializaram, entre as esferas alta e baixa de consumo no mercado interno. Configura-se assim uma repartição *sui generis* do mais-valor entre setores produtores, que se materializa numa industrialização não orgânica a sua própria estrutura econômica e numa integração subordinada ao mercado mundial. Junto à superexploração, essa tendência explica o “divórcio entre a estrutura produtiva e as necessidades das massas”, tão característico da América Latina (LUCÉ, 2018, p. 85).

As leis tendenciais no capitalismo dependente oferecem explicações, considerando longos períodos de tempo, do porquê de a América Latina permanecer “estagnada” economicamente, ser uma das regiões mais desiguais, com parcelas enormes da população vivendo em condições de péssima infraestrutura, sem direitos constituídos e/ou com direitos violados e expropriados, ainda que exista industrialização (com substituição de importações) e urbanização. Ao contrário dos efeitos esperados por teorias desenvolvimentistas e apostas políticas de centro-esquerda e progressistas, para as quais o crescimento econômico capitalista implicaria progressivamente a diminuição da desigualdade e da pobreza, a TMD mostra que quanto *mais desenvolvimento* capitalista nos países dependentes, *mais dependência*, demonstrando que o imperialismo é um fenômeno também interno e um elemento constitutivo do capitalismo latino-americano.

## 2.2. Generalidades, particularidades e centralidade do Estado no capitalismo dependente

A TMD segue a leitura de Marx e Engels acerca do Estado, que

[...] articula, de maneira orgânica e dialética, economia, política e [...] a dimensão social, [...] destacando o caráter de classe do Estado, relacionando poder político e econômico e revelando suas contradições [...] bem como a centralidade do Estado, enquanto principal fator de coesão de uma organização social (BICHER, 2017, p. 43).

Cabe destacar aqui que o Estado não apenas ocupa um lugar central na estrutura jurídico-política e no sistema de poder social (com seus aspectos nacionalistas, classistas, racistas e sexistas), mas também um lugar destacado na estrutura econômica e seus múltiplos sistemas (incluindo o sistema de saúde). Por uma parte, importa sublinhar que o Estado é extremamente importante em seu papel ou função contraditória de oferecer não apenas as contratendências às leis gerais do capitalismo, mas também de sustentar as leis tendenciais específicas do capitalismo dependente, a começar pela superexploração da classe trabalhadora (que envolve, por exemplo,

os altos patamares de desemprego como pressão ao rebaixamento dos salários). Por outra parte, não se pode esquecer que somente através do Estado “se cristaliza a hegemonia política e a definição dos projetos e modelos econômicos e políticos que prevalecem. Somente o Estado tem a capacidade de apresentar interesses sociais limitados como interesses societários de toda a comunidade” (OSORIO, 2019, p. 220).

Como lembra Fontes (2017, p. 16-17), a configuração do Estado é uma das dimensões do capitalismo contemporâneo. Pode ser definido por “uma correlação de forças entre classes”, respondendo “às tensões e às lutas sociais intraclasses dominantes e entre as classes sociais”. A finalidade fundamental do Estado capitalista é “a preservação da forma de ser social predominante, isto é, aquela que reproduz o próprio capital” e “a garantia da permanência da dominação de classes”. Este é o caráter de classe do Estado.

Conforme sugere Osório (2019, p. 205), “o Estado no capitalismo dependente está atravessado pelo menos por dois processos que definem suas particularidades”, redefinindo as características gerais do Estado capitalista. O primeiro deles é o processo de subsoberania, definido pela condição dependente das formações sociais; o outro é a superexploração da força de trabalho, por seu efeito sobre as relações entre classes, frações e setores.

O Estado dependente é caracterizado, externamente, por uma soberania frágil, que tem, como contraparte interna, democracias restringidas (LUCÉ, 2018, p. 231). Merece destaque a subordinação/associação das classes dominantes locais (nacionais) em relação às classes dominantes imperialistas (o que não exclui conflitos), resultando no enfraquecimento e mesmo na ausência de projetos autônomos de desenvolvimento ou nacionais. Os processos de monopolização e integração, mais recentes, provocaram uma reduzida expansão das classes dominantes, compensada pelo autoritarismo e internalização das relações de poder de Estados centrais e imperialistas.

Nos capitalismos dependentes, as relações de classe estão baseadas na superexploração do trabalho, com tendência ao aumento da população trabalhadora pobre e miserável, esgotada física e mentalmente, subempregada ou desempregada, o que, por si só, já torna as contradições entre classes mais agudas. A cisão do ciclo do capital, por meio da qual geram-se processos produtivos voltados ao exterior ou a um mercado interno restrito, ignorando as necessidades da maioria da população, acentua ainda mais estas contradições (MARINI, 1991 apud LUCÉ, 2018). Mesmo que latente, há alto nível de conflito social, com fraturas sociais e, conseqüentemente, “exercício férreo do poder político”, em que “mecanismos coercitivos operam de forma recorrente” (OSORIO, 2019, p. 208-209).

Por tudo isso, o Estado no capitalismo dependente ganha relevância, ocupa um lugar central. Diante da barbárie predominante e da fragilidade social, se por um lado o Estado não produz sentido de comunidade (relegado, em grande parte, à religião), por outro, é idealizado como refúgio ou autoridade protetora, concomitantemente a uma tendência à despolitização. A debilidade produtiva, a restrição de opções dada a condição dependente, coloca a importância do intervencionismo, negado sistematicamente pela submissão política ao mercado, regido pelos grandes monopólios, entendido como agente neutro.



### 2.3 Síntese da evolução histórica do Estado dependente

Apresentar-se-á agora o quadro sintético da leitura histórica da TMD sobre o Estado, a partir do qual se buscará compreender a história do SUS, ou seja, da reorganização do subsistema estatal da saúde, após 1988.

Conforme sugere Osorio (2019), é possível periodizar os processos políticos (incluindo o Estado) a partir das correlações de forças (relações entre agrupamentos de dominantes e agrupamentos de dominados, com uma diversidade de forças no interior de cada um deles). Essa periodização tem a vantagem de que esta variável integra outras, como o bloco no poder e a hegemonia (quem detém o poder e qual é seu projeto social hegemônico ou padrão de reprodução proposto) e as formas de governo (como se exerce o poder).

A formação econômica brasileira tem, entre seus traços distintivos, a industrialização, um processo alongado, que dura pouco mais de um século, entre o terço final do século XIX e o final do século XX, quando advém um período de desindustrialização (relativa). Nos termos de Bambirra (2015), o Brasil passou de uma formação capitalista-exportadora dependente, no final do século XIX, para uma capitalista-industrial dependente, no primeiro terço do século XX. Atualmente há a recondução a um padrão exportador, porém com especialização produtiva, sem eliminar completamente o setor industrial, readequando-o.

A importância do Estado no capitalismo dependente se demonstra pela relevância que teve na modificação de padrões de reprodução do capital. Do final do século XX até o presente, numa situação internacional de crises e hegemonia estadunidense, aberta com os “choques do petróleo” (1973-79), em uma correlação de forças na qual a grande burguesia, associada ao capital monopolista estrangeiro, se impôs, ocorreu a transformação do *Estado de contrainsurgência* (a ditadura militar-empresarial-eclesiástica) *para um Estado neoliberal* (uma democracia liberal, ao menos formalmente). O Estado de contrainsurgência, que viabilizou um padrão de reprodução industrial restrito com integração monopólica ao capital estrangeiro, foi substituído por um Estado neoliberal, que fundamenta um padrão exportador com especialização produtiva (OSORIO, 2019; LUCE, 2018). Este Estado neoliberal está orientado pela austeridade nas políticas sociais, processos de privatização variados e militarização das forças de segurança. Os efeitos sociais dessa transformação são bem representados pelo novo patamar que o desemprego alcançou: ainda que os dados possam ser criticados e mais bem colocados, é ilustrativo o crescimento da taxa de desemprego, que, entre 1972 e 1990, teve seu ponto mais alto em 4,83% (1982) e o mais baixo em 1,92% (1976), saltando para uma variação entre 10,21% (1999) e 6,03% (1993) de 1992 a 2014 (WORLD BANK, 2021).

A passagem a essa nova experiência de democracia restringida se deu a partir de uma mudança da correlação de forças, com uma recomposição organizativa das classes trabalhadoras, numa Estratégia Democrático-Popular (EDP) (que combinaria ocupação do Estado com mobilização popular, acumulando forças para, em outro momento, realizar uma ruptura societária, a princípio socialista e democrática) (IASI et al., 2019). À medida que os operadores políticos da EDP ampliaram a representação no Estado (com destaque para a sequência de eleições presidenciais do PT), alargou-se progressivamente seu leque de alianças até incluir a grande burguesia (IASI, 2006). Sem perder uma gama de operadores políticos possíveis (com importante lugar do PSDB), o grande empresariado e o setor financeiro, por sua vez, apostaram num “ativismo empresarial-político burguês” (FONTES, 2017a, p. 207), através de uma “malha de entidades sem fins lucrativos” (FONTES, 2017b, p. 16). Enquanto isso, aumentava a

violência do Estado, o “genocídio do negro brasileiro” (FERNANDES, 1976; 2016), expresso pelo aumento da população vivendo em áreas com pouca ou nenhuma infraestrutura urbana e do encarceramento em massa. A trajetória parece confirmar a permanência da autocracia, reunindo a democracia de cooptação (impulsionada por uma burguesia corruptora) com recrudescimento do despotismo burguês (FERNANDES, 1976; IASI, 2014).

O entrelaçamento das estratégias das classes em conflito, além de uma descrença na política (FONTES, 2017a), resulta no enfraquecimento organizativo da classe trabalhadora, mesmo com ocorrência recente das maiores manifestações de massa da história e um movimento grevista só comparável com os anos finais da redemocratização (DIEESE, 2021). A partir de 2014, a grande burguesia (expressa nas milhares de organizações setoriais), pressiona por mudanças macroeconômicas, que resultam numa elevação do patamar de desemprego, indo para os altos níveis de 11,6% em 2016 e 13,69% em 2020 (WORLD BANK, 2021). Aproveitando-se do contexto de corrupção (e de combate à corrupção, em escala mundial), numa manobra envolvendo o judiciário, a grande mídia e as forças armadas, com vínculos e apoios estrangeiros, principalmente estadunidenses, o grande empresariado brasileiro desencadeia uma crise no interior do agrupamento dominante, reorganiza o sistema político, instaurando um *Estado de Segurança com verniz eleitoral* (OSORIO, 2019). A manobra e a nova forma estatal, que tem semelhanças com o ocorrido em Honduras e Paraguai, realiza nova sequência de contrarreformas (trabalhistas e sindicais, nas políticas sociais, como previdência, saúde e educação) e privatizações, indicando uma radicalização do modelo neoliberal, com a participação explícita e crescente das forças armadas nos poderes da República e um processo de autonomização/insubordinação das forças policiais.

Com essa breve síntese, compreende-se que o SUS emerge no fim do Estado de contrainsurgência e no advento do Estado neoliberal e acompanha, atualmente, a mudança para um Estado de segurança com verniz eleitoral. Nunca é demais lembrar a histórica conquista do direito à saúde pelas classes trabalhadoras brasileiras, uma vitória gigantesca, seja no cenário latino-americano ou mundial, sendo o Brasil um dos poucos países com mais de 100 milhões de habitantes a ter um sistema estatal dessa monta. De qualquer forma, seu desenvolvimento, sua expansão e consolidação não foi uma exceção nem rompeu os limites do neoliberalismo do Estado dependente, como, tampouco, parece impedir a constituição de um Estado de Segurança (como demonstra a recente militarização do Ministério da Saúde).

Isso significa dizer que, sem negar a expansão do SUS durante o período democrático, algumas das principais características do Estado neoliberal (sua austeridade e privatização) se fizeram presentes. O Estado de segurança que se instaura, entre outros aspectos, parece incluir uma radicalização dessas características. Assim, a interpretação dessa mudança de forma do Estado dependente pode ser ilustrada com séries históricas de dados que permitam uma visualização da expansão do subsistema público, do seu financiamento e dos processos de privatização e relação com o setor privado. Dar-se-á preferência a informações que possam ressaltar a dimensão geográfica dessas dinâmicas.

### **3. O Estado dependente na Saúde (1988-2020)**

Nesta seção, explora-se a dinâmica da intervenção estatal na saúde, dentro dos marcos do capitalismo industrial-dependente em padrão de reprodução do capital exportador com

especialização produtiva, tomando, como referências, características do Estado neoliberal e de Segurança com verniz eleitoral: sua austeridade e privatização. No que se refere à austeridade, presume-se que, mesmo ocorrendo uma reorganização e expansão do subsistema público, este encontra-se cronicamente subfinanciado. Acerca da privatização, considera-se que há um setor privado consolidado e processos de privatização do público, assim como inserção de mecanismos de mercado, em andamento.

A investigação preliminar aqui realizada aproxima-se do movimento de *expansão do SUS*, a partir da composição de gastos e do seu arcabouço institucional; do seu *subfinanciamento crônico*, por meio da análise das fontes de financiamento e seus arranjos institucionais, enfatizando aqueles que implicaram perda de recursos, esboçando algumas comparações com outros países; e dos processos de *privatização* e da *relação com o setor privado*, pela análise dos setores de planos e seguros privados e da gestão de serviços públicos de saúde.<sup>6</sup>

### 3.1 Transição política-econômica e emergência do Estado neoliberal (1988 - 1995)

Até a criação do SUS, incluído na Constituição Federal de 1988 (CF88) junto a outros direitos sociais, o serviço público de saúde no Brasil era precário e insuficiente para a grande maioria, enquanto um setor minoritário da sociedade tinha acesso à assistência médica previdenciária (por estar vinculado ao mercado formal de trabalho) ou podia comprar planos e seguros de saúde privados. Os recursos públicos para a saúde eram executados pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), principal instituição da assistência médica previdenciária à época. Até 1988, o modelo assistencial dominante era o da medicina hospitalar e da medicina ambulatorial de especialidades, centrada em grandes hospitais nas capitais e cidades de médio porte. A Atenção Primária à Saúde pública era modesta, “basicamente restrita aos Postos de Saúde que, em sua grande maioria, prestavam serviços relacionados a pacotes assistenciais e voltados para uma seleção de problemas de saúde; além disso, assistência à gestante, puericultura básica e vacinação.” (ANDERSON, 2019, p. 2). O Estado de contrainsurgência, com uma série de medidas, havia modificado o sistema de saúde brasileiro, numa direção que favoreceu o crescimento do setor privado dentro da saúde, distanciando-o de sua matriz corporativista, que perdurava e se complexificava desde a década de 1930.

O período 1988 a 1995 correspondeu ao momento da definição legal, da regulamentação dos direitos que haviam sido estabelecidos na CF88. Em relação ao SUS, uma das primeiras medidas foi a transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde, iniciada em 1989 (BUSS, 1995; GERSCHMAN, 1995) e encerrada em 1993, quando o instituto foi legalmente extinguido (CARVALHO, 1995; GUGLIELMI, 2006). Em 1990, foram aprovadas as duas primeiras leis de regulamentação do SUS: a Lei nº 8.080, Lei Orgânica da Saúde, e a Lei nº 8.142, que dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e transferências de recursos. No entanto, apenas aprovadas, sofreram múltiplos vetos do governo neoliberal do presidente Fernando Collor (RODRIGUES; SANTOS, 2011; VIANA, 1995). Mais tarde, as Normas Operacionais Básicas (NOB), de 1991, 1992 e 1993, operacionalizaram os princípios constitucionais do SUS: respectivamente, dispuseram sobre Conselhos de Saúde (VIANA, 1995; CARVALHO, 1995),

---

<sup>6</sup> Nesta oportunidade não se aborda a expansão da exploração capitalista nos setores de prestação de serviços e de produção e circulação de bens de saúde.

sobre critérios para o repasse de recursos para os municípios (GERSCHMAN, 1995) e sobre normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde (BRASIL, 1993). A operacionalização do sistema se encerrou somente em 1998, quando a NOB 1996 – cuja execução havia sido protelada por dois anos – efetivou o SUS, ao regulamentar as transferências fundo a fundo entre o governo federal, estados e municípios, pondo em prática o princípio de descentralização administrativa.

Apesar dos avanços na regulamentação, o SUS enfrentou instabilidade nas fontes de financiamento e insuficiência de recursos desde sua criação. A implementação dos preceitos constitucionais implicava gastos crescentes; no entanto, a opção do governo Collor foi a retração de gastos e a tentativa de desconstitucionalizar direitos: entre 1991 e 1992, o ajuste fiscal conduziu à contração do gasto social (KERSTENETZKY, 2012). Em relação aos gastos com saúde, a participação do setor no total das receitas próprias federais caiu de 18,9%, em 1989, para 9,15%, em 1993 (LEVCOVITZ, 1997). O cálculo dos recursos destinados ao setor saúde, que estava previsto no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, não foi cumprido pela equipe econômica do governo federal e não se manteve na Lei de Diretrizes Orçamentárias, depois de 1993 (SOARES; SANTOS, 2014). Nesse mesmo ano, o ministro da Previdência Social cancelou a transferência de recursos da Previdência para o SUS, no contexto de uma crise previdenciária, trilhando o caminho da instabilidade e incerteza das fontes de financiamento do sistema (GOULART, 2001).

A criação do SUS significou o estabelecimento de um subsistema público integrado, capilarizado e com fontes de financiamento definidas, que iria beneficiar, principalmente, aqueles sem cobertura previdenciária ou privada, a maior parte da classe trabalhadora. No entanto, os seguros e as prestações privadas de serviços seguiram sendo importantes. A taxa de cobertura de planos de saúde já era alta quando da criação do SUS: em 1987, era de 20% da população, chegando ao patamar de 25% em 1994 (ALMEIDA, 1998). No momento da formulação do sistema, “a força do setor privado levou a uma negociação legislativa que estabeleceu o setor como complementar ao público” (COHN, 2008 apud LAURELL, 2016. p. 304). Assim, os seguros de saúde passaram a compor o que se denominou como *saúde suplementar*. Apesar da intenção de ser único, o sistema de saúde permaneceu segmentado após a reforma, coexistindo nele dois subsistemas: o SUS e a saúde suplementar – ou três, considerando a estrutura de assistência médica dos integrantes das Forças Armadas e outros servidores públicos, que permaneceu corporativista –, com distintas modalidades de financiamento, afiliação e provisão de serviços de saúde, cada um destinado a diferentes estratos sociais da população, de acordo com a sua inserção laboral, nível de renda e capacidade de pagamento.

### **3.2 O Estado dependente neoliberal (1995-2015)**

As duas décadas compreendidas entre 1995 e 2015 correspondem à progressiva implementação e expansão da Seguridade Social criada na CF88. Posterior à Reforma do Estado, de 1995, o gasto social, embora crescente, esteve marcado por reformas retracionistas na previdência e influenciado pelas recomendações sociais do FMI, que enfatizavam o combate à pobreza e a implantação de programas básicos dentro de políticas universais (KERSTENETZKY, 2012). A expansão constante da cobertura de seguros (em um alto patamar), o avanço da gestão privada do público, via organizações sociais sem fins lucrativos, e a

difusão geográfica da estrutura administrativa do SUS caracterizam este período, corroborando a leitura de um entrelaçamento entre estratégias de classes antagônicas.

O gasto social público total teve uma tendência de crescimento quase uniforme no período, passando de 11,5% do PIB, em 1995, a 17,7%, em 2018 (CEPALSTAT, 2019). No setor de saúde, dados do período de 2000 a 2017 mostram que o gasto público geral em saúde, como porcentagem do PIB, acompanhou essa tendência de crescimento, passando de 3,8% em 2000 a 5,2% em 2017, o que representa um aumento de 36,8% (CEPALSTAT, 2019). Se medido em relação ao gasto total em saúde, o gasto público geral em saúde também cresceu, embora de forma muito mais modesta: passou de 41,63% em 2000 a 42,91% em 2015" (WORLD BANK, 2021a). A execução orçamentária do Ministério da Saúde com ações e serviços de saúde também apresentou uma evolução crescente entre 1995 e 2009, praticamente dobrando o valor total do gasto entre esses anos (MACHADO, 2012).

A extensão territorial do sistema atesta a expansão ocorrida. A NOB/96, implementada somente em 1998, deu início ao efetivo funcionamento do SUS. A norma regulamentou as transferências fundo a fundo entre governo federal, estados e municípios, efetivando a descentralização administrativa. Indicadores da evolução da descentralização, a partir da NOB/93 e da NOB/96, mostram que o número de municípios habilitados a receber recursos fundo a fundo multiplicou mais de 700 vezes entre 1997 e 1998, passando de 144 a 5.049. No mesmo período, a porcentagem da população residente em municípios habilitados aumentou de 17,3% para 89,9% (SILVA; LIMA, 2005). O Programa Saúde da Família (PSF), que desde sua criação, em 1994, elevou a atenção básica ao patamar de política de Estado, capilarizou o SUS no território brasileiro no período, passando de atuar em 55 municípios, em 1994, a estar presente em 4.494, em 2004, multiplicando sua presença territorial mais de 80 vezes em 10 anos (SILVA; LIMA, 2005). Em 2006 ocorreu a publicação do Pacto pela Saúde, cujas diretrizes respondiam à necessidade de realizar mudanças nas formas de relacionamento estabelecidas entre as esferas de governo (LIMA; QUEIROZ, 2005). O Pacto sistematizou os repasses, orientando-os para a consolidação da atenção primária como eixo estratégico e organizativo do SUS. O PSF, que evoluiu para Estratégia de Saúde da Família (ESF), aumentou expressivamente a cobertura populacional da política de atenção primária, passando de cerca de 10%, em 1998, para 74% da população brasileira, em 2019 (ANDERSON, 2019). Outra importante expansão do período foi a do Programa Farmácia Popular do Brasil, criado em 2004 (PAULA et. al., 2009; SILVA, 2014). O número de farmácias “próprias” do programa cresceu de 27 em 2004 para 543 em 2010, enquanto o número de farmácias privadas conveniadas, cuja incorporação foi permitida em 2006, cresceu de 2.955, no primeiro ano, para 14.003 em 2010, registrando um impressionante aumento de 373,8% (MACHADO; BAPTISTA, 2012). Por fim, um outro marco histórico da expansão territorial e populacional do SUS, nos seus primeiros 30 anos, foi o Programa Mais Médicos (PMM). Criado em 2013, visava resolver um problema crônico da saúde no Brasil: a alocação de profissionais para a prática da APS em regiões remotas e nas periferias dos grandes centros urbanos, territórios vulneráveis do ponto de vista socioeconômico. Em 2015, mais de 18 mil profissionais do PMM estavam presentes em 81% dos municípios brasileiros, em todas as capitais de estados, em todos os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), cobrindo 63 milhões de brasileiros em condições de elevada vulnerabilidade (ANDERSON, 2019).

Neste período, simultâneo à expansão do SUS, no contexto de um Estado *contrarreformado* (BEHRING, 2003), foram desviadas e extintas fontes de recursos do sistema, criados e retirados mecanismos de contribuição e introduzidas mudanças nas regras de financiamento, fatores estes

que colaboraram para o subfinanciamento crônico do SUS e sua instabilidade financeira, pelo menos até a regulamentação da Emenda Constitucional 29/00, em 2012. Em 1996, foi criada a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) para o financiamento do SUS (DRAIBE, 2003; DAIN, 2007). No entanto, essa mesma fonte de recursos passou a ser compartilhada com a Previdência, em 1999, e com o Fundo de Combate à Pobreza, em 2001 (DAIN, 2007). Finalmente, em 2007, a CPMF foi extinta, secando essa fonte de financiamento do SUS (PRATES; FARHI, 2009). Além disso, foram criados dispositivos para a retirada dos recursos destinados à saúde, como a Desvinculação de Receitas da União (DRU), em 2000, a qual, na prática, permite que o governo aplique os recursos destinados a áreas como educação, saúde e previdência social em qualquer despesa considerada prioritária (como na formação de superávit primário ou no pagamento de juros da dívida pública). A DRU foi prorrogada diversas vezes e tem vigência prevista até 2023, podendo desvincular do destino constitucional, atualmente, 30% da arrecadação (AGÊNCIA SENADO, 2021). Em 2000, foi aprovado um marco na história do SUS, a Emenda Constitucional nº 29, que alterou a definição das fontes de financiamento originais do sistema, estabelecidas na CF1988, determinando mínimos a serem gastos pela União, estados e municípios na área da saúde (RODRIGUES; SANTOS, 2009; DRAIBE, 2003; DAIN, 2007). A EC 29/00 foi regulamentada somente em 2012, outorgando alguma estabilidade ao financiamento do sistema (GOMES, 2014), mais de 20 anos depois da criação do SUS. Em contrapartida, a lei da regulamentação não fixou percentual a ser aplicado pela União em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), reforçando o subfinanciamento do SUS (SOARES; SANTOS, 2014).

Considerando o período em questão (1995-2015), Soares e Santos (2014) mostram que, do ponto de vista do comportamento dos gastos com saúde, no âmbito federal, os governos do PT não diferiram dos governos do PSDB. Para Marques et al. (2018), nos anos de Lula da Silva e Dilma Rousseff, “apesar do gasto público ter melhorado [...] o nível do gasto público com saúde continuou insuficiente, bem abaixo da média praticada nos países com sistemas públicos similares (8%), o que resulta num gasto per capita bastante baixo” (MARQUES et al., 2018). À guisa de exemplo, os gastos públicos em saúde, como porcentagem do gasto total do governo no período de 2000 a 2008, oscilaram entre 4,1% (2000) e 6% (2008), sendo que nos países da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), esses mesmos gastos aumentaram ano a ano, crescendo de 13,8% (2000) para 15,7 (2008) (WHO, 2010 apud GADELHA; COSTA, 2012).

No âmbito do setor privado, sua robustez e fortalecimento durante este período são patentes. A taxa de cobertura de planos de saúde (assistência médica) parece ter mantido uma certa estabilidade em todo o período, se consideradas séries históricas que podem não ser equivalentes. Kilsztajn et al. (2001), utilizando dados do IBGE, aponta que, passados os primeiros 10 anos de SUS, os seguros privados já alcançaram uma cobertura de 24,4% da população (em 1998). Por outra parte, dados da ANS (2021) mostram que, em dezembro de 2000, a taxa de utilização de seguros era de 18,1%, com um crescimento ininterrupto entre 2003 e 2015, quando chegaria ao patamar de 25,8% (ANS, 2021). Destaca-se entre os determinantes do desenvolvimento do setor privado a renúncia fiscal decorrente da dedução dos gastos com planos de saúde no Imposto de Renda, criada no período da ditadura e ampliada no governo de Fernando Henrique Cardoso, que na prática funciona como um incentivo do governo federal à saúde privada, na forma de redução de Imposto de Renda a pagar, por parte de pessoa física

ou jurídica, aplicada sobre despesas com plano de saúde e/ou médicas e similares (MENDES; WEILLER, 2015). Para Marques et. al. (2018), nos governos do PT esses determinantes foram mantidos e mesmo aprofundados.

Uma das consequências da (contra)Reforma do Estado no setor de saúde, que expressa a estratégia das classes dominantes de atuação via “terceiro setor”, foi a privatização da gestão pública dos serviços, que teve expressiva expansão, através da criação de organizações sociais sem fins lucrativos (OSs) e outros tipos de pessoas jurídicas de direito privado responsáveis pela administração de hospitais e unidades de saúde, mecanismo que foi ironicamente incluído no chamado Programa Nacional de Publicização, implementado em 1998. Em 1999, outra lei qualificou pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos como organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIP). Essas modalidades de privatização inserem no setor público modelos de desempenho e custos próprios da iniciativa privada (MONTEIRO, 2020), modificando o processo de trabalho na saúde. Segundo dados do IPEA (2018 apud MONTEIRO, 2020), entre 1981 e 1990 o Brasil registrava 88.147 organizações sociais sem fins lucrativos; depois do Programa Nacional de Publicização e da lei das OSCIPs, foram criadas mais 478.841 organizações dessa natureza.

Atualmente são 820.186 organizações da sociedade civil, e dentre essas, 6.841 administram hospitais e unidades de saúde pelo Brasil. Embora seja um quantitativo pequeno em relação ao universo total, é no campo da saúde que está o maior volume financeiro e também a maior quantidade de empregos formais, totalizando 112.048 postos de trabalho (MONTEIRO, 2020, p. 4).

Na mesma época em que, por meio do Programa Nacional de Publicização, se permitiu a criação de OSs para atuar no setor da saúde, a NOB/96 expandia os serviços de saúde através da determinação de formas e incentivos para a descentralização dos serviços. Pouco depois, foi sancionada a Lei de Responsabilidade Fiscal (em 2000), que limitou a contratação de pessoal pelos níveis de governo, criando o paradoxo em que os estados e municípios, ao mesmo tempo em que foram encarregados de prestar serviços de saúde, foram impedidos (ou limitados) de prestar tais serviços diretamente à população (MONTEIRO, 2020). Nesse contexto, a contratação de OSs para administrar o serviço de saúde público se tornou uma alternativa para “driblar” a limitação imposta pela Lei de Responsabilidade Fiscal, porque a contratação de trabalhadores realizada pelas OSs não entra na conta de despesas com pessoal. Esta interação entre o Programa Nacional de Publicização, que criou as OSs, a NOB/96, que incentivou a descentralização dos serviços de saúde e a Lei de Responsabilidade Fiscal, que limitou a contratação de recursos humanos se configurou um estímulo estatal à privatização da gestão da saúde. A extensão da questão merece destaque: em torno de 10% dos municípios brasileiros possuem estabelecimentos sob sua responsabilidade administrado por terceiros, sendo importante considerar que, segundo as informações do Atlas dos Municípios, em 2014, "entre os 39 municípios com mais de 500 000 habitantes, 22 deles (56,4%) contrataram serviços por meio de Organizações Sociais" (IBGE, 2014, p. 61).

### 3.3 Estado de segurança do grande capital com verniz eleitoral (2015-2020)

Respondendo à ofensiva econômica e política das classes trabalhadoras, entre os anos de 2012 e 2016, a grande burguesia, associada ao capital estrangeiro, com fusões cada vez mais profundas de interesses, desencadeia o processo social em andamento, mediante manobras midiáticas, jurídicas e militares, colocando-se a necessidade do Estado dependente mudar de forma. Com o sentido de uma derrota para a classe trabalhadora, uma sequência de modificações no Estado, em diversos âmbitos, político-institucionais, trabalhistas, etc., incluindo a saúde, indicam a emergência de um Estado de Segurança. Modificações na dinâmica de características do Estado dependente na saúde confirmam essa mutação, que tem semelhanças com o Estado de contrainsurgência. A impossibilidade de avanço social, com destaque para o novo patamar do desemprego (WORLD BANK, 2021), confirma a leitura da TMD, de que mais desenvolvimento, implica mais dependência.

Neste último período de análise, embora o gasto em saúde tenha se mantido estável, ocorreram mudanças regressivas em relação a conquistas do período anterior. O gasto social público total cresceu, passando de 16,3% do PIB, em 2015, para 17,7%, em 2018 (CEPALSTAT, 2019). O gasto público geral em saúde, como porcentagem do gasto total em saúde, apresentou leve decréscimo no período, sendo 42,96% em 2016 e 41,67% em 2018" (WORLD BANK, 2021a).

A edição de 2017 da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) representou um retrocesso para a concepção de APS que havia sido um relativo consenso por mais de 20 anos. Esta nova versão da PNAB permitiu maior flexibilização na implementação de modelos de APS, relativizando a prioridade tradicionalmente dada à ESF, descaracterizando e desvirtuando a proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, em um contexto de teto de gastos, apontando para uma ambulatorização da atenção primária. Pouco tempo depois, a atenção básica sofreria um novo golpe com o projeto de criação do Programa Saúde na Hora, em 2019, que visa transformar Unidades de Saúde da Família em unidades de pronto-atendimento nos municípios de médio e grande porte (ANDERSON, 2019).

Desde o governo de Michel Temer, devido ao estremecimento das relações diplomáticas e da cooperação Brasil-Cuba por divergências ideopolíticas, a participação dos médicos cubanos no Programa Mais Médicos (PMM), mediada pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS), tornou-se instável. Culminou no encerramento abrupto da cooperação e, logo depois, do programa, no início de 2019. A importância que o PMM tinha na distribuição geográfica do SUS (e da assistência médica) pode ser demonstrada pelo déficit de médicos em 42% dos municípios do país após seu encerramento, particularmente naqueles mais remotos e com piores indicadores socioeconômicos (REIS, 2019). Existe o projeto de substituição do PMM pelo Programa Médicos Pelo Brasil, apresentado pelo governo de Jair Bolsonaro, também em 2019, que, no entanto, traz retrocessos em relação à formação por meio de residências médicas, à participação das universidades no desenvolvimento da ESF e ao escopo de ações desenvolvidas pela APS (ANDERSON, 2019)

Ainda que o gasto público geral em saúde, como porcentagem do PIB e como porcentagem do gasto total em saúde, tenha se mantido estável no período, o financiamento do SUS sofreu um golpe demolidor: em 2016, a Emenda Constitucional nº 95 determinou o congelamento por 20 anos dos gastos da União nas áreas da saúde e educação, agudizando o problema do subfinanciamento crônico do SUS, indicando um desfinanciamento a médio e



longo prazo. A medida retirou 20 bilhões de reais do SUS, em 2019, sendo que a projeção do Cebes é de que a perda seja de 168 bilhões de reais até 2036 (MONTEIRO, 2020). Cabe lembrar que no ano anterior, na Emenda Constitucional nº 86/2015, que instituiu a obrigatoriedade de execução das emendas parlamentares, havia sido incluída nova regra para a aplicação dos recursos do governo federal na saúde, alterando a base de cálculo anteriormente existente (montante apurado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB) por um percentual da Receita Corrente Líquida (RCL). No primeiro ano (2016) seria 13,2% da RCL, até alcançar 15%. Isso resultou em perda de recursos para o SUS de R\$ 9,2 bilhões já no primeiro ano (FUNCIA, 2015 apud MARQUES et al., 2018, p. 538).

Uma forma de definir o subfinanciamento do SUS é a partir do indicador gasto público com saúde como percentual do PIB, comparado a países com sistemas públicos de saúde semelhantes. Na comparação, o baixo nível registrado no país configuraria o subfinanciamento do SUS (MARQUES, 2017). Fazendo um exercício um pouco diferente, de comparação do Brasil com México e Argentina – por serem países do capitalismo dependente com industrialização parecida e, junto com o Brasil, os mais industrializados da América Latina, porém com sistemas de saúde diferentes – e com os Estados Unidos (EUA), como medida de comparação mundial, nota-se que o gasto público geral em saúde, como porcentagem do PIB, no Brasil é um dos mais baixos: em 2018, o gasto público geral em saúde nos EUA era de 8,51% do PIB; na Argentina, 5,91%; no Brasil, 3,96%; e no México, 2,69%" (WORLD BANK, 2021b).

No advento do Estado de Segurança, o setor privado parece ter chegado ao limite de sua expansão nos marcos anteriores. O gasto privado em saúde, como porcentagem do gasto total em saúde teve um leve aumento no período analisado com marcas de 57% em 2015 e 58,24% em 2018 (WORLD BANK, 2021c). Comparando uma vez mais com Argentina, México e EUA, esse indicador no Brasil é alto, sobretudo se considerado o fato de que é o único país com sistema público universal da seleção: em 2018, o gasto privado em saúde, como porcentagem do gasto total, no México era de 49,92%; nos EUA, 49,58%, e na Argentina, 38,29%" (WORLD BANK, 2021c). A taxa de cobertura de planos de saúde (assistência médica) encerrou seu crescimento, se mantendo estável (com leve decréscimo). No período, observa-se a maior taxa de utilização de seguros privados (25,8% em 2015) (ANS, 2021). Hoje (2021), 24,7% da população é beneficiária de planos de saúde (ANS, 2021), com acesso diferenciado a consultas, exames e leitos hospitalares. Abrindo novo espaço para o privado no interior do público, em 2015, uma lei passou a autorizar a entrada do capital estrangeiro na atenção à saúde (acrescentando-se a liberação da atuação na intervenção privada, estipulado em 1998), introduzindo exceções à vedação constitucional à participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros nas atividades de assistência à saúde. Até então, segundo a Constituição e a Lei Orgânica da Saúde, essa participação somente poderia ocorrer em casos excepcionais. A aprovação desta lei teve impacto no aumento da concentração das atividades em saúde e no SUS (MARQUES et al., 2018). Mais um mecanismo de privatização para o setor da administração e gestão pública da saúde foi proposto pela mesma medida provisória que projetou a implementação do Programa Médicos Pelo Brasil. Dessa vez, o plano supõe a criação da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), que constitui “serviço social autônomo na forma de pessoa jurídica de direito privado com a finalidade de promover, em âmbito nacional, a execução de políticas da atenção primária à saúde” (BRASIL, 2019).

## 4. Considerações finais

O presente capítulo procurou servir de preliminar, de incentivo, para o aprofundamento das questões levantadas. Indica o quadro geral teórico que orienta a leitura da história do SUS, trazendo alguns indicadores que ilustram dinâmicas sociais – sem levá-los às últimas consequências, ou seja, em uma etapa ainda prévia à colocação deles em termos estritamente marxistas. Há lacunas em diversas séries históricas consideradas (desemprego, composição de gastos em saúde, taxa de cobertura de planos de saúde, entre outras), bem como elipses argumentativas, devendo ser consideradas com mais calma e mais detalhadamente. Não há pretensão de novidade de diversos argumentos utilizados, em particular aqueles referentes à expansão, subfinanciamento e relações do SUS com o setor privado e privatizações, sendo necessário um melhor diálogo com a literatura e aprofundamento das questões.

Em um momento no qual o capitalismo brasileiro passa da industrialização seletiva, do fim do regime militar, para especialização produtiva exportadora atual, o SUS surge com o processo de democratização, quando a classe trabalhadora se reorganiza frente a grande burguesia imperante e seu Estado de contrainsurgência em distensão. Trata-se, ainda, de uma democracia restringida, de um Estado dependente em conformação neoliberal. Estado este que é uma peça central para a conformação de um padrão de reprodução do capital voltado à exportação, que limita a industrialização de uma formação social industrial-dependente. O Estado reorganiza-se, em torno de 1995, para adaptar-se ao neoliberalismo vigente, que estimula a financeirização, austeridade e variadas formas de privatização. Uma nova mutação estatal se verifica desde 2015, radicalizando os processos anteriores. Nesse contexto, a despeito da ampliação da atuação estatal, financiamento público e cobertura do setor público de saúde, que significou a criação do SUS, somada à abertura de um enorme espaço sócio-ocupacional para assistentes sociais e outras categorias profissionais, ocorreu simultaneamente a privatização, a introdução de mecanismos de mercado, que no campo do trabalho se traduziu em múltiplas formas de precarização, como terceirização, fragilidade do vínculo trabalhista, demissões em massa e baixos salários, que agora radicalizam-se.

## Referências

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Taxa de Cobertura de Planos de Saúde. 2021. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet\\_tx.def](http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_tx.def). Acesso em: 18 jun. 2021.

AGÊNCIA SENADO. DRU. 2021. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/entenda-o-assunto/dru>. Acesso em: 19 jun. 2021.

ALMEIDA, C. O Mercado Privado de Serviços de Saúde no Brasil: Panorama Atual e Tendências da Assistência Médica Suplementar. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Texto para discussão n. 599**. Brasília, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, novembro de 1998

ANDERSON, M. I. P. Médicos pelo Brasil e as políticas de saúde para a Estratégia Saúde da Família de 1994 a 2019: caminhos e descaminhos da Atenção Primária no Brasil. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 2180, 2019. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/2180/998>. Acesso em: 19 ago. 2020.

BAMBIRRA, Vânia. **O capitalismo dependente latino-americano**. 3. ed. Florianópolis: Insular, 2015.

BEHRING, E. R. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BICHIR, M.M. 2017. **A questão do Estado na Teoria Marxista da Dependência**. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas Unicamp Campinas, SP, 2017. 205p.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria n. 545, de 20 de maio de 1993**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545\\_20\\_05\\_1993.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html). Acesso em: 19 jun. 2021.

BRASIL. **Medida Provisória n. 890, de 01 de agosto de 2019**. Institui o Programa Médicos pelo Brasil e a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Presidência da República, [2019]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/Mpv/mpv890.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/Mpv/mpv890.htm). Acesso em: 23 abr. 2021.

BUSS, P. M. Saúde e Desigualdade: o Caso do Brasil. In: BUSS, P. M. (Org.). **Sistemas de Saúde, continuidades e mudança**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/HUCITEC, 1995.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de Saúde no Brasil, participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: IBAM/FASE, 1995.

CASTRO, A. L. B.; FAUSTO, M. C. R. A Política Brasileira de Atenção Primária à Saúde. In: MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; LIMA, L. D. (Org.). **Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 173-197.

CEPALSTAT. Gasto público según clasificación por funciones del gobierno (en porcentajes del PIB). 2019. Disponível em: <https://estadisticas.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=3127&idIoma=e>. Acesso em: 18 jun. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Assistência farmacêutica no SUS**. Brasília: CONASS, 2007.

DAIN, S. Os vários mundos do financiamento da saúde no Brasil: uma tentativa de integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(Sup), p. 1851-1864, 2007.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (DIEESE). Número de greves (1983-2020), Brasil. **Balanco das greves de 2020**. Estudos e pesquisas n. 99 - 10 de maio de 2021.

DRAIBE, S. A política social no período FHC e o sistema de proteção social. **Tempo Social**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 63-101, nov. 2003.

FERNANDES, F. **A revolução burguesa no Brasil**. Ensaio de interpretação sociológica. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976.

FERNANDES, F. Prefácio à edição brasileira. In: NASCIMENTO, A. **O genocídio do negro brasileiro**. São Paulo; Perspectivas, 2016

FERREIRA, C.; OSORIO, J.; LUCE, M. S. 2012. **Padrão de reprodução do capital**. Contribuições da Teoria Marxista da Dependência. São Paulo: Boitempo, 2012.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, maio/jun. 2009.

FONTES, V. **O Brasil e o capital-imperialismo**. Rio de Janeiro: EPSJV, UFRJ, 2010.

FONTES, V. 2017a. Prefácio. in DANTAS, A. V. **Do socialismo à democracia: tática e estratégia na Reforma Sanitária Brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

FONTES, V. 2017b. Hegemonismos e política. in MATTOS, M. B. (Org.) Estado e formas de dominação no Brasil contemporâneo. Rio de Janeiro: Consequência Editora, 2017.

GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. S. Saúde e Desenvolvimento Nacional: a gestão federal entre 2003 e 2010. In: MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; LIMA, L. D. (Org.). **Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 61-90.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa**. Um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995.

GOMES, F. B. C. Impasses no financiamento da saúde no Brasil: da constituinte à regulamentação da emenda 29/00. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 6-17, jan/mar. 2014.

GOULART, F. A. A. Esculpindo o SUS a golpes de portaria: considerações sobre o processo de formulação das NOBs. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 292-298, 2001.

GUGLIELMI, M. C. V. **A política pública ‘Saúde da Família’ e a permanência – fixação – do profissional em medicina: um estudo de campo em Pernambuco** (Tese de doutorado). Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2006, 215 p.

IASI, M. L. **As metamorfoses da consciência de classe: o PT entre a negação e o consentimento**. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2006

IASI, M. L. O inventário da estratégia democrática popular e a busca de um caminho para a revolução brasileira. In: IASI, M. L.; FIGUEIREDO, I. M.; NEVES, V. (Org.). **Estratégia democrática popular: um inventário crítico**. Marília: Lutas Anticapital, 2019. p. 431-439.

IASI, M. L. Estado, Ditadura e permanências: sobre a forma política. In: COUTINHO, E. G.; IASI, M. L. (Org.). **Ecos do Golpe: a persistência da Ditadura 50 anos depois**. 1ed. Rio de Janeiro: Morula, 2014. p. 81-106.

IASI, M. L.; FIGUEIREDO, I. M. (Org.) ; NEVES, V. (Org.) **A estratégia democrática Popular**. Marília: Lutas Anticapital, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Perfil dos Estados e dos Municípios Brasileiros. Perfil dos Municípios Brasileiros**. Edição 2013. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. 282p. Relatório técnico.

KERSTENETZKY, C. L. **O estado do bem-estar na idade da razão**. A reinvenção do estado social no mundo contemporâneo. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

KILSZTAJN, S.; SILVA, D. F.; CÂMARA, M. B.; FERREIRA, V. S. Grau De Cobertura Dos Planos De Saúde E Distribuição Regional Do Gasto Público Em Saúde. **Saúde e sociedade**, v. 10, n. 2, p. 35-45, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/CwCB8qyKnXJ9nb3jNT7kwyP/?lang=pt>. Acesso em: 19 jun. 2021.

LAURELL, A. C. Las reformas de salud en América Latina: procesos y resultados. **Cuad. relac. Labor**, v. 34, n. 2, p. 293-314, 2016. Disponível em: [encurtador.com.br/tERS8](http://encurtador.com.br/tERS8). Acesso em: 19 mai. 2021.

LEVCOVTIZ, E. **Transição x consolidação, o dilema estratégico do SUS: um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde** (Tese de Doutorado). Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, UERJ, 1997, 302 p.

LIMA, L. D.; QUEIROZ, L. F. N. O Processo de Descentralização e Regionalização do SUS no Contexto do Pacto pela Saúde. In: MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; LIMA, L. D. (Org.). **Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 229-251.

LUCE, M. S. **Teoria Marxista da Dependência**. São Paulo: Expressão Popular, 2018.

MACHADO, C. V. O Modelo de Intervenção do Estado na Saúde: notas sobre a atuação federal. In: MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; LIMA, L. D. (Org.). **Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 117-147.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F. A Agenda Federal da Saúde. In: MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; LIMA, L. D. (Org.). **Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 149-171.

MARQUES, R. M. Notas exploratórias sobre as razões do subfinanciamento estrutural do SUS. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 49, p. 35-53, jul./dez. 2017. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/950>. Acesso em: 19 jun. 2021.

MARQUES, R. M.; XIMENES, S. B.; UGINO, C. K. Governos Lula e Dilma em matéria de seguridade social e acesso à educação superior. **Revista de Economia Política**, v. 38, n. 3 (152), p. 526-547, jul./set. 2018.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política: Livro I: o processo de produção do capital**. São Paulo: Boitempo, 2013.

MENDES, A.; WEILLER, J. A. B. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 491-505, abr-jun 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2015.v39n105/491-505/pt>. Acesso em: 19 jun. 2021.

MONTEIRO, N. O Estado em desmonte frente à epidemia da Covid-19. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, e300304, 2020. Disponível em: <https://scielosp.org/article/physis/2020.v30n3/e300304/pt/#>. Acesso em: 19 set. 2020.

MORAES, E. L. **Compras de medicamentos pelo Instituto Nacional de Câncer: análise do período 2007-2014**. 2017. 372 p. Tese (Doutorado) - Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro, 2017.

OSORIO, J. **O Estado no centro da mundialização**. São Paulo: Expressão Popular, 2019.

PAULA, P. A. B.; ALVES, T. N. P.; VIEIRA, R. C.P. A.; SOUZA, A. I. S. Política de medicamentos: da universalidade de direitos aos limites da operacionalidade. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1111-1125, 2009.

PRATES, D. M.; FARHI, M. **A crise financeira internacional, o grau de investimento e a taxa de câmbio do real**. Texto para discussão n. 164. Campinas: UNICAMP, 2009.

REIS, V. Mais Médicos: Após saída de cubanos, 42% das cidades têm vagas abertas. **Abrasco**, 27 mai. 2019. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/opiniao/mais-medicos-apos-saida-de-cubanos-42-das-cidades-tem-vagas-abertas/40961/>. Acesso em: 19 jun. 2021.

RODRIGUES, P. H. A.; SANTOS, I. S. **Saúde e cidadania**. Uma visão histórica e comparada do SUS. São Paulo: Atheneu, 2011.

SILVA, R. M. **Programa "Aqui tem Farmácia Popular"**: expansão entre 2006-2012 e comparação com os custos da assistência farmacêutica na Secretaria Municipal do Rio de Janeiro (Tese de doutoramento). Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2014, 291p.

SILVA, J. P. V.; LIMA, J. C. Sistema Único de Saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a reforma sanitária brasileira. In: ESCOLA POLITÉCNICA JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p. 43-73.

SOARES, A.; SANTOS, N. R. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 18-25, jan/mar. 2014.

VIANA, A. L. **Modelos do Estado na área da saúde**. Série Estudos em Saúde Coletiva n. 118. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1995.

WORLD BANK. Domestic general government health expenditure (% of current health expenditure). 2020a. Disponível em: <https://encurtador.com.br/ptDP5>. Acesso em: 18 jun. 2021.

WORLD BANK. Domestic general government health expenditure (% of GDP). 2020b. Disponível em: [encurtador.com.br/rOSTY](https://encurtador.com.br/rOSTY). Acesso em: 18 jun. 2021.

WORLD BANK. Domestic private health expenditure (% of current health expenditure). 2020c. Disponível em: [encurtador.com.br/oAIST](https://encurtador.com.br/oAIST). Acesso em: 18 jun. 2021.

WORLD BANK. Unemployment, total (% of total labor force) (national estimate) - Brazil. (1972-2019). International Labour Organization, ILOSTAT database. Data retrieved on January 29, 2021. Disponível em: <https://data.worldbank.org/indicator/SL.UEM.TOTL.NE.ZS?locations=BR>. Acesso em: 19 jun. 2021.

# DESAFIOS NA FORMAÇÃO EM SERVIÇO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE\*

*Kércia Rocha Andrade  
Alessandra Genú Pacheco*

## 1. Introdução

No conjunto dos Programas de Residência em Saúde, os referidos podem ser divididos em uniprofissionais e multiprofissionais. No caso da Residência Médica, por exemplo, essa modalidade compõe a Residência em Área Profissional da Saúde, ou seja, uma formação destinada apenas a uma categoria profissional. Já a Residência Multiprofissional em Saúde como o próprio nome sinaliza, destina-se aos profissionais graduados em diferentes áreas da saúde.

A Residência Multiprofissional em Saúde (Remu) constitui-se uma modalidade de Pós-Graduação *lato sensu* no Brasil, caracterizada pela formação em serviço e destinada aos trabalhadores da saúde, com exceção dos profissionais da Medicina.

O marco legal-normativo da Residência Multiprofissional enquanto modalidade de Pós-Graduação *lato sensu* em saúde, ocorre por meio da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005 e pela Portaria Interministerial nº 2.117, de 03 de novembro de 2005, que regulamentam as residências em saúde, por meio do Programa de Bolsas para Educação pelo Trabalho, como também estabeleceu a criação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), com vista a credenciar, certificar, avaliar e acompanhar os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde. Já a coordenação local de cada programa de Remu fica a cargo da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), que será responsável pela elaboração do seu próprio Projeto Pedagógico (PP). Cada projeto apresenta as diretrizes pedagógicas, características e particularidades de cada programa de residência, além de estabelecer o perfil dos residentes, indicando as habilidades e competências dos mesmos, assim como indicam a matriz curricular dessa formação em serviço.

Nesse sentido, vale destacar que o reconhecimento legal da Remu, enquanto uma modalidade de pós-graduação, resulta do processo histórico de luta da classe trabalhadora, em particular no caso da saúde, por meio de críticas e reivindicações a partir do movimento de Reforma Sanitária, que, dentre inúmeras bandeiras de luta, pleiteiam melhores condições dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como sinalizavam a importância de uma formação e atuação profissional em saúde com qualidade e em consonância com as necessidades da população assistida. A materialização dessas reivindicações ocorre de diferentes maneiras, a exemplo das mudanças curriculares dos cursos da área de saúde, a instituição do Programa de Educação Tutorial em Saúde (PET/Saúde), o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), Residência em Saúde e outras iniciativas.

No caso dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, eles foram consolidados num cenário de disputa de diferentes projetos societários, como veremos adiante, e, mesmo num contexto de conflitos, a partir do ano de 2005 a Remu passou a ser regulada pelo

---

\* DOI- 10.29388/978-65-81417-27-7-0-f.47-57



Ministério da Educação (MEC) e pelo Ministério da Saúde (MS), que são responsáveis pela promoção, organização, avaliação e normatização dessa modalidade de formação em serviço.

Atualmente, a Residência Multiprofissional em Saúde se caracteriza pelo regime de dedicação exclusiva, com uma carga horária semanal de 60 horas, subdividida entre 80% do tempo para atividades formativas práticas e 20% dedicado às atividades teóricas. Além disso, a residência em saúde tem duração de 24 meses, correspondendo ao total de 5760 (cinco mil, setecentos e sessenta) horas, sendo que os(as) Residentes têm direito a um (01) dia de folga semanal e 30 (trinta) dias consecutivos de férias, além do recebimento de uma Bolsa de Educação pelo Trabalho no valor R\$3.330,43 (três mil, trezentos e trinta reais e quarenta e três centavos), que garante as condições mínimas de permanência na formação em serviço.

Essa carga horária da formação profissional na Remu é distribuída entre atividades práticas, com a maior parte do tempo, e atividades teóricas ou teórico-práticas. A integração desses três eixos: prático, teórico e teórico-prático compõem o projeto pedagógico da Residência Multiprofissional em Saúde.

Por eixo prático entende-se o treinamento em serviços da área da saúde, ou seja, corresponde à prática profissional. No caso de uma residência multidisciplinar, as especificidades de cada profissão são resguardadas. Apesar dos Residentes serem profissionais graduados, há necessidade da supervisão técnica da prática profissional por parte dos preceptores de cada área. O preceptor constitui-se o trabalhador dos serviços de saúde responsável por orientar os residentes no eixo prático. No caso do Serviço Social, por exemplo, o residente desta área só pode atuar num serviço de saúde sob supervisão de um(a) assistente social.

Outro eixo que compõe a formação profissional da Remu é o eixo teórico, que equivale às atividades de aprendizagem, isto é, conhecimento teórico que pode ocorrer por meio de aulas, pesquisas, estudos individuais e em grupo, e outras atividades formativas sob orientação de docentes, tutores, preceptores e/ou outros profissionais convidados. E o eixo teórico-prático representa as atividades de discussão de caso clínico ou de discussão de outros aspectos dos serviços da saúde, ou seja, são atividades que relacionam o conhecimento teórico com as demandas práticas trazidas pela realidade, também sob orientação e supervisão de docente, tutor, preceptor e/ou outros trabalhadores da saúde.

Essas particularidades do regime de dedicação exclusiva, da formação em serviço, da bolsa de educação pelo trabalho, da carga horária de 60h semanais e dos 03 eixos do projeto pedagógico, bem como outras particularidades, fomentam um grande debate em torno das Residências em Saúde, em especial se representam uma formação profissional em saúde ou uma nova configuração do mundo do trabalho, reconfigurada sob a formação em serviço.

Na perspectiva de uma defesa da Remu enquanto espaço formativo e de resistência, é importante salientar que essa modalidade de ensino, via bolsas de educação aos trabalhadores da saúde, é crucial para o desenvolvimento e reafirmação dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Por trabalhadores da saúde contemplados pela residência multiprofissional, compreendem-se as profissões reconhecidas pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 287/1998, quais sejam: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Saúde Coletiva, Serviço Social e a Terapia Ocupacional.

Diante do exposto e mesmo com o reconhecimento legal-normativo da Remu nos últimos anos enquanto formação *lato sensu* em saúde, estudos como Andrade (2015; 2020), Castro (2013); Closs (2010; 2013); CFESS (2017), Mendes (2013), Rodrigues (2011; 2016), Rosa (2012),

Santana; Campos; Sena (1999), Schmaller (2012), Silva (2018), entre outros, sinalizam para o desafio em consolidar a Residência Multiprofissional no Brasil como formação profissional e não trabalho.

Esse espaço formativo é permeado por vários desafios, primeiro por ser uma experiência relativamente nova para os profissionais da saúde; segundo, pela dificuldade em ser consolidado como formação em serviço e não uma nova configuração do trabalho; terceiro, por ser uma formação profissional instituída num campo de disputa por diferentes projetos ideopolíticos e outros debates.

No âmbito dos projetos ideológicos em disputa, há, de um lado, uma posição que defende a Residência Multiprofissional em Saúde enquanto espaço formativo para os trabalhadores da saúde em conformidade com as diretrizes do movimento de reforma sanitária e de defesa do SUS, ou, em outras palavras, enquanto formação profissional para melhoria do sistema público, gratuito e de qualidade para todos. Por outro lado, há o projeto neoliberal de contrarreforma do Estado brasileiro, que visa o fortalecimento do capital em detrimento do desenvolvimento das políticas públicas (BRAVO, 2008). Um projeto que segue uma agenda neoliberal, a qual compreende a Remu a partir da lógica do capital, como espaço de trabalho e de produtividade em saúde.

A própria estrutura da Remu subdividida em atividades formativas práticas (80%) e atividades teóricas (20%) prenuncia a hegemonia do projeto neoliberal neste processo. Supondo que essa estrutura fosse rigorosamente seguida, subtraindo 20% de uma carga horária de 12h por dia, ainda restariam cerca de 09h30min de formação em serviço, superando as 8h de jornada laboral de um trabalhador contratado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), por exemplo.

Considerando o déficit de recursos humanos que se apresentava na saúde pública brasileira, mesmo antes da pandemia, já se observava com frequência a situação de um mesmo preceptor supervisionando dois residentes em cenários de prática distintos, visto que é requerido do próprio preceptor que, temporariamente, ‘cobrisse’ mais de um setor, até que o quadro de servidores fosse restabelecido – situação bastante recorrente, mas sempre em caráter declaradamente excepcional.

Ocorre que, quando um residente permanece sem preceptor em um cenário de prática, as 09h30min de ‘formação em serviço’ são descaracterizadas e passam a ser uma jornada de 09h30min de trabalho, um período superior às 8h diárias de um servidor contratado, com a desvantagem de não ter direito trabalhista algum assegurado. Reitera-se que essa realidade é anterior à pandemia e se atrela ao avanço do neoliberalismo, com seus inúmeros impactos no mundo do trabalho.

## **2. Consolidação da Formação em Serviço da REMU**

A criação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), em 2005, representou um marco fundamental para a formação dessa modalidade de residência, especialmente pela organização, reconhecimento e consolidação dos Programas de Remu no Brasil.

A implantação dessa Comissão colocou um novo desafio para a consolidação da Residência e também uma nova agenda política para os movimentos implicados nessa formação: a construção de critérios mínimos para o processo de credenciamento, a avaliação e o reconhecimento dos programas de Residência já existentes e a construção de câmaras técnicas, contando com a participação de conselhos e associações das profissões da saúde, configurando-se como novos atores que ingressam nos espaços públicos de discussão sobre essa formação (CLOSS, 2013, p. 68).

Nesse contexto e a partir da articulação interministerial entre Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Saúde (MS), foi promulgada uma série de normatizações que estabeleciam como deveria ser a atuação da COREMU, isto é, indicavam diretrizes nacionais de como os Programas de Residência deveriam proceder na condução dessa formação em serviço.

Desde 2011, a CNRMS promulgou várias resoluções que tratavam: do preenchimento de vagas e desistências; estabelecimento da certificação; transferência dos profissionais residentes para outros programas de Residência; sobre as licenças (maternidade, paternidade, caso de óbito na família, folgas, férias e trancamento de matrícula); a instituição das Câmaras Técnicas; formulação e redefinição das diretrizes gerais para os Programas de Remu; criação do Sistema de Informação da CNRMS (SisCNRMS); fomento do Banco de Avaliadores da CNRMS; constituição da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) dos programas, destacando os processos de avaliação, supervisão e regulação, como também, estabeleceu como deveria ocorrer o funcionamento, a organização e as atribuições da COREMU; além de orientações para os Residentes egressos, dentre outras resoluções que foram essenciais para o desenvolvimento da Remu.

No entanto, no decorrer do processo histórico de desenvolvimento da Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil inúmeros desafios foram postos ao funcionamento da Residência. De um lado, importante destacar alguns avanços, tais como, o reconhecimento da Remu como uma modalidade de Pós-Graduação *lato sensu*, uma formação profissional articulada com os serviços de saúde, a articulação do tripé ensino-pesquisa-extensão, o recebimento de uma Bolsa de Educação pelo Trabalho, a Licença Maternidade/Paternidade, entre outros fatos.

Do outro lado, identificam-se os desafios para a Remu: a ingerência da agenda neoliberal na condução da Remu; estabelecendo como prioridade a prática profissional em detrimento da formação em serviço e da educação em saúde; a intensa carga horária semanal e sua distribuição com a maior parte do tempo para o eixo prático também corrobora a primazia pela atuação profissional, como já foi dito. Outros desafios também são colocados à consolidação da Remu, como: a dificuldade, por parte do MEC e MS, do reconhecimento dos Fóruns de articulação dos segmentos que compõem a Remu; constante afastamento dos representantes dos residentes dos espaços de decisões da Residência; e insuficiente divulgação e transparência dos dados da Remu.

Como visto anteriormente, a CNRMS desempenha a função de nortear a condução dos Programas de Remu; no entanto, desde 2019 o Ministério da Educação não convoca a referida comissão e a falta de reuniões repercute diretamente na condução da Remu, a exemplo do contexto decorrente da pandemia ocasionada pelo Covid-19:

Considerando que caberia à Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), a responsabilidade de emitir orientações para a inédita

situação de pandemia que estamos vivendo, mas a mesma não é convocada pelo Ministério da Educação desde maio de 2019, em que pese a infinidade de denúncias e consultas remetidas aos Fóruns de Coordenadores, de Preceptores e Tutores e de Residentes em Saúde ou aos representantes das associações de ensino e das federações sindicais em forma de apelo, as quais não puderam ser apuradas até o momento, já tendo sido trazidas por todos esses segmentos à CIRHRT/CNS<sup>1</sup> (MINISTÉRIO DA SAÚDE/ CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2020, p. 4).

Nesse contexto, a partir de março de 2020, quando eclodiu a pandemia do Covid-19 no Brasil, os profissionais inseridos na Remu, como Residentes, Preceptores, Tutores e Coordenadores precisavam do posicionamento da CNRMS para saber como conduzir a Remu durante a pandemia. Na ausência de orientações por parte da CNRMS, outras entidades se posicionaram a respeito da formação e atuação profissional dos Residentes nessa conjuntura adversa, a exemplo do Conselho Nacional de Saúde (CIRHRT/CNS), que instituiu o Parecer Técnico nº 106/2020, validado pela Recomendação nº 018, de 26 de março de 2020<sup>2</sup>, que tem como intuito “[...] um mínimo de padrão de segurança ao alcance de coordenadores, preceptores, tutores, residentes e sociedade em geral relativamente ao ordenamento da formação de profissionais de saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE/ CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2020, p. 5).

O CNS estabeleceu 31 recomendações neste Parecer Técnico nº 106/2020, dentre elas destacam-se as seguintes orientações, com relação ao eixo teórico: suspensão das atividades teóricas presenciais, com a possibilidade do cumprimento de atividades pedagógicas via remoto; suspensão de eventos acadêmicos e científicos; sugestão da incorporação nos Trabalhos de Conclusão de Residência dos temas pertinentes à conjuntura do Covid-19; dentre outras.

Interessante destacar que, ao tratar do eixo teórico, todas as recomendações foram direcionadas pela suspensão das atividades presenciais e a indicação pelo ensino remoto. Com ressalva de uma recomendação, que sinaliza para em caso de retorno das atividades teóricas presenciais, cada programa de residência deveria elaborar um plano de readequação curricular. No que se refere às atividades práticas e teórico-práticas, o referido Parecer Técnico estabelece o cumprimento das 48h semanais, correspondente aos 80% do eixo prático já preconizado pelas diretrizes gerais da Remu:

3- Manter as atividades práticas e teórico-práticas dos residentes em saúde, respeitando o limite de 80% (48 horas) da carga horária semanal. As atividades teórico-práticas, neste momento, devem acompanhar prioritariamente as ações de mobilização do setor da saúde na reorganização de serviços, redes, políticas e ações de participação popular ou controle social, resguardando-se a presença de residentes aos mesmos termos de modalidade previstos por tais atividades, inclusive a presença por meio de tecnologias de interação e comunicação remotas (Idem, 2020, p. 6).

---

<sup>1</sup> Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho do Conselho Nacional de Saúde (CIRHRT/CNS).

<sup>2</sup> A aprovação da recomendação ocorreu durante a 64ª Reunião Extraordinária do Conselho Nacional de Saúde, em 10 de julho de 2020, por deliberação do Plenário do CNS (Idem, 2020, p. 1).

Diante dessa conjuntura catastrófica, urge refletir acerca da formação na Residência Multiprofissional em Saúde. Por mais avanços pedagógicos que aconteçam no processo de consolidação da residência, ainda se identifica um entendimento confuso da formação em serviço, centrado prioritariamente na prática profissional. Concepção errônea que, segundo Rodrigues (2016), pode repercutir em alguns equívocos, tais como, a ilusão que o profissional residente poderá suprir a ausência de recursos humanos dos serviços de saúde.

Inicialmente, equipes de residentes compostas com áreas profissionais que não estão presentes nos serviços. Com a concepção das contradições que perpassam o real, esta questão pode, potencialmente, ser uma riqueza, pois a interação entre as equipes que passam a compor o conjunto de trabalhadores nos serviços, potencializa a reflexão, e ao agregar novos sujeitos exige uma recomposição, um aprendizado e articulações que envolvem a todos. Por outro lado, pode trazer expectativas de que, aquele profissional, necessário no campo da política de saúde, venha a suprir a ausência daquela área, inserindo-se em uma condição diferenciada, mais marcada pela execução das demandas dos serviços em detrimento à condição de formação. O peso maior centra-se no trabalho e não na formação (RODRIGUES, 2016, p. 78).

Tratar a Remu enquanto modalidade de Pós-Graduação *lato sensu*, constitui-se um ato de resistência e de defesa da formação em serviço na saúde, especialmente nesse contexto de ofensiva neoliberal, aprofundado pela pandemia do Covid-19. Numa conjuntura de caráter emergencial dos serviços de saúde, haverá um grande desgaste dos trabalhadores da saúde e das suas condições de trabalho, como também um aumento do número de óbitos e afastamentos do local de trabalho entre os profissionais de saúde. Logo, esse contexto resultará em implicações para a formação profissional dos residentes.

Com base nesses desafios postos à formação em saúde, algumas entidades das categorias profissionais manifestaram seu posicionamento diante da atuação dos residentes no contexto da pandemia do Covid-19, a exemplo do Serviço Social, como veremos a seguir, que dentre várias iniciativas, também apresentou seu posicionamento por meio de uma manifestação elaborada pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), publicada em 07 de maio de 2020.

Nesse documento, a partir da compreensão de que os/as assistentes sociais residentes fazem parte da linha de frente de combate à pandemia, a ABEPSS destaca sete itens primordiais que orientam os programas de Remu nos quais se inserem esses profissionais: (1) considerando a gravidade do contexto pandêmico, as atividades práticas que forem mantidas devem ser todas voltadas ao urgente combate da pandemia de COVID-19; (2) o acompanhamento teórico se faz ainda mais necessário e não pode ser eliminado tampouco subestimado - no máximo realizado na modalidade remota emergencial, para manter a segurança dos profissionais envolvidos; (3) o preceptor continua sendo um sujeito imprescindível no processo formativo, sendo portanto inviável que qualquer residente permaneça sozinho nos cenários de prática; (4) as condições adequadas de trabalho devem ser asseguradas, sobretudo no que se refere aos EPIs e ao pagamento regular das bolsas de educação por trabalho; (5) os/as residentes que fizerem parte de grupo de risco devem ser afastados ou remanejados para home office, sempre que possível; (6) os/as residentes que forem contaminados pela COVID-19 devem ser mantidos em isolamento social e manter o tempo de quarentena orientado pelas secretarias de saúde em cuja abrangência

se encontrem; (7) a excepcionalidade do contexto pandêmico não autoriza de modo algum que os/as assistentes sociais residentes sejam impelidos a atividades práticas que extrapolem suas competências e atribuições profissionais.

Considerando a ausência de orientação da CNRMS, a manifestação da ABEPSS foi de fundamental importância, ainda que se saiba que esses sete pontos elencados acima servem muito mais como parâmetros que fortalecem o projeto democrático formativo na disputa cotidiana contra o projeto neoliberal de trabalho, do que como elementos impeditivos da fragilização da Remu como formação, que segue acontecendo mais intensamente do que antes da pandemia.

Dos elementos apontados pela ABEPSS, destacam-se quatro características principais que marcam esse aprofundamento do projeto neoliberal de Remu como trabalho desregulamentado e precarizado: a insuficiência de EPIs asseguradas pelos serviços que se constituem como cenários de prática do processo formativo, deixando à cargo do próprio residente sua segurança sanitária; o atraso no pagamento das bolsas de educação pelo trabalho em alguns programas de Remu, deixando à cargo do próprio residente sua segurança material; e a conjunção entre a recorrente ausência de preceptoria direta e a imediata suspensão das atividades teóricas presenciais (desde o início da pandemia), com a orientação de que sejam substituídas por EaD – conjunção que aponta a alarmante tendência de que o residente também estaria sendo responsabilizado quase sozinho pela sua própria formação.

### **3. A formação do Serviço Social na REMU face à subjetivação neoliberal**

Esses quatro principais impactos que afetaram a residência multiprofissional durante a pandemia corroboram o desafio abordado aqui de consolidar a Remu como formação e não como trabalho, oportunizando uma análise alternativa sobre este antigo entrave, a partir da qual se projetará um horizonte de enfrentamento do referido desafio. Esta análise tenta aproximar a ideia de subjetividade neoliberal - esmiuçada pelos franceses Pierre Dardot e Christian Laval - ao debate sobre os Programas de Remu, permitindo compreender dois fatos principais: (1) que a tendência de consolidação da residência multiprofissional como trabalho se fundamenta numa racionalidade neoliberal homogeneizadora de todas as esferas de vida, universalizando o discurso empresarial para todos os espaços; (2) que, para se opor à cultura neoliberal, há que se criar contra cultura, ou contra conduta, a qual pode se dar principalmente dentro da relativa autonomia dos eixos teóricos, inseridos numa matriz curricular mais crítica, mais problematizadora da organização produtiva capitalista na qual a política de saúde se insere.

Dardot e Laval (2016) oferecem uma exposição detalhada desta subjetividade neoliberal na segunda parte da obra "*A nova razão do mundo*", onde explicitam como a sociedade neoliberal "homogeneizou" o modelo de empresa privada, o qual pressupõe que o sujeito deve estar sempre inteiramente envolvido com o seu trabalho. A expansão deste preceito capitalista para *toda* a vida dos indivíduos, dentro e fora dos seus espaços de trabalho, só é possível a partir da transfiguração construída pela máxima de 'trabalhar para a empresa *como se* fosse para si mesmo'. A suposição embutida na expressão '*como se*' transforma o 'desejo do outro' (empresa capitalista ou o próprio capital) em 'desejo do sujeito': "Desde que o poder moderno se torne o Outro do sujeito, a construção das figuras tutelares do mercado, da empresa e do dinheiro tende exatamente a isso" (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 327-328).

Tal projeção é levada a um outro patamar quando esta ‘cultura empresarial’ produz uma nova subjetividade, na qual as pessoas agem como se fossem instituições empresariais e travam relações pessoais como se fossem relações ou negociações empresariais, com base em contrapartidas: “A racionalidade empresarial apresenta a vantagem incomparável de unir todas as relações de poder na trama de um mesmo discurso. (...) o léxico da empresa contém um potencial de unificação dos diferentes ‘regimes de existência’” (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 331). Desta forma, os antigos laços de solidariedade foram pouco a pouco sendo corroídos e ficaram sem substituto, na perspectiva de que o espírito da competitividade é levado para todos os aspectos da vida, produzindo indivíduos que se relacionam extensivamente tentando mostrar que uns são melhores que outros, orientados pelo princípio de não cooperação.

Neste contexto, o homem ‘fabricado’ como ‘empresa de si mesmo’ se reproduz a partir do *ethos* da autovalorização, que é individualista ao extremo, em seu substrato: “A empresa de si mesmo é uma ‘entidade psicológica e social [...]’, ativa em todos os domínios e presente em todas as relações. [...] A responsabilidade do indivíduo pela valorização do seu trabalho no mercado tornou-se um princípio absoluto.” (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 335). É por causa desse *ethos* que se popularizam frases motivacionais como ‘o seu futuro só depende de você’, ou ainda os ultimatos ‘é pegar ou largar!’, ‘quer ou não quer essa oportunidade?!’, que esmagam a autoestima de quem sente na pele, a ferro e fogo, que ‘sucesso ou fracasso’ não dependem só de si, embora o concreto vivido frequentemente seja subvertido pela subjetivação do *ethos* neoliberal, invisibilizando a violenta realidade.

Dessa forma, as pessoas empreendem sacrificantes ‘asceses de desempenho’ para ocuparem um lugar na sociedade. Elas precisam ser as pessoas mais belas, as mais perfeitas, as mais inteligentes, as mais equilibradas, harmônicas, educadas, saudáveis, entre outros adjetivos, seguindo numa lista exaustiva e infundável. Não importa muito se a pessoa é realmente tudo aquilo que tenta mostrar, mas sim como todos os demais a percebem, não apenas no trabalho, mas em toda a sua vida, nas 24 horas do dia, por todos os ângulos possíveis. Os profissionais inseridos na Remu não estão imunes a essa racionalidade; muito pelo contrário, são expostos a sua reprodução no ambiente laboral por mais tempo e de modo mais intenso.

O novo dispositivo disciplinador do neoliberalismo é o desempenho, mas não sozinho. Dardot e Laval chamam de dispositivo desempenho/gozo, compreendendo ‘gozo’ como ‘prazer’, que por sua vez está diretamente associado ao ‘sucesso’ pretendido nas asceses de desempenho. Os dois grandes indicadores de subjetivação neoliberal são, portanto, a ‘performance’ e o ‘gozo’. Para que esse dispositivo funcione e se reproduza, o indivíduo é instigado a libertar-se de qualquer limite na busca de prazer/sucesso, fazendo com que as asceses de desempenho não sejam vistas como um sofrimento, mas sim como caminhos *escolhidos autonomamente* para o alcance de seu próprio gozo:

Quando poder e liberdade subjetiva não são mais contrapostos, quando se estabelece que a arte de governar não consiste em transformar um sujeito em puro objeto passivo, mas conduzir um sujeito a fazer o que aceita querer fazer, a questão se apresenta sob uma nova luz. O novo sujeito não é mais apenas o do circuito produção/poupança/consumo, típico de um período consumado do capitalismo (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 355).

Na conclusão da referida obra (intitulada “O esgotamento da democracia liberal”), os autores apontam quatro traços que desenham a razão neoliberal: a ideia de que o mercado é construtivista; de que a essência do mercado é a concorrência; de que o Estado também é submetido à norma da concorrência; e de que o ‘governo do outro com coerção’ foi substituído pela *governamentalidade*, que é a formatação de uma subjetividade na qual *cada um se impõe* essa ‘governamentalidade’ e fiscaliza se todos os demais estão dentro dela.

Nessa conclusão, eles enfatizam a problemática da subjetivação, apontando-a como a grande estratégia do neoliberalismo e, ao mesmo tempo, como uma *via de tensão e transformação*. A subjetivação é um contexto cultural que dificulta que as pessoas pensem de um modo alternativo. Considerando que qualquer forma de governo requer uma subjetivação correspondente, é preciso criar um outro contexto, uma contracultura que permita o surgimento de um sujeito diferente do ‘sujeito neoliberal’. A consequência dessa compreensão é o fato de que seria inútil constituir um novo governo enquanto a subjetividade continue sendo neoliberal, pois todas as mudanças seriam interpretadas do ponto de vista neoliberal.

Na literatura crítico social, muitos pensadores defendem o ‘privilégio ontológico de exterioridade’ para ‘pensar diferente’, aludindo a um ‘privilégio’ da classe social explorada para perceber a artificialidade de uma subjetividade não criada por ela. Dardot e Laval são enfáticos em dizer que essa teorização ‘essencialista’ não tem serventia para uma ‘esquerda’ que lida com processos teóricos concretos. É preciso construir o processo de demanda, um novo sujeito, uma nova subjetividade, pois a solução para a ‘subjetividade heterônoma’ é a criação de uma ‘subjetividade autônoma’.

Na concepção deles, a verdadeira contracultura é uma ‘torção’ dos princípios neoliberais para se adequarem a uma nova subjetividade que está sendo formada pelos sujeitos. Nesse sentido, ocorre contracultura – ou contra conduta – quando se inaugura uma loja (*dentro do mercado, portanto*) que incentive a solidariedade e a cooperação, por exemplo. Seria preciso criar formas de desobediência dentro da ‘obediência’, segundo eles, opondo à ‘razão neoliberal’ a ‘razão do comum’, que viria a ser a razão alternativa da esquerda, uma razão ‘cooperativa’, em vez de competitiva.

A análise de Dardot e Laval contribui neste ensaio, portanto, para se compreender a dificuldade para enfrentar o desafio de consolidação da Remu como formação em um mundo homogeneizado por uma racionalidade que segue em uma direção completamente diferente. Destaca-se ainda a principal observação de que na razão neoliberal formada heteronomamente, o residente frequentemente se impõe aquela referida ‘ascese de desempenho’ e comemora cada sucesso de ‘performance’ – as excelentes avaliações ao final de cada rodízio, a nota máxima no TCR, prêmios etc. – muitas vezes não reconhecendo a auto exploração que se impõe e reproduz em cada uma de suas 60h semanais.

#### **4. Considerações finais**

Propondo-se a pergunta sobre como romper com a racionalidade neoliberal que conflita com o projeto de formação em serviço da Remu, a leitura de Dardot e Laval permite a indicação de que um dos caminhos possíveis seria por meio de mudanças na matriz curricular da formação em saúde: uma mudança de cunho crítico, promovendo uma formação reflexiva a respeito das implicações dos determinantes sociais, políticos, culturais e econômicos sobre as condições de



saúde no Brasil. Pensar aqui a matriz curricular da Remu como via de contra conduta à racionalidade neoliberal exige reconhecê-la como espaço privilegiado de reflexão e crítica.

Nesse sentido, são necessárias duas considerações para delinear esse currículo com declarada intenção de se contrapor à subjetivação neoliberal. A primeira delas é a constatação de que todo Projeto Pedagógico de Curso (PPC) é, invariavelmente, um projeto *político* pedagógico, ainda que a nomenclatura não seja explícita. Seja pela presença de conteúdos críticos, seja pela ausência, currículo algum se apresenta como neutro. Partindo-se deste pressuposto, há que se considerar elementos cruciais para a construção de um PPC crítico: que o processo de sua construção seja democrático, assegurando a participação de todos os atores envolvidos; que ele leve em consideração o território onde está inserido; que ele seja dinâmico e acompanhe as transformações da realidade e dos sujeitos que atende.

Além destes três elementos centrais para a construção de um PPC crítico, os Programas de Remu apresentam a qualidade de serem *interdisciplinares*, o que poderia ser um dado desimportante num PPC tradicional compartimentado, mas pode guardar um rico potencial emancipatório quando essa interdisciplinaridade é pensada do ponto de vista integrador em todos os processos, sejam práticos (formando profissionais mais preparados para o diálogo e o trabalho em equipe), sejam teóricos (promovendo compreensões e análises mais abrangentes da realidade), guardando a especificidade das competências profissionais e das atribuições privativas de cada área.

Finalmente, é preciso reconhecer que um PPC – reitera-se, sempre político – é espaço de poder e disputa dos projetos em tensão na sociedade – projeto radicalmente democrático e projeto neoliberal privatista. Essa disputa ocorrerá durante sua construção, sua implementação e subsequentes reformulações. Órfão de qualquer padrão tradicional, a diretriz da qual não se pode prescindir em seu processo é que ele jamais seja assumido como dado, mas que esteja afinado com a realidade concreta de seu entorno, bem como os sujeitos dessa realidade, permitindo o engendramento de uma subjetividade verdadeiramente autônoma, com base na ‘razão do comum’, desconstruindo gradualmente qualquer outra subjetividade imposta.

## Referências

ANDRADE, K. R. **A Formação Profissional do Assistente Social na Residência Multiprofissional em Saúde do HU/UFS**. 2015. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão/SE, 2015.

ANDRADE, K. R. **Residência Multiprofissional em Saúde: a formação em serviço no Brasil**. 2020. Tese (Doutorado em Serviço Social). Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo/SP, 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (ABEPSS). **As residências em Saúde e o Serviço Social em tempos de pandemia covid-19**. Disponível em: <http://www.abepss.org.br/noticias.html>. Acesso em: 13 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação nº 018**, de 26 de março de 2020. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1086-recomendacao-n-018-de-26-de-marco-de-2020>. Acesso em: 22 mar. 2021.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A.E. et al. (orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 3ª ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008. p. 88-110.

CASTRO, M. M. C.; Formação em Saúde e Serviço Social: as residências em questão. **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre, n. 2, v. 12, p. 349-360, jul./ dez. 2013. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/14429>. Acesso em: 04 nov. 2017.

CLOSS, T. T. **O serviço social nas residências multiprofissionais em saúde: formação para integralidade?** 1.ed. Curitiba: Appris, 2013. 302 p.

CLOSS, T. T. **O Serviço Social nas residências multiprofissionais em saúde na atenção básica: formação para a integralidade?** 2010. 228 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Residência em Saúde e Serviço Social: subsídios para reflexão**. Série 6 – Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília: CFESS, 2017.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal**. Tradução de Mariana Echalar. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

MENDES, A. G. Residência Multiprofissional em Saúde e Serviço Social. In: SILVA, L. B.; RAMOS, A. (Org.). **Serviço social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional**. Campinas: Ed. Papel social, 2013. p.183-199.

RODRIGUES, T. de F. (et. al.). O Serviço Social no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde da UNIFESP/SP. **Revista Serviço Social & Saúde**, v. X, n. 12. Campinas: UNICAMP, dez., 2011.

RODRIGUES, T. de F. Residências multiprofissionais em saúde: formação ou trabalho? **Revista Serviço Social & Saúde**, v. 15, n. 1. Campinas: UNICAMP, jan./jun., 2016.

ROSA, S. D. **Tecendo os fios da educação e saúde: a Formação Profissional na Residência Multiprofissional em Saúde**. 2012. 212 f. Tese (Doutorado em Educação) – Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2012.

SANTANA, J. P.; CAMPOS, F. E.; SENA R. R. de. Formação profissional em saúde: desafios para a universidade. In: SANTANA, J.P.; CASTRO, J.L. (Org.). **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde**: CADRHU. Natal: EDUFRN, 1999. p. 109-123.

SCHMALLER, V. P. V. et al. Trabalho em saúde, formação profissional e inserção do Serviço Social na residência multiprofissional em saúde da família. **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre, n. 2, v. 11, p. 346-361, ago./ dez. 2012. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/12362/8651>. Acesso em: 24 nov. 2014.

SILVA, L. B. Residência multiprofissional em saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 21, n. 1, jan.-abr. 2018. p. 200-209.

**PARTE 2:**  
**POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS,**  
**SUJEITOS SOCIAIS E O TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS:**  
intersecções entre classe, raça e gênero

# DA GUERRA ÀS DROGAS OU AOS USUÁRIOS? O DESMONTE DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E SUA FUNÇÃO NO ENCARCERAMENTO\*

*Edilma Soares da Silva  
Juliana Desiderio Lobo Prudencio  
Luana da Silveira*

## 1. Introdução

O Brasil é o país com a terceira maior população carcerária no mundo, acompanhado dos Estados Unidos da América e da China. De acordo com os dados do Sistema de Informações Penitenciárias do Departamento Penitenciário Nacional – INFOPEN<sup>1</sup>, o tráfico de drogas é o crime que mais encarcera no país. Nesse sentido, é fundamental conhecer de que forma o Governo Federal vem articulando suas políticas públicas sobre drogas, sobretudo, considerando os gastos diretos e indiretos.

De cunho proibicionista e criminal, marcadas pela seletividade, as políticas sobre drogas, nos campos da segurança pública e saúde, são justificadas como formas de proteção à sociedade e à saúde. Assim, torna-se crucial entender quais são os efeitos dessas políticas e quem são alvos preferenciais, problematizando questões de gênero, raça e classe, através da análise da “tríplice estrutura de dominação: o capitalismo patriarcal colonial” (LIMA, et al, 2019, p. 73). Essa perspectiva faculta o entendimento acerca da coexistência do homem branco rico, que menos é encarcerado/ internado no Brasil em um extremo e, no outro a mulher negra pobre, que tem estado nas funções subalternizadas de cuidado e de trabalho, inclusive nas instituições manicomiais e prisionais, e tem sido mais criminalizada, com o aumento crescente nas prisões, pelas políticas de drogas.

Dentre as forças que constroem as políticas, pretende-se abordar a relação entre os poderes da Psiquiatria e da Justiça no controle do uso de drogas, no processo de criminalização e medicalização de usuários/as, desde as primeiras décadas do século XX, até as últimas décadas, quando tem se acentuado. Em perspectiva foucaultiana, ressalta-se que essa aliança vem produzindo práticas que se legitimam através da apropriação da população usuária de drogas como os novos Anormais (perigosos e doentes) sobre quem se deve intervir.

Para as escolhas dos “destinos” das pessoas envolvidas com as drogas, quer vistas como usuárias e ou traficantes, os marcadores de raça, classe e gênero interferem nas decisões. Durante a segunda década dos anos 2000, com o fenômeno do crack, foi construído um novo regime de visibilidade que expressa a emergência por intervenções autoritárias, no atrelamento de usuário-traficante, pelo estereótipo de que esse atrelamento é responsável pelo fortalecimento do tráfico de drogas ilícitas e de uma doença ilícita (AZEVEDO; SOUZA, 2017).

---

\* DOI- 10.29388/978-65-81417-27-7-0-f.60-77

<sup>1</sup> Para saber mais, disponível em: <https://www.conectas.org/noticias/brasil-se-mantem-como-3o-pais-com-a-maior-populacao-carceraria-do-mundo/#:~:text=Estados%20Unidos%20e%20China%2C%20respectivamente,pela%20Birkbeck%20University%20of%20London>

Nos últimos anos, especialmente para o enfrentamento do fenômeno do crack, esses processos de criminalização e medicalização sustentam as políticas e contribuem para a privação de liberdade em instituições de caráter prisional *strictu sensu* dos considerados como traficantes; para cumprimento de medidas socioeducativas de jovens envolvidos na geopolítica do tráfico; e manicomial, para usuários/as, cujas internações são movidas, predominantemente, por ações involuntárias e ou compulsórias no Brasil, situadas no movimento histórico da “Guerra às Drogas”.

A aliança entre Psiquiatria e Justiça é marcada também pela perspectiva religiosa-moralizante, tanto na lógica de entendimento, como na configuração de instituições que se consideram de *tratamento*, tendo como analisador a existência histórica das comunidades terapêuticas, pautadas na religiosidade, abstinência e laborterapia, que formalmente estão na rede de atenção psicossocial desde 2012, e são, em sua maioria, religiosas. Embora, oficialmente, as internações devam ser voluntárias, o aumento expressivo de internações compulsórias, por determinações judiciais, é analisador da função normalizadora para estabelecer diagnóstico, prognóstico, terapêutica e pena, e das práticas mais autoritárias que fazem o duplo processo de exclusão: doente/perigoso. (AZEVEDO; SOUZA, 2017).

O debate sobre a questão da droga é historicamente marcado pela Segurança Pública, assim como representa a luta por parte do Movimento da Luta Antimanicomial e Antiproibicionista para sua inclusão na Saúde Pública através do Sistema Único de Saúde (SUS). Com isso, a partir da revisão de literatura e levantamento documental, revela-se a importância da compreensão do/a usuário/a de drogas como sujeito de direitos e livre para os usos de substâncias no confronto com a noção de ilicitude de algumas drogas. Destacando assim, o papel penal no âmbito dos usos e tráfico de drogas, tão presente no debate da Segurança Pública. Tal fato apresenta-se como medida de contensão quer seja ela o cárcere e/ou a internação através das comunidades terapêuticas, em especial, como espaço para os sujeitos que, marcados pela raça, classe e gênero são encontrados portando drogas caracterizadas como ilícitas para o código penal brasileiro.

Já o SUS apresenta, através da atenção psicossocial, dispositivos de cuidado importantes para a Reforma Psiquiátrica e no cuidado de usuários/as de álcool e outras drogas como resposta as questões relacionadas aos usos de drogas (lícitas e ilícitas). No entanto, no atual contexto da necropolítica brasileira, a atenção ao usuário de drogas vem sendo marcada pelo encarceramento desses sujeitos.

Diante disso, o presente capítulo possibilita uma análise acerca do fenômeno droga na relação com os sujeitos usuários/as de drogas a partir do olhar antiproibicionista e antipunitivista que se reforça no reconhecimento da importância da análise com base na raça, classe e gênero como caminho para a compreensão da construção da atenção aos usuários/as de drogas no Brasil.

## **2. Repressão, redução de danos e a atenção aos usuários/as de álcool e outras drogas**

O olhar sócio – histórico ancorado nos estigmas que os usos de drogas promovem sobre os usuários/as de drogas aqui compreendidas como ilícitas<sup>2</sup>, reforça o lugar dado a estes sujeitos

---

<sup>2</sup> Aquela substância que se localiza no código penal como proibida para consumo e venda.

na construção de uma política de atenção inscrita no Sistema Único de Saúde (SUS). A droga enquanto substância passível de compra e venda, logo, uma mercadoria, é elemento histórico pertencente a nossa sociedade e ganha lugar da ilicitude com o avançar jurídico- penal sobre tal questão.

Desde as grandes navegações, a busca por drogas<sup>3</sup> se coloca como constituição da sociedade capitalista e reforça a construção mercantil sobre tais substâncias (CARNEIRO, 2005). É no século XIX, em especial no pós anos 1920 que se localiza a disseminação do proibicionismo e a instauração da “guerra às drogas”, ou seja, o reconhecimento de que algumas substâncias possuem o poder de “viciar”, matar e prender. No entanto, “(...) ao naturalizar a proibição como única forma de enfrentar o problema, cria-se uma falácia para sustentá-la: drogas são proibidas porque são ruins e são ruins porque são proibidas” (FIORE, 2012, p.14).

O proibicionismo às drogas trouxe para o debate a militarização no enfrentamento a produção e comércio de drogas, através da criação de uma polícia específica para este campo de ação, juntamente a um aparato jurídico normativo desenhado pela Segurança Pública que afirma ações de repressão aos usuários e traficantes de drogas. No mesmo contexto em que temos o crescimento de facções criminosas que, de forma organizada, compreende o poder mercadológico de certas substâncias e promove sua compra e venda, entendidas na nossa sociedade como tráfico de drogas.

Proibicionismo é uma forma simplificada de classificar o paradigma que rege a atuação dos Estados em relação a determinado conjunto de substâncias. Seus desdobramentos, entretanto, vão muito além das convenções e legislações nacionais. O proibicionismo modulou o entendimento contemporâneo de substâncias psicoativas quando estabeleceu os limites arbitrários para usos de drogas legais/positivas e ilegais/negativas. [...] O proibicionismo não esgota o fenômeno contemporâneo das drogas, mas o marca decisivamente (FIORE, 2012, p. 01).

Com isso, observa-se que dos anos de 1920 até anos 2000, no Brasil, a atenção para o tema droga esteve voltado para a repressão destas substâncias e contenção dos/as usuários/as e traficantes (seja no manicômio, manicômio judiciário, comunidades terapêuticas, unidades para cumprimento de medida socioeducativa ou prisões). Logo, é clara a invisibilidade dos usuários/as de drogas e suas demandas neste cenário, uma vez que tais sujeitos se tornam inimigos dado ao estereótipo marcado pela sua cor, raça e classe. Fazendo assim com que apenas se tenha a preocupação com a declaração da guerra às drogas.

Os usuários de drogas ganham certa notoriedade com a construção de uma atenção com base no cuidado e olhar sobre os usos de drogas a partir da estratégia de redução de danos (RD). A RD ganha espaço para o debate no Brasil a partir do final dos anos de 1980, pensando os riscos sociais e à saúde promovidos pelos usos de drogas de forma não orientada. De acordo com a redutora de danos, antropóloga, militante, pesquisadora e também usuária de drogas, membro da Rede Nacional Feminista e antiproibicionista - RENFA, Luana Malheiros (2018, p. 17)

---

<sup>3</sup>Carneiro (2005, p. 11) afirma “que significava produtos secos e servia para designar, dos séculos XVI ao XVIII, um conjunto de substâncias naturais utilizadas, sobretudo, na alimentação e na medicina”.

Agente Redução de danos: se assemelha a um agente comunitário de saúde, o agente redutor de danos atua em contextos de uso de drogas lícitas e ilícitas, levando informações sobre o uso menos arriscado de drogas, bem como o compartilhamento de estratégias de autocuidado, promovendo também aproximação do usuário ou usuárias de drogas as redes de saúde e assistência. A categoria de —reductor de danos se fortalece no ano de 1997 a partir do surgimento da ABORDA, movimento social que trouxe a tarefa de dar maior visibilidade e legitimidade social aos usuário/as de drogas que estavam desenvolvendo o trabalho de agente comunitário.

A referida estratégia ganha espaço no campo das drogas como medida eficaz para a contenção do alto índice de contágio e disseminação do HIV e de hepatites, através da proposta das “trocas de seringas e agulhas” para os/as usuários/as de drogas injetáveis. Entretanto, tal estratégia também ganha espaço na defesa pela vida, protagonismo dos/as usuários/as de drogas, redução como não abstinência e inserção do tema droga na agenda da política de saúde.

A estratégia de redução de danos foi progressivamente incorporada à legislação brasileira sobre drogas, as políticas de saúde reconheceram a histórica lacuna assistencial prestada aos usuários de álcool e outras drogas. Nesse sentido, a partir da aprovação da Lei Federal nº 10.216/2001, que legitimou o movimento de reforma psiquiátrica na área da saúde mental, os usuários de drogas foram efetivamente aceitos como de responsabilidade da saúde pública, mais especificamente, da saúde mental (MACHADO & BOARINI, 2013, p. 588).

Cabe destacar que a inscrição do tema droga na política de saúde tem como marco a motivação de agentes políticos e trabalhadores da política de saúde mental inseridos no Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde no Brasil, em especial a pessoa de Pedro Gabriel como Coordenador Nacional de Saúde Mental (de 2000 até 2010), como aponta Prudencio (2019). Tal fato impulsionou novos e/ou outros olhares sobre a questão dos/as usuários/as de drogas. Diante disso, tem-se a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que é a primeira conferência a trazer o debate em tela e que aponta rumos necessários para a atenção neste campo, conforme apresentada em seu relatório.

Incorporar na rede de serviços do SUS ações de saúde mental dirigidas a populações específicas, tais como portadores de deficiências múltiplas, usuários abusivos de substâncias psicoativas (drogas) e dependentes químicos, na perspectiva da política de redução de danos, bem como reconhecer os aspectos culturais, étnicos e de gênero envolvidos no surgimento de um transtorno mental (BRASÍLIA, 2002, p. 9).

O tensionamento causado pela ala proibicionista convoca para a mesma data da III Conferência, de 11 até 15 de dezembro de 2001, o II Fórum Nacional Antidrogas com a proposta da criação de ações preventivas e de combate as drogas. Na tentativa exclusiva de esvaziamento da conferência que já se articulava sobre o tema da RD e garantir que a questão das drogas permanecesse no centro do debate da Segurança Pública. Neste mesmo cenário, temos, contraditoriamente, a aprovação da Política Nacional Antidrogas (PNAD) pelo Gabinete de Segurança Institucional que afirma a “guerra às drogas” declarando o empenho pela abstinência



total, a repressão ao uso de drogas e a construção de uma sociedade sem drogas. Diante disso, é evidente a não incorporação da RD nesta política e apenas a legitimação do proibicionismo, o que mostra um contrassenso latente na comparação com a proposta apresentada pelo relatório da III Conferência.

Todavia, é em 2003, com a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e de outras Drogas (PAIUAD), instituída pelo Ministério da Saúde, que a RD passará a ser incorporada na atenção aos usuários de álcool e outras drogas como estratégia profícua na produção de cuidado em rede de saúde, no território, em defesa da vida e com o reconhecimento do/a usuário/a de drogas como sujeito de direitos.

A PAIUAD torna-se a referência para a produção de cuidado em conjunto com os/as usuários/as de drogas e sua família no território. A atenção apresentada pela política coloca os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas como ordenadores da rede e convoca o/a usuário/a de drogas para o seu protagonismo no cuidado, através de ações interdisciplinares que possibilitem o olhar integral sobre o sujeito. Sendo assim, a PAIUAD busca romper com a abstinência como foco do cuidado, os estigmas causados pelos usos de substâncias e o olhar voltado para a droga, convidando assim a uma compreensão sobre o sujeito e sua relação com as substâncias (BRASIL, 2003).

Cabe tensionar que, até os anos 2000, a repressão era a forma como se pensava o trato do tema droga, exclusivamente. E, desde então, mostrou-se dois caminhos para o campo em debate: o do Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça e Segurança Pública; uma vez que mesmo com o avanço no debate da RD através da instituição da PAIUAD, a ala proibicionista não mediu esforços para alavancar o debate e medidas que assegurem a abstinência total e a “guerra às drogas”, e isto ganhará força em 2005, com a Política Nacional sobre Drogas.

A Política Nacional sobre Drogas instituída pela Secretaria Nacional de Política sobre Drogas (SENAD) surge em substituição a Política Nacional Antidrogas, a qual retrata o ápice do proibicionismo no Brasil com descrição de ações de cunho repressivo e punitivo no campo da droga com a demarcação de ações por “uma sociedade livre de drogas ilícitas e do uso incorreto de drogas lícitas”. A Política Nacional sobre Drogas se aproxima da estratégia de redução de danos, porém não se afasta do tom repressivo dado até então, no entanto ela tenta realizar uma distinção entre usuários/as e traficantes de drogas, o que grosso modo, não atende, pois não conseguiu avançar na caracterização mais específica sobre o que representa portar drogas para consumo próprio ou comercialização. Esse é um dos graves erros desta política, deixando a cargo da autoridade policial e/ou o juiz a decisão sobre quem é usuário/a ou traficante de drogas, em uma sociedade que carrega o peso do estigma sobre o uso de tais substâncias e que reforça a raça como prerrogativa para o tráfico.

Diante disso, nota-se avanços relevantes no campo da Saúde Pública na atenção aos usuários de drogas, enquanto na Segurança Pública a referência que se instaura é da Política Nacional sobre Drogas. Sobre tais avanços temos a instituição da Portaria nº 3088/2011 que apresenta a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), localizando a atenção a pessoa em sofrimento psíquico e/ou usuária de álcool e drogas na atenção em rede de saúde. Através dos sete pontos de atenção<sup>4</sup> da RAPS, os quais valorizam a intersetorialidade e integralidade do cuidado em saúde e em redes de cuidado com o objetivo de ampliar e promover o acesso à atenção psicossocial

---

<sup>4</sup> Os setes pontos de atenção encontrados na Portaria nº 3088/2011 são: a atenção básica em saúde, a atenção psicossocial estratégica, a atenção de urgência e emergência, a atenção de caráter emergencial e transitório, a atenção hospitalar, a estratégia de desinstitucionalização e as estratégias de reabilitação psicossocial.

através da garantia da articulação entre os serviços dos pontos de atenção descritos na portaria da RAPS.

Neste mesmo contexto temos uma ampliação nos serviços que compõem a RAPS com o financiamento para a instauração de novos Centros da Atenção Psicossocial (CAPS), como demonstra Gomes (2017, p.57): “em 2002, o país contava com 424 CAPS, passando para 2.209 nos anos de 2014, o que representa um aumento de mais de 500%”. No entanto, o cenário de crescimento não escamoteia a real realidade do trato governamental destinado aos usuários de álcool, crack e outras drogas. É no avançar da RAPS que se nota a deflagração de ações de cunho higienista nas cidades do Espírito Santo, São Paulo e Rio de Janeiro com o recurso a internação compulsória e o enaltecimento das Comunidades Terapêuticas (CTs), em especial nos anos de 2011 e 2012.

Tratar e isolar, assistir e se internar se confundiram. E pós- -tratamento se tornou um acompanhamento após a internação para evitar a recidiva na droga e para apoiar os ex-residentes em a convivência familiar e comunitária destes. Nesse sentido, as comunidades terapêuticas e a centralidade de um modelo de saúde hospitalocêntrico no país contribuíram para uma inversão no cuidado aos usuários de drogas, na medida em que a internação se tornou uma regra e não a exceção (LIMA, 2016, p. 162).

As CTs ganham espaço na Portaria nº 3088/2011 e se expandem com a “Nova Política de Saúde Mental” que traz profundos retrocessos para a RAPS com a Portaria nº 3588/2017 e Resolução nº 01/2018 do Conad, as quais assumem que o cuidado aos usuários de drogas deve ser realizado nas comunidades terapêuticas através da lógica hospitalocêntrica, médico centrada e medicalizada, ancorada pela abstinência em negação com a estratégia de redução de danos e cuidado no território. Com uma terapêutica centrada no culto religioso de cunho cristão e trabalho forçado (laborterapia).

Já no campo da Segurança Pública, em 2019 a Política Nacional sobre Drogas sofre alterações através do Decreto nº 9761/2019 que institui a Lei 13.840/2019 a qual amplia o número de pessoas que podem solicitar a internação involuntária de usuários/as de drogas, sem alteração no serviço destinado para o cuidado neste campo. Logo, a referida lei também assume as comunidades terapêuticas como espaço de referência no cuidado em saúde mental no campo da droga e nega os CAPS AD (pois tal serviço se quer é citado na referida política) como espaço de atenção em saúde.

Com isso, observa-se que o proibicionismo às drogas e a “guerra às drogas” são campos de disputa na Saúde Pública e na Segurança pública desde a constituição de uma política de atenção aos usuários de drogas e na contenção do tráfico de drogas. No entanto, a formatação do cuidado e do controle da comercialização teve nuances e avanços distintos, conforme aqui apresentado: um calcado na estratégia de redução de danos e o outro na repressão. Contudo é a partir de 2017 que o caminho para se pensar o tema droga toma rumos iguais, seja na saúde ou na segurança pública, pois a lógica proibicionista ganha o contorno das ações nestas áreas e afirma que o caminho deve ser realizado via isolamento, distanciamento social e/ou não cuidado no território. Uma vez que a tônica da atenção passa a ser priorizada via comunidades terapêuticas e suas ações de cunho compulsório para os/as usuários/as de drogas e para os traficantes de drogas via encarceramento.

### **3. A política sobre drogas no Orçamento Público Federal: vigia, pune ou cuida?**

O Governo Federal apresenta, através do Ministério da Saúde e Segurança Pública, uma política de atenção ao campo das drogas que busca cumprir diversos objetivos, tais como: prevenção, combate ao uso, atendimento ao usuário, seja por meio de tratamento, como também em programas de acolhimento e assistência social. As políticas e programas implementados podem estar ligados a inúmeras funções como: assistência social, educação, justiça e saúde. Mas é importante saber, de acordo com o Orçamento Público Federal, quanto foi destinado a tais programas até o ano de 2021.

Em 2021, o Instituto de Política Econômica Aplicada (Ipea) publicou o relatório da análise das políticas públicas sobre drogas do Governo Federal. O relatório analisa o período de 2005 a 2019, a fim de apresentar quanto foi investido na prevenção, no cuidado e no combate às drogas, através da execução orçamentária dos Planos Plurianuais. O Plano Plurianual é o planejamento estratégico governamental juntamente com as diretrizes orçamentárias e os orçamentos anuais.

O Plano Plurianual compreende os 3 anos do governo atual e 1 ano do governo subsequente. Dessa maneira, a análise dos dados foi feita com base nos seguintes governos: 2005 a 2010 o primeiro e segundo mandato do governo de Luis Ignácio Lula da Silva, 2011 a 2015 o primeiro mandato e o primeiro ano, até o golpe do governo de Dilma Rousseff, 2016 a 2018 governo Michel Temer e 2019 governo Jair Messias Bolsonaro.

O principal objetivo desta pesquisa é mensurar quanto é gasto na política nacional voltada para as drogas pelo Governo Federal por meio da execução orçamentária. A principal dificuldade encontrada neste trabalho foi a impossibilidade de quantificar todas as ações desenvolvidas, uma vez que muitas delas são implementadas em conjunto com outras medidas que não são voltadas ao tema, ou porque se encontram em níveis de detalhamento na peça orçamentária cuja execução não se encontra disponível ou não se pode mensurar. Cabe aqui, portanto, uma crítica em relação ao planejamento orçamentário voltado a esta causa, pois parte dele se torna difícil de mensurar e, por consequência, de se analisar sua efetividade. Uma melhor distinção de diversas atividades voltadas para as políticas sobre drogas iria contribuir para uma melhor implementação e fiscalização dessas políticas públicas (IPEA, 2021, p.82).

Os gastos com a política sobre drogas foram desempenhando através de diversos ministérios, entre eles: o Ministério da Justiça e Segurança Pública; Ministério da Saúde; Ministério do Desenvolvimento Social; Ministério da Cidadania; Ministério das Relações Exteriores; Ministério da Mulher, da família, dos Direitos Humanos e Ministério da Educação; assim como suas secretarias de atenção a temática, que ao longo de 15 anos podem ter sofrido “alterações e junções”, a partir de reformas ministeriais promovidas pelos governos a época. Para este estudo do Ipea (2021) foi identificado, então, os seguintes órgãos: Ministério da Saúde, Ministério da Justiça e Segurança Pública, Presidência da República, Ministério da Cidadania, Ministério do Desenvolvimento Social, Ministério das Relações Exteriores, Ministério da Mulher,

da Família, dos Direitos Humanos, Secretaria dos Direitos Humanos, Defensoria Pública da União, Ministério da Educação, órgãos da Segurança Pública da União, Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo e Departamento Penitenciário Nacional<sup>5</sup>.

O quadro abaixo, adaptado da tabela original do Ipea 2021<sup>6</sup>, aponta para alguns gastos direto com a política de drogas, especificamente com os programas ligados ao Ministério da Saúde e Ministério da Justiça, optando-se por trazer dados de períodos de, pelo menos 1 ano, de cada um dos governos compreendidos nos períodos de 2005 a 2019. Ressalta-se ainda que o dotamento orçamentário é como base nos Planos Plurianuais:

**Tabela 1:** Gastos direto com a política de drogas pelo Ministério da Saúde

Ano	Ministério da Saúde	Ministério da Justiça	Total Gasto
2005	37.476.199	143.801.375	190.406.004
2010	36.799.602	202.145.695	419.579.691
2014	1.554.365.303	227.028.614	1.781.393.917
2018	34.368.533	412.860.397	447.228.930
2019	22.683.341	421.230.765	476.863.640

Fonte: IPEA, 2021

Destaca-se, para fins de conferência da soma total de cada ano, que existe ainda programas desempenhados diretamente pela própria Presidência da República que são R\$ 9.128.430 em 2005 e R\$11.208.168 em 2010, e ainda R\$169.426.226 em 2010 gastos pelo Ministério da Cidadania.

O relatório do Ipea (2021) apresenta não somente os gastos diretos com a política sobre drogas, mas também os gastos indiretos. Nesse montante são observados além dos gastos do Ministério da Justiça, Ministério da Saúde, também os do Ministério do Desenvolvimento Social que, posteriormente, será designado ao Ministério da Cidadania.

No Ministério da Saúde, os programas e ações sobre drogas são desenvolvidas pela Secretaria de Atenção à Saúde.

A principal contribuição do Ministério da Saúde consiste no fortalecimento da rede no aspecto da saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas. Além de garantir o auxílio-reabilitação psicossocial para pessoas em sofrimento mental, egressas de internação em hospitais psiquiátricos, inclusive em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, cuja duração tenha sido por um período igual ou superior a dois anos. (IPEA, 2021, p.15)

Vejam na tabela a seguir os gastos diretos e indiretos com drogas do Ministério da Saúde. Teremos com base os anos de 2005, 2010, 2014 e 2019. O quadro apresenta valor dotado e valor pago, o que foi previsto do programa e o que foi finalmente executado, como determina a Lei Orçamentária:

<sup>5</sup>Para maiores informações, disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/pubpreliminar/210510\\_analise\\_das\\_politicas\\_publicas\\_sobre\\_drogras\\_n\\_o\\_orcamento\\_federa\\_2005\\_a\\_2019.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/pubpreliminar/210510_analise_das_politicas_publicas_sobre_drogras_n_o_orcamento_federa_2005_a_2019.pdf)

<sup>6</sup> Para saber mais: <https://www1.siop.planejamento.gov.br>

**Tabela 2:** Gastos diretos e indiretos com a política de drogas do Ministério da Saúde

Ano	Valor Previsto	Valor Pago
2005	86.295.071.341	78.424.501.929
2010	113.334.679.389	104.053.220.048
2014	141.969.114.212	126.018.389.557
2018	137.577.328.277	123.131.205.731
2019	136.003.089.498	126.850.600.568

Fonte: IPEA, 2021

As ações do Ministério da Saúde são intersetoriais e nesses 15 anos, podemos destacar 8 ações especificamente sobre drogas:

Ação 8529 - Serviços Extra-Hospitalares de Atenção aos Portadores de Transtornos Mentais e de Transtornos decorrentes do Uso de Álcool e outras Drogas;

Ação 0843 - Auxílio-Reabilitação Psicossocial aos Egressos de Longas Internações Psiquiátricas no Sistema Único de Saúde;

Ação 20AI - Auxílio-Reabilitação Psicossocial aos Egressos de Longas Internações Psiquiátricas no Sistema Único de Saúde (De Volta Pra Casa);

Ação 6233 - Implantação e Implementação de Políticas de Atenção à Saúde Mental; Ação 20B0 - Atenção Especializada em Saúde Mental;

Ação 6177 - Implementação de Políticas de Atenção à Saúde do Adolescente e Jovem A Área Técnica de Saúde de Adolescentes e Jovens;

Ação 8535 - Crack é possível vencer;

Ação 8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade (IPEA, 2021, p.16).

Como já dito no parágrafo anterior, as ações do Ministério da Saúde são intersetoriais, o que dificulta, de certa maneira, um levantamento mais preciso das ações destinadas a programas de saúde mental, diretamente, entre os anos de 2005 e 2007. No entanto, para o referido período foi previsto um total de R\$ 66.344.710 e foi, efetivamente, gasto R\$ 39.671.499 com Ações Extra-Hospitalares de Atenção a Pessoas em Sofrimento Psíquico Grave e Transtornos do Uso de Álcool e outras Drogas, conforme aponta análise do Ipea (2021). Outro ponto que merece destaque na análise deste capítulo é que, com a implantação e implementação de Políticas de Atenção à Saúde Mental, em 15 anos foi previsto um orçamento total de R\$ 111.472.342 e pago efetivamente R\$ 18.650.566.

Essa ação possui uma baixa execução orçamentária ao longo dos últimos 15 anos. Foram liquidados R\$ 20,4 milhões, o que representa apenas 18% da dotação orçamentária reservada à ação. O destaque vai para 2013, período em que se aplicou apenas 2% do total da dotação anual. Do valor aplicado nesta ação, 99,63% foram destinados para pagamento de custeio e 0,37% direcionados para investimentos (IPEA, 2021, p.22)

Em se tratando do Ministério da Justiça e Segurança Pública, onde está alocada a Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas – SENAD, instituída com base na Lei 11.343/2006, tem por missão garantir a aplicação da contenção da venda e compra de drogas, e

“em razão de crimes relacionado às drogas e tem por objetivo promover a ordem jurídica com a gestão de ativos e reduzir a oferta de drogas no País”, conforme apresenta o site do Ministério da Justiça e Segurança Pública<sup>7</sup>, ainda a SENAD atua “em dois eixos no âmbito da política sobre drogas: redução da oferta de drogas e combate ao tráfico de drogas e crimes conexos; e gestão dos recursos apreendidos em decorrência de atividades criminosas relacionadas às drogas e crimes conexos”.

Em se tratando de despesas relativas sobre drogas, destacam-se 8 programas: Programa 0662 - Combate à Criminalidade (PPA 2004-2007 e PPA 2008-2011), Programa 0665 - Gestão da Política Nacional Sobre Drogas (PPA 2008-2011), Programa 1453 - Nacional de Segurança Pública com Cidadania – PRONASCI (PPA 2008-2011), Programa 2060 - Coordenação de Políticas de Prevenção, Atenção e Reinserção Social de Usuários de Crack, Álcool e outras Drogas (PPA 2012-2015), Programa 2065 - Proteção e Promoção dos Direitos dos Povos Indígenas (PPA 2012- 2015), Programa 2070 - Segurança Pública com Cidadania (PPA 2012-2015), Programa 2081 - Justiça, Cidadania e Segurança Pública (PPA 2016-2020), Programa 2085 - Redução do impacto social do álcool e outras drogas: Prevenção, Cuidado e Reinserção Social (PPA 2016-2020). Para fins de comparação, trouxemos o orçamento previsto e liquidado pelo Ministério da Justiça e Segurança Pública, durante os 15 anos pesquisados: total previsto R\$ 232.825.057.217, total gasto R\$ 193.730.344.404.

As ações destes programas vão desde o combate ao crime organizado, ao tráfico ilícito de drogas e armas como também à ação Nacional de Enfrentamento ao Álcool e Outras Drogas, incluindo a Prevenção de Uso e/ou Abuso de Drogas. Essa ação, especificamente, foi também executada pelo Fundo Nacional Antidrogas. Entre os anos de 2005 e 2019 as ações de Combate ao Crime Organizado, ao Tráfico Ilícito de Drogas e Armas e à Lavagem de Dinheiro, tiveram uma dotação orçamentária de R\$ 2.924.027.565 e um gasto total de R\$ 1.935.502.617.

A política para drogas concentra suas atividades no Ministério da Saúde, Ministério da Justiça e Segurança Pública e Ministério da Cidadania, que ao longo desses 15 anos vem assumindo os gastos direto com a política de drogas. O estudo que se apresenta busca mostrar uma análise no incentivo a ações realizadas pelo Ministério da Saúde e Ministério da Justiça e Segurança Pública no campo da droga, e deixa claro que o Ministério da Saúde, ao longo destes 15 anos, obteve R\$ 7,3 bilhões para as ações nesta área de forma intersetorial, representando assim 0,44% dos gastos. Enquanto as ações realizadas pelo Ministério da Justiça e Segurança Pública garantiram, nestes 15 anos, uma soma de 3,3 bilhões que correspondem a 1,68% do montante aplicado neste Ministério destinado ao gasto com drogas.

Diante disso, apesar do valor destinado as ações do Ministério da Saúde ser um valor maior em relação ao montante destinado ao Ministério da Justiça e Segurança Pública, a efetivação dos gastos no campo da droga se refere a uma porcentagem inferior. Ou seja, pode-se destacar, a partir da análise do Ipea (2021), que o valor correspondente ao Ministério da Justiça representa um percentual três vezes maior de investimento na relação analítica com o Ministério da Saúde. E que tal investimento destinado a efetivação da “guerra às drogas” não representou ações efetivas no campo da droga e ainda menor no trato de usuários/as e traficantes de drogas, pois, a longo prazo, nota-se uma redução grotesca no número de ação neste ministério na comparação com a crescente das ações realizadas pelo Ministério da Saúde.

---

<sup>7</sup> Para maiores esclarecimento, disponível em: <https://www.justica.gov.br/sua-protacao/politicas-sobre-drogas/conheca-a-senad>. Acesso em: 10 jun. 2021.

#### 4. Usuário/a ou traficante: raça, classe e gênero como analisadores da criminalização e medicalização

Os dados analisados anteriormente suscitam a necessidade de reflexão, também, sobre os efeitos do proibicionismo, enquanto política e lógica, nas dimensões macro e micropolíticas, nos campos da justiça e da saúde. Permitem o desmascaramento do discurso oficial que “prega” a proteção à saúde e a segurança pública, e demonstram a seletividade penal, de aplicação da lei e de cuidado, explicitando que a proibição do uso destas substâncias consiste na criminalização e/ou patologização das pessoas que compõem estes grupos étnicos, como parte da criminalização da pobreza baseada no mito da periculosidade de pessoas pobres, pretas e periféricas.

Quer se trate de justiça ou de medicina é a mesma ordem que está em jogo. Uma impõe sua manutenção inscrevendo-a na objetividade das leis e combatendo suas transgressões através de sanções. A outra detecta em cada pessoa uma distância com relação às suas normas e tenta anulá-las com remédios. (CASTEL, *apud* SILVA, 2013, p. 1)

Para desvendar a retórica humanista e prática punitivista, tanto no sistema penal como no SUS e no sistema socioeducativo, é crucial entender quais lógicas sustentam a seletividade penal, da aplicação da lei e do cuidado na distinção entre usuário/a e traficante. Conforme Ribeiro Júnior (2016, p.603)

Observa-se um amplo grau de discricionariedade na legislação que prevê a política criminal sobre drogas, ao passo que o art. 28, § 2º, da lei federal 11.343/06 assevera que a distinção entre o usuário e o traficante de drogas é pautada nas condições pessoais e sociais da pessoa flagrada com a substância proscrita. Desta sorte, a política criminal sobre drogas é utilizada como subterfúgio para viabilizar práticas racistas e classistas.

A lógica proibicionista tem sido presente no sistema penal, transformando o uso e a circulação de drogas, que deveriam estar associados à questão social e às políticas públicas de saúde, e, ao invés disso, são reduzidas à questão penal, cuja proibição é a principal responsável pelo super encarceramento e por violações aos direitos humanos que resultam em superlotação carcerária. O processo de criminalização, pautado na distinção entre usuários/as e traficantes, denuncia que a política criminal enfoca na prisão de usuários/as de drogas e de pequenos traficantes em situação de grande vulnerabilidade social.

Com a Lei de Drogas (11.343/06), tem havido um constante do quantitativo de pessoas presas por tráfico em que a atuação das polícias se dá, predominantemente, por flagrante e autos de resistência, desembocando na prisão de milhares de pessoas as quais, em sua maioria, são negros, pobres, sem oportunidade de acesso a bom grau de ensino, presos, em sua maioria, desarmados e sozinhos. “Sendo representativa a presença de pequenos traficantes não violentos, primários, presos em flagrante sozinhos e desarmados em nosso sistema penitenciário [...]” (BOITEUX, 2014, p.84). Este perfil evidencia como a lógica repressiva enfoca na prisão de usuários/as, como se traficantes fossem, e de pequenos traficantes que atuam no varejo, sem

vínculo com organizações criminosas, sem armas e em situação de extrema vulnerabilidade social.

Assim, a política de repressão, longe de proteger a saúde pública, é um mecanismo de criminalização da pobreza nas necessidades de regulamentação da vida na sociedade capitalista. A partir da perspectiva foucaultiana, Ribeiro Júnior afirma que “A biopolítica se vale de diversos dispositivos para perpetuar a dominação de um grupo sobre o restante. A criminalização de determinadas drogas, portanto, deve ser analisada a partir desta perspectiva: enquanto dispositivo de dominação” (2016, p.549).

O processo da criminalização de usuários/as e traficantes de drogas, desde o início, e sobretudo com a lei de 2006, tem sido a concretização do racismo como fundamento e objetivo não revelado das práticas proibicionistas. A seletividade não se expressa apenas na criminalização das substâncias, mas também na aplicação da lei e aos sujeitos/grupos considerados delituosos. Baseia-se em estereótipos do “elemento suspeito” ou da “atitude suspeita”, que, no cotidiano do exercício do poder de polícia, criminalizam um grupo social vulnerável muito bem representado/visível no sistema carcerário: jovens pobres, em sua maioria negros, que vivem nas periferias dos grandes centros urbanos (CARVALHO, 2013). Este critério de distinção dá margem à reprodução de preconceitos sociais e raciais, que faz com que muitos dos/as usuários/as pobres sejam enquadrados como traficantes enquanto aqueles com condições mais privilegiadas sejam facilmente enquadrados no tipo penal do artigo 28.

Caracterizado por lógicas e práticas subjetivas de diferenciação, e que não oferecem critérios mínimos de segurança, bem como, o grande poder delegado às autoridades na tipificação da infração, sem qualquer critério garantista mínimo de proteção contra o arbítrio estatal punitivo desdobra em exponencial número de usuários/as presos como se fossem traficantes.

A partir da comparação dos presos e dos critérios de quantidades limites-QL's, é possível concluir que se o Brasil adotasse o critério de QLs da Espanha 69% das pessoas presas por posse de maconha e 19% dos presos por posse de cocaína da população carcerária pesquisada no Estado de São Paulo teriam sido consideradas usuárias (e não traficantes de drogas) e não teriam sido presas. Tal estudo só evidencia o quão irracional é o nosso sistema de drogas ao enunciar formalmente a descarcerização do usuário e manter práticas encarceradoras dos mesmos (RIBEIRO JUNIOR, 2016, p. 605).

A discricionariedade existente na atual legislação sobre drogas em vigência no Brasil, segundo Ribeiro Júnior (2016), é um dispositivo que viabiliza a prática de racismo e a gestão da vida e da morte da juventude negra e periférica – principal foco da atual política sobre drogas. Além disso, é fundamental ressaltar que o proibicionismo é também um dispositivo de necropolítica, cuja passagem da biopolítica, conforme Mbembe (2018) inverte o binômio fazer viver e deixar morrer apresentado por Foucault para fazer morrer e deixar viver, é uma forma de governamentalidade também complexa, mas com consequências mais trágicas e “gera uma distribuição racional da morte através da criação da figura do inimigo social e que garante a impunidade daqueles que gerem estas práticas em nome da defesa da sociedade” (RIBEIRO JUNIOR, 2016, p. 600).



Transversalizando macro e micropolítica, percebe-se a criação de um solo subjetivo que é marcado pela separação entre cidadão de bem e inimigo social, que leva à uma política de cárcere e morte em larga escala, via proibicionismo, como principal agente do genocídio do jovem negro e periférico. Gestado pelo Estado, tem a cumplicidade da mídia que produz pânico moral e a equivocada lógica da epidemia de drogas, noticiando e desumanizando a figura do traficante e usuário/a pobre, preto e periférico em contraponto com o/a usuário/a e traficante branco de classe média, o que é reproduzido pela sociedade. Assim, o/a usuário/a é sujeito a violências e exposto como inimigo interno da sociedade, “facilmente” identificado como usuário/a criminoso/a.

Os diferentes abusos e as diversas violências e violações cometidos contra estas pessoas são relevados a partir da construção de um estado de exceção sob o pretexto de combater o inimigo. Conforme afirma o autor, “A utilização das políticas criminais sobre drogas é um dispositivo que permite a criminalização de determinadas pessoas e justifica as inúmeras violências cometidas com o escopo de realizar o controle (de vida e de morte) destas pessoas” (ibidem, p. 600).

Desta forma, é preciso afirmar que o proibicionismo causa mais danos do que o uso de drogas mais problemático, revelando questões de raça, classe e gênero, uma vez que, no mundo todo, o sistema penal resulta de um processo de criminalização altamente seletivo e desigual de pessoas qualificadas como criminosas. E em relação às mulheres, a seletividade penal e de aplicação da lei afeta ainda mais a mulher negra, considerando a sua vulnerabilidade de gênero, social e econômica e como analisador do processo de discriminação racial, em uma tríplice estrutura de dominação caracterizado pelo “capitalismo patriarcal colonial, que sustenta a opressão, as desigualdades, a violência, a subalternização, a marginalização, a exploração, a vulnerabilidade e a exclusão social, e que coloca em um extremo o homem branco rico e no outro a mulher negra pobre” (LIMA, et al, 2016, p. 71).

Depois de 2006, o super encarceramento também tem sido caracterizado pela maior criminalização de mulheres, que em sua maioria não tinham antecedentes e foram detidas com pequenas quantidades de droga, por conta da nova norma. “Geralmente são mães solo, chefes de família para quem o aprisionamento dilacera esse núcleo familiar” (CONNECTAS, 2014,s/p). Luciana Boiteux (2014) afirma que no período de 2007 a 2012 houve o aumento de 77,11% de encarceramento de mulheres, tendo praticamente dobrado o número de presas por tráfico neste período. É necessário considerar que, embora em termos absolutos haja mais homens encarcerados por tráfico de drogas, em termos relativos, as mulheres estão super representadas entre os condenados por esta tipificação.

Deste modo, a criminalização das mulheres se dá pela aliança da estrutura patriarcal e pela guerra às drogas. Mulheres e meninas, na cadeia de abastecimento de drogas ilícitas, geralmente possuem ligações menores, entretanto, a aplicação do direito penal é pelo encarceramento por delitos relacionados à proibição das drogas, principalmente delitos não violentos, mais do que para qualquer outro crime.

De acordo com o Departamento Penitenciário Nacional – DEPEN (2018), e do INFOPEN Mulheres (2017), o país está na 4ª colocação de maior população carcerária feminina, sendo que em 2016 tinha 42.355 mulheres privadas de liberdade, em sua maioria jovens negras, entre 18 e 29 anos, com baixa escolaridade, solteiras e com filhos. Colocada como o outro do outro (outro do homem e o outro do branco), uma antítese da masculinidade e da branquitude,

está na posição mais vulnerável na supremacia patriarcal e colonial do capitalismo e isso está escancarado no sistema prisional.

Desde o processo de tipificação ao encarceramento, as mulheres são atravessadas por uma maior vulnerabilização de gênero, raça e classe, para além da privação de liberdade, esgarçamento de laços afetivos, abandono familiar, entre outros. As mulheres reduzidas à “condição de homens que menstruam”, são desumanizadas ao terem direitos fundamentais negados e suas demandas negligenciadas, uma face cruel da necropolítica com o braço do proibicionismo, que é ainda invisibilizada e pouco discutida socialmente.

O proibicionismo é hegemônico, também, no campo da atenção psicossocial voltada para usuários/as de drogas, especialmente desde 2012, com a entrada das comunidades terapêuticas na rede de atenção psicossocial- RAPS, com o tratamento baseado na privação de liberdade, abstinência, laborterapia e religiosidade. Temos assim, duplo processo excludente: da criminalização e de medicalização de usuários e usuárias de droga. Tal processo revela o projeto de super encarceramento e institucionalização em instituições totais (manicomiais, prisionais, socioeducativas) e da aliança perversa entre os poderes psiquiátrico, jurídico e religioso, cuja produção do inimigo social é marcada pelas lógicas da periculosidade, da incapacitação, da patologia, da moralização e demonização, e isenção/ violação de direitos.

A construção do inimigo sobre a figura do jovem pobre continua existindo, após o fim da ditadura, ocorrendo inclusive um recrudescimento do controle punitivo sobre drogas, com a substituição do antigo inimigo político, o subversivo, para o inimigo político criminal, o traficante. [...] reflexo deste controle desumano e desigual que é o controle penal proibicionista das drogas, que criminaliza o traficante e medicaliza o usuário [...]. (RIBEIRO JUNIOR, 2016, p. 600)

É importante ressaltar que a relação entre a Medicina Psiquiátrica e a Justiça no controle do uso de droga já vinha se constituindo desde as primeiras décadas do século XX. Nos últimos anos, percebe-se que o discurso construído acerca do uso de droga, especialmente do crack, rompe e desvia dos ideais da Reforma Psiquiátrica e promove o aumento vertiginoso/vergonhoso das estratégias segregacionistas, punitivas, num contínuo entre punição-tratamento-punição. Visto como epidemia grave e urgente ao/a usuário/a é tratado como perigoso, capaz de cometer delitos e atos violentos pra sustentar seu *vício*, sem autocontrole e incapaz de gerir sua própria vida. Respondendo à demanda higienista/ segracionista, em defesa da segurança e saúde pública e individual, a internação (voluntária, involuntária ou compulsória) é colocada como a principal estratégia. (SILVA, 2013)

A medicalização de usuários e usuárias de drogas tem se pautado na associação do uso de drogas com a periculosidade e com a loucura, também tida como perigosa – servem como justificativa para a internação em defesa da sociedade e suposta proteção, do mesmo modo que as instituições sócio-educativas e prisionais. O alvo dessas ações são, preferencialmente, as pessoas oriundas da classe trabalhadora, negra e pobre. Esse cenário é analisador do compromisso histórico da psiquiatria com código moral colonial, patriarcal e capitalista.

A rede de criminalização das drogas criou um circuito discursivo vicioso sobre o/a usuário/a de drogas, visto tanto como um “doente”, como também um agente promotor do tráfico de drogas, portanto, um agente da rede criminosa. Nessa visão estereotipada “como

aquele responsável pelo fortalecimento do tráfico de drogas ilícitas e, conseqüentemente, uma bizarra situação de uma doença ilícita” (AZEVEDO; SOUZA, 2017, p.494).

Para além da associação entre drogas e tráfico ilegal, foi preciso constituir um regime de verdade sobre o/a usuário/a de drogas que apontasse, a partir da figura do dependente químico e em grave situação de saúde, o destino de todos/as os/as usuários/as de drogas, prossegue o autor. Ao invés do estado de loucura ser confirmado pela existência dos delírios, passou-se a considerar o comportamento impulsivo, em que a justiça se torna cada vez mais terapêutica e a medicina, cada vez mais jurídica (AZEVEDO; SOUZA, 2017).

O tratamento tem sido pautado, hegemonicamente nas instituições totais, pela lógica da abstinência como tratamento, aliada ao ideal de um mundo livre das drogas. Assim, conforme os autores, quando a pessoa que usa drogas é reduzida à drogada/perigosa/delituosa/criminosa, seu lugar na saúde se dá compulsoriamente ou na condição de quem pretende parar de usar drogas, em que é convocada a falar e assumir o lugar de arrependida e comprometida a parar de usar drogas, a “ficar limpa”.

## 5. Considerações Finais

A problematização da ‘guerra às drogas’ denota que essa política hegemônica tem produzido grandes impactos contraditórios, como o super-encarceramento, a grande internação, morte, entre outros. Do ponto de vista ético, legal e social, pode-se considerar que os efeitos sobre a saúde pública se tornam danosos duplamente, tanto pela exclusão e estigmatização do/a usuário/a de drogas, como pelas medidas impositivas, repressivas, compulsórias e punitivas que violam direitos humanos e produzem diversas violências.

Colocar em análise os territórios das denominadas “cracolândias” e do cárcere (penal ou da saúde), é explicitar como as medidas sanitárias podem ser tão repressivas quanto as medidas punitivas do sistema penal, pela falácia da epidemia e associação com a conduta violenta e criminosa.

[...] são vistas como terras sem lei habitadas por pessoas sem qualquer resquício de humanidade: não têm nome, rosto, nem história. São seres capazes de qualquer coisa em nome de seu vício, e que por isso ameaçam a sociedade. São aglomerados de corpos que colocam suas mazelas para serem vistas a olhos nus (SILVA, 2013, p. 19).

No contexto da última década, com o “fenômeno do crack”, a legislação da Reforma Psiquiátrica tem sido utilizada para justificar a internação de usuários/as de drogas, contrariando a tentativa progressiva, em defesa da descriminalização e direitos de uso, do antiproibicionismo e articulação com as lutas antimanicomiais. Prevista em lei, a recorrência à internação compulsória tem sido equiparado o/a usuário/a de drogas a pessoa com sofrimento psíquico grave, baseado em laudo médico que ateste a situação clínica de “doente/ dependente/incapaz” de responder por si, mas cabe ao juiz, posteriormente, tomar a decisão e definir o destino.

Desvelar as forças do poder psiquiátrico e jurídico no campo das drogas permite o escancaramento dos processos de criminalização e medicalização, a partir da construção do inimigo e da retirada de seus direitos, dentre eles o da vida. São expressões da bio e necropolítica, que deixam viver e fazem morrer, também a partir da sua localização de classe, gênero e raça.

Conforme Souza e Azevedo (2017), apesar do biopoder não ter inventado o racismo, a partir de teorias criminais e psiquiátricas ao longo do século XX, permitiu o atrelamento a um conjunto de práticas voltadas para as raças ditas ‘perigosas’ e ‘degeneradas’. Em nome da proteção à vida, tal poder possibilita uma investida estratégica sobre os/as usuários/as de crack em situação de rua, porque eles expressam, em seu quadro, uma relação direta com esse imaginário de atentado contra a vida, de periculosidade para os outros e para si, evocando as intervenções dos saberes e poderes agenciados.

Por último, aplicam-se as ações de internação e segregação de um grupo populacional – acobertando, através de discursos tecnicistas, sua vocação totalitária –, apoiadas em ações profiláticas de defesa social contra a “degeneração”, as quais representam tais indivíduos notadamente de caráter discriminatório e racista. Assim, pode-se afirmar que a guerra às drogas é aos sujeitos que a usam, portanto é mais nociva, do que o uso problemático.

## Referências

AZEVEDO, A. O.; SOUZA, T. de P. Internação compulsória de pessoas em uso de drogas e a Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 491-510, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/T78xrxYK8j4bBYXDPSZWXvR/abstract/?lang=pt> . Acesso em: 10 jun. 2021.

BOITEUX, L. Drogas e cárcere: repressão às drogas, aumento da população penitenciária brasileira e alternativas. In: SHECARIA, S. S. (Org.). **Drogas: uma nova perspectiva**. São Paulo: IBCCRIM, 2014.

BRASIL. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 143, p.2, seção 1, 24 de agosto de 2006. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm). Acesso em: 04 maio 2021.

BRASIL. Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019. Altera a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, v. 108, p. 2, seção 1, 06 de junho de 2019. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm). Acesso em: 31 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2005b. Disponível em: [http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cuidados\\_prevencao\\_drogas/obid/publicacoes/Livros/Legisla%C3%A7%C3%A3o%20e%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas%20sobre%20Drogas%20no%20Brasil.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cuidados_prevencao_drogas/obid/publicacoes/Livros/Legisla%C3%A7%C3%A3o%20e%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas%20sobre%20Drogas%20no%20Brasil.pdf). Acesso em: 28 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, v. 229, seção 1, p. 94, 27 de novembro de 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, seção 1, p. 236, 22 de dezembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0210IIIcnsm.pdf>. Acesso em: 27 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CARNEIRO, H. Transformações do significado da palavra “droga”: das especiarias ao proibicionismo contemporâneo. In: VENÂNCIO, R. P.; CARNEIRO, H. **Álcool e drogas na História do Brasil**. São Paulo: Alameda; Belo Horizonte: Editora PUCMinas, 2005.

CARVALHO, S. **A política criminal de drogas no Brasil: estudo criminológico e dogmático**. 8 ed. São Paulo: Saraiva 2016.

CARVALHO, S. Nas Trincheiras de uma Política Criminal com Derramamento de Sangue: depoimento sobre os danos diretos e colaterais provocados pela guerra às drogas. **Revista da EMERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 63, p. 46-69, 2013. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/334899446\\_Nas\\_Trincheiras\\_de\\_uma\\_Politica\\_Criminal\\_com\\_Derramamento\\_de\\_Sangue](https://www.researchgate.net/publication/334899446_Nas_Trincheiras_de_uma_Politica_Criminal_com_Derramamento_de_Sangue). Acesso em: 10 jun. 2021.

CONNECTAS. Mapa das Prisões. **Conectas: direitos humanos**, [s.l.], 27 de novembro de 2014. Disponível em: <http://www.conectas.org/pt/noticia/25378-mapa-das-prisoas>. Acesso em: 11 abr. 2017.

CUNHA, A. S.; RIBEIRO, C. C.; PONTES, K. V.; et al. Publicação Preliminar – 2021 – Maio. Análise das Políticas Públicas sobre Drogas no Orçamento Federal – 2005 a 2019. **IPEA**, Brasília, 12 de maio de 2021. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=37958&Itemid=457](https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=37958&Itemid=457). Acesso em: 10 jun. 2021.

IORE, M. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos estud. CEBRAP**, São Paulo, v.92, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-33002012000100002&lng=en&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002012000100002&lng=en&nrm=isso). Acesso em: 27 maio 2021.

GOMES, T. M. S. Reflexões sobre o Processo de Implementação da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas no Brasil Neoliberal. In: DUARTE, M. J. O.; PASSOS, R. G.;

GOMES, T. M. S. **Serviço Social, Saúde Mental e Drogas**. Rio de Janeiro: Papel Social, 2017.

LIMA, C. F.; OLIVEIRA, T. F.; XAVIER, M. P.; et al. A tríplice estrutura de dominação: quem é o outro do outro no capitalismo patriarcal colonial? **Mnemosine**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 71-83, 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/48316>. Acesso em: 10 jun. 2021.

MACHADO, L. V.; BOARINI, M. L. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 33, n. 3, p. 580-595, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932013000300006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000300006&lng=en&nrm=iso). Acesso em 23 maio 2021.

MALHEIROS, L. **Tornar-se mulher usuária de crack**: trajetória de vida, cultura de uso e políticas sobre drogas no centro de Salvador-BA. Dissertação (Mestrado em Antropologia) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/28468>. Acesso em: 10 jun. 2021.

MBEMBE, A. **Necropolítica**. São Paulo, SP: n-1 edições, 2018.

RIBEIRO JUNIOR, A. C. As drogas, os inimigos e a necropolítica. **Cadernos do CEAS**, Salvador, n. 238, p. 595-610, 2016. Disponível em: <https://cadernosdoceas.ucsal.br/index.php/cadernosdoceas/article/view/251>. Acesso em: 10 jun. 2021.

SILVA, C. C. R. A aliança entre justiça e psiquiatria no controle do uso de droga: medicalização e criminalização na berlinda. **Revista EPOS**; Rio de Janeiro – RJ, v. 4, n. 1, 2013. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2178-700X2013000100004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-700X2013000100004). Acesso em: 10 jun. 2021.

# MATERNIDADE PARA QUEM? MULHERES NEGRAS, CUIDADO COLONIAL E DROGAS\*<sup>1</sup>

Rachel Gouveia Passos  
Jessica Taiane da Silva

## 1. Introdução

Em março de 2020, o Jornal *Agência Pública* publicou a seguinte manchete: “Nas maternidades, a dor também tem cor”<sup>2</sup>. O texto apresenta experiências vivenciadas cotidianamente por mulheres negras nas maternidades e, também, resgata o ponto central da questão de iniquidades em saúde no Brasil. Dentre os depoimentos, está o de Michele Monteiro, 42 anos, negra, que implorava por anestesia e pela cesárea e, durante o intervalo das intermináveis contrações, ouviu da equipe: “Mas como? Você teve quatro filhos, dois normais (...) por que você não tenta mais um? Você é forte, vai conseguir.”

Em outubro de 2020, Maiara Oliveira da Silva e sua família, juntavam dinheiro para descobrir o sexo do bebê que a jovem esperava. Entretanto, o sentimento de expectativa pela chegada do novo membro da família foi convertido em luto e preocupação após a gestante, de 20 anos, negra, ser atingida<sup>3</sup> na barriga por uma “bala achada”<sup>4</sup> durante uma operação policial no Complexo da Maré, Zona Norte do Rio de Janeiro. O bebê não resistiu e Maiara ficou em estado grave por semanas.

“Arruma as coisas do seu filho que o Conselho Tutelar está vindo buscar ele daqui a 30 minutos.”<sup>5</sup> Yanca Miranda, 21 anos, negra, ouviu essas palavras da assistente social enquanto amamentava seu bebê na sala da maternidade. Durante os 19 dias que Yanca esteve internada no hospital, ninguém a alertou sobre a possibilidade de seu filho ser levado para um abrigo. “Disseram apenas que eu ia passar uns dias no hospital em observação porque estava escrito no meu cartão de pré-natal que eu era usuária de drogas.”, disse a jovem.

O discurso social acerca da maternidade pressupõe a existência de um vínculo natural entre mãe e filho desde antes do nascimento, espera-se da mulher o “instinto nato da maternagem”, ou seja, do cuidado para com o recém-nascido. No entanto, os casos apresentados retratam as violências experienciadas por mulheres negras durante o momento maternal, expressas pela violência obstétrica que atinge seu corpo, pela “bala achada” que atravessa o seu ventre ou pelo sequestro do Estado, em casos de retiradas compulsórias de bebês. Logo, mulheres negras são a todo momento impedidas de exercerem a maternagem (PASSOS, 2021).

Nesse sentido, salientamos que essas violências têm como ponto comum o racismo que está imbricado em todas as relações sociais e institucionais, tendo como alvo a população negra. Assim, denunciemos que há em curso um movimento de controle e extermínio dos corpos e

---

\* DOI- 10.29388/978-65-81417-27-7-0-f.78-92

<sup>1</sup> O presente capítulo compõe o Projeto de Pesquisa e Extensão Luta Antimanicomial e Feminismos.

<sup>2</sup> Disponível em: <https://apublica.org/2020/03/nas-maternidades-a-dor-tambem-tem-cor/>. Acesso realizado em: 13 mai. 2021.

<sup>3</sup> Disponível em: <https://extra.globo.com/casos-de-policia/familia-de-gravida-baleada-na-mare-juntava-dinheiro-para-exame-que-descobriria-sexo-do-bebe-24717913.html>. Acesso realizado em: 13 mai. 2021.

<sup>4</sup> Texto publicado no jornal *Folha de São Paulo*, segunda-feira, 14 de novembro de 1994, pelo jornalista Josias de Souza. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/1994/11/14/opiniaio/5.html>. Acesso realizado em: 05 mai. 2021.

<sup>5</sup> Disponível em: <https://apublica.org/2020/03/nas-maternidades-a-dor-tambem-tem-cor/>. Acesso realizado em: 13 mai. 2021.

subjetividades negras, devido à noção de sujeito perigoso (PASSOS, 2019). Para Almeida (2014), esse fenômeno da violência está relacionado ao processo de desumanização das vidas negras, que se conforma como parte do racismo estrutural e se expressa por meio da violência e do racismo institucional. Nesse sentido, mesmo após 132 anos, as mulheres negras que desejam ou já são mães, que pertencem a quarta, quinta ou sexta geração pós “abolição” da escravidão, ainda experienciam as barreiras impostas pelo racismo presente na sociedade e nas instituições.

De acordo com a pesquisa “*Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento*” (LEAL *et al.*, 2017), observa-se que as gestantes negras possuem maior risco de pré-natal inadequado, de menor tempo de consulta, de não serem vinculadas a uma maternidade, de peregrinarem por mais de uma maternidade para ter o seu parto, de receberem menos anestesia local quando submetidas a episiotomia. Essas disparidades durante o pré-natal e o parto são expressão do racismo estrutural.

Torna-se necessário salientar que a desigualdade no atendimento e na percepção social sobre a população negra não é uma questão somente da saúde, ela também pode ser localizada em outras áreas e instituições sociais, seja pela via da culpabilização dos indivíduos pela sua condição social, seu modo de ser e estar no mundo, pela alta tutela que não respeita a autonomia dos usuários, e também pelo processo de manicomialização através da assistência social (DUARTE, 2013). Destacamos aqui a complexidade que envolve o tema da maternagem negra, principalmente, quando associado ao uso prejudicial de drogas o que acaba envolvendo as diversas políticas públicas.

Portanto, no presente capítulo objetivamos problematizar a idealização do amor materno e a naturalização da imposição de um modelo de mãe, o que é atravessado pelas relações de gênero, raça e classe. Nesse sentido, dividiu-se em dois tópicos a discussão: no primeiro momento tratamos do *mito do amor materno* e o conceito de cuidado colonial (PASSOS, 2020; 2021) como uma reatualização da captura da maternagem negra através de discursos e práticas colonialistas. Em seguida, problematizamos a situação das mulheres negras que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas e têm seus filhos retirados compulsoriamente como estratégia de controle dos corpos por parte do Estado, negando as potencialidades e autonomia dessas mulheres. Por fim, não pretendemos encerrar as discussões, mas sim apresentar inquietações e reflexões acerca da maternagem negra e o direito à convivência familiar.

## **2. Quem pode maternar? Mulheres negras e o cuidado colonial**

Para que haja a reprodução, a continuidade e existência da humanidade, é preciso que ocorra a cooperação entre os indivíduos, assim, partimos do entendimento que o cuidado é uma necessidade ontológica do ser social. Nessa perspectiva, existem alguns indivíduos que não podem ou não conseguem suprir suas necessidades ontológicas primárias, o que os torna “dependentes” de outrem. Assim, segundo Passos (2020; 2016), o cuidado pode ser definido como essa relação de interdependência entre os seres humanos, uma vez que, há a necessidade do indivíduo para existir e a ação para ser suprida.

O modo de produção vigente é composto por múltiplos grupos sociais envolvidos em relações sociais diversas, desiguais e hierárquicas. A divisão sexual do trabalho é a forma de divisão do trabalho social resultante das relações sociais de gênero e tem por características a destinação prioritária dos homens à esfera produtiva e das mulheres à esfera reprodutiva, desta



forma, a sociedade se utiliza dessa diferenciação para hierarquizar as atividades produtivas e reprodutivas (KERGOAT, 1996). De acordo com Passos (2020), as maneiras de provimento e viabilização do cuidado são alteradas de acordo com o desenvolvimento das forças produtivas e com o modo de reprodução social. Assim, no modo de produção capitalista, e em sua divisão social e sexual, o trabalho do cuidado ficou a cargo das mulheres e vinculado à determinada “essência feminina” (PASSOS, 2017).

Considerando-se que a categoria “mulher” não pode ser compreendida a partir de uma noção universal e homogênea, precisamos destacar que essa essencialização do feminino, o papel de boa esposa, boa mãe, mulher dócil e amável não contemplará um determinado grupo de mulheres que se encontram na intersecção dos marcadores sociais da diferença e, aqui, destacamos as mulheres negras. Segundo Passos (2017), essa sobreposição dos marcadores de gênero, raça e classe, vai levá-las a permanecer na execução do trabalho doméstico e de cuidados, não só como uma relação de extensão da esfera reprodutiva, mas estabelecida e demarcada pela colonialidade, pelo patriarcado e pelo racismo.

Cabe recordar que em 1851, Sojourner Truth, ex-escravizada norte-americana que se tornou oradora, fez um discurso intitulado “*E eu não sou uma mulher?*” na Convenção dos Direitos das Mulheres em Ohio:

Aquele homem ali diz que é preciso ajudar as mulheres a subir numa carruagem, é preciso carregar elas quando atravessam um lamaçal e elas devem ocupar sempre os melhores lugares. Nunca ninguém me ajuda a subir numa carruagem, a passar por cima da lama ou me cede o melhor lugar! E não sou uma mulher? Olhem para mim! Olhem para meu braço! Eu capinei, eu plantei juntei palha nos celeiros e homem nenhum conseguiu me superar! E não sou uma mulher? Eu consegui trabalhar e comer tanto quanto um homem – quando tinha o que comer – e também aguentei as chicotadas! E não sou mulher? Pari cinco filhos e a maioria deles foi vendida como escravos. Quando manifestei minha dor de mãe, ninguém, a não ser Jesus, me ouviu! E não sou uma mulher? (TRUTH, 1851 *apud* MOURA, 2009)

O discurso de Truth já denunciava a diferença crucial entre a condição das mulheres negras e brancas. Enquanto àquela época mulheres brancas lutavam pelo direito ao voto e ao trabalho, mulheres negras lutavam para serem consideradas humanas. E essa diferença central acompanha as mulheres negras até os dias atuais e, tem suas manifestações particulares na realidade brasileira.

Na experiência brasileira, assentada em um sistema cisheteropatriarcal, racista e colonialista, ocorreu a imposição às mulheres negras de terem o papel de protagonistas do trabalho invisível e subalterno que diz respeito à esfera reprodutiva da vida, ou seja, lavar, cozinhar, passar, executar serviços de limpeza, e também, cuidar. Assim, de acordo com Passos (2017):

Essa essencialização do feminino, para a mulher negra, tende a ser explorada de forma avassaladora e perversa, antes pelo senhor de escravos (pela exploração sexual, para servir na Casa Grande, como ama de leite), agora pela mercantilização do trabalho doméstico e de cuidados, via mercado privado ou

pelas políticas públicas. Podemos perceber que as atribuições permanecem as mesmas, só que em um cenário completamente diferente (PASSOS, 2017, p. 88).

Segundo González e Halsenbalg (1982), a raça, como atributo social e historicamente elaborado, funciona como um dos critérios mais importantes na distribuição de pessoas na hierarquia social. Destacamos que há, no “cuidar”, uma contradição singular que persegue as mulheres negras desde o período colonial. Note que, se por um lado, estas mulheres supostamente possuíam o “dom do cuidado”, seja para o lar ou para com o outro, como se pode encontrar nos anúncios de jornais que circulavam nos anos de 1800: “*Vende-se uma bonita negrinha de 16 annos, cose muito bem, engomma, lava e cozinha; na rua de S. Pedro, n° 161*”<sup>6</sup>. Por outro lado, estas mesmas mulheres nunca tiveram estímulo social para cuidarem de si, de seus lares ou de suas próprias famílias. Isto nos traz à recordação o quadro “Mãe preta”, de 1912, onde uma mulher, negra e jovem, sentada no chão, amamenta um bebê branco ao colo enquanto olha com um ar melancólico para um neném negro que está deitado ao lado, e a criança atenta à mãe, como quem espera a sua vez de tomar do leite materno. Portanto, este é o retrato da mãe preta brasileira.

A subalternização de mulheres negras e sua desvinculação ao direito a maternagem está intrinsecamente vinculada ao passado escravista brasileiro. As mulheres negras escravizadas foram marcadas pelo trabalho forçado, por violências físicas, sexuais, além de terem seus filhos retirados à força e vendidos como potencial força de trabalho. Segundo bell hooks (1990), mesmo sem oferecer os meios necessários para uma gestação saudável, havia naquele momento um incentivo à reprodução da população escravizada, visto que, a riqueza era medida pela quantidade de pessoas escravizadas que cada um possuía. Assim:

A procriação era opressiva para todas as mulheres negras escravas férteis. Subnutridas, sobrecarregadas as mulheres raramente estavam em condições físicas que lhes pudessem permitir um parto seguro e fácil. As repetidas gravidezes sem cuidados apropriados resultavam em numerosos abortos e mortes (HOOKS, p. 31).

De acordo com hooks (1990, p.14), o sexismo institucionalizado, estabelecido por uma sociedade patriarcal, formou a base da estrutura social nas Américas, em conjunto com o imperialismo racial. Assim, a maternidade foi um aspecto bastante complexo na vida de mulheres escravizadas. No entanto, a exploração dos corpos das mulheres negras e a restrição de sua autonomia sexual e reprodutiva não se limitaram ao contexto escravista.

No atual contexto brasileiro, as mulheres negras ainda têm o direito à maternidade negado, além de serem incessantemente desestimuladas a exercerem a maternagem desde o momento da gestação. As iniquidades vivenciadas por elas têm como pano de fundo o racismo institucional presente nas unidades e equipes hospitalares que carregam em si diversas crenças fundamentadas no racismo científico do final do século XIX, justificadas na ideia de que mulheres negras aguentam mais a dor. Portanto, não precisariam de anestésicos e nem mesmo possuíam intelecto suficiente para terem conhecimento pleno dos efeitos colaterais de certos procedimentos e medicações, como anticoncepcionais com altos níveis de hormônios que podem causar síndrome de ovários policísticos, dentre outras crenças incabíveis nos dias atuais.

---

<sup>6</sup> Jornal do Commercio, quinta feira, 4 de janeiro de 1872; e quarta feira, 10 de abril de 1872.

Com a violência obstétrica sofrida por mulheres negras durante o pré-natal, parto e pós parto, seus filhos também conhecem a dor inerente ao racismo ainda nos primeiros segundos de vida. Estudos realizados pela *George Mason University* (2016) revelam que recém-nascidos negros têm maior chance de sobrevivência quando o médico do hospital responsável por eles também é negro. Quando atendidos por um médico branco, os bebês negros têm aproximadamente três vezes mais probabilidade de morrer do que bebês brancos. Logo, ao deslocarmos a análise para a realidade brasileira, a situação se agrava ainda mais, visto que, a quantidade de médicos negros é menor que nos EUA.

Mulheres negras são vítimas do controle de seus corpos, quer seja pela dimensão da fertilidade, ou pela punição ao engravidar sem a “permissão” do Estado. E não é à toa que Sergio Cabral, ex-governador do Rio de Janeiro, propôs a legalização do aborto como forma de conter a violência no estado e afirmou que as favelas são “fábricas de produzir marginais”<sup>7</sup>. A justificativa da famigerada guerra às drogas esconde uma política genocida contra a população negra, pobre e moradora das favelas e periferias, independentemente de envolvimento com o crime, como é alegado em grande parte das mortes provocadas por agentes do Estado<sup>8</sup>. É possível analisarmos a violência institucionalizada na ação policial contra determinados grupos sociais através do conceito de necropolítica (MBEMBE, 2018), uma vez que o racismo institucionalizado nas políticas de Estado determina as condições de aceitabilidade de quem vive e morre no cenário neoliberal.

Conforme dados do IPEA (2019), filhos e companheiros de mulheres negras são alvos recorrentes da violência de Estado e do racismo institucionalizado. De acordo com o *Atlas da Violência* (IPEA, 2019), em 2017, mais de 75,5% das vítimas de homicídio eram jovens e negros. Entre 2007 e 2017, a taxa de pessoas negras mortas subiu 33%. A mortalidade de não negros subiu apenas 3,3%. Nesse sentido, as mulheres negras, familiares desses jovens e em sua maioria suas mães, são o grupo que mais sofre com os impactos desta realidade, e esse fato gera diversos tipos de adoecimentos físicos, psíquicos e metais (ARAÚJO, 2019).

Mas é justamente aquela negra anônima, habitante da periferia, nas baixadas da vida, quem sofre mais tragicamente os efeitos da terrível culpabilidade branca. Exatamente porque é ela que sobrevive na base da prestação de serviços, segurando a barra familiar praticamente sozinha. Isto porque seu homem, seus irmãos ou seus filhos são objeto de perseguição policial sistemática (GONZÁLEZ, 1984, p.231).

---

<sup>7</sup> Segundo o ex-governador, "interrupção da gravidez tem tudo a ver com a violência pública". Disponível em: <https://g1.globo.com/Noticias/Politica/0,,MUL155710-5601,00-CABRAL+DEFENDE+ABORTO+CONTRA+VIOLENCIA+NO+RIO+DE+JANEIRO.html>. Acesso realizado em: 14 mai. 2021.

<sup>8</sup> Há um amplo debate sobre os crescentes índices de “autos de resistência”, que são ocorrências de homicídio contra civis cometido em situação de suposto confronto, com a presunção de legítima defesa, conforme previsto no artigo 121, c/c, 73, II, do Código Penal Brasileiro. Existe um processo em tramitação na câmara chamado “excludente de ilicitude” que prevê que em caso de morte, em vez de o policial responder a processos que averiguarão se ele cometeu homicídio sem justificativa plausível, estará sempre preestabelecido que agiu em legítima defesa, assim, não haverá investigação. Ora, visto que auto de resistência já é utilizado como estratégia para isentar-se do homicídio causado, uma vez essa proposta sendo aceita, será como uma licença para matar. Indicamos o documentário *Auto de resistência* (2018).

Além disso, há um índice crescente de crianças e adolescentes mortos por “balas achadas”, seja durante o recreio na escola, seja brincando no portão de casa, seja dentro de uma kombi junto com a mãe ou dentro da própria casa. A Polícia Civil afirma que crimes com óbitos de crianças são prioridade, mas o questionamento a ser feito é: quais crianças são prioridade?

Nesse sentido, salientamos que os casos que têm como protagonistas pessoas negras tendem a gerar menor comoção social que as violências sofridas por pessoas brancas. Em outros termos, numa sociedade estruturalmente fundada no racismo enquanto mecanismo de um sistema político de dominação, como o Brasil, as “formas contemporâneas que subjagam a vida ao poder da morte” (FOUCAULT, 2010) estão definidas a partir de duas ideias que se complementam: a primeira, que existem diferentes raças humanas; e a segunda, que existem raças humanas que são inferiores às outras. Se considerarmos que, até bem pouco tempo, negras e negros nem eram vistos como seres humanos, a naturalização de sua dor significa a perpetuação da desumanização dessas pessoas e essa desumanização promove a coisificação do não ser, ou seja, animaliza, coisifica e objetifica, o que significa que pode ter sua existência exterminada (FANON, 2008), e isso justifica a indiferença diante de seu sofrimento.

No entanto, há de se destacar que existe uma protagonista comum neste cenário de dor e sofrimento, seja sofrendo no próprio corpo através de violência doméstica, violência obstétrica, sexismo, racismo e tantas outras opressões, ou sofrendo junto pelas dores de seus filhos e companheiros, seja nas filas de visitação dos presídios e unidades de medida socioeducativas, seja ao vê-los assassinados por agentes do Estado. No final, são as mulheres negras que enterram seus mortos.

Acredito que as mulheres negras estão profundamente acostumadas com a tragédia. Nós esperamos a tragédia. A morte não é uma estranha em nossas vidas, em nossos mundos. Perdemos nossos pais devido a hipertensão e ataques do coração; perdemos nossos maridos e amantes vitimados pela violência policial; perdemos nossos filhos nas prisões ou no tráfico de drogas (DAVIS, B., 2006, p. 108-109).

Ao realizarmos uma interlocução com o campo da saúde mental, podemos citar o papel central da Psiquiatria no controle do corpo das mulheres, as teorias de hierarquização racial e de gênero que surgiram durante os séculos XVIII e XIX justificaram por muito tempo as alegações de que mulheres eram naturalmente “instáveis e mais passíveis ao enlouquecimento”. Assim, utilizavam-se de práticas extremamente moralistas como forma de conter, medicalizar e isolar os corpos lidos como “desviantes”. (PEREIRA, 2019). Ainda hoje, mesmo diante dos avanços que obtivemos a partir da militância pela Reforma Psiquiátrica, se observa um grande fluxo de encaminhamentos para as instituições totais (NORO, 2021).

E assim, ao aparecer em cena no campo da saúde mental, todo esse sofrimento passa por um processo de abstração de sua causa maior que reduz todas as dores causadas pelo racismo e sexismo a um mero sintoma, seguido de medicalização, psiquiatrização e patologização desses corpos e subjetividades, causando a individualização de questões que são coletivas e estruturais. Desta forma, ao partirmos de um conceito ampliado de saúde mental, compreendemos que ela vai além de um acompanhamento especializado, mas também no bem estar diário, no prazer, na convivência familiar, nas relações sociais, no acesso aos serviços de saúde, serviços assistenciais,

acesso a um trabalho decente<sup>9</sup>, alimentação, saneamento básico. Logo, a falta de acesso a tudo isso, além das diversas expressões de violências que atravessam os corpos de mulheres negras, são fatores que causam ou agravam o adoecimento psíquico.

Diante do exposto, resgatamos a indagação realizada no início: Quem pode (e é estimulada a) maternar? Quem são as mulheres consideradas dóceis, amáveis e frágeis? E, por outro lado, conforme aponta Kilomba (2019), quem estaria na posição de outridade e localizada não lugar? No próximo tópico nos debruçaremos sobre a negação da maternidade por parte das mulheres negras que fazem/fizeram uso prejudicial de álcool e/ou drogas e tiveram seus filhos retirados por não serem identificadas como mães ideais.

### 3. “Meus filhos não são meus!”: Drogas e maternidade

De acordo com o que foi exposto anteriormente, podemos analisar que as percepções e crenças sobre amorosidade, cuidado e maternagem, criados e sustentados pelo mito do amor materno, não abarcam as mulheres negras, uma vez que essas não têm direito à maternar, acompanhar de perto o desenvolvimento de seus filhos e quando não desejam tornar-se mães, se veem completamente destituídas da autonomia sobre seu próprio corpo. Nesse sentido, se as mulheres negras são violentadas, culpabilizadas e exoneradas do papel de mãe, aquelas que estão em situação de rua<sup>10</sup> e/ou fazem uso de álcool e outras drogas estarão numa posição ainda pior. Estas são frequentemente rotuladas como negligentes, ligadas aos estereótipos de periculosidade e de fracasso, ou seja, a mãe “anormal”.

A maternidade posta em um lugar romantizado e a forma como as políticas sociais são construídas a partir dessa idealização nos levam a refletir sobre esse tipo de sociabilidade que não consegue enxergar as mulheres para além da sua capacidade reprodutiva e impõe a maternidade desconsiderando todas as dificuldades decorrentes da criação de um filho sem o suporte necessário. Essa lógica acaba por desresponsabilizar o Estado e sobrecarregar as mulheres, que em sua maioria, são as principais responsáveis pelo cuidado da família (MIOTO, 2008). Entretanto, de acordo com Napoleão (2020), no caso de mulheres que estão em situação de rua e/ou fazem uso de drogas, a maternidade carrega a ideia de que se trata de uma sexualidade errada, suja e irresponsável, assim, aciona a necessidade de intervir sobre aquele corpo, sob a justificativa do cuidado e proteção - da criança. E as mulheres permanecem ali, no limite entre o cerco e o cuidado.

Nesse caminho, buscamos analisar as ações assistenciais de (não) cuidado e (des)proteção social viabilizadas pelo Estado burguês como resposta à situação de mulheres negras mães, que estão em situação de rua e/ou fazem uso prejudicial de drogas, visto que, no cenário contemporâneo, fica muito evidente o processo de individualização e subjetivação das necessidades (PASSOS, 2017), e que essas ações podem determinar o futuro dessas mulheres.

Partindo do pressuposto da existência de um vínculo “natural” entre mãe e filho desde antes do nascimento, espera-se da mulher o “instinto nato” da maternagem, ou seja, do cuidado

---

<sup>9</sup> O Trabalho Decente, conceito formalizado pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) em 1999, sintetiza a sua missão histórica de promover oportunidades para que homens e mulheres possam ter um trabalho produtivo e de qualidade, em condições de liberdade, equidade, segurança e dignidade humana, sendo considerado condição fundamental para a superação da pobreza, a redução das desigualdades sociais, a garantia da governabilidade democrática e o desenvolvimento sustentável (OIT, p. 5., 2012).

<sup>10</sup> A expressão tem como finalidade desconstruir o estigma que essa população carrega e introduzir a ideia de que estar na rua é algo transitório e provisório, portanto, passível de modificação, mesmo com as barreiras macropolíticas existentes nesse cenário.

para com o recém-nascido (OLIVIO *et al.*, 2011). Nesse sentido, cabe salientar que há uma dualidade na interpretação da maternidade, uma vez que algumas mulheres serão vistas como boas mães e outras como anormais (BADINTER, 1985). Assim, ações de instituições como as da saúde, assistência social, saúde mental e judiciário, visualizado a partir de uma concepção restrita de saúde e sem considerar a questão de saúde pública, serão orientadas pela ótica da dualidade, onde mães que fazem uso prejudicial de drogas são identificadas como anormais e sem recuperação.

A necessidade de discorrer sobre este tema deve-se a quantidade alarmante de bebês que são encaminhados compulsoriamente as unidades de reinserção social (URS) ao receberem alta nas maternidades públicas do estado e, em contrapartida, o desamparo vivenciado por estas mães. Dados do Levantamento Nacional das Crianças e Adolescentes em Serviço de Acolhimento (ASSIS; FARIAS, 2013) apontam que o principal motivo de acolhimento é a negligência familiar (40,6%), e o segundo maior é consumo de psicoativos por parte dos responsáveis (19,5%). Entretanto, pode haver uma diferenciação nos dias atuais, pois tais dados são referentes aos anos de 2009 e 2010. De acordo com dados do Sistema Nacional de Adoção e Acolhimento (CNJ, 2021), 14.786 crianças encontram-se acolhidas, no entanto, não há especificações sobre a natureza do acolhimento. Nesse sentido, a escassez de dados referentes ao acolhimento de recém nascidos de mulheres que se encontram em algum nível de vulnerabilidade, seja social ou pelo consumo de drogas, favorece a invisibilização da importância da criação de políticas sociais que garantam os direitos dessas mulheres e crianças.

Nessa perspectiva, a política implementada visa uma proteção dissimétrica legalizada, ou seja, ao separar o filho da mãe, esta recomendação adotada de forma cada vez mais frequente, protege a criança e sentencia a mulher pela suposta incapacidade de cuidar de seu filho. Nesse sentido, pressupomos que a falta de políticas que atendam integralmente essas mulheres, também correspondem a uma estratégica política.

O Estado que alega proteger acaba promovendo violações que reafirmam a punição e o extermínio dos corpos e comportamentos negros. É nesse processo que pretendemos abordar o cuidado colonial que reatualiza a captura da existência negra através dos discursos e práticas colonialistas. Além disso, abordaremos acerca da lógica manicomial e o extermínio da existência negra, entendendo-a como uma estratégia que se perpetua para além dos muros institucionais e que compõe a sociabilidade brasileira. (PASSOS, 2019, p. 117)

É necessário salientar que há um crescente movimento de mulheres que evitam realizar o acompanhamento obstétrico durante a gestação, e criam alternativas, seja realizando o parto em outra cidade ou até mesmo em suas residências, mesmo com pouquíssimo ou nenhum recurso. Uma vez que, buscar ou aceitar atendimento significa passar a existir e assim, documentar sua existência, gerar registros e possivelmente o rastreamento de seu paradeiro, ficando assim exposta ao risco da violência que é a perda de seus filhos.

Conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990), a retirada de crianças de suas famílias será sempre excepcional e provisória, no entanto, este documento fundamental para a defesa das crianças, aqui, tem sido apropriado e utilizado como instrumento para negar o direito às mulheres. O estigma da maternidade vulnerável faz com que o abrigo seja a primeira opção nesses casos. Dessa forma, o direito de tentar exercer a maternagem é

completamente negado a estas mulheres, o que as torna ainda mais vulnerabilizadas, e ainda há casos em que a criança é adotada antes mesmo de recorrerem ao suporte da família extensa.

Estas experiências tornaram-se cada vez mais frequentes após recomendações implausíveis advindas da Vara de Infância e da Juventude de Belo Horizonte. No entanto, tais ações não se restringem aos municípios em que há estas orientações, são práticas recorrentes em muitos outros lugares. Tais medidas determinam que profissionais de saúde devam comunicar à justiça o nascimento de bebês cujas mães, ou até mesmo os neonatos, estivessem em “situação de grave risco, inclusive em virtude de dependência química ou trajetória de rua” (CRESS, 2017).

Diversos movimentos sociais reivindicam a criação de diretrizes e fluxos que visem a atenção integral à saúde das mulheres em situação de rua e/ou usuárias de substâncias psicoativas e seus filhos, de modo que a avaliação das condutas seja feita caso a caso, respeitando as singularidades existentes. No entanto, devemos reconhecer que no cotidiano profissional - mediado por sua inerente complexidade e disputas ético-políticas -, recomendações, por melhores que sejam, não são suficientes para produzir os enfrentamentos necessários para defesa dos direitos das mães e das crianças. Assim, a atuação profissional poderá construir pontes ou barreiras de acesso, a depender de suas concepções e valores profissionais, pessoais, morais e éticos. E, infelizmente, os dados mostram que as ações têm sido voltadas para um julgamento moral sobre quem tem e quem não tem direito de ser mãe, sendo autorizado o emprego da violência contra “uma vida que não vale a pena” em nome de outra a ser supostamente protegida.

As relações de gênero, raça e classe criaram ao longo de toda a história relações de acesso e/ou de opressão, o consumo de drogas por mulheres é aqui compreendido como uma alarmante questão de saúde pública que denuncia sintomas de um mal-estar social ancorado nas relações sociais desiguais (BARBOSA, 2017). No que se refere ao imaginário social sobre o uso de substâncias psicoativas, nota-se que a droga vem antes da própria mulher, da situação dela, mesmo que o uso tenha sido decorrente de suas vivências e opressões vividas, o que reforça as estruturas da exclusão, do racismo e das iniquidades de gênero.

Dito isso, destacamos que apesar destas mulheres possuírem algumas vivências aproximadas e similares, existem pontos centrais que as diferenciam e atravessam suas formas de serem e estarem no mundo. A categoria “mulher” não pode ser analisada de maneira engessada, sem considerar suas particularidades e marcadores de raça, classe, sexualidade, território, entre tantas outras diferenciações. Assim, ressaltamos que a interseccionalidade se configura enquanto uma ferramenta indispensável para refletirmos sobre como as opressões e explorações vivenciadas afetam diretamente nas condições de vida e, conseqüentemente, de saúde física e mental dessas mulheres. E, por sinal, quem são elas?

De acordo com o IBGE (2009), a população brasileira é composta por 50,7% de pretos e pardos. Dados mostram que essa população possui os menores índices de escolaridade e renda, principalmente, quando comparadas aos brancos: 31,1% dos brancos frequentam o ensino superior, enquanto apenas 13,1% dos jovens negros, além do rendimento médio mensal que da população branca é de R\$ 1.663,90, enquanto dos negros é de apenas R\$ 847,70 (IBGE, 2009). As únicas posições em que a taxa de negros é maior que a dos brancos são de analfabetismo: 27,4% contra 5,9% dos brancos, desemprego e emprego informal: 24% contra 16,3% dos brancos (IBGE, 2012).

Ao analisarmos os dados do 3º Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira (BASTOS, 2017), compreende-se que o perfil das mulheres que fazem o

uso é composto majoritariamente por negras, pobres e na faixa etária entre 25 a 34 anos – fase reprodutiva feminina. Apesar das recomendações serem feitas tanto para maternidades públicas quanto para privadas, ao analisarem em quais maternidades ocorrem esses encaminhamentos compulsórios às Unidades de Reinserção Social (URS), nota-se que são as públicas que mais acionam a judicialização desses casos. E, de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2013), o perfil das usuárias atendidas nas maternidades públicas é composto por mulheres pretas e pardas, de baixa renda. Ou seja, a política de recolhimento dos bebês está voltada apenas para determinada parcela da sociedade, explicitando o caráter racista e classista das ações do Estado.

Os dados apontados anteriormente são um retrato das disparidades historicamente criadas pelo processo de escravização e perpetuadas pela ausência sistemática de políticas públicas por conta da abolição inconclusa (BURITY, 2006), que expôs essa parcela da população a um extermínio moral, cultural, social e demográfico, como também indica Abdias Nascimento, na obra *O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado*, de 1978. Essa “inclusão” lotada de restrições objetivas e subjetivas é parte de algo que o Brasil insiste em ocultar, mas não deixa de executar, o racismo estrutural (ALMEIDA, 2018).

Para Almeida (2018), esse fenômeno metódico de coerção que acomete a população negra está relacionado ao processo de desumanização dessas vidas e, que faz parte da expressão da violência estrutural reproduzida através da violência racial reproduzida nas ações das instituições de saúde mental, assistência social, judiciário, entre outros:

É no interior das regras institucionais que os indivíduos tornam-se sujeitos, visto que suas ações e seus comportamentos são inseridos em um conjunto de significados previamente estabelecidos pela estrutura social. Assim, as instituições moldam o comportamento humano, tanto do ponto de vista das decisões e do cálculo racional, como dos sentimentos e preferências. [...] A desigualdade racial é uma característica da sociedade não apenas por causa da ação isolada de grupos ou de indivíduos racistas, mas fundamentalmente porque as instituições são hegemônicas por determinados grupos raciais que utilizam mecanismos institucionais para impor seus interesses políticos e econômicos. (ALMEIDA, 2018, p. 30).

Medeiros *et al.* (2015), por meio de entrevistas com mulheres que se encontravam em Comunidades Terapêuticas e Clínicas de Reabilitação nos Estados da Paraíba e Pernambuco, observaram que essas mulheres se enxergavam como perigosas e sem controle de si, reproduzindo o mesmo discurso que a sociedade lança sobre elas. Assim, essa visão que a sociedade e elas possuíam sobre si mesmas impactava diretamente na forma como se relacionavam com o cuidado e lidavam com as questões da vida. Nesse sentido, concluir previamente que essas mulheres serão incapazes de exercer a maternagem, sem compreender toda a complexidade que permeia essa relação e oferecer os meios necessários para a criação desse afeto e convívio, se configura como uma “mortificação do eu” que ocorre através das estratégias de contenção de sua subjetividade (GOFFMAN, 2008), de sua autonomia e potencialidade, assim as reduz a meramente usuárias de drogas.

Essa desumanização pode ser definida a partir do conceito de outridade, cunhado por Grada Kilomba (2010). Segundo a autora, a mulher negra é o “outro do outro”, o que as colocam em um local de mais difícil reciprocidade. Assim, ao falar de mulheres negras que se



encontram nas cenas de uso, podemos observar ainda outras questões que marcaram suas vidas - como por exemplo, vida nas ruas, uso de drogas e passagem em sistema prisional - e as colocam em um lugar de maior desumanização e estigmatização (MALHEIRO, 2018, p.11)

Diante do exposto, podemos observar que essa prática de retirada de bebês tem muito mais a ver com o controle dos corpos que o Estado promove com a população negra e pobre, seja pela manicomialização, pelo encarceramento ou pela morte, do que com a suposta proteção ao bebê. De acordo com dados da Fundação de Assistência Social e Cidadania de Porto Alegre, o custo per capita de uma criança acolhida foi de três mil e quinhentos reais em 2015 (BELLOC *et al.*, 2018). Nesse sentido, podemos apontar que a questão não é ausência de recursos e, sim, desinvestimento na vida dessas crianças e mães, o que perpetua a situação de vulnerabilidade em que se encontram as famílias negras, sobretudo monoparentais, no Brasil (NORO, 2021).

Por fim, destacamos a urgência da criação de políticas sociais que sejam norteadas pela estratégia de redução de danos (SANTOS *et al.*, 2020), oferecendo uma rede de proteção social fortalecida, realizando a articulação entre os diversos serviços de saúde, assistência e justiça, e garantam o suporte necessário para mulheres negras exercerem o direito a maternidade de forma plena e autônoma, tendo pleno acesso aos serviços socioassistenciais – a medida em que seja seu desejo. Além da formação permanente dos profissionais da rede na temática do consumo de drogas por mulheres.

## 5. Considerações Finais

As análises que exploramos neste artigo nos permitiram refletir sobre o processo de desumanização sofrido cotidianamente por mulheres negras. Mesmo com tantos avanços conquistados pelo feminismo negro com relação aos direitos sexuais e reprodutivos, ainda há um longo caminho para percorrermos, especialmente no que se refere ao exercício da maternidade de mulheres que fazem uso prejudicial de drogas.

Como acompanhamos ao longo do texto, o discurso socialmente propagado sobre o mito do amor materno não abarca as mulheres negras. Pois, ora, quem poderia ser mais pecadora nessa sociedade do que um ser que, além de mulher e mãe, ainda tem um defeito de cor?<sup>11</sup> E se, além de tudo isso, ela ainda fizer uso de alguma substância psicoativa? Esse será o seu fim, no auge da desumanização, às margens de uma sociedade que insiste em só enxergá-las a partir do momento da gestação, quando então essa mulher deixa de ser invisível, para ser o visível estigmatizado e culpabilizado.

Ressaltamos que os questionamentos aqui levantados não esgotam o tema abordado, mas nos trazem subsídios para reflexão sobre a importância da construção conjunta de caminhos que se diferenciem da desumanização e da necropolítica que está posta para os corpos pretos, seja pelo extermínio quanto pela mortificação em vida. Além disso, trouxemos alguns elementos para pensarmos o quanto uma concepção conservadora sobre o uso prejudicial de álcool e/ ou drogas impacta diretamente a vida das mulheres negras, pobres, principalmente, as que estão em situação de rua.

---

<sup>11</sup> Livro escrito por Ana Maria Gonçalves, em 2010, o romance histórico conta a vida de uma africana idosa, cega e à beira da morte, que viaja da África para o Brasil em busca do filho perdido há décadas. Ao longo da travessia, ela vai contando sua vida, marcada por mortes, estupros, violência e escravidão. Podemos facilmente fazer uma associação da situação da mulher retratada na obra com as mulheres/mães negras que sofrem violências cotidianas ainda na atualidade.

Nesse sentido, nós, enquanto profissionais, devemos nos atentar a quais concepções estão orientando nossas práticas e intervenções. Uma vez que, o exercício profissional pode ter o poder de reprodução ou transformação da realidade a qual estamos inseridos. Nossa intervenção não pode ter como base medidas estigmatizantes e simplistas do senso comum, precisamos convocar essas mulheres para a construção de alternativas reais e palpáveis para a retomada de sua autonomia. Precisamos lutar para a criação de políticas protetivas para mães e filhos que os proporcionem condições favoráveis para a criação de um vínculo familiar, bem como uma rede de que estimule as potencialidades e o protagonismo dessas mulheres sobre suas próprias vidas. E, mais do que nunca, pautar novas possibilidades de cuidado, de afeto e de atenção à essas mulheres, que sejam plurais, criativas e realmente atendam as múltiplas demandas que estão postas no cotidiano dessas vidas, para que assim, mulheres negras possam um dia gozar plenamente do seu direito de serem mães.

## Referências

ALMEIDA, S. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte: Letramento, 2018.

ARAÚJO, V. S. de. **Mães da resistência:** um olhar sobre o papel do racismo no processo de adoecimento de mães militantes que perderam seus filhos para a violência de Estado. 2019. 130 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

ASSIS, S.G.; FARIAS, L.O.P. (Orgs.). **Levantamento Nacional das Crianças e Adolescentes em Serviço de Acolhimento.** Hucitec: São Paulo, 2013.

BADINTER, E. **Um amor conquistado:** o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1985.

BARBOSA, R. H. S. Abuso de drogas e transtornos alimentares entre mulheres: sintomas de um mal-estar de gênero? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.33, n.1, 2017.

BASTOS, F. I. P. M. (Org.). **III Levantamento Nacional sobre uso de drogas pela população brasileira.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017.

BELLOC, M. M.; CABRAL, K. V.; OLIVEIRA, C. S. A desmaternização das gestantes usuárias de drogas: violação de direitos e lacunas do cuidado. **Saúde em Redes**, v.4, p.37-49, 2018.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** Câmara dos Deputados, Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. DOU de 16/07/1990 – ECA. Brasília, DF.

BURITY, J. A. Desigualdades e a Abolição Inconclusa. Piracicaba: **Revista Impulso**, v. 17, n. 43, maio/ago. 2006, p. 21-31.

CARNEIRO, M. E. R. **Procura-se "preta, com muito bom leite, prendada e carinhosa"**: uma cartografia das amas-de-leite na sociedade carioca (1850-1888). 2006. 418 f. Tese (Doutorado em História) Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

CNJ. **Conselho Nacional de Justiça. Sistema Nacional de Adoção e Acolhimento**. Brasil. 2021.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 1, p. 171-188, 2002.

CRESS. Bebês são retirados das mães nas maternidades de Belo Horizonte. **Conselho Regional de Serviço Social 6ª Região** (Minas Gerais). Belo Horizonte, 2017.

DAVIS, B. Falando da perda: hoje estou mal, espero que você entenda. In: WERNECK, J; MENDONÇA, M.; WHITE, E. **O livro da saúde das mulheres negras: nossos passos vêm de longe**. 2. ed. Rio de Janeiro: Pallas/Criola, 2006. p.103-110

DUARTE, M. J. O. Saúde mental, drogas e direitos humanos: por intervenções cidadãs aos usuários de drogas em contexto de internação compulsória. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, dez. 2013.

HOFFMAN, K. M., S. Trawalter, J. R. Axt, e M. N. Oliver. Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America** 113(6):4296–4301, 2016.

HOOKS, Bell. Sexism and the Black Female Slave Experience. In: HOOKS, Bell. **Ain't I a Woman. Black Woman and Feminism**. London: Pluto Press, 1990.

FANON, F. **Pele negra, máscaras brancas**. Tradução: Renato da Silveira. Salvador: EDUFBA, 2008.

GONÇALVES, A. M. **Um defeito de cor**. Rio de Janeiro: Record, 2010.

GONZALEZ, L.; HASENBALG, C. **Lugar de Negro**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1982.

GONZALEZ, L. Racismo e sexismo na cultura brasileira. **Revista Ciências Sociais Hoje**, Anpocs, 2, 223-244, 1984.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Atlas da violência**, 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores de cor ou raça, segundo a Pesquisa Mensal de Emprego**. Março de 2009. Brasília, DF, 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010:** características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro, 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios:** Tabela 262, população residente, por cor ou raça, situação e sexo. 2014.

KERGOAT, D. Relações sociais de sexo e divisão sexual do trabalho. In: LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E.; WALDOW, V. R. (Org.). **Gênero e Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p.19-27.

KILOMBA, G. **Memórias da Plantação:** episódios de racismo cotidiano. Rio de Janeiro: Coboró, 2019.

LEAL, M. do C. et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. supl.1, 2017.

MÃE Preta. In: ENCICLOPÉDIA Itaú Cultural de Arte e Cultura Brasileiras. São Paulo: **Itaú Cultural**, 2021. Disponível em: <http://enciclopedia.itaucultural.org.br/obra3242/mae-preta>. Acesso em: 02 abr. 2021.

MALHEIRO, L.S.B. Tornar-se mulher usuária de crack: Trajetórias de vida, cultura do uso e política sobre drogas no Centro de Salvador, Bahia. In: **Encontro da Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisas sobre Mulher e Relações de Gênero**, n.20, 2018, Bahia.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**. 3. ed. São Paulo: n-1 edições, 2018.

MEDEIROS, K.T.; MACIEL, S.C.; SOUSA, P.F.; VIEIRA, G.L.S.; Vivências e Representações sobre o Crack: Um Estudo com Mulheres Usuárias. **Psico-USF**, v.20, p. 517-528, 2015.

MIOTO, R. C. T. Família e políticas sociais. In: BOSCHETTI, I. et.al (Orgs.). **Política social no capitalismo:** tendências contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2008.

MOURA. C. E. M. Sojourner Truth. **Géledes** 2009. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/sojourner-truth/>. Acesso em: 24 mai. 2021.

NORO, T. L. S. **MULHERES EM CENA:** Relato de experiência sobre um trabalho nas cenas de uso de drogas. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Instituto de Psiquiatria IPUB/UF RJ. 2021.

OIT. **Manual de Capacitação e Informação sobre Gênero, Raça, Pobreza e Emprego: Módulo 11:** monitoramento e avaliação de políticas públicas. Organização Internacional do Trabalho; Brasília: OIT, 2012.

- OLIVIO, M. C.; GRACZYK, R. C. Mulheres usuárias de crack e maternidade: breves considerações. In: II SIMPÓSIO GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS. 2011, Londrina, **Anais...**, Londrina, Universidade Estadual de Londrina, 18 e 19 de agosto de 2011
- PASSOS, R. G. “E o lixa vai falar, e numa boa!”. **Revista Katalysis**, Florianópolis, v.24, n. 2, p. 301-309, maio/ago. 2021.
- PASSOS, R. G. Mulheres negras, sofrimento e cuidado colonial. **Revista Em Pauta**, n. 45, v. 18, p. 116 – 129. 2020.
- PASSOS, R. G. Holocausto ou Navio Negreiro? Inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. **Revista Argumentum**. Vitória, v. 10, n. 3, p. 10-23, 23 dez. 2018.
- PASSOS, R. G. “De escravas a cuidadoras”: invisibilidade e subalternidade das mulheres negras na política de saúde mental brasileira. **Revista O social em Questão**, Ano XX, n. 38, mai/ago, 2017.
- PASSOS, R. G. Entre o assistir e o cuidar: tendências teóricas no Serviço Social brasileiro. **Revista Em Pauta**, v.15(40), p.247- 260. 2017.
- PASSOS, R. G. Trabalho, cuidado e sociabilidade: contribuições marxianas para o debate contemporâneo. **Revista Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 126, p. 281-301, jun. 2016.
- PEREIRA, M. O.; PASSOS, R. G. (Orgs.) **Luta antimanicomial e feminismos**: discussões de gênero, raça e classe para a Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Autografia, 2017.
- PEREIRA, M.O. **Mulheres e reforma psiquiátrica brasileira**: experiências e agir político. Tese (Saúde Mental) - Doutorado em Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.
- SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero, Patriarcado e Violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.
- SAFFIOTI, H. I. B. **O Poder do Macho**. São Paulo: Moderna, 1987.
- SANTOS, G.C.; CONSTANTINO, P.; SCHENKER, M.; RODRIGUES, L.B.; O consumo de crack por mulheres: uma análise sobre os sentidos construídos por profissionais de consultórios na rua da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.25, p. 3795-2808, 2020.
- SIMÕES-BARBOSA, R.H.; DANTAS-BERGER, S.M. Abuso de drogas e transtornos alimentares entre mulheres: sintomas de um mal-estar de gênero? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n.1, 2017.
- SIQUEIRA, P. M. *et al.* Oh pedaço de mim, oh metade amputada de mim... **Revista Saúde em Rede**; 4(Supl.1), p 51-60, 2018.

# **O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL EM CAPS: SUStentar um trabalho antimanicomial e emancipador\***

*Fernanda de Oliveira Monteiro  
Wanessa Gonzaga de Oliveira*

## **1. Introdução**

Esse trabalho tem como objetivo discutir como se constitui a intervenção do Serviço Social em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que são dispositivos de saúde mental tão caros no processo de reforma psiquiátrica brasileira.

Propõe além de apontar e refletir as atribuições dos assistentes sociais nesses dispositivos, contribuir para pensar os desafios postos na atualidade a esta profissional, na direção de um trabalho que articule os princípios da reforma psiquiátrica com os valores do projeto ético profissional visando à emancipação dos sujeitos em sofrimento mental.

Trata-se de um esforço de reflexão e sistematização do trabalho realizado pelas autoras em suas experiências em CAPS ao longo das suas trajetórias profissionais na atenção psicossocial tanto no campo dos transtornos mentais como de álcool e outras drogas.

Para tanto, recorreremos para análise deste capítulo a autores como Yamamoto (2005), Netto (2004), Vasconcelos (2008; 2009), Lúcia Rosa (2009), Paulo Amarante (2003; 2007), dentre outros para melhor embasar as discussões.

Inicialmente faremos uma breve retomada histórica da constituição das bases do movimento da reforma psiquiátrica brasileira pautada na lógica da atenção psicossocial e da desinstitucionalização dos usuários em sofrimento mental. Posteriormente, discutiremos as ações desenvolvidas pelas assistentes sociais em CAPS, articulando com o cenário político, econômico e social na atualidade. E por fim, buscaremos apontar alguns desafios e potencialidades para a direção do trabalho numa perspectiva emancipatória e antimanicomial.

## **2. O trabalho dos assistentes sociais nos CAPS na lógica da atenção psicossocial**

### **2.1 Trajetória da construção da política de saúde mental no Brasil**

O processo de reforma psiquiátrica brasileiro iniciou-se na década de 1970, contemporâneo ao Movimento de Reforma Sanitária, que buscava novos modelos de atenção, de gestão de saúde, de participação da sociedade - usuários, trabalhadores e familiares na construção do cuidado em saúde. Possui uma construção singular inspirada nos Movimentos de Reforma Psiquiátrica ocorridos no mundo que buscavam superar a violência ocorrida nos asilos psiquiátricos. Contudo, a maior influência foi da Psiquiatria Democrática Italiana, baseada na desinstitucionalização dos asilados.

---

\* DOI- 10.29388/978-65-81417-27-7-0-f.93-107

Cabe ressaltar que a desinstitucionalização transcende a função de retirar os sujeitos dos hospitais psiquiátricos, envolve a modificação dos padrões de segregação presentes nestes espaços e busca “novas maneiras de ser, reinventar novas formas de viver e, no âmbito do cuidado com a saúde mental, criar novas abordagens, praticar novos olhares, inventar a mudança para influir de forma positiva na determinação social do processo saúde-doença” (MILLANI e VALENTE, 2008, p.11).

Amarante (2003) destaca três principais vertentes de reforma psiquiátrica no mundo: a perspectiva do hospital reformado, a partir da Psicoterapia Institucional, que propunha mudanças na estrutura hospitalar e na composição das equipes, mas mantinha o asilo psiquiátrico como lugar de cuidado; a Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva, que tinha na comunidade a base do tratamento, mas ainda utilizava-se do hospital e da internação; nela o hospital seria dividido em setores como a comunidade que o usuário fazia parte; e, por último, a Antipsiquiatria Inglesa e a Psiquiatria Democrática Italiana que faziam parte da perspectiva que questionava a razão psiquiátrica, a instituição hospitalar e propunha a sua extinção.

Para todas estas perspectivas, era legítimo o questionamento da função terapêutica dos asilos psiquiátricos, que muito embora na sua criação, institucionalizou o tratamento à loucura, reconhecendo um direito a tratamento que antes inexistia (TENÓRIO, 2001), ao longo do tempo, estes perderam seu mandato terapêutico (DELGADO, 1992), pois isolaram os ditos loucos, principalmente para os internos de longa permanência, provocando a perda de suas referências pessoais e sociais e um processo de deculturação dos mesmos (GOFFMAN, 1961).

Nesta mesma época, o Brasil vivia sob regime político da ditadura militar desde o golpe instaurado em 1964 e diversos setores da sociedade questionavam não apenas este regime político que limitava direitos constitucionais basilares como direitos civis e políticos, mas também a profunda desigualdade de condições de vida e de acesso a direitos sociais básicos, como: saúde, educação e saneamento básico.

A restrição de direitos imposta pelos militares ensejou movimentos de resistência que se ampliaram para a luta dos direitos citados anteriormente, e também, produziu questionamentos sobre acesso a direitos sociais de forma ampla e irrestrita.

Isso também reverberou nos asilos psiquiátricos que foram até a promulgação da Lei 10.216 em 2001, a principal política de Estado ofertada para as pessoas em sofrimento mental. Estes por sua vez serviram, historicamente, não apenas ao tratamento aos sujeitos citados, mas também para abordagem a todo e qualquer comportamento considerado desviante na sociedade, num “modus operandi” de higienização social.

No Brasil, a metodologia de tratamento ao dito doente mental sofreu transformações importantes, anos antes, com o trabalho desenvolvido pela Dra Nise da Silveira, no Hospital Psiquiátrico Pedro II, no Engenho de Dentro, ainda na primeira metade do século XX, em 1946. Baseada na arteterapia e na constituição das equipes de tratamento com outras categorias profissionais para além de médicos e profissionais da enfermagem. Nise da Silveira protagonizou, no Brasil o início de um trabalho com equipe multiprofissional, ampliando a análise e o cuidado sobre sofrimento psíquico, além do binômio saúde-doença em relação ao sujeito. Seu trabalho baseava-se em oficinas abertas de atividades ocupacionais, profissionalizantes e artístico-expressivas, priorizando a clientela grave de instituições asilares psiquiátricas públicas (VASCONCELOS, 2008).

Na década de 1980, importantes movimentos que resultaram da articulação de profissionais e familiares de usuários de saúde mental construíram de forma coletiva agendas de discussão através do Encontro de Bauru, em 1987 que delineou pontos cruciais para o avanço do Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileiro.

No Estado do Rio de Janeiro, ainda nesta época, ações de apoio à desinstitucionalização foram de extrema importância e vanguarda como a criação das primeiras associações de usuários, familiares e profissionais de saúde mental, em Angra dos Reis, a criação do primeiro serviço substitutivo também naquele município; a intervenção na Casa de Saúde Dr Eiras em Paracambi e a desativação do Hospital Colônia Teixeira Brandão no Carmo, Região Serrana, além da criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (BRASIL, 2005). Nesta arena de disputas, com avanços e recuos, a Lei da Reforma Psiquiátrica, Lei 10.216 foi promulgada em 2001, com alguns vetos no texto original que era de 1989 e ficou conhecida como Lei Paulo Delgado, em homenagem ao deputado petista, autor do projeto de lei.

Mesmo antes da existência da lei, muitos serviços de base comunitária já funcionavam inspirados nos Centros Diários de Atenção a Saúde Mental, de experiência italiana. Em Santos-SP, no fim da década de 1980, em Angra dos Reis-RJ no início dos anos de 1990, foram as primeiras experiências que, posteriormente se ampliaram para outros lugares. No Estado do Rio de Janeiro, por exemplo, até o ano 2000 existiam cerca de 50 CAPS e, no Brasil entre 1980 a 2000, existiam 208 (BRASIL, 2007). Embora houvesse a previsão de financiamento dos mesmos pela Portaria SAS-MS 224 de 1992, cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental, ainda são destinados aos hospitais psiquiátricos.

Neste sentido, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde e inseria-se num contexto internacional que buscava superar a violência asilar, a crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos (BRASIL, 2007a). Contudo, o maior avanço na desinstitucionalização e da criação dos serviços de atenção diária em saúde mental se deu a partir da lei da reforma psiquiátrica e das normativas na área que impulsionaram e financiaram a criação dos serviços substitutivos, que teve como estratégia prioritária os Centros de Atenção Psicossocial.

Pode-se afirmar que até a metade da segunda década do presente século, a política de saúde mental brasileira avançou progressivamente na consolidação dos direitos das pessoas em sofrimento mental, combatendo as internações especializadas de longa permanência, fechando manicômios e revertendo o investimento de verba pública que antes eram aplicados exclusivamente nestes espaços para incentivar, construir e consolidar espaços de acolhimento e tratamento territoriais, abertos e democráticos, como os CAPS em suas diversas modalidades, as residências terapêuticas e os leitos de internação em hospitais gerais ou enfermarias especializadas em hospitais gerais, dentre outros.

Também consolidou espaços de discussão através de encontros, fóruns, conferências, congressos nas diferentes esferas de gestão de políticas onde o principal interessado – usuários e familiares da saúde mental – estava presente em sua voz, principalmente do usuário era respeitada e suas opiniões consideradas para construção coletiva das políticas públicas que seriam destinadas a eles mesmos.

Avançou ainda na construção de estratégias de desinstitucionalização de pessoas que viveram e sobreviveram aos períodos de longa internação, com modalidades de serviços de



moradia como as residências terapêuticas, possibilitando aos usuários da saúde mental ter seu direito constitucional à moradia e de ir e vir garantidos.

No campo da atenção aos usuários de álcool e outras drogas embates e discussões sobre abordagem a álcool e drogas ocorreram, havendo um entendimento que a Política de atendimento a este público deveria ser baseada na perspectiva da Redução de danos e do cuidado do território, sendo o CAPS AD um dos protagonistas quando se pensa na articulação do cuidado.

Todas essas mudanças, alicerçadas num conceito ampliado de saúde que envolve condições de vida, de trabalho, de lazer, de estar no mundo, para além dos aspectos biológicos fortalece a importância de outras categorias profissionais no cuidado ao sujeito em sofrimento mental, dentre estas a categoria das assistentes sociais, como profissão que a partir das dimensões de sua atuação profissional, teórico-metodológica, ético-política e técnico - operativa tem a competência de compreender de que forma as diferentes expressões da Questão Social incidem no quadro de saúde mental do sujeito e de sua família, e como articular as diferentes políticas públicas, serviços e programas para atender às demandas que surgem no cotidiano dos espaços de atuação profissional.

Nos últimos cinco anos, após mudanças na direção nacional na política de saúde mental devido à ascensão ao poder de partidos conservadores, a arena de disputa tornou-se mais tensa e o movimento conservador e antidemocrático avançou. Com isso novas aberturas à perspectiva manicomial revestidas de nova roupagem ocorreram, tais como o retorno do investimento em leitos de hospital especializado, o financiamento às comunidades terapêuticas, presentes na proposta da Nota Técnica nº11/2019.

Pelo texto da referida nota, todos os serviços, que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), são igualmente importantes e devem ser incentivados, ampliados e fortalecidos. E o Ministério da Saúde não considera mais serviços substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza. Continua afirmando que a Rede deve ser harmônica e complementar e que não há mais porque se falar em “rede substitutiva”, já que nenhum serviço substitui outro. Conclui o trecho sinalizando que o país necessita de mais e diversificados tipos de serviços para a oferta de tratamento adequado aos pacientes e seus familiares. O que de interessante pode-se destacar da nota é a possibilidade de financiamento de serviços de Ambulatórios Multiprofissionais de Saúde Mental, o que atende a realidade de inúmeros municípios com menos de 20 mil habitantes que não conseguiram credenciar CAPS, conforme as normativas que determinam este processo (BRASIL, 2019)

Contudo, considera-se de modo global tratar-se de um retrocesso, que admite novamente redirecionar investimento às instituições fechadas, numa realidade em que os paradigmas manicomial e de atenção psicossocial disputam cotidianamente espaço e que o último, que busca incessantemente garantir direitos de cidadania aos sujeitos com sofrimento psiquiátrico tem ameaçada sua prioridade estratégica de investimento e de gestão de cuidado como orientação da política nacional de saúde mental.

Em nossa realidade, com as sucessivas crises econômicas, próprias do ciclo capitalista de ápice e de estagnação do crescimento econômico, acompanhadas de um investimento descontinuado em políticas de redistribuição de renda e de combate às desigualdades sociais,

trazem alguns embates e debates a tona nesta transição da segunda para a terceira década do século XXI, que também traz consigo a Pandemia da Covid 19<sup>1</sup>.

Neste sentido, a letalidade do vírus, as medidas de prevenção e cuidado necessárias, o não investimento em políticas de saúde, educação e pesquisa, associados à desigualdade social que não foi combatida a contento, resultaram em quase 500 mil vítimas já neste fim do primeiro semestre de 2021. As medidas de isolamento social, o desemprego e as preocupações sobre como será o futuro e se ele vai existir, são alguns dos desafios de trabalho contemporâneos que se refletem também na política de saúde mental uma vez que aumenta a demanda de atendimento na área e agrava quadros de sofrimento psíquico e socioeconômicos da população, público alvo da rede de serviços psicossociais, trazendo novas demandas.

## **2.2 Reflexões sobre as ações do Serviço social em CAPS**

Diante deste contexto tão aviltante, engendrado tanto pela radicalização da implementação do projeto neoliberal no país, por sua defesa pela redução do Estado provedor, por um Estado Mínimo para os direitos, e, por fim, a transferência da responsabilidade do Estado para a família e para a comunidade, quanto às ações e serviços, o Serviço Social encontra vários desafios enquanto profissão, posto que a realidade não se constitui enquanto mero pano de fundo, mas traz influência direta na vida da população usuária, nas políticas sociais, bem como, na própria situação da assistente social enquanto trabalhador assalariado (IAMAMOTO, 2005).

Além disso, a conjuntura social, política e economia tensiona na constituição de novas roupagens da questão social que é o objeto de trabalho do Serviço Social. Essas novas roupagens se expressam na saúde mental nos diversos tipos de adoecimento psíquico na atualidade, no suicídio, nas diversas expressões de violência, dentre outros.

Pensando especificamente no papel da assistente social nos CAPS, a partir das nossas experiências, podemos afirmar que este se constitui numa tentativa incessante e contínua de materializar os princípios do Código de Ética profissional (1993), a partir da interlocução com os pressupostos na Reforma Psiquiátrica brasileira. Dito de modo mais direto é tentar construir na cotidianidade do serviço, práticas que defendam os direitos dos usuários com transtornos mentais no usufruto do espaço público, da convivência familiar e comunitária, no acesso aos demais serviços e políticas, conforme a realidade social e demanda singular destes sujeitos, e nos respeitos aos seus direitos humanos.

São velhas e novas demandas que se põem ao trabalho da assistente social nos CAPS no que tange à dimensão técnico-operativa da profissão. Machado (2009) identifica dentre as velhas demandas a acolhida, orientação previdenciária, abordagem familiar em grupo e individual, acionar recursos e rede social, alta social e visita domiciliar para as quais a profissão foi historicamente requisitada. E dentre as novas, orientação e encaminhamento a direitos sociais, trabalho intersetorial, técnico de referência, geração de renda, oficina de artes, oficinas de cidadania e gestão e coordenação de CAPS. Nas próximas linhas, trataremos especificamente de alguns pontos de articulação entre velhas e novas demandas na realidade cotidiana de um CAPS

---

<sup>1</sup> “A ocorrência da COVID-19 causada por uma nova cepa de coronavírus (Sars-CoV-2) foi relatada pela primeira vez na cidade de Wuhan, na China, em dezembro de 2019. Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou o surto de COVID-19 como uma emergência de saúde pública de interesse internacional, e em menos de três meses a doença se espalhou pelo mundo, sendo declarada uma pandemia em 11 de março de 2020” (ALMEIDA, 2020, p.23).

e o papel estratégico de nossa profissão na construção deste cuidado diário de desinstitucionalização.

Isso pode ser observado quando se requisita, por exemplo, o benefício da prestação continuada (BPC-LOAS) para usuário que nunca teve acesso à renda em que o sujeito tem determinado valor a partir dessa possibilidade de consumir bens e desta garantia de renda via BPC, possibilita suprir suas necessidades.

Como exemplo, podemos citar a experiência diante de um caso de um usuário que num intervalo de dez (10) anos havia passado por cinquenta (50) internações psiquiátricas. Ao analisar o histórico das internações psiquiátricas obtidas por meio das declarações das instituições, pudemos identificar que o mesmo passava períodos de aproximadamente dois ou três dias em casa, e logo retornava para nova internação. É possível identificar também, ausência de acesso à condições de moradia, precário ou inexistente suporte em saúde e saúde mental no seu território, vulnerabilidade socioeconômica que negava seu acesso ao básico como alimentação, ausência de referências familiares em condições de auxiliá-lo em suas atividades de vida diária e a própria vinculação social no território faziam que esse processo sempre se repetisse.

A partir do trabalho da assistente social foi possível a retirada de todos os documentos, direito civil a que o usuário não tinha acesso há muito tempo, e posteriormente, orientação a direitos sociais e requisição do BPC /LOAS, a fim de garantir renda e conseqüentemente garantir sua subsistência. Entretanto, consolidar um trabalho de desinstitucionalização requeria ir além, através de uma concomitante articulação para um trabalho intersetorial entre as diferentes políticas públicas que a realidade singular desse usuário exigia. Então, iniciou-se um processo de discussão do caso com a rede da assistência social no sentido de garantir que, junto com cuidado promovido pelo CAPS numa espécie também de matriciamento, esse usuário permanecesse temporariamente em acolhimento na Casa de Passagem, a fim de interromper o ciclo de exposição a vulnerabilidade e risco explicitado anteriormente.

Foi realizado ainda, um levantamento da demanda dos usuários de saúde mental, em atendimento no CAPS, que viviam com condições restritas de autonomia (TIKANORY, 1996), sem vínculo familiar, ou com vínculos rompidos e propôs-se um projeto de moradia assistida vinculado à saúde mental já que o município não tinha perfil para a estruturação de um serviço residencial terapêutico. A partir da estruturação deste dispositivo, que buscava seguir o modelo das residências terapêuticas, contudo, mantido exclusivamente com recurso municipal, com doações de munícipes – familiares de usuários e por profissionais, o usuário foi encaminhado para a Moradia Assistida após algumas reinternações e períodos de idas e vindas do hospital psiquiátrico para Casa de Passagem.

A criação deste dispositivo e a inserção de usuários com perfil semelhante, exceto no número de internações, trouxe-nos desafios, posto que foi necessário reorganizar o trabalho e o Serviço Social esteve (está) diretamente envolvido, no sentido de construção de uma nova forma de estar em sociedade na qual vários aspectos básicos da vida diária como ir ao supermercado fazer compras, o acompanhamento para escolher/comprar seu vestuário, recebimento e orientação sobre administração de sua renda, dentre outras passaram a ser trabalhados.

Como resultado deste trabalho observa-se que este usuário vem construindo maior autonomia, é acompanhado no CAPS de forma regular, obteve estabilização do seu quadro clínico que apresenta várias comorbidades orgânicas, e encontra-se há seis anos sem novas internações em um hospital psiquiátrico.

O relato deste caso vivenciado por nós é uma forma de socializar o entendimento de que o trabalho na saúde mental, principalmente da assistente social, não está apenas embasado em discursos politicamente corretos em prol da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, mas requer engajamento diário, prática de desconstrução cotidiana do modelo psiquiátrico manicomial que vive em nós, já que fazemos parte dessa sociedade em que se exclui os diferentes, desrespeita os desiguais e que ainda, apesar de muitos avanços, entende que lugar do louco é no hospício, ou na atualidade, os CAPS lhe negando o direito à circulação na cidade e à convivência comunitária, ou ainda, numa tentativa de limitar sua circulação ao CAPS, enquanto institucionalização no próprio serviço de atenção diária.

Trata-se de uma necessária articulação das dimensões ético-políticas embasadas nos pressupostos de nossa profissão por meio do projeto ético político profissional majoritariamente defendido, nos pressupostos do paradigma da desinstitucionalização, a partir do conhecimento do campo de intervenção profissional e das disputas e tensões existentes neste para, pôr em prática, a dimensão técnico-interventiva que garanta acesso a direitos civis, sociais e humanos.

Outra ação realizada pelo Serviço Social em CAPS é o encaminhamento e o acompanhamento para referenciamento aos dispositivos e serviços de proteção social básica como os CRAS (Centro Referência de Assistência Social) e serviços de convivência familiar e comunitária, para acesso a programas de transferência de renda, aluguel social, cesta básica emergencial, dentre outros. Bem como, aos serviços de proteção social especial de média complexidade como CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social) e aos serviços de proteção social especial de alta complexidade, naqueles casos em que há fragilidade dos vínculos familiares ou rompimento destes.

Não são poucas as situações que lidamos no cotidiano de trabalho em que usuário sofre algum tipo de violência doméstica e cabe ao Serviço Social e também aos outros profissionais, a notificação da violência às autoridades específicas, assim como, o encaminhamento para referenciamento e acompanhamento no CREAS e no serviço especializado de atenção a famílias e indivíduos (PAEFI). É importante esclarecer que não se trata de um encaminhamento no sentido de transferir a demanda para outro dispositivo, mas sim o compartilhamento dos atendimentos, onde cada instituição em sua especificidade, por meio de discussão desses casos, devem pensar conjuntamente com a rede de serviços, as ações que serão pactuadas no sentido de garantir os direitos dos usuários e interromper a violação de direitos vivenciada.

Cabe ressaltar que não se trata, porém de um processo simples, posto que por diversas vezes, deparamo-nos com dificuldades, sobretudo, porque nos deparamos com profissionais que entendem que o usuário com transtorno mental é incapaz de cuidar dos filhos, de gerir sua própria vida ou de responsabilizar-se por seus atos. Tal posicionamento está embasado no estigma da questão da doença mental que fora construído socialmente e culturalmente. Embora, não seja atribuição específica da assistente social é também uma das ações protagonizadas por nossa profissão, através do diálogo e da corresponsabilização, debatermos a dimensão cultural e social da loucura (AMARANTE, 2007) no sentido de desconstruir tais concepções, uma vez que estas interferem no acesso do usuário da saúde mental aos serviços e políticas sociais de forma equânime e integral. Não raro, deparamo-nos com profissionais que questionam o direito dos usuários de saúde mental de acessar dispositivos de outras políticas, e de circulação livre no território que ele tem como referência, como por exemplo, os que vivem em situação de rua e possuem sofrimento psiquiátrico grave ou em outra situação de risco social.

O trabalho com famílias também é uma das ações do Serviço Social na realidade dos CAPS, que presta orientação a familiares, através de grupos de familiares ou de atendimentos individuais, no que tange ao esclarecimento sobre o processo saúde-doença, desconstrução de estigmas e orientação sobre direitos dos usuários e seus familiares. Contudo precisamos ficar atentos porque não cabe a nós julgar essas famílias ou tentar enquadrá-las em modelos que são desejáveis, mas entender que a família em seus diversos arranjos, também sofre devido a situação do usuário, bem como, vivenciam as consequências de um modelo embasado no projeto neoliberal de desresponsabilização do Estado e de transferência de funções de proteção social que seriam deste para as famílias, culpabilizando estas pelos problemas enfrentados por seus membros (ROSA, 2008). Colocar-nos enquanto parceiros e pensarmos conjuntamente no bem-estar e na garantia do direito dos usuários e de suas famílias é de extrema relevância, não os entendendo apenas como meros mandatários de cuidados, mas como sujeitos de direito.

Outro aspecto presente no trabalho desta profissional é a defesa de estratégias de cuidado aos usuários com transtornos mentais junto à equipe multiprofissional no território para que apenas em último caso, ou seja, quando todas as medidas extra-hospitalares forem, de fato tentadas, se pensar na internação de um usuário em hospitais psiquiátricos. Isso, porém só é possível como empenho no sentido de uma busca de cuidado no território, a pactuação de um projeto terapêutico singular em articulação com outros atores como a Estratégia Saúde Da Família de referência, com o serviço de saúde de urgência/emergência, com a família, com os usuários e com os dispositivos assistenciais que tiverem relacionados com cada caso como CRAS, CREAS, CASA DE PASSAGEM, Acolhimento Infantil, Acolhimento de mulheres vítimas de violência doméstica, dentre outros.

Pensar na internação psiquiátrica como último recurso não é tarefa fácil, mas continua sendo tarefa necessária a fim de combater a cultura manicomial que persiste e que lamentavelmente, por vezes sai fortalecida devido a precarização de funcionamento de diversos pontos de atenção da rede de cuidados, o que promove assistência insuficiente e expõe o usuário e a família em suas próprias necessidades. São nestas brechas, que as práticas e discursos manicomialmente ganham força no dia a dia. Assim sendo, pensar intersetorialmente o cuidado e de forma integral com responsabilidade de todos os entes é um tensionamento frequente a ser provocado, ultrapassando o discurso comum de que existe lugar definido para o usuário da saúde mental, ou de que esse “usuário é de tal lugar”.

Ou seja, trata-se de explorar o máximo das possibilidades do cuidado, sem deixar-se sucumbir ou optar pelo que, talvez seja uma decisão mais cômoda, como a internação deste usuário, em um local que expressa um modelo de restrição de liberdade, isolamento, negação de identidade e afastamento do território, como é o caso dos hospitais psiquiátricos.

Ainda no que tange às novas demandas, podemos citar outra ação desenvolvida pela assistente social que são as assembleias de usuários, onde a profissional auxilia na organização e condução, media o debate, por meio de seu arcabouço teórico metodológico e ético político. A assembleia se constitui numa possibilidade de ação nos dispositivos em Saúde Mental que tem como pressuposto ser um espaço de diálogo e de decisão conjunta quanto à forma de funcionamento dos serviços (organização, modos de se relacionar, oficinas ofertadas), assim como, em questões que o extrapolam, mas tem relação com este. A participação da assistente social nessa ação possibilita esclarecimento sobre os direitos dos usuários e seus familiares, bem como a defesa de que esse espaço seja utilizado enquanto lugar de participação de todos, e não como um instrumento de manutenção do que está dado, como uma atividade para ocupar o

tempo na rotina institucional, mas que de fato seja reafirmada como forma de participação democrática dos envolvidos e num mecanismo de controle social.

### **2.3 Especificidade do trabalho da atenção psicossocial no campo de álcool e outras drogas**

De modo geral, a dimensão operativa do trabalho das assistentes sociais em CAPS I tem estreita semelhança com as atividades realizadas em Caps Ad, porém existem especificidades em decorrência da diferença entre a conformação do cuidado nos casos de usuários que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas em relação aos casos de transtornos mentais.

Em ambos os casos, muitas vezes o primeiro atendimento é realizado com a família. Contudo, nos casos dos sujeitos com transtorno mental a intervenção quase sempre sendo direcionada para explicar o objetivo do CAPS, de fortalecimento do cuidado no território e no sentido de reverter a intenção de uma internação psiquiátrica. Em geral, as famílias chegam ao dispositivo com sentimentos muito ambivalentes e querem internar os seus e resistentes a tentativas que explorem ao máximo o tratamento no território – possibilidade esta que é muito mais qualitativa e considera os direitos constitucionais dos usuários.

O campo da clínica de álcool e drogas também perpassa pela desmistificação da internação como único tratamento possível que teria algum resultado; as famílias em geral acreditam, ou são levadas, pelas circunstâncias, a crerem na internação em comunidade terapêutica ou clínica de recuperação como meio exclusivo e eficaz de tratamento para este usuário. Nesse atendimento inicial, em geral se apresenta um entendimento familiar, alicerçado a partir da conformação social e histórica deste sujeito, que faz uso prejudicial de álcool e outras drogas, como um criminoso ou como alguém que não tem caráter ou não tem força de vontade.

Deste modo, a orientação ao sujeito e à família perpassa por esclarecer que se trata de uma questão de saúde pública e não de algo determinado moralmente e que o usuário necessita de um suporte da equipe multiprofissional, bem como de estar em seu território, com seus vínculos familiares preservados, quando possível, contando com o suporte de uma rede socioassistencial e de saúde que possa pensar no cuidado que será a ele ofertado.

Historicamente, a política de álcool e outras drogas, no Brasil teve sempre um caráter punitivo-moralista, baseado no princípio da abstinência e da guerra às drogas tanto que não estava atrelado ao Ministério da Saúde e sim, ao Ministério da Justiça. Outra evidencia disto é que se denominava como uma Política Nacional Antidrogas e as campanhas deixavam muito explícito esse cunho como, por exemplo, o “crack é preciso vencer”, numa perspectiva de negação da própria utilização de substâncias psicoativas pelos homens e sociedade em geral ao longo de toda a história da humanidade.

Apenas em 2005, o Brasil passa adotar a Política Nacional sobre Drogas havendo então uma substituição da nomenclatura. Mas não foi apenas isso, e o entendimento de que existe de fato, a necessidade de certo enfrentamento sobre a questão da repressão ao tráfico de drogas que dialoga nesta mesma política com a perspectiva do cuidado em saúde, da compreensão do uso abusivo de álcool e outras drogas como uma questão de saúde pública, na perspectiva da redução de danos e não mais da abstinência.

Do ponto de vista prático, esse atendimento está estruturado, tanto dentro dos CAPS AD ou dos CAPS I, neste último caso, em municípios que não tem perfil populacional para o primeiro dispositivo, de modo que esse sujeito e sua família sejam acolhidos no sentido de ser

sujeito da sua própria história e possibilitando ao usuário cuidado no território, respeitando a sua vontade, o seu desejo em relação ao tempo de conseguir avançar ou de entender que uso de álcool e outras drogas tem trazido algum prejuízo do ponto de vista de sua própria saúde, das suas relações familiares, das relações comunitárias, de trabalho, dentre outros.

A partir disso, é elaborado um projeto terapêutico singular (PTS) em que diversos aspectos da sua vida são contemplados como a questão do seu acesso à saúde, a forma que se vai dar seu acompanhamento nesse dispositivo de saúde mental, quais são os outros serviços que ele precisa ser referenciado na saúde e em outras políticas sociais - quais as suas necessidades do ponto de vista de seus direitos como os programas sociais necessários: se há a necessidade de acolhimento por estar em situação de rua, de orientação para expedição de segunda via de documentos que torna-se empecilho pelo fato de não tê-los, para inclusão em programas sociais ou no mercado de trabalho.

Quando o usuário assistido do CAPS AD está internado numa instituição e, conseqüentemente, fora do território e que se institui enquanto uma instituição total, na maioria das vezes, estes serviços não dispõem de equipe multiprofissional, o viés de atenção em geral é religioso e se direciona todo o "tratamento" na perspectiva da abstinência e do controle de comportamentos. Dessa forma, acaba lhe sendo negado o direito de respeito a subjetividade.

O trabalho da assistente social em Caps Ad é de extrema relevância, posto que esta profissional tem uma bagagem teórica e conhecimento da legislação que possibilita acionar a rede socioassistencial e intersetorial e constitui-se desta forma, em um agente importantíssimo que, junto com a equipe multiprofissional, pode viabilizar o acesso do usuário aos diversos dispositivos de cuidado de que ele necessita.

Além disso, a perspectiva moralizante a partir da qual, geralmente, esse sujeito é preconcebido, faz com que ele seja abordado e julgado nos diversos serviços como preguiçoso, violento, alcoólatra, viciado, dentre outros adjetivos e, não são raras vezes em que a assistente social precisa utilizar-se do conhecimento que tem sobre as legislações para garantir que o usuário tenha o seu direito de ser atendido respeitado. Com isso, trata-se não só de garantir o direito de atendimento imediato nos demais dispositivos da rede, como também, ao longo do tempo, trabalhar na desmistificação desta visão sobre estes usuários. Infelizmente, dentro dos próprios dispositivos de saúde mental tais visões estão presentes.

Não se trata de um trabalho simples e rápido, mas algo que precisa ser construído/reconstruído no seu cotidiano profissional. Trata-se de um processo que é externo, mas também interno, pois estamos tão imersos nessa sociedade capitalista que visa o lucro a qualquer medida, que o discurso do "trabalho dignificante", ou "que só é cidadão aquele que consome", pode ser reproduzido pelos próprios trabalhadores dos CAPS, nas nossas ações.

Desta forma, é preciso que estejamos atentos e disponíveis o tempo todo para avaliar o nosso exercício profissional, pois a depender da forma com que lidamos com os usuários, poderemos nós mesmos, violar seus direitos, que viabilizá-los.

Assim sendo, o exercício profissional da assistente social na atenção ao uso abusivo de álcool e outras drogas é riquíssimo, pois possibilita-nos apreender com maior clareza a forma como a sociedade capitalista pós-moderna produz cada vez mais novas expressões da questão social, acirra as que já existem e traz um quadro de desigualdades sociais tão alarmantes, em que uma grande maioria detém a maior parte da riqueza do mundo e grande parte da população não consegue ter o mínimo para sua subsistência.

Nesse campo nos depararmos com aquele sujeito que parece não se encaixar nessa sociedade, os chamados descartáveis para o capital, ao passo que, muitas vezes não consegue inserir-se no mercado de trabalho, não tem documentos, não tem acesso à alimentação, à moradia, ao saneamento básico, ou seja, ao mínimo para sobreviver. E mediante situações tão aviltantes, o uso das substâncias torna-se algo adjetivo, como uma tentativa de anestesiamento diante de uma realidade social tão cruel, desumana e desagregadora.

#### **2.4 Desafios postos ao trabalho dos assistentes sociais na atualidade.**

O cenário atual marcado pela restrição dos direitos sociais e das políticas públicas, bem como, os retrocessos em voga na saúde mental tanto com a Nota Técnica nº11/2019 que instituiu, dentre outros, mudanças na Nova Política sobre Drogas<sup>2</sup>, e ainda, pela pandemia do Covid-19 tem-nos colocado vários desafios enquanto profissionais da saúde mental e do Serviço Social.

Dentre eles podemos apontar a necessidade de repensarmos o exercício profissional a partir das novas demandas que surgem no interior dos CAPS, bem como nas outras políticas sociais, precisando não os ver enquanto desvio de função, mas talvez como novos desafios postos à profissão. Costa (2006) discute bem essa questão, apontando que na medida em que o capitalismo e os modos de exploração se modificam, ocorre uma transformação na forma como as expressões da questão social se mostram na vida dos sujeitos e precisamos acompanhar e propor estratégias profissionais condizentes com esse novo cenário.

Outro desafio que é de extrema relevância e que a nosso ver não tem sido dada a devida importância, é referente à questão de gênero e de raça que permeia a questão de saúde mental e traz consequências para esses indivíduos. Exemplo disso, é que nos serviços de atenção psicossocial voltados para atendimento aos casos de álcool e outras drogas, a maior parte dos usuários ou daqueles que são criminalizados, são sujeitos pobres e negros.

Por conseguinte, o Serviço Social tem um débito neste âmbito, visto que as discussões até então existentes abordavam de modo bastante incipiente tais aspectos. Contudo, recentemente, este quadro vem se alterando de uma forma bastante potente e provocativa, com autores como Passos (2018) e Duarte (2017). Precisamos estar atentos a tais aspectos no cotidiano para garantir um exercício profissional que defenda a emancipação dos sujeitos e a luta contra qualquer forma de discriminação.

Além disso, o cenário atual da pandemia da Covid-19 já demonstra o agravamento da saúde mental da população por conta da necessidade do distanciamento social, como das perdas em decorrência do grande número de mortes, do cenário nacional de obscurantismo no que concerne às decisões políticas, o negacionismo diante da gravidade da pandemia e ainda, as consequências econômicas e sociais trazidas como o aumento do desemprego e da fome, a falta de perspectiva de melhora ou superação da pandemia, uma vez que não se tem uma posição política objetiva de defesa da importância da vacinação em massa, da implementação de políticas visando a melhoria das condições de acesso ao trabalho e aos bens para o consumo para as populações, sobretudo as mais pobres. O próprio auxílio emergencial, importante benefício

---

<sup>2</sup> Com a substituição da lógica de redução de danos pela da abstinência e o privilegiamento do financiamento para as comunidades terapêuticas em detrimento do incentivo para serviços na lógica da atenção psicossocial.



eventual criado durante a pandemia, sofre retrocessos no que tange ao valor de redistribuição às famílias.

Todo este cenário tem relação intrínseca e impacta diretamente na profissão da assistente social visto que somos chamados a sermos não só executores das políticas sociais como afirmava Netto (1998), mas também a pensarmos na formulação de tais políticas para o enfrentamento dessas novas expressões da questão social.

Na saúde mental especificamente, a pandemia apontou a necessidade de reavaliarmos e reestruturarmos a rotina dos serviços e o atendimento aos usuários, dentro dos CAPS, na medida em que foram suspensas as atividades coletivas em seu interior, dada a necessidade de contenção da proliferação do vírus. Isso teve um impacto importante no cuidado com os usuários e tem deixado lacunas, pois o espaço de convivência dentro dos CAPS se constitui numa estratégia importantíssima para o tratamento do usuário com sofrimento mental, visto que é nele que exercitamos a sociabilidade dos sujeitos, que se constrói coletivamente ideias e decisões para o enfrentamento deste cenário adverso.

Além disso, o acentuado quadro de desigualdade social que vivemos no nosso país faz com que esses espaços de saúde mental sejam não apenas lugar de tratamento, mas também de acesso à alimentação pelos usuários e, em muitos casos, o único local, sobretudo no caso dos usuários que encontram-se em situação de rua.

Alicerçados nos princípios do código de ética profissional (1993), precisamos defender de forma intransigente a não interrupção do acompanhamento diário no CAPS e pensar estratégias que assegurem aos profissionais, aos usuários e seus familiares proteção; defender a inclusão desses sujeitos como prioritários para vacinação uma vez que, devido ao transtorno mental, podem ter dificuldade para utilizar os mecanismos disponíveis para evitar o contágio.

### **3. Considerações finais**

Podemos afirmar que todo o trabalho da assistente social em CAPS perpassa na consolidação cotidiana do que Franco Rotelli (2001) chamou de desinstitucionalização, a partir da experiência da reforma psiquiátrica italiana e que foi adotada na reforma psiquiátrica brasileira.

Desinstitucionalizar implica não apenas a retirada dos usuários com transtornos mentais dos hospícios, mas se relaciona, sobretudo, com a desconstrução da ideia de que os usuários com transtornos mentais são objetos de intervenção das várias categorias profissionais presentes na saúde mental; refere-se à defesa intransigente de que eles são sujeitos de direitos e devem ter acesso ao cuidado em liberdade, no seu território, gozando da convivência familiar e comunitária. Refere-se ainda à desconstrução da compreensão estigmatizadora desses sujeitos enquanto cidadãos de menor valor ou desprovidos de razão, que é algo culturalmente construído. E este trabalho só possível no cotidiano, a partir da articulação do conhecimento teórico com posicionamento ético e político em favor dos direitos destes sujeitos e por espaços de cuidado democráticos, alicerçados nas premissas, majoritariamente defendidas em nossa profissão e no processo de reforma psiquiátrica de cunho emancipador.

Cabe ressaltar que, neste trabalho não trouxemos a discussão do exercício profissional do Serviço Social em CAPS, a partir apenas das atribuições privativas da profissional, mas para provocar a reflexão sobre o trabalho da assistente social enquanto parte do trabalho coletivo

integrado com outros profissionais de modo interdisciplinar. Como dito por Machado (2008, p.54-55),

[...] a interdisciplinaridade implica o entrelaçamento das diversas especialidades de saberes e práticas profissionais na construção de propostas de trabalho na perspectiva da integralidade, intersetorialidade e equidade, que contemple ou aproxime (ao máximo) as necessidades dos grupos e indivíduos em sua totalidade (...) exige-se que os profissionais trabalhem em equipe na lógica de interdependência e com plasticidade, o que significa reconhecer que seus conhecimentos específicos e suas práticas correspondem a uma parte dessa totalidade de trabalho coletivo.

Pode ser questionado em algum momento que muito do que fora dito sobre as ações da assistente social não se constitui algo específico ou privativo da profissão, e o queremos chamar atenção é justamente para este aspecto: que a assistente social dentro da Saúde Mental e dos CAPS, embasado na perspectiva do seu projeto político profissional e dos princípios do projeto da reforma psiquiátrica e sanitária, pode ter um papel de protagonismo na direção do trabalho dentro desses dispositivos de modo a assegurar e ampliar os direitos dos usuários e familiares da saúde mental.

## Referências

ALMEIDA, W. da S. de et al. Mudanças nas condições socioeconômicas e de saúde dos brasileiros durante a pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Epidemiologia [online]**. 2020, v. 23. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200105>. ISSN 1980-5497. Acesso em: 11 jun. 2021.

AMARANTE, P. (Org) Saúde Mental – **Políticas e instituições**: Programa de Educação à distância. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, 2003.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União, Brasília. Edição n. 251, Seção 1, p. 59.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Nota Técnica nº 11/2019-. **Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.** Ministério da Saúde 2019;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. **Relatório de Gestão 2003-2006.** Ministério da Saúde: Brasília, 2007, 85p.

COSTA, M. D. H. da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. In: MOTA, Ana Elizabete et al (Orgs.) **Serviço Social e Sociedade.** São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. p.304-351

DELGADO, P. G.G. **As razões da tutela:** psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil. Rio de Janeiro. Te Cora Editora, 1992. ~

DUARTE, M. J. de O. Diversidade sexual e de gênero e saúde mental: Enlaçando políticas e direitos. In: PASSOS, Rachel. Gouveia.; COSTA, Rosane de Albuquerque.; SILVA, Fernanda. Gonçalves da (Org.). **Saúde mental e os desafios atuais da atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: Gramma, 2017.

GOFFMAN, (1961) Erving. **Manicômios, prisões e conventos.** 3. ed. São Paulo. Perspectiva, 1990.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social na Contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. 8. ed. São Paulo : Cortez editora, 2005.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação psicossocial. In: **Reabilitação psicossocial no Brasil.** PITTA, A. (org). São Paulo. Ed. Hucitec, 1996. p.55-59

MACHADO, G. S. Reforma Psiquiátrica e Serviço Social: o trabalho dos assistentes sociais nas equipes dos CAPS. In: Vasconcelos, E.M. (org) **Abordagens Psicossociais. Volume III:** Perspectivas para o Serviço Social. São Paulo: Aderaldo & Rothscild, Editora Hucitec, 2009. Cap 2. p.32-120.

MENDES, A. da S; OLIVEIRA, W. G. (2011). Pensando a integralidade do cuidado a partir do fluxo PSF/CAPS. **Perspectivas Online:** Humanas & Sociais Aplicadas, 1(1). <https://doi.org/10.25242/8876112011189>

NETTO, J. P. **Ditadura e Serviço Social:** uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

MILLANI, H. de F. B; VALENTE, M. L. L. de C. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas.** São Paulo, v.04, n.2, 01-19. 2008

PASSOS, R. G. “Holocausto ou Navio Negreiro?”: inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. **Argumentum**, Vitória, v. 10, p.10-23, 2018

ROSA, L. C. S. A família como usuária de serviços e como sujeito político no processo de Reforma Psiquiátrica. In: Vasconcelos, E.M. (Org) **Abordagens Psicossociais**. Volume III: Perspectivas para o Serviço Social. São Paulo: Aderaldo & Rothscild, Editora Hucitec, 2009. Cap 4. p.159-182.

ROTELLI, F. et al (orgs) **Desinstitucionalização**. São Paulo. Ed. Hucitec, 2. ed., 2001.

TENÓRIO, F. Breve Histórico da Reforma Psiquiátrica. In: **A Psicanálise e a clínica da Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001. (cap. I)

VASCONCELOS, E. M. **Abordagens Psicossociais. Volume I**: História, teoria e trabalho no campo. São Paulo: Aderaldo & Rothscild, Editora Hucitec, 2008. 209p.

VASCONCELOS, E. M. Proposta de atuação do serviço social no município do Rio de Janeiro. In: Vasconcelos, E.M. (org) **Abordagens Psicossociais. Volume III**: Perspectivas para o Serviço Social. São Paulo: Aderaldo & Rothscild, Editora Hucitec, 2009. Cap 1.p. 25-31.

**PARTE 3:**  
**SUJEITOS SOCIAIS E NOVOS DESAFIOS AO TRABALHO DE**  
**ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE**

# ENVELHECIMENTO POPULACIONAL, FEMINIZAÇÃO DA VELHICE E SAÚDE: algumas dimensões de análise\*

Rita de Cássia Santos Freitas  
Adriana de Andrade Mesquita

*Sei que tenho muitos anos. Sei que venho do século passado, e que trago comigo todas as idades, mas não sei se sou velha, não. Você acha que eu sou? (...) Sei que alguém vai ter que me enterrar, mas eu não vou fazer isso comigo (Cora Coralina<sup>1</sup>).*

## 1. Introdução

O envelhecimento populacional tem se apresentado como um dos grandes desafios da atualidade, pois, ao mesmo tempo, em que o aumento da longevidade tem se dado como uma realidade em diversos países ao redor do mundo, também apresenta limites e desafios nessas mesmas sociedades. O envelhecimento mundial vem ocorrendo de forma rápida e intensa, o que traz questões a serem consideradas no que se refere à saúde pública em países de capitalismo dependente, como é o caso brasileiro.

O processo de envelhecimento populacional se tornou uma das características marcantes da dinâmica demográfica mundial. A Organização das Nações Unidas (ONU), em 17 de junho de 2019, publicou o *World Population Prospects (2019)*, que demonstra as novas projeções populacionais em todos os países<sup>2</sup>. Segundo o documento, em meados do século XX, o envelhecimento populacional é uma realidade que se apresentava de forma lenta e gradual, ao longo do século XX, mas que se acelerou em inícios do século XXI. Conforme o referido estudo, o número de pessoas acima de 60 anos deverá seguir a seguinte projeção: em 1950, a população mundial era acima de 345 milhões pessoas; em 2000, esse número passou para 1,1 bilhão; em 2050, deverá passar para mais de 4 bilhões de habitantes; e, em 2100, alcançará a média de 3,1 bilhões de pessoas no mundo. Em todos os anos apresentados o maior crescimento se dará com pessoas entre 60 e 64 anos de idade. O caso brasileiro não é muito diferente da tendência global; ao contrário disso, o envelhecimento populacional brasileiro é ainda mais rápido<sup>3</sup>. Todos esses dados mostram que o envelhecimento populacional é um fato irreversível. Importante sinalizar que o estudo apresentado pela ONU foi no ano de 2019, anterior ao contexto mundial de pandemia gerada pelo novo coronavírus (que se expandiu em esfera mundial a partir de fevereiro de 2020), em que as condições de vida das pessoas mais velhas estão sendo duramente afetadas. Estudos epidemiológicos<sup>4</sup> têm demonstrado que as pessoas mais velhas e aquelas com doenças crônicas preexistentes são mais acometidas pelo vírus, tornando-se as principais vítimas graves ou de óbitos por COVID-19. Isso acabou por reforçar no debate político e acadêmico a priorização das pessoas mais velhas no que se refere a efetivação de

---

\* DOI- 10.29388/978-65-81417-27-7-0-f.109-127

<sup>1</sup>[https://piorambo.blogspot.com/2011/11/sobre-velhice-linda-mensagem-de-cora.html#.YFSBBa\\_7IMw](https://piorambo.blogspot.com/2011/11/sobre-velhice-linda-mensagem-de-cora.html#.YFSBBa_7IMw). Acessado em 19/03/2021.

<sup>2</sup> Acessar publicação no link: [https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019\\_Highlights.pdf](https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf)

<sup>3</sup> Discutiremos os dados do Brasil mais a frente, na terceira parte desse capítulo.

<sup>4</sup> Ver, por exemplo: CORREIA, M. & JUSTO, J. Pandemia e envelhecimento. *Revista Espaço Acadêmico – Edição Especial*. Ano XX, 2021.

medidas de proteção e de prevenção frente ao vírus. Neste sentido, a pandemia intensificou uma conjuntura que já era complexa.

Contamos na atualidade com um considerável arcabouço político de proteção social à esse segmento populacional, como falaremos melhor adiante. São dispositivos, fruto das lutas desses diferentes sujeitos que tem por objetivo promover a autonomia, integração e participação desses na sociedade de forma plena. Neste capítulo, nos voltamos para uma dimensão essencial dessas políticas: pensamos na saúde das pessoas idosas, especialmente, na saúde das mulheres idosas. E, para evitar controvérsia, dizemos de antemão que utilizamos aqui idosos e velhos como sinônimos, sem adentrar numa discussão mais ampla sobre esses conceitos.

Discutir a relação entre idosas<sup>5</sup> e saúde é o objetivo desse texto que não tem, é claro, a pretensão de esgotar a temática em estudo, principalmente se considerarmos que esta é uma de nossas primeiras aproximações a esse tema – mas aceitamos aqui o desafio de tecer algumas contribuições em relação à essa temática. Mais especificamente temos como objetivo principal refletir acerca do processo de envelhecimento da população brasileira – dando visibilidade ao processo de feminização da velhice – e de seus rebatimentos na saúde pública<sup>6</sup>, a partir de um olhar feminista e interseccional. Esse é o diferencial que buscamos trazer neste texto. Atendemos idosas e idosos que chegam aos nossos plantões. Mas como as/os vemos? O que se esconde por trás dessa categoria abstrata, “idosas”/“idosos”? quem são essas/es sujeitas/os? É sobre isso que queremos falar. Entendemos que o acesso, com qualidade, aos serviços de saúde por parte da população idosa, em especial entre os seguimentos mais vulnerabilizados, sempre foi uma questão a ser debatida e que se agrava no atual cenário pandêmico, como dito antes.

A poesia muito nos ensina. Cora Coralina, nossa poeta do século passado, nos convida à reflexão. Quando sabemos que estamos velhas? Apenas o corpo decide a chegada da velhice? Os cabelos embranquecidos são sinais que envelhecemos? E, quando a nossa mente não se sente velha? quando, pelo contrário, ela sente que avançou, que sabe mais e entende que deveria poder fazer mais exatamente por isso? O que fazer quando o corpo não acompanha a mente? Como as representações que os outros tem de nós impactam também na forma nos vemos?

A visão da velhice como sabedoria nos abandonou nessa sociedade do capital, onde a juventude é a moeda de troca. Ao contrário disso, a velhice passou a ser sinônimo de impedimentos, de coisas negativas e de infantilização da/o idosa/o. Mas como nos diz Cora, “alguém vai ter que me enterrar, mas eu não vou fazer isso comigo”. E nós? Como lidamos com nossas/os velhas e velhos? Estamos as/os enterrando antecipadamente? As/os vemos como pessoas inúteis em nossa sociedade? Ou conseguimos respeitá-las/os em suas pluralidades e desejos? Enquanto sujeitos de direitos? É muito comum a tendência à infantilização da velhice, a vê-la de forma homogênea (permeada por doenças crônicas, perdas sociais, afetivas e financeiras). Contudo, é latente compreender a velhice de forma não homogênea (LINS E ANDRADE, 2018) e complexificar esta categoria. O processo de envelhecimento não acontece da mesma forma entre os diferentes sujeitos e temos como entendimento que o fato de uma pessoa ser maior de 60 anos não a transforma necessariamente em um “sujeito único de direitos”, como apontam Lins e Andrade (2018). Mulheres e homens não envelhecessem da mesma forma, pois

---

<sup>5</sup> Vamos colocar idosas no feminino por entendermos que esse público é majoritariamente composto por mulheres. Trata-se de iniciativa, baseada numa epistemologia feminista (KETZER, 2017; LOURO, 1997) e tem por objetivo dar visibilidade às mulheres.

<sup>6</sup> Área que, historicamente, é importante espaço de trabalho para as assistentes sociais (MORAES, SANTOS e GONÇALVES, 2020). Da mesma forma, também utilizamos assistentes sociais no feminino por entender que essa categoria profissional é composta majoritariamente por mulheres (assim como a população que atende).

as condições de gênero, raça/etnia, classe e territorialidade (entre outras) impactam nesse processo.

Envelhecer não é uma realidade única, por isso, a importância da abordagem interseccional (que discutiremos melhor mais adiante) para buscar compreender a forma como os diversos marcadores sociais atuam sobre esse processo. Gênero, classe social, raça-etnia, territorialidade, deficiências são algumas dimensões que podemos destacar para compreender o processo de envelhecimento. Enfim, o que estamos tentando dizer é que essas pessoas precisam ser conhecidas - e ouvidas - para que possamos compreender suas demandas e desejos e não falar por elas, por acharmos que sabemos o que “é melhor” para elas.

A organização do presente capítulo se deu da seguinte forma: em primeiro lugar, buscamos discutir o envelhecimento numa visão feminista, descolonial e interseccional. Em seguida, analisamos o processo de envelhecimento populacional, no Brasil, a partir de dados quantitativos, dando ênfase ao processo de feminização do envelhecimento; e, em seguida, refletimos como esse processo repercute na área da saúde. Terminamos com algumas propostas para pensar a intervenção junto à essa população.

## **2. Envelhecimento numa visão feminista, descolonial e interseccional**

Realizar uma análise do envelhecimento da população brasileira numa perspectiva feminista, descolonial e interseccional é buscar problematizar esse processo de modo diferenciado, considerando as condições de gênero, raça/etnia, sexualidade e classe que perpassam esse segmento etário. É compreender esse processo em sua dinamicidade, pluralidade, diversidade, como um fato que marca o mundo de forma irreversível e que precisa ser melhor analisado a partir das condições específicas de nossa sociedade e das vidas vividas pelas pessoas. Como afirma Grada Kilomba (2020, p. 08): “descolonizar o conhecimento significa criar novas configurações de conhecimento e de poder (...) a teoria não é universal nem neutra, mas sempre localizada em algum lugar e sempre escrita por alguém, e que este alguém tem uma história” (KILOMBA, 2020, p. 8). Por isso, abordar a perspectiva descolonial significa a recusa a um conhecimento eurocêntrico, tido como o único válido e que reforça a dominação cultural.

A apropriação do pensamento descolonial<sup>7</sup> vai no sentido de considerar as vivências experimentadas na sociedade brasileira, sem perder de vista a historicidade deste processo histórico, marcado pelo colonialismo, o sexismo, o patriarcado, o racismo e a escravidão. Em relação ao nosso tema, significa pensar os limites e desafios vivenciados por parte da população mais velha – especialmente as mulheres – que precisam ser superados.

A análise numa perspectiva feminista busca compreender e transformar as desigualdades de gênero na sociedade. Tal perspectiva resulta numa epistemologia feminista que pode, resumidamente, ser descrita como uma crítica às categorias universais (como a Mulher, o Homem); o rompimento com hierarquias, sendo um conhecimento libertário e emancipador (por isso, sua preocupação com a justiça social) que incorpora a dimensão do subjetivo e uma nova relação teoria-prática por colocar no centro a relação dos diferentes sujeitos no mundo. É um conhecimento necessariamente interdisciplinar (e indisciplinar – SANTOS, 2006) onde as mulheres são sujeitos do conhecimento (RAGO, 2019; LOURO, 1997; KETZER, 2017).

---

<sup>7</sup> Ver, neste sentido, Curiel (2020) para problematizar o feminismo descolonial.



A noção de interseccionalidade, contribuição imprescindível do feminismo negro, (CRENSHAW, 2002; COLLINS, 2015; CARNEIRO, 2003) critica a visão essencializada da Mulher<sup>8</sup>. A interseccionalidade<sup>9</sup> nos ajuda a pensar esse sujeito que envelhece, pois envolve elementos identitários, de raça/etnia, classe, sexualidade, território, geração, entre outros. A questão racial impacta na forma como mulheres e homens envelhecem, assim como a classe determina o tipo de acesso aos serviços de saúde, equipamentos sociais, informação, etc. O local de moradia, igualmente, favorece ou não o acesso a esses equipamentos e a uma vida mais segura.

Deste modo, é essencial pontuar que não nos vinculamos a uma perspectiva teórica que privilegia apenas três eixos: classe social, gênero e raça (MEDEIROS e FREITAS, 2017). A interseccionalidade é promissora ferramenta analítica por permitir a apreensão de outras relações como sexualidade, idade, religião, territorialidades e deficiências – que não podem, em nossa opinião, serem hierarquizadas. Para Patrícia Collins (2015), a interseccionalidade é uma das formas de combater as opressões múltiplas e imbricadas, logo é um potente instrumento de luta política<sup>10</sup>.

As particularidades do envelhecimento brasileiro devem ser pensadas interseccionalmente numa relação direta com os estudos de gênero, categoria fundamental de análise trazida pelos movimentos feministas e de mulheres (LOURO, 1997; SCOTT 1991; 2012). A categoria gênero deve ser entendida de forma relacional enquanto uma construção histórica das feminilidades e das masculinidades nas diversas sociedades e trazendo embutido em si uma relação de poder (SCOTT, 1991). Fruto das relações diretas entre o feminismo e as feministas acadêmicas, a categoria gênero nos é cara por enfatizar a dimensão social das relações entre homens e mulheres. Mas pode ser complexificada ao abordar tanto a crítica do feminismo negro, como do lésbico ou do transfeminismo. O que buscamos enfatizar aqui é que os estudos de gênero e interseccionalidade são indispensáveis para se problematizar o lugar que as mulheres idosas desempenham na sociedade brasileira, bem como as particularidades desse processo. As discussões sobre as relações de gênero e raciais permitem “desnaturalizar” e “historicizar” as desigualdades que existem entre homens e mulheres. E, no caso desse estudo, as desigualdades entre idosas e idosos. Tais considerações nos exige a conjecturar gênero para além da heteronormatividade que caracteriza nossa sociedade e nos possibilita pensar as particularidades da população LGBTQIA+, em especial, as lésbicas, travestis e mulheres trans que também envelhecem (LAHNI, 2019). As questões das mulheres negras, lésbicas, latinas e não ocidentais precisam ser repensadas para além de uma epistemologia branca, europeia, heterocentrada e falocêntrica.

Para conhecer esses sujeitos é igualmente necessário atentar para o estudo da dimensão racial. Os dados apontam que as mulheres vivem mais do que os homens. Mas não podemos esquecer que são os homens negros e pobres que mais vem morrendo em nossa sociedade. Na verdade, os homens têm chegado menos a uma maior idade e isso não se deve apenas aos problemas de saúde. Homens negros são executados nessa sociedade onde são vistos como

---

<sup>8</sup> Ver, neste sentido, Oyěwùmí (2004).

<sup>9</sup> A interseccionalidade “trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras (CRENSHAW, 2002, p. 177 – grifos nossos).

<sup>10</sup> Santos (2006) traz a definição de interseccionalidade da Association for Women’s Rights in Development (AWID): “ferramenta de análise, militância e desenvolvimento de políticas que considera a discriminação múltipla e nos ajuda a compreender o impacto de diferentes eixos identitários no acesso a direitos e oportunidades” (AWID, 2004: 12 *apud* SANTOS, 2006).

dispensáveis, nessa necropolítica (MBEMBE, 2018) que vem caracterizando os tempos atuais e que é resultado do racismo estrutural que perpassa a sociedade. Como afirma Almeida (2017, p. 43), “em uma sociedade racializada e fortemente marcada pela tradição colonial, o racismo opera, dentre outras formas, para destituir sua vítima da condição humana”. A saúde física e mental da população negra é condicionada por determinantes sociais onde o “desgaste físico, as humilhações, o preconceito e discriminações farão parte da vivência negra” – ainda que essas violências não tenham se dado sem resistências (ALMEIDA, 2017).

Da mesma forma, não podemos esquecer que envelhecer não possui o mesmo significado se pensarmos em termos de classe social. O envelhecer traz gastos, a economia do cuidado nos demonstra como o cuidado de si é uma atividade que congrega muito trabalho e a situação de classe impacta no acesso a esses cuidados e na forma como esse cuidado foi se estabelecendo ao longo da vida. Igualmente podemos pensar na questão da diversidade sexual: quem são os idosos que envelhecem? Quantas travestis, por exemplo, chegam a envelhecer? Essas são questões que não podemos perder de vista – ainda que nesse capítulo, a gente vá se concentrar no envelhecimento feminino. Somos levadas a pensar com Motta (2002) que as referências (negativas) ao envelhecimento e ao corpo são, ainda mais diretamente dirigidas às mulheres – e isso não se dá apenas porque vivem mais do que os homens, mas porque o corpo das mulheres sempre foi mais visado.

As mulheres sempre foram, tradicionalmente, avaliadas pela aparência física e pela capacidade reprodutiva. Em suma, pelo estado do seu corpo: pela beleza que possa exercer atração, pela saúde que permita reproduzir, pela docilidade de um corpo que se deixe moldar para tudo isso e também pela domesticidade, objeto permanente de gestão social (MOTTA, 2002, p. 45).

A maioria dos trabalhos se refere ao envelhecimento entre homens e mulheres da mesma forma, não levando em consideração suas características específicas. Findo esse item, vamos nos debruçar nos dados que vão nos deixar mais perto da realidade das idosas e idosos no Brasil.

### **3. O envelhecimento populacional e a feminização da velhice no Brasil**

O processo de envelhecimento é um fato irreversível e se desenvolve de maneira diferenciada entre as diversas sociedades. Antes era um fenômeno que fazia parte de países desenvolvidos, agora se tornou uma realidade mundial. Com isso, indicadores sociais apontam mudanças nas estruturas demográficas, econômicas, sanitárias, entre outras. No Brasil, esse processo está ocorrendo de forma rápida e contínua e possui particularidades que precisam ser analisadas por ecoar no panorama mundial (MESQUITA *et al.*; 2018).

De acordo com o relatório da ONU (2019), no Brasil, o número total de habitantes  $x$  pessoas acima de 60 anos seguiu e deverá seguir a seguinte projeção: em 1950, a população brasileira era superior a 53 milhões, sendo 4.3 milhões de pessoas acima de 60 anos; em 2000, eram mais de 174 milhões de brasileiros e acima de 24 milhões de pessoas com mais de 60 anos; em 2020, a população chegou em cerca de 212 milhões de habitantes e mais de 54 milhões de pessoas acima de 60 anos; em 2050, prevê-se que a população nacional deve passar os 228 milhões de habitantes e ter aproximadamente 134 milhões de idosos.

**Tabela 1** – População absoluta de idosos (acima de 60 anos) no Brasil

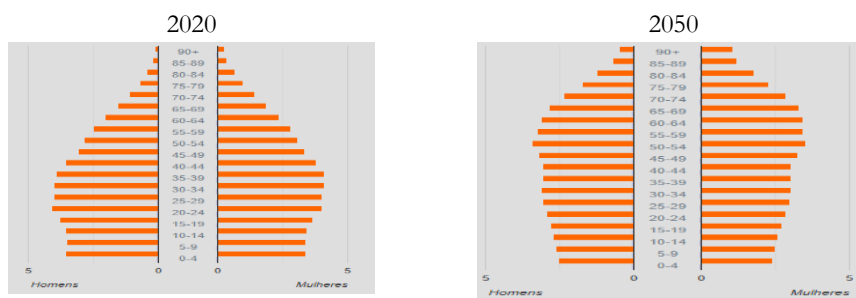
Anos	Total	Pessoas de 60 anos a 64 anos	Pessoas de 65 anos a 79 anos	Pessoas acima de 80 anos
1950	53.975	2.627	1.606	153
2000	174.790	13.974	9.175	1.429
2020	212.559	29.857	20.389	4.159
2050	228.980	67.361	52.026	15.376

**Fonte:** World Population Prospects 2019

Como se pode verificar, o número de idosos continuará crescendo e, com isso, novos limites e desafios se colocam para a sociedade brasileira. Diversos fatores estão contribuindo para isso como a queda da taxa de mortalidade, avanços da saúde preventiva (vacinas, antibióticos, quimioterápicos, etc.), novas tecnologias, melhoria nutricional, higiene pessoal e ambiental (NERI, 2001; SALGADO, 2002; NICODEMO & GODOI, 2010; ALMEIDA *et all* 2015). Ou seja, é proeminente entender que a sociedade brasileira passa por grandes transformações e o processo de envelhecimento está se dando numa grande velocidade.

No ano de 2020, a população brasileira tinha mais de 221 milhões de habitantes, sendo composta por 48,9% de homens e 51,1% de mulheres, processo esse conhecido como de feminização da sociedade brasileira. Essa diferença entre os sexos continua quando analisamos o processo de envelhecimento no país. Do total da população brasileira, em 2020, havia um total de 14,26% de pessoas idosas, sendo 7,97% compostas por mulheres e 6,29% de homens. O maior percentual de idosos encontra-se na faixa etária entre 60 e 69 anos de idade. Ou seja, temos mais mulheres idosas do que homens idosos no país.

**Gráfico 1** – Pirâmide Etária Brasil (2020 e 2050)



**Fonte:** IBGE Projeções (site [www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/](http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/)).

Ao analisar comparativamente os gráficos acima, referentes aos anos de 2020 e 2050, é notório alterações na pirâmide etária brasileira, em que o número de crianças reduz e o número de pessoas acima de 60 anos aumenta expressivamente. As projeções para 2050 indicam que esse processo continuará pelas próximas décadas. O total de idosos passará dos 14,26%, em 2020, para 28,46%, em 2050. Praticamente, dobra-se o número de idosos em 30 anos no Brasil. E, deste total de idosos, em 2050, 15,89% serão de mulheres idosas e 12,5% de homens idosos. Em todos os segmentos acima dos 60 anos, as mulheres continuarão em maior percentual, principalmente, entre 60 e 64 anos e 64 e 69 anos. Esse processo tem sido denominado de

feminização da velhice por caracterizar a predominância de mulheres entre os idosos no Brasil<sup>11</sup>: “pode-se assinalar, sem dúvida, que a velhice se feminizou, converteu-se em um assunto de mulheres. O fato mais significativo e simples sobre a velhice é que a população idosa é predominantemente feminina” (SALGADO, 2002, p. 09).

Todavia, a feminização da velhice vem acompanhada de várias modificações sociodemográfico, médico-social e sociopsicológico que afetam diretamente o envelhecimento das idosas em sua vida cotidiana (NERI, 2001). Camarano *et all* (2004), ao analisarem o processo de envelhecimento populacional brasileiro, colocam que a heterogeneidade do envelhecimento feminino apresenta especificidades: “a heterogeneidade desse segmento extrapola a da composição etária. Dadas as diferentes trajetórias de vida experimentadas pelos idosos, eles têm inserções distintas na vida social e econômica do país” (2004, p. 25/26). Entre as questões sinalizadas nesse estudo, as mulheres idosas apresentam condição socioeconômica desvantajosa, já que a maioria das idosas de hoje não possuíam algum tipo de trabalho remunerado durante a fase de sua vida produtiva, tornando-se mais vulnerabilizadas financeiramente e, conseqüentemente, menos autônomas; o que se adensa se acrescentarmos a variável raça, uma vez que as famílias mais pobres em nossa sociedade são aquelas chefiadas por mulheres negras, caracterizando o processo de feminização da pobreza (FREITAS, BRAGA, BARROS, 2010).

Para melhor análise do processo de feminização da velhice, alguns indicadores de saúde devem ser levados em consideração, a saber: queda da fecundidade, aumento da esperança de vida e queda da taxa mortalidade. A taxa de fecundidade é uma estimativa do número de filhos por mulher em determinado país, região. A taxa de fecundidade brasileira está em constante declínio, conforme a tendência mundial, sobretudo dos países urbanizados. Como podemos observar na tabela abaixo, no ano de 1950 a taxa de fecundidade era de 6,21 filhos por mulher. A partir da década de 1960, passou por um processo de queda desta taxa, chegando, em 2020, a uma taxa de fecundidade de 1,76.

**Tabela 2** – Taxa de fecundidade Brasil

Ano	Total
1950	6,21
1960	6,3
1970	5,8
1980	4,4
1991	2,9
2000	2,3
2020	1,76
2050	1,68

**Fonte:** IBGE, Censo Demográfico de 2010 e IBGE Projeções

Nas palavras de Kalache (1987), a taxa de fecundidade é considerada fator determinante do envelhecimento em relação ao nível da população de um país. Alguns fatores levaram a esse declínio, tais como: a expansão da urbanização no meio rural, o avanço da medicina, a utilização de métodos contraceptivos (preservativos, diafragma, pílula anticoncepcional, etc.), a educação sexual, o planejamento familiar, o aumento participativo da mulher no mercado de trabalho e o

<sup>11</sup> Ver Salgado (2002), Nicodemo & Godoi (2010); Almeida *et all* (2015); MESQUITA *et all*; 2018.

aumento da escolaridade das mulheres. São aspectos relevantes que contribuem para redução da fecundidade no Brasil.

De outro lado, estamos presenciando o aumento da expectativa de vida no país. Esse indicador faz relação às condições de vida e de saúde da população como um todo, expressando o número de anos de vida que se espera de um recém-nascido vivo. Podemos notar que, de 1950 a 2020, a esperança de vida ao nascer para ambos os sexos passou de 48 anos para 76,74 anos, um aumento de 32,57 anos de vida. E, chegará em 80,57 anos em 2050. Esse aumento pode ser observado ao longo dos anos. Mas, a diferença da expectativa de vida entre idosos e idosas permanece nos anos apresentados (cf. tabela abaixo). As mulheres vivem, em média, sete anos mais do que os homens e isso é uma constante contínua.

**Tabela 3** – BRASIL – Expectativa de Vida ao Nascer – de 1950, 2000, 2020 e 2050

Ano	Total	Homem	Mulher	Diferença entre os sexos (em anos)
1950	48,0	45,3	50,8	5,6
2000	69,8	66,0	73,9	7,9
2020	76,74	73,26	80,25	6,99
2050	80,57	77,37	83,81	6,44

**Fonte:** IBGE, Censo Demográfico de 2010 e IBGE Projeções

Conforme Almeida *et all* (2015), a percepção da velhice por parte de mulheres pode revelar aspectos positivos e negativos. Entre os aspectos positivos, destaca que a velhice pode ser vista como uma etapa de maior participação social. Por outro lado, como pontos negativos, as idosas vivenciam situações limitadoras de sua idade e de uma geração vivenciada como o preconceito social, a baixa escolaridade, os problemas familiares, as carências afetivas, a dependência financeira, a solidão, a viuvez, presença de doenças crônicas. Situações essas que, condizente com os autores, podem estar colocando as mulheres idosas em situação de maior risco social.

Marly de Jesus Sá Dias e Jacira Serra (2018), por exemplo, estudam a imbricação entre mulheres, velhice e solidão, apontando a formação de uma “nova tríade” no Brasil hoje. Essa solidão seria decorrência de uma vida vivida em função de outras pessoas e que convive, na velhice, por diversas razões, com o afastamento dessas pessoas. O fato de vivermos numa sociedade que exalta a juventude e remete à imagem de velhas e velhos como improdutivos, rabugentos, etc. vai potencializar a uma imagem negativa do envelhecimento. As autoras acrescentam essa dimensão na discussão acerca da feminização do envelhecimento que faz com que seja elevado o número de mulheres idosas sem cônjuges (DIAS; SERRA, 2018). As autoras apontam também uma questão cultural extremamente presente em nossa sociedade: é aceito com mais naturalidade um homem casar com uma mulher mais nova, do que o inverso, ou seja, uma mulher se casando com um homem mais novo. Infelizmente, como apontam essas autoras, “o aumento progressivo da expectativa de vida e o número de idosos que envelhecem juntos não crescem na mesma proporção, seja pelo número de separações e divórcios na idade adulta, seja

pela preferência já destacada dos homens idosos por companhia de mulheres mais jovens<sup>12</sup>” (DIAS e SERRA, 2018, p. 23).

Para Baldin *et all* (2008), diversas são as perdas vivenciadas na velhice, mas a perda de um companheiro traz consigo mudanças comportamentais que podem ser inesperadas no cotidiano, na família, na sociedade por parte da idosa viúva. Ou pode abrir outros horizontes para muitas mulheres, agora liberadas da figura masculina (seja do pai, seja do marido). Nesse sentido, é importante destacar que o fato de morarem sozinhas não significa necessariamente a solidão e o abandono, como bem destacam essas autoras. O fato de morar só pode ser também uma opção e para algumas, a vivência de uma liberdade que não tinham acesso antes ao estarem casadas e vivendo uma vida muito marcada pelos papéis de gênero.

Em suma, de acordo com os dados apresentados, podemos notar que está acontecendo o envelhecimento da população brasileira. E, nessa transição demográfica e etária, as mulheres idosas ganham destaque e assinalam que o envelhecimento populacional brasileiro precisa ser analisado de forma interseccional. Para garantir uma cidadania plena às idosas, temos que nos perguntar como as mulheres estão envelhecendo? Quem é essa mulher que envelhece? Que demandas elas colocam para a saúde?

#### **4. Saúde e população idosa – refletindo algumas dimensões**

Como podemos observar, o prolongamento da vida da população brasileira é fato presente e que se intensificará nos próximos anos. Partimos da compreensão de que o envelhecimento envolve aspectos biológicos, psicológicos, econômicos, políticos, familiares, sociais, sexualidades, entre outras dimensões que fazem parte do ciclo de vida de cada idosa/o na sociedade que vivemos (CAMARANO & PASINATO, 2004). Logo, o conceito idosa/o deve ser compreendido de forma mais ampla do que apresentado pelo determinismo biológico e/ou cronológico que estabelece a velhice focada no indivíduo isolado e no tempo de vida vivido. Isso importa para que as ações e políticas voltadas para o envelhecimento possam levar em consideração a autonomia, participação, cuidado e satisfação pessoal de cada um. Conforme Barreto, Carreira e Marcon (2015, p. 326)

Qualquer política destinada aos idosos deve considerar sua capacidade funcional, necessidade de autonomia, participação, cuidado e autossatisfação. Também deve abrir campo para possibilidade de atuação em variados contextos sociais e de elaboração de novos significados para a vida na idade avançada. E ainda incentivar, fundamentalmente, a prevenção, o cuidado e a atenção integral à saúde das pessoas idosas.

O envelhecimento populacional traz consigo muitos desafios. Como afirma Freitas (2017), o discurso médico vai enfatizar as diferenças biológicas entre as mulheres e os homens para a definição de seus papéis sociais e, em relação às mulheres, sempre esteve mais voltado para a dimensão da saúde reprodutiva – a chamada “matriz” (o útero) foi considerada, por muitos anos, o estudo fundamental na hora de pensar o corpo feminino (NUNES, 1991) – mas

---

<sup>12</sup> Isso é confirmado também pelo estudo de Baldin *et all* (2008, p. 44): “os diferenciais por sexo quanto ao estado conjugal devem-se à maior longevidade das mulheres e ao fato da prevalência da cultura de os homens se casarem novamente e com mulheres mais jovens”.

como fica essa dimensão em relação à mulher idosa, que está fora da saúde reprodutiva? O conhecimento médico pautado em representações consideradas universais acaba por apontar o masculino travestido de universalidade. As representações construídas socialmente é que dão direção às teorias e práticas médicas. Para as mulheres, a maternidade surge como destino inexorável. Já para os homens, a virilidade é o elemento que o caracterizará. Disso resulta uma visão determinista do que seria a “natureza” feminina (predisposta a histeria, volúvel, frágil e cujo corpo era talhado para a maternidade) e a “natureza” masculina (forte, viril, racional, talhado para o trabalho e as responsabilidades). Dessa equação, temos a definição dos papéis materno e paterno, fazendo com que qualquer outro papel assumido pelas pessoas em suas vidas fosse visto como desviante e passível de tratamento (FREITAS, 2017).

A saúde da mulher, principalmente em decorrência dos movimentos feministas, vem sendo alvo de discussões desde os anos de 1980. Mas não podemos negar que, ainda hoje, ao se falar em saúde da mulher é a saúde reprodutiva que nos vem a mente. E as mulheres idosas? O que se tem de específico para esse público? Para Lima e Bueno (2009), sabe-se pouco a respeito da sexualidade feminina na terceira idade, inclusive sobre a homossexualidade feminina. É como se, de repente, a mulher, nesta faixa de idade, se tornasse invisível, não merecendo mais a atenção da sociedade e tampouco o interesse acadêmico e profissional das diversas áreas.

Não se pode negar os avanços existentes em relação à proteção social de idosas e idosos no Brasil. A década de 1980 foi rica no que se refere às movimentações sociais<sup>13</sup>. Em 1982, foi realizada a I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento (ONU), em Viena, que traçou as diretrizes para o Plano de Ação Mundial sobre o Envelhecimento, aprovado em Nova York, no ano de 1983. No Brasil, em 1986, tivemos a realização da histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde onde houve a elaboração de uma nova concepção de saúde e atendimento universal e integral que contribuiu para o texto legal da Constituição Federal de 1988. A Constituição Brasileira de 1988 defende a concepção ampliada de saúde, enquanto direito de cidadania: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços”. A Constituição coloca a saúde como um direito de todos e obriga o Estado na promoção e execução de políticas na área. Além disso, a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar a saúde a população idosa<sup>14</sup>. A Constituição é o primeiro reflexo no que se refere às mudanças radicais da visão do envelhecimento no país.

Na década de 1990, diversos avanços legais e normativos aconteceram na ampliação da proteção social voltada para a população idosa brasileira. Em 1993, a aprovação da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) passou a garantir direitos a esse seguimento com a criação do Benefício de Prestação Continuada (BPC). O BPC possibilitou o acesso de um salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e a/ao idosa/o, desde que necessitem deste benefício. Em 1994, foi aprovada a Lei Nº 8.842/1994 que estabeleceu a Política Nacional do Idoso (PNI) visando a “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade”. Em 1996, houve a criação do Conselho Nacional do Idoso cujo objetivo foi assegurar a autonomia, integração e a participação

---

<sup>13</sup> Esse pequeno histórico foi construído com base em Fernandes e Soares (2012) e Lins e Andrade (2018).

<sup>14</sup> Contudo, essa responsabilidade não pode ser encarada como se esses três sujeitos tivessem a mesma capacidade de proteção. O que terminamos por ver é a sobrecarga em cima das famílias como principais responsáveis pela proteção a seus idosos. Cf. neste sentido o interessante livro organizado por Mioto, Campos e Carloto (2015).

efetiva do idoso na sociedade. Em 2003, entra em vigor, a Lei nº 10.741 que aprova o Estatuto do Idoso, um dos principais marcos no acesso aos direitos dos idosos.

Em relação à saúde, em 1999, ocorreu a implantação da Política Nacional da Saúde do Idoso pela Portaria 1.395/1999 do Ministério da Saúde (MS). Entre suas diretrizes busca-se a promoção do envelhecimento saudável, a prevenção de doenças, a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde dos idosos, capacitação de recursos humanos, o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e o apoio aos estudos e pesquisas voltados a esse segmento.

No que se referem aos debates internacionais, foram realizados os seguintes eventos: em 2002, aconteceu a Segunda Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, em Madrid; em 2003, foi realizada a Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento da América Latina e Caribe, no Chile; em 2006, foi realizada I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa no Brasil. A I Conferência aprovou “[...] diversas deliberações, divididas em eixos temáticos, que visou garantir e ampliar os direitos da pessoa idosa e construir a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa – RENADI” (FERNANDES e SOARES, 2012, p. 1497).

Lins e Andrade (2018) ao analisarem as conferências de mulheres e de idosos<sup>15</sup>, apontam que, de maneira geral, a preocupação central nesses documentos é “remediar doenças já instaladas e demandar a atuação do Estado em relação a estas mulheres”. Não existe o entendimento da saúde das mulheres idosas envolvendo alimentação, esporte ou lazer; ao contrário, “relaciona-se, sobremaneira, o período do climatério e menopausa às mulheres idosas e à necessidade de que recebam acompanhamento médico e hormonal para tanto”. Aponta, contudo, que nas conferências, “o cuidado com a alimentação, a realização de atividades físicas regulares e uma vida sexual prazerosa também aparecem como fatores que influenciam uma vida saudável” (LINS e ANDRADE, 2018 - 453). As autoras concluem que “em geral, identifica-se uma certa ausência de propostas de ações para garantir um envelhecimento saudável, um conceito positivo e ativo de envelhecimento, orientado ao desenvolvimento econômico e social das mulheres idosas (LINS e ANDRADE, 2018, p. 456).

Reafirmando a histórica crítica feita pelo feminismo, o que se assiste é a invisibilização das mulheres e a ausência das questões específicas que só podem ser acessadas quando nos debruçamos na realidade concreta vivida por essas mulheres. Temos instalado aqui o perigo de um olhar muito geral e universal que busca incluir todas, mas que exatamente por conta disso, termina por não dá conta das especificidades<sup>16</sup>. Podemos aproximar essas reflexões daquelas estabelecidas por Crenshaw (2002) no conceito de superinclusão. Ou seja, ao se falar num

---

<sup>15</sup> Segundo essas autoras, “em grande medida, podemos dizer que o enquadramento dado às mulheres idosas nos resultados dos processos conferencistas nacionais aqui analisados é o da ausência. Contudo, é preciso considerar que pode estar ocorrendo um esvaziamento da construção de propostas específicas para esse grupo populacional nos processos conferencistas com a fragmentação em outras questões. Isto pode ocorrer tanto em função da pouca força deste segmento nos movimentos feministas, quanto como uma estratégia das conferencistas no sentido de universalização das pautas para que ocorra maior inclusão de mulheres” (LINS e ANDRADE, 2018, p. 460).

<sup>16</sup> “Por outro lado, é também com base no processo de inclusão de diferentes temáticas e grupos num mesmo bojo de políticas públicas, em que podem ocorrer os maiores apagamentos das próprias pautas e desconsideração das especificidades de determinados grupos. Existe a necessidade de que muitos destes grupos tenham direito a políticas afirmativas específicas para poderem sair da situação de exclusão e marginalização que vivenciam. Em outras palavras, quando se opta pela abordagem universalista, demandas específicas dos grupos acabam sendo invisibilizadas e não abordadas nas políticas. É uma estratégia de inclusão – a universalização de todas as pautas de mulheres – mas que oferece riscos em sua implementação” (LINS e ANDRADE, 2018, p. 457).



universal abstrato, desconsidera-se questões e problemas que atingem grupos específicos, o que resulta na dificuldade de se traçar estratégias<sup>17</sup>.

Nos detendo especificamente na dimensão da saúde da mulher idosa, Lins e Andrade (2018) ressaltam que estas acumulam importantes desvantagens, como “violência, discriminação, salários inferiores aos dos homens, baixa escolaridade, dupla jornada de trabalho ou dedicação exclusiva do cuidado do lar e dos filhos, situação socioeconômica desvantajosa e consequente dependência de recursos” (LINS; ANDRADE, 2018, p. 441). Por isso, a importância de pensar e formular propostas, como apontado por essas autoras, que vá além da visão tradicional dos cuidados em saúde, para abordar igualmente questões relacionadas ao acesso à renda mínima, à educação, ao lazer. Isso é ainda mais oportuno se pensarmos em termos de uma concepção ampliada de saúde e de cidadania.

As políticas públicas direcionadas às mulheres e às pessoas idosas ainda são permeadas por questões retrógradas, que visam apenas a saúde, em função do adoecimento pela velhice, de forma a pouco evidenciar os demais direitos humanos desta população, formas de participação política, questões de geração de renda e emprego, entre outros. Assim, a situação das mulheres idosas continua silenciada mesmo em documentos e políticas que deveriam almejar e ampliar formas mais democráticas para todas as mulheres (LINS e ANDRADE, 2018, p. 444).

Outra discussão atual diz respeito ao direito a acompanhante pelas pessoas idosas. Essa questão nos remete necessariamente à economia do cuidado. São as mulheres que normalmente ocupam esse papel. Mulheres pobres, mulheres negras e muitas mulheres idosas se ocupam do cuidar de seus netos, filhos e maridos. Não é incomum mulheres de 60 anos cuidando de suas mães que tem 80. O envelhecimento populacional demanda cuidados e quando o Estado não oferece, esse tem que ser buscado nas redes estabelecidas na comunidade próxima – o que acaba por onerar ainda mais as mulheres, especialmente as mulheres negras e pobres. Mulheres idosas necessitando de cuidados, mas que também são cuidadoras (LINS e ANDRADE, 2018). Por isso, a análise das relações de gênero não pode ser desconsiderada ao se olhar a velhice, pois uma dupla discriminação acontece em relação às mulheres idosas: por serem mulheres e idosas. Pensar na saúde das idosas implica conhecer quem são essas idosas e suas demandas específicas. Quais são, por exemplo, na saúde as reivindicações das travestis e mulheres trans que envelhecem? Fala-se num envelhecimento saudável, mas o que isso significa para indígenas idosas? Para mulheres deficientizadas?

Tavares *et all* (2017), em seu estudo sobre a saúde das idosas de baixa renda, enfatiza a importância da “reciprocidade no apoio social entre as mulheres idosas de baixa renda e sua rede social”. Essas autoras sinalizam que a produção científica sobre mulheres idosas de baixa renda destaca as doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão, um dos desafios a serem enfrentados na construção de uma política de saúde para essa população. Ainda, nesta pesquisa,

---

<sup>17</sup> Esta autora também traz a noção de subinclusão, que foca numa questão específica e não dá conta de entender como determinada questão se refere a realidades que atingem diferentes grupos: “em resumo, nas abordagens subinclusivas da discriminação, a diferença torna invisível um conjunto de problemas; enquanto, em abordagens superinclusivas, a própria diferença é invisível” (CRENSHAW, 2002, P. 176). Crenshaw (2002) traz como exemplo de superinclusão o tráfico de mulheres. Fala-se em programas para o tráfico, mas muitas vezes se desconsidera o modo como ele atinge grupos específicos, como as mulheres negras e pobres. Já para a noção de subinclusão ela aponta o exemplo da esterilização das mulheres pobres, descartando o conteúdo racial.

as autoras (e outras citadas por estas), concordam que as idosas no enfrentamento dessas doenças tem como estratégia o apoio dos familiares. A conclusão dessas estudiosas é que é fundamental que a assistência à saúde da mulher idosa “ultrapasse as questões medicamentosas e inerentes a mudança de estilo de vida e considere também a subjetividade e sua cultura” (TAVARES *et all*, 2017, p. 917). Deste modo, consideram essencial envolver a família e/ou pessoas da rede social para apoiar no cuidado à saúde. O que reafirma a relevância das redes sociais em todos os estudos acerca das famílias no Brasil (SARTI, 2003; FONSECA, 2002; FREITAS, 2000; FREITAS, BRAGA e BARROS, 2010). Nessa lógica, quando a idosa recebe o apoio social, apresenta menos chances de adoecer, o que contribui para a melhoria da sua qualidade de vida (TAVARES, 2017). Afinal – não por uma questão natural, mas socialmente construída – as mulheres estabeleceram redes sociais como estratégias de vida e isso acontece mais entre mulheres do que entre os homens.

Sinalizamos assim algumas questões que precisam ser melhor problematizadas. No quesito classe social, essa questão é ratificada com as mulheres idosas de baixa renda, residentes em comunidades carentes da cidade do Rio de Janeiro, ganham destaque por dar suporte financeiro e cuidar de seus netos para que suas/seus filhas/os possam exercer as atividades laborais. Então, as idosas e idosos contribuem financeiramente para a renda familiar, com sua aposentadoria, ou cuidam dos netos para que os filhos possam exercer as atividades laborais – e essa atividade esteve historicamente nas mãos das mulheres.

Outro ponto a destacar diz respeito à rotina institucional. Por exemplo, podemos nos referir aos horários de funcionamento dos hospitais ou postos de saúde. Tais horários são pensados, geralmente, a partir de um referencial de família de camadas médias onde a mulher não trabalhava fora. São horários de visita em que os homens e mulheres que trabalham não podem ir, ou se vão, correm o risco de perder o emprego. Visitas noturnas para que filhos possam ver seus pais internados pode ser um bom começo. Horários mais flexíveis que possibilitem a ampliação das possibilidades de visita é também uma maneira de melhorar as relações dentro dos hospitais. E, possibilitar a maior participação dos homens nesse processo.

Outra dimensão considerável é o compromisso das políticas em não onerar as mulheres e suas famílias. A responsabilidade do envelhecimento não pode ser unicamente das famílias, o que parece apontar a perspectiva familista cada vez mais em vigor, no Brasil, e que é uma faceta de longa tradição histórica em nossa sociedade (MIOTO, CAMPOS e CARLOTO, 2015). Nossas/os velhas/os não podem ser responsabilidade apenas das famílias.

Da mesma forma, o meio ambiente merece atenção, pois o local onde se vive pode contribuir para a dependência, falta de autonomia e isolamento social. Segundo Tavares (2017), uma pesquisa realizada com idosos poloneses verificou que, para ter qualidade de vida elevada, é necessário ter boa educação e renda suficiente para viver. Temos aqui, além da dimensão do gênero, a da classe e a territorial como fundamentais.

Assim sendo, para a população idosa, a saúde não se restringe apenas ao controle e à prevenção de agravos de doenças crônicas não transmissíveis, mas também à interação entre a saúde física e mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social (FERNANDES; SOARES, 2012). Cabe enfatizar que muitas são as políticas focalizadas nos idosos, porém, as dificuldades na implementação abrangem desde a captação precária de recursos ao frágil sistema de informação para a análise das condições de vida e de saúde, como também a capacitação inadequada de recursos humanos. A equipe de atenção às idosas merece prioridade nessas reflexões.

Motta e Aguiar (2007) abordam as novas competências profissionais na área da saúde voltadas a pensar o envelhecimento populacional brasileiro. Seu estudo discute as características da formação médica frente ao processo de envelhecimento e as especificidades da atenção à saúde do idoso. Suas conclusões podem ser úteis para pensar não apenas a medicina, mas os diversos profissionais que compõem a equipe de saúde. Concordamos com essas autoras ao afirmarem que há uma distância entre os conteúdos necessários à boa prática geriátrica e os currículos de graduação e da pós-graduação. Não podemos deixar de aproximar essa discussão para a formação profissional da assistente social. Para Motta e Aguiar (2007, p. 363),

A inclusão do processo de envelhecimento como curso de vida e em todos os seus aspectos nos currículos de graduação é uma prioridade. É também necessário ampliar a discussão sobre o papel da pós-graduação, da educação permanente e da educação continuada a fim de fazer frente ao desafio de envelhecer com qualidade.

As autoras refutam a necessidade de avançar na direção da interdisciplinaridade na formação em saúde e na intersetorialidade das ações e políticas públicas. O mesmo vale para pensar além da integralidade, da intersetorialidade, da interdisciplinaridade e da interseccionalidade que defendemos na garantia de um envelhecimento saudável<sup>18</sup>.

## 5. Considerações finais – Dilemas e Desafios

Ao analisar o processo de envelhecimento da população brasileira, na cena contemporânea, constata-se que o processo de envelhecimento da sociedade brasileira tem sido acompanhado pelo processo de feminização da velhice. Isso nos diz muito acerca desse processo, mas não nos diz tudo. É preciso complexificar a noção da velhice e compreender os diferentes sujeitos que compõem esse seguimento populacional. Pensar de forma homogênea nos impossibilita de conhecê-los e, então, assegurar uma intervenção que vá ao encontro as demandas e desejos postos.

Em consonância com o que Bassil (2002) coloca, compreender a velhice apenas a partir das noções de perdas e limitações compromete o entendimento de uma velhice vivida de formas distintas. Desse modo, estudar o processo de envelhecimento na perspectiva de diferentes cursos de vida permite ampliar nossos referenciais de análise, tanto para o conhecimento dos problemas existentes como para a delimitação e análise de novos problemas de investigação. Bassil (2002) sinaliza – e nos parece bem interessante essa perspectiva – a utilização de histórias de vida<sup>19</sup> e depoimentos de pessoas como uma forma de apreender como as pessoas vivem “o seu próprio envelhecimento”, tendo em conta que esse processo se dá a partir de diferentes contextos sociais, culturais e históricos. Ou seja, trata-se de tentar compreender o envelhecimento a partir da perspectiva daqueles que estão envelhecendo. Esse é um caminho que nos parece sedutor. É essencial ouvir esses relatos para mostrar como, por pertencerem a diferentes grupos sociais, as trajetórias de vida foram influenciadas de forma distinta pelo mesmo conjunto de eventos históricos e culturais (BASSIL, 2002). A partir dessas vivências, queremos enfatizar, os diferentes

---

<sup>18</sup> “O envelhecimento saudável é assim entendido como a interação entre saúde física e mental, independência nas atividades de vida diária (capacidade de vestir-se, tomar banho, fazer higiene, transferir-se, alimentar-se, ser continente), integração social, suporte familiar e independência econômica”. (MOTTA e AGUIAR, 2007, p. 364)

<sup>19</sup> Não podemos esquecer a relação academicamente tecida entre os estudos de mulheres e a metodologia da história oral.

marcadores sociais que o instrumental da interseccionalidade nos permite aproximar: as questões de classe, gênero, raça, geração, sexualidade, territorialidade e outros.

Na obra “A Velhice” (1990), Simone de Beauvoir mostra que as condições de vida dos idosos eram objeto de estudo de diversas sociedades antigas, sendo a velhice compreendida como um processo dinâmico, resultado do prolongamento da vida. A autora parte de inúmeros questionamentos sobre a velhice: “o que é envelhecer?” “Em que consiste o processo de envelhecimento?”. Tais reflexões nos leva a conclusão de que se trata de uma realidade que não é fácil de definir e que estamos falando de um fenômeno que é biológico, mas também cultural, pois “a velhice não poderia ser compreendida senão em sua totalidade; ela não é somente um fato biológico, mas também um fato cultural” (BEAUVOIR, 1990, p. 16).

Como afirmamos, uma característica própria da perspectiva feminista é compromisso com a justiça social. Ao possibilitar a identificação dessas diversas dimensões, compreendemos a interseccionalidade como ferramenta imprescindível para a elaboração e implementação da política social<sup>20</sup> e consolidação da cidadania. Como afirmam Freitas, Mesquita e Silva (2020, p. 67):

Partimos de uma concepção ampliada que dê conta não apenas da esfera social, política e civil, mas também englobando os direitos sexuais, humanos, culturais, epistemológicos, etc.; direitos estes fundamentais para que se tenha uma cidadania que permita a vivência nos seus mais diferentes domínios.

Pensando especificamente na área da saúde, mais do que nunca compreendemos a necessidade de uma escuta – atenta e qualificada – para lidar com nossas idosas e idosos. Sair de uma noção da velhice como sinônimo de perda e de uma visão homogênea para se pensar a construção de políticas públicas na área social – e da intervenção – que contemple a escuta e as demandas específicas dessas mulheres, de modo mais específico, e homens que envelhecem.

## Referências:

ALMEIDA, Alessandra Vieira *et al.* A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. **Revista Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 14, n. 1, p. 115 - 131, jan./jun. 2015.

ALMEIDA, Magali da S. Diversidade humana e racismo: notas para um debate radical no serviço social. **Revista Argumentum**, v. 9, n.1, p.32-45; jan, 2017.

BALDIN, Carla Borsoi; FORTES, V. L. F. Viuvez feminina: a fala de um grupo de idosas. **Revista Brasileira da Ciência do Envelhecimento Humano – RBCEH**, Passo Fundo, v. 5, n. 1, p. 43-54, jan./jun. 2008.

BARRETO, M. da S., CARREIRA, L., & MARCON, S. S. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. **Revista Kairós**

---

<sup>20</sup> Entendida aqui como resultante das relações entre Estado, Mercado e Sociedade. Ver neste sentido Pereira (2004 e 2020).

**Gerontologia**, FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP, São Paulo v.18, n.1, p. 325-339. janeiro-março 2015.

BASSIL, Ana Zahira. Histórias de Mulheres: reflexões sobre a maturidade e a velhice, In: **Antropologia, saúde e envelhecimento** (Organizado por Maria Cecília de Souza Minayo e Carlos E. A. Coimbra Jr). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 212p.

BEAUVOIR, Simone de. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**.

BRASIL. **Estatuto do Idoso** – Lei N. 10.741/2003.

BRASIL. **Lei Orgânica da Assistência Social** - LOAS, n. 8.742 de 1993.

BRASIL. **Política Nacional do Idoso** – PNI, Lei N. 8.842/199.

CAMARANO, A. M.; KANSO, S.; MELLO, J. L. Como vive o idoso brasileiro. In: CAMARANO, A (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004, p. 25-73.

CARNEIRO, Sueli. Mulheres em movimento. **Estudos Avançados**. , São Paulo, v. 17, n. 49, pág. 117-133, dezembro de 2003.

COLLINS, Patricia Hil. “Em direção a uma nova visão: raça, classe e gênero como categorias de análise e conexão”, **Reflexões e práticas de transformação feminista** (org. Renata Moreno), SOF (Coleção Cadernos Sempre Viva), 2015.

CRENSHAW, Kimberlé. “Documento para encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero”, **Revista Estudos Feministas**, ano 10, Florianópolis, 2002.

CURIEL, Ochy. “Entrevista: Ochy Curiel e o feminismo decolonial” (Entrevista feita por Ana Paula Procópio da Silva, Magali da Silva Almeida e Renata Gonçalves). **Revista Em Pauta**, n. 46, v. 18, 2020, p. 269 – 277.

DIAS, Marly de Jesus Sá e SERRA, Jacira. Mulher, velhice e solidão: Uma tríade contemporânea? **Revista Serviço Social & Saúde**, Campinas, SP v. 17 n. 1 [25] p. 9-30 jan./jun. 2018.

FERNANDES, Maria Teresinha de Oliveira e SOARES, Sônia Maria. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, n. 46 (6), 2012.

FONSECA, Cláudia. Mãe é uma só? Reflexões em torno de alguns casos brasileiros, **Revista Psicologia USP**, n. 2, v. 13, São Paulo: USP-IP, 2002.

FREITAS, Rita de Cássia Santos. “**Mães de Acari**: Preparando a tinta e revirando a praça: um estudo sobre mães que lutam”. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2000.

FREITAS, Rita de Cássia Santos; MESQUITA, Adriana de Andrade e SILVA, Glauber Lucas Ceará. Política Social, Famílias e Relações de Gênero: Reflexões e Proposições. In: SENNA, Mônica; FREITAS, Rita e MORAES, Carlos (org.), **Cidadania e Política Social no Brasil**, Rio de Janeiro: Ed. CRV, 2020.

FREITAS, Rita. “A construção social dos papéis de gênero na família e as (nossas) práticas em saúde. In Teresa Kleba Lisboa *et all* (org.). **Estudos interdisciplinares sobre gênero, família e saúde**. Tubarão, Santa Catarina: Copiart, 2017.

FREITAS, Rita; BRAGA, Cenira; BARROS, Nívia. Família e Serviço social – Algumas reflexões para o Debate. In: DUARTE, et al. (Org.) **Família e Famílias**: práticas sociais e conversações contemporâneas, Rio de Janeiro. Lumen Juris. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>. Acesso em: 15 jun. 2021.

KALACHE, Alexandre. Envelhecimento Populacional: uma realidade brasileira. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, 21(3), 211-224, 1987.

KETZER, Patricia. “Como pensar uma Epistemologia Feminista? Surgimento, repercussões e problematizações”. **Revista Argumentos**, ano 9, n. 18, Fortaleza, jul./dez. 2017.

KILOMBA. Grada. “DESCOLONIZANDO O CONHECIMENTO” Uma Palestra-Performance de Grada Kilomba. Disponível em: <https://joacamillopenna.files.wordpress.com/2018/05/kilomba-grada-ensinando-a-transgredir.pdf>. acesso em: 28 ago. 2020.

LAHNI, Cláudia Regina; AUAD, Daniela. Não é mole não, ser feminista, professora e sapatão: apontamentos de uma história a partir do espaço das lésbicas e da lesbianidade na produção de conhecimento sobre mídia. In.: PEDRO, Joana Maria; VERAS, Elias Ferreira. **Lutas feministas e LGBTQ+ pela democracia no Brasil**. Revista do Programa de Pós-Graduação em História. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Anos 90, Porto Alegre, v. 26, 2019.

LIMA, Lara Carvalho Vilela de e BUENO, Cléria Maria Lobo Bittar. Envelhecimento e gênero: a vulnerabilidade de idosas no Brasil. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 2, n. 2, p. 273-280, mai./ago. 2009.

LINS, Isabella Lourenço e ANDRADE, Luciana Vieira Rubim. A feminização da velhice: representação e silenciamento de demandas nos processos conferencistas de mulheres e pessoas idosas. **Revista MEDIAÇÕES**, Londrina, v. 23 n. 3, p.436-465, dez. 2018.

LOURO, Guacira Lopes. “Uma epistemologia feminista”, **Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista**, 6. ed., Petrópolis: ed. Vozes, 1997.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**. 3. ed. São Paulo: n-1 edições, 2018.

MEDEIROS, Luciene e FREITAS, Rita. Por onde caminhamos até chegarmos aqui. Apresentação da Revista **O Social em Questão**, 2017.

MESQUITA, Adriana de Andrade. Envelhecimento Populacional e relações de gênero: velhos dilemas e novos desafios. In: **Serviço Social, Formação Profissional e Política Social: questões contemporâneas**. MESQUITA, A; ASSIS, J.; DUTRA, V. (Orgs.) – Rio de Janeiro: Gramma, 2018.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; CAMPOS, Marta Silva e CARLOTO, Cássia Maria (org.). **Familismo, direito e cidadania: contradições da política social**. São Paulo: Cortez ed., 2015.

MORAES, Carlos Antonio de Souza; SANTOS, Cristiane Medeiros dos e GONÇALVES, Jefferson Ferraz. Particularidades do mercado de trabalho e do trabalho de assistentes sociais na política de saúde no Brasil. In: SENNA, Mônica; FREITAS, Rita e MORAES, Carlos (Orgs.), **Cidadania e Política Social no Brasil**, Rio de Janeiro: Ed. CRV, 2020.

MOTA, Luciana Branco da e AGUIAR, Adriana Cavalcanti de. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 12(2):363-372, 2007.

MOTTA, Alda Britto da. “Envelhecimento e Sentimento do Corpo”, In: **Antropologia, saúde e envelhecimento** In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA JR., Carlos E. A. (Orgs.). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 212p.

NERI, A. L. (2001). O fruto dá sementes: processos de amadurecimento e envelhecimento. In A. L. Neri (Org.), **Maturidade e velhice: trajetórias individuais e socioculturais**, Campinas: Papyrus, 2001.

NICODEMO, D.; GODOI, M. P. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. **Rev. Ciênc. Ext.** v.6, n.1, p.40, 2010.

NUNES, Sílvia Alexim. A medicina social e a questão feminina. **Physis**, n. 1, v. 1, Rio de Janeiro: IMS/UERJ; Relume-Dumará, 1991.

ONU. World Population Prospect 2019: highlights. United Nations - New York, 2019.

OYĚWÙMÍ, Oyèrónké. **Conceituando o gênero: os fundamentos eurocêtricos dos conceitos feministas e o desafio das epistemologias africanas**. Tradução de Juliana Araújo Lopes. Texto original: OYĚWÙMÍ, Oyèrónké. *Conceptualizing Gender: The Eurocentric Foundations of*

Feminist Concepts and the challenge of African Epistemologies. African Gender Scholarship: Concepts, Methodologies and Paradigms. CODESRIA Gender Series. Volume 1, Dakar, CODESRIA, 2004. Disponível em: [https://filosofia-africana.weebly.com/uploads/1/3/2/1/13213792/oy%C3%A8r%C3%B3nk%C3%A9\\_oy%C4%9Bw%C3%B9m%C3%AD\\_-conceitualizando\\_o\\_g%C3%AAnero.\\_os\\_fundamentos\\_euroc%C3%AAntrico\\_dos\\_conceitos\\_feministas\\_e\\_o\\_desafio\\_das\\_epistemologias\\_africanas.pdf](https://filosofia-africana.weebly.com/uploads/1/3/2/1/13213792/oy%C3%A8r%C3%B3nk%C3%A9_oy%C4%9Bw%C3%B9m%C3%AD_-conceitualizando_o_g%C3%AAnero._os_fundamentos_euroc%C3%AAntrico_dos_conceitos_feministas_e_o_desafio_das_epistemologias_africanas.pdf). Acesso em: 15 jun. 2021.

PEREIRA, Potyara Amazoneida P. “Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar”, **Política Social, Família e Juventude**: uma questão de direitos (org. Mione Apolinário Sales et all.), São Paulo: Cortez, 2004.

PEREIRA, Potyara. A política social entre Deus e o diabo: determinações e funcionalidades do sistema capitalista. In: SENNA, Mônica; FREITAS, Rita e MORAES, Carlos (Orgs.), **Cidadania e Política Social no Brasil**, Rio de Janeiro: Ed. CRV, 2020.

RAGO, Margareth. “Epistemologia feminista, gênero e história”. **Pensamento feminista brasileiro**: formação e contexto (org. ARRUDA, Heloisa Buarque de Hollanda), Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019.

SALGADO, Carmen Delia Sánchez. **Mulher idosa**: a feminização da velhice. *Estud. interdiscip. envelhec.*, Porto Alegre, v. 4, p. 7-19, 2002.

SANTOS, Ana Cristina. Entre a academia e o ativismo: Sociologia, estudos *queer* e movimento LGBT em Portugal. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra/Portugal, n. 76, p. 91-108, dez. 2006.

SARTI, Cynthia Andersen. **A família como espelho**: um estudo sobre a moral dos pobres, 2ª ed., São Paulo: Cortez, 2003.

SCOTT, Joan. “Os usos e abusos do gênero”, **Projeto História**, São Paulo, n. 45, 2012.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Cadernos SOS Corpo**. Recife, 1990.

TAVARES, Renata Evangelista et all. “Conhecimento produzido sobre a saúde das idosas de baixa renda: revisão integrativa”. **Revista Brasileira de Enfermagem**, n. 70(4), 2017.



# A POLÍTICA DE SAÚDE LGBT NO SUS: contribuições para o Serviço Social\*

*Marco José de Oliveira Duarte*

## 1. Introdução

Ao tomarmos o campo dos estudos de gênero e sexualidade, tendo como referência a população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transgêneros e transexuais (LGBT) e a política de saúde, observa-se um processo histórico em construção, que se materializa na política de saúde LGBT. Na análise dessa relação emerge expressões discriminatórias nos quais esses sujeitos, seus corpos, gêneros e sexualidades são tratados, e, em decorrência disso, que essas demandas são traduzidas como necessidades em saúde, instituindo, assim, a política nacional de saúde integral de LGBT.

O objetivo deste capítulo é introduzir algumas questões teórico-conceituais sobre o universo desse segmento, tematizando as políticas e direitos de LGBT e por fim, tratar desta política equitativa, enquanto uma política de saúde integral no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tomando os elementos que a caracterizam, como, em particular, o uso do nome social, o processo transexualizador e as questões sobre o acesso aos serviços, a partir das vulnerabilidades em saúde dessa população.

Analisar, portanto, o tema da saúde de LGBT é colocar na cena do debate questões que se relacionam, interseccionam e articulam, principalmente, porque o que está sendo demandado por essa população é a proteção à vida por parte do Estado. O mesmo Estado que, através da gestão pública, tem um discurso oficial de desproteção a esses sujeitos, apesar de um leque de normativas jurídicas e legais em diversos âmbitos setoriais do mesmo. Contudo apesar das poucas conquistas de políticas e direitos, protagonizada pelos movimentos sociais LGBT, essas se mostram frágeis, precárias e, particularmente, ameaçadas na sustentação política e econômica de suas políticas públicas voltadas para a população LGBT.

Assim, ao tomarmos o cerne desse debate, pretende-se tratar de dados concretos dessa realidade, a partir de uma análise histórica e crítica, de como essa demanda social de LGBT vem sendo respondida pelo Estado no seu “fazer viver, deixar morrer” (FOUCAULT, 2008), revelando que o que está em jogo é o tema do poder em seus mecanismos de intervenção e de constituição de dispositivos e estratégias. Portanto, trata-se de perguntar, em seus mecanismos, seus efeitos e suas relações, pelos dispositivos de poder que são exercidos nos diferentes domínios da sociedade, mas em particular, para nossa análise, sobre a não responsabilização do Estado em efetivar de forma concreta a defesa, a cidadania e dos direitos de LGBT.

Desta forma, pensa-se que essa produção possa vir a contribuir para a reflexão crítica sobre alguns desafios ético-políticos que se colocam para o trabalho profissional de assistentes sociais no processo de trabalho em saúde e na garantia de políticas e direitos de LGBT, como usuários e usuárias do SUS que demandam acesso, atendimento integral e não discriminatório nas práticas de saúde.

---

\* DOI- 10.29388/978-65-81417-27-7-0-f.128-144

## 2. Sobre a diversidade sexual e de gênero: questões teórico-conceituais e políticas

Segundo os principais autores no campo dos estudos de sexualidade e gênero, como Foucault (1988), Scott (1995), Butler (2015) e Louro (2004), o conceito de sexualidade é uma construção sociocultural que engloba sexo, orientação sexual, identidade de gênero, erotismo, prazer etc. Desta forma, a sexualidade é experimentada através dos corpos, pensamentos, fantasias, desejos, crenças, valores, práticas e relações, no entanto, nem sempre todas essas dimensões são experimentadas ou expressadas.

Ao pensarmos sobre o conceito de gênero, o foco são as relações sociais, com seus marcadores sociais, culturais e históricos, não negando a materialidade dos corpos, mas percebendo que esses corpos só são compreendidos a partir de processos de significação cultural, histórica e politicamente construídos.

Portanto, as categorias de sexo e de gênero não devem ser analisadas de forma imutável e linear, já que ambas as configuram como construções históricas e sociais. Não existe um único modelo de homem ou mulher, que hegemoniza e normatiza os comportamentos na história. Faz-se necessário romper com a lógica do sexo numa perspectiva binária, dicotômica e essencializada, baseada nas diferenciações biológicas.

Sob este prisma, toma a sexualidade para além da dimensão particular, considerando a pluralidade e a diversidade inerentes à manifestação do comportamento humano, evitando assim, a heterossexualização compulsória (RICH, 2010; BUTLER, 2015) e a cisgeneridade (SIMAKAWA, 2015) como normatividade da sexualidade humana.

Quando as instituições sociais reconhecem a sexualidade de homens e mulheres, tendem a direcioná-las para uma concepção baseada na heteronormatividade, no heterossexismo (FOSTER, 2001) e na cisgeneridade. Assim, apesar de se compreender que os direitos sexuais são um produto em construção, os sujeitos que divergem dessas normas impostas pela ordem sexual enfrentam dificuldades políticas, sociais e culturais para o seu reconhecimento e por isso demandam direitos LGBT nesse campo convencionado de diversidade sexual.

Direitos LGBT não tem a ver diretamente com a sexualidade, estão relacionados a questões previdenciárias, adoção, liberdade de movimento em espaços públicos ou mudança de nome e sexo na certidão de nascimento. Já os Direitos Sexuais, são considerados os processos sociais e políticos de estigmatização e discriminação que deles privam pessoas LGBT. São prerrogativas legais relativas a sexualidade ou a grupos sociais cujas identidades foram forçadas sobre formas específicas de desejos e práticas sexuais. Direitos de reconhecimento legal de relações afetivas sexuais, adoção conjunta de crianças, livre expressão de sua orientação sexual e/ou gênero em espaços públicos, redesignação do sexo e mudança do nome no documento de identificação civil, acesso a política de saúde específicas, proteção do Estado frente a violência por preconceito. Os direitos sexuais situam-se nessa complexa interface do público e do privado, que por um lado, refuta julgamentos morais em função do modo de obter prazer, que por outro, exige a liberdade para que os afetos e relacionamentos possam ser vivenciados e assumidos sem discriminação. Exige a garantia da proteção do Estado à vida

privada e as escolhas pessoais, que coíbam as discriminações, violências e demais desigualdades nas relações pessoais e sociais. (CARRARA, 2010, p.135).

Todavia, percebemos que as diferenças sexuais e de gênero tendem a serem invisibilizadas e silenciadas pela sociedade, pois essa toma por base a existência de um único modelo hegemônico e universal na ordem sexual. Sendo assim, os dissidentes sexuais e de gênero, tornam-se “desviantes”, diferentes, doentes ou em pecado, sofrendo com as formas radicais de apagamento, como violência e morte (CARRARA; VIANNA, 2006).

Contudo, isso só promove que cada um construa um entendimento estereotipado do outro que lhe é diferente. Como consequência, tem-se o fenômeno da invisibilidade ou ocultamento, produto desse processo de negação das diferenças, tanto nas esferas pública como privada, pautando as diferenças a partir de um modelo de existência, acrítico, conformando divisões e hierarquias sobre as sexualidades e os gêneros.

Assim, a livre expressão da sexualidade tem sido negada como um direito humano e a LGBTfobia tem-se revelado como uma das formas de violação de direitos, seja no interior da família ou das instituições sociais, colocando-se como obstáculo ao exercício de cidadania desses sujeitos, inclusive por parte do Estado. Ainda mais no contexto ultraneoliberal e de ultraconservadorismo.

No entanto, apesar dessa marca de opressão, dominação e de pânico moral, observa-se a afirmação e resistência de LGBT ao romperem com estereótipos atrelados social e culturalmente ao processo histórico das normas sexuais hegemônicas, sobretudo, ao paradigma da heterossexualidade compulsória e ao binarismo de gênero. Isso marcou os mais variados tipos de estigmatizações que servem para discriminar, perseguir, aumentar o sofrimento, a violência, ódio e morte, mas também a normatização da identidade (MACRAE, 2018). Desta forma, sujeitos LGBT ao se apropriarem desses mesmos rótulos, positivam seu uso, potencializando suas diferenças e identidades afetivo-sexuais e de gênero, como dissidentes da ordem e da moral sexual hegemônica.

Cabe destacar, nesse percurso histórico, que a homossexualidade foi submetida as técnicas de punição jurídico-penal (FOUCAULT, 1978) e de tratamento médico-moral dos loucos e degenerados, como forma de disciplinamento dos corpos desses sujeitos, como o internamento, o confinamento e o isolamento social, para fins de correção de suas práticas sexuais “não naturais” frente a hetreonormatividade como moral sexual. Por fim, essa é despatologizada, mundialmente, a partir da revolta de Stonewall, em 28 de junho de 1969, tanto pelas Associações Americanas de Psiquiatria (APA), em 1973, e de Psicologia (APA), em 1975, na revisão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), como pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1990, na revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID).

No Brasil, o Conselho Federal de Medicina (CFM), em 1985 e o Conselho Federal de Psicologia (CFP), em 1999, já operavam pela lógica da despatologização, seguido pelo princípio da não-discriminação pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), em 2006.

O CFM através da Resolução nº 1.652, em 06 de novembro de 2002<sup>1</sup>, de fato garantiu a realização da cirurgia de redesignação sexual ou transgenitalização, já em curso no país de forma

---

<sup>1</sup> Essa Resolução do CFM substituiu a primeira sobre o tema, a Resolução nº 1.482, de 19 de setembro de 1997, que autorizava de forma experimental a realização de cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia, neofaloplastia e ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários como tratamento dos casos de transexualismo.

clandestina. Posteriormente essa legislação foi revogada pela Resolução nº 1.955, de 12 de agosto de 2010. Desse modo, esse procedimento deixa de ser crime de mutilação, como era entendido pelo CFM, mas a pessoa transexual deverá submeter a ordem psiquiátrica, visando identificar o diagnóstico médico, ainda, de transexualismo, pelo CID 10ª edição, em vigência, e a partir de 2022, de incongruência de gênero, com o CID-11ª edição<sup>2</sup>, ou de disforia de gênero, pelo DSM 5ª edição, desde 2013.

Assim, com base na tal Resolução do CFM, é que o Ministério da Saúde institui o Processo Transexualizador (PT), em 2008, no âmbito do SUS, ao reconhecer, como determinação social da saúde, a orientação sexual e a identidade de gênero. Em 2013, em nova Resolução, o Ministério amplia o referido processo em curso no país, incorporando agora os homens transexuais. Observa-se que os sujeitos trans devem ser identificados pelo diagnóstico para terem acesso aos serviços de saúde do PT e desejar a cirurgia, revelando uma compreensão equivocada de tais normativas em relação às demandas em saúde das pessoas trans, enquadrado numa biocidadania da clínica médica (ROCON, 2021).

Esse aspecto legal, por um lado, afirma e legitima a identidade de gênero, independe do sexo biológico, configurando-se como conquista de direitos de transexuais, embora se esbarrem com alguns limites, como o acesso à rede e cuidados em saúde (DUARTE, 2014b). Mas também e mesmo assim, no discurso médico desse processo, que ainda se depara com a patologização de transexuais.

O CFP e o CFESS, em 2011, reconheceram a identidade de gênero e possibilitaram o uso do nome social por travestis e pessoas trans. Em seguida, a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) – Conselho Federal, em 2016 e o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em 2017.

Todos esses marcos legais supracitados emergem historicamente no âmbito das instituições sociais, a partir das relações de poder, do embate de forças políticas e se constituem como conquistas e direitos para LGBT. Esse movimento serve para garantir o direito ao livre exercício da diversidade sexual e de gênero, sem discriminação e preconceito que setores conservadores insistem na patologia e no pecado (“cura gay”)<sup>3</sup>, com tentativas e procedimentos terapêuticos para uma reversão para o que consideram à ordem natural das sexualidades, com enfoque na reprodução biológica das espécies humanas, focado na genitália como condicionante do gênero e suas expressões sociais (BENTO, 2008).

Sabe-se que boa parte dessa contestação e barreiras no interior da sociedade tem sido mais radicalizada pelos setores conservadores e com forte teor fundamentalista religioso, impondo uma leitura de doença, como que se algo deva ser tratado e a ser recuperado como nas “terapias de reparação” ou nas de “reorientação sexual”, não levando em consideração o direito à autodeterminação dos sujeitos, suas existências, desejos e subjetividades diferentes e diversas.

Desse modo, as práticas sexuais são configuradas em concepções tanto de pecado, como de abjeto, ajustadas pelo moralismo. Assim, vão na defesa de um modelo heterossexual, isto é,

---

<sup>2</sup> O CFM publicou em 09 de janeiro de 2020 a Resolução nº 2.265, de 20 de setembro de 2019, que dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM nº 1.955/2010. A primeira vista parece uma entidade vanguardista, mas na verdade e mais uma vez, o CFM assume uma função normativa que extrapola seu mandato e se sobrepõe aos seus deveres e responsabilidades. O CFM tem forte influência nas organizações dos serviços de saúde e nos cuidados de pessoas trans, inclusive sobre as regras de inclusão e exclusão de pessoas e procedimentos, sem questionamento por parte do Ministério da Saúde. (PRADO, M. A. M et al. 2020).

<sup>3</sup> Termo utilizado como crítica ao movimento de psicólogos/as cristãos que no campo jurídico impetraram ação contra determinados artigos que proíbem as terapias restauradoras por parte dessa categoria, conforme prescrito na Resolução CFP Nº 01/99. Derrotados pelo Supremo Tribunal Federal (STF) depois de certa querela. No campo legislativo, com representantes desse mesmo setor cristão, instituíram o Projeto de Decreto Legislativo (PDL) 234/11, na tentativa de sustar a aplicação dos mesmos artigos da referida Resolução, mas também foram derrotados e o referido PDL foi arquivado.

para o que é aceitável, normal e padronizado na hierarquia dos valores morais sobre a sexualidade. Esse processo provoca um sofrimento psicossocial intenso para muitas LGBT, às vezes considerando-se anormal e desviante da normatividade dominante entre os sexos, as sexualidades e os gêneros.

Identifica-se que os debates e as produções científicas em torno das questões das sexualidades dissidentes que permeiam a esfera da diversidade humana, no seu sentido ontológico, tem se ampliado e se consolidado, entre disputas e campo de forças ético-políticas. Embora ainda se tenha ações discriminatórias e estigmatizantes sobre LGBT, quando são expostos a situações humilhantes e vexatórias, seja na esfera privada ou na esfera pública.

Não se pode negar ou fazer vista grossa para as implicações éticas e políticas desses segmentos, em suas singularidades na sociedade, marcada por vulnerabilidades específicas, seja na luta pela equidade do acesso à permanência no trabalho e emprego, sejam também nos serviços públicos de saúde, educação, assistência social dentre outros.

Mesmo que seja consenso que nos campos público e político haja a necessidade de enfrentamento da LGBTfobia, na medida que esses campos também são espaços de sociabilidade e de políticas públicas, contraditoriamente, portanto, esses lugares têm sido reprodutores da desigualdade, da opressão, da dominação e da segregação, bem como da discriminação e do preconceito por parte de agentes públicos.

É nesse contexto adverso e influenciado pelo ultraneoliberalismo, com retrocessos no campo das políticas e direitos sociais, que se precisa, e muito, afirmar a garantia de direitos e da democracia, rompendo com essas desigualdades sociais e econômicas impostas, ainda mais considerando, no caso da população LGBT, que vem sendo alvo constante de perseguição e ataques aos poucos e precarizados direitos e políticas recentemente constituídas, no processo de democratização do país e que se esvaem nesse momento histórico do Estado brasileiro.

Em síntese, problematizar a questão da diversidade sexual e de gênero, é afirmar que a sexualidade humana é permeada por valores e regras sociais que são determinadas de acordo com cada sociedade, grupo social e contexto histórico. Portanto, é através desse processo que as relações sociais e de poder vão se estabelecendo, assim como a produção e a reprodução de condutas e padrões sexuais, de sexualidade e gênero aceitáveis e conformados pelo sistema em vigor.

### **3. Sobre políticas e direitos de LGBT**

As políticas e direitos da população LGBT vêm se situando de maneira fragmentada, apesar do Estado Democrático de Direito, essas conquistas e concessões estão sob a égide de uma LGBTfobia cordial (BENTO, 2017), na medida em que é regulado muito mais pela moral e pelos limites institucionais. Contudo, é nessa contradição imanente que se situam os diversos marcos legais e políticos que garantem o livre exercício da sexualidade e da identidade de gênero, mesmo que na frágil e precária cidadania de LGBT no Brasil contemporâneo.

Desta forma, é necessário registrar o marco histórico da política pública para os sujeitos LGBT, com a criação, em 2004, do *Brasil Sem Homofobia (BSH): Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e Promoção da Cidadania Homossexual*. Essa conquista marca a arena de luta pelo respeito às diferenças e o combate à discriminação e a violência que esse segmento vivência historicamente. De um total de 53 ações previstas no BSH, três integram o tópico *Direito*

à Saúde: consolidando um atendimento e tratamentos igualitários (BRASIL, 2004). A principal delas talvez seja a formalização no mesmo ano, do Comitê Técnico de Saúde da População de GLBT do Ministério da Saúde, com o objetivo de estruturar uma Política Nacional de Saúde para essa população. Frente as outras duas ações: produção de conhecimento sobre saúde da população LGBT e a capacitação de profissionais de saúde para o atendimento a essa população.

Nesse contexto, toda a questão envolvida está em enfrentar o problema da homofobia (BORRILLO, 2010) e da transfobia no Brasil, que é patente, considerando todos os casos e dados sobre os ataques físicos, agressões sexuais, espancamentos, torturas e assassinatos, isto é, uma onda moral de discriminação, intolerância, ódio e de todos os tipos de violência que assola toda essa população.

Segundo o Grupo Gay da Bahia (GGB) a cada 25 horas uma pessoa LGBT é assassinada no Brasil<sup>4</sup>. Contudo, não se tinha, até 2011, nenhum dado oficial pelo Estado brasileiro sobre essas questões. Assim, começa-se a ter um banco de dados do poder público, tanto pelas denúncias no Disque 100, quanto pelas matérias nas mídias, o que resultou em três relatórios sobre a violência homofóbica no Brasil. Todavia, vale sempre lembrar que existe um sub-registro desses dados, o que nos leva a observar que os relatos quantitativos representam a pequena parcela dos casos que são denunciados e notificados.

Desta forma, segundo o último Relatório publicado (BRASIL, 2013a), temos,

73,0% das vítimas são do sexo biológico masculino; a identidade sexual das vítimas, manteve-se a maioria de não informados (46,8%), seguido de gays (24,5%) e travestis (11,9%); pretos e pardos totalizam 39,9% das vítimas; a grande maioria das vítimas se concentra entre 15 a 30 anos, com 54,9%; 36,1% das violações ocorreram nas casas (...), seguido pela rua, com 26,8% das violações e outros locais com 37,5% das denúncias; as violências psicológicas foram as mais reportadas, com 40,1% do total, seguidas de discriminação (36,4%), violências físicas (14,4%) e negligências (3,6%).

Nesse sentido, essa população vivencia um quadro de intensa violação de direitos, portanto, esse tipo de iniciativa sem as atuais políticas e serviços sociais para tais sujeitos, tendem a permanecer o *status quo* de radicalização das violências e mortes, reivindicação histórica dos sujeitos LGBT (DUARTE, 2011).

No entanto, é necessário destacar que no marco dos direitos humanos do Estado brasileiro, esta temática dos direitos de LGBT aparece, pela primeira vez, em 1996, quando da primeira versão do Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH) e em 2002, no PNDH2, obtendo um salto na questão dos direitos de LGBT.

O Brasil foi signatário da inclusão do debate sobre a sexualidade na agenda do regime internacional dos direitos humanos, no reconhecimento dela como esfera legítima e fundamental na constituição da individualidade e no exercício da liberdade. Justamente, em 2011, em Durban, na Conferência Mundial contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e as Intolerâncias Correlatas, apesar de não ter sido deliberado nenhuma resolução sobre

---

<sup>4</sup> São vários os relatórios sobre violências, apesar do pioneirismo do GGB, há outras fontes. Frente o limite e o foco do trabalho, não trataremos do tema. Contudo, segundo os levantamentos, hoje, a cada 16 horas uma pessoa LGBT é assassinada ou se suicida vítima de LGBTfobia, fazendo o país ser o campeão mundial desse tipo de crime. O aborto do Sistema Nacional de Promoção de Direitos e Enfrentamento à Violência contra LGBT (Sistema Nacional LGBT) é fato histórico, apesar dos problemas e equívocos em sua implementação nos estados.

discriminação por orientação sexual, produziu discussões que foram adensadas em 2003, quando o

Debate possibilitou que o governo brasileiro apresentasse à Comissão de Direitos Humanos das Nações Unidas (...) uma proposta de Resolução tendo como objeto a discriminação por orientação sexual e identidade de gênero como uma violação de direitos, mesmo que no Brasil ainda não exista uma legislação específica (DUARTE, 2014a, p. 91-92).

Ainda que a “Resolução brasileira” tenha sofrido grande resistência de diversos países e, sem as recomendações necessárias, em torno dela conduziu-se à organização do Painel Internacional de Especialistas em Legislação Internacional de Direitos Humanos, Orientação Sexual e Identidade de Gênero, em 2006, na cidade de Yogyakarta, promovido pela Organização das Nações Unidas (ONU).

Assim, como resultado, surge *Os Princípios de Yogyakarta para Aplicação de Direitos Humanos à Orientação Sexual e Identidade de Gênero* (ONU, 2006) que sustentam o reconhecimento dos direitos de LGBT no sistema internacional. Trata-se de um documento com 29 princípios sobre as normas de direitos humanos referentes à orientação sexual e identidade de gênero que norteiam a implementação de direitos dos dissidentes sexuais e de gênero.

Na sequência, em 2011, o Conselho dos Direitos Humanos da ONU adotou uma Resolução que aponta a grave preocupação com ações discriminatórias e violentas motivadas pela orientação sexual e/ou identidade de gênero das vítimas e no ano seguinte, realiza-se o primeiro painel intergovernamental destinado à temática LGBT.

Portanto, como forma de orientar as ações para a ampliação do reconhecimento dos direitos e ao enfrentamento das discriminações, coerções e violências praticadas contra LGBT, lançou-se, em 2012, o livreto e a campanha *Nascidos Livres e Iguais: Orientação Sexual e Identidade de Gênero no Regime Internacional de Direitos Humanos*. No mesmo sentido, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) instituiu uma Convenção sobre a discriminação no trabalho e na profissão para a população LGBT.

Em mesmo sentido, em 2015, a Organização dos Estados Americanos (OEA), através da Comissão Interamericana de Direitos Humanos, publica um documento que trata da violência contra LGBT nas Américas. No começo de 2018, a Corte Interamericana de Direitos Humanos determina o reconhecimento dos direitos de casais do mesmo sexo e a troca de identidade sexual nos registros civis.

Observa-se, com tudo isso, que o debate, no Brasil, na cena pública LGBT, tem correspondência naquilo que o País é signatário nos marcos internacionais dos direitos humanos de LGBT, apesar da ofensiva conservadora. Portanto, muito dos aspectos da proteção dos direitos civis de LGBT foram aprovados pela Corte brasileira, através do Supremo Tribunal Federal (STF), como: a) o reconhecimento como família da união civil estável entre pessoas de mesmo gênero – casais homoafetivos e o casamento civil igualitário entre pessoas do mesmo gênero; b) retificação do prenome e do sexo/gênero no registro civil não condicionado às exigências de realização da cirurgia de transgenitalização, autorização judicial e laudos médicos e

psicológicos<sup>5</sup>; c) revoga a restrição de doação de sangue para gays, bissexuais, homens que fazem sexo com homens (HSH), travestis e mulheres transexuais, postas nas normativas do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); d) a regulação do processo de reprodução assistida e o registro dos filhos gerados através dessas técnicas por casais héteros e homoafetivos; e) a criminalização em decorrência de discriminação por orientação sexual e identidade de gênero, tendo em vista a morosidade e conservadorismo do Parlamento brasileiro em não se ter nenhuma lei específica que trate da homo-transfobia, mas usualmente denominado pelos movimentos sociais LGBT como LGBTfobia.

Em 2008, em função da 11ª Conferência Nacional de Direitos Humanos, foi possível discutir mais profundamente os direitos LGBT e atualizar o PNDH3, especificando os objetivos estratégicos e suas formas de atuação, contemplando cinco ações programáticas mais objetivas e sistematizadas em prol da garantia do respeito a livre orientação sexual e identidade de gênero, instituído pelo Decreto nº 7.037, de 21 de dezembro de 2009.

Neste mesmo ano, de forma inaugural, realiza-se a I Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos de GLBT. Das 559 propostas consolidadas no Relatório Final, 167 correspondem à área da saúde. No referido documento, temos um total de 166 estratégias de ação, destas, 48 dizem respeito ao campo da saúde. O produto de todas essas deliberações converte-se então no primeiro e único Plano Nacional de Promoção da Cidadania e dos Direitos Humanos de LGBT, em 2009, em território nacional.

Neste período, surge a Coordenação-Geral de Promoção dos Direitos de LGBT, em 2010 e a reconfiguração do Conselho Nacional de Combate à Discriminação (CNCD) e Promoção dos Direitos de LGBT, em 2011. Tem-se institucionalizado o que se denominou de tripé da cidadania LGBT (AGUIÃO, 2018; IRINEU, 2019): o plano, o conselho de direitos e a gestão da política, na forma de coordenadoria, que no âmbito nacional, nessa lógica e estrutura, teve curta existência, até 2019.

Nesse processo, o Ministério da Saúde institui a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, que teve como eixo fundante as diretrizes contidas pelo Programa *Brasil Sem Homofobia* (BSH) do governo federal e foi legitimado na II Conferência Nacional LGBT, em 2011, sem, contudo, apontar para um novo plano nacional de direitos dessa população.

Todos esses acontecimentos que tentam contemplar a construção de um Plano de direitos LGBT parecem frágeis, haja vista a realização da III Conferência Nacional LGBT junto com outras políticas em 2016 e seus desdobramentos, mais uma vez, sem seu produto, um plano. Contudo, isso se deve, não pelas normativas, mas pela efetivação real e concreta da garantia de direitos no processo histórico protagonizado pelos movimentos sociais LGBT. Que ora se ve atrelado e cooptado pelo poder público e com isso se adequa e adere ao assistencialismo do Estado, na forma de uma cidadania de consolação, que reforça a lógica identitária, ou na judicialização da política e dos direitos de LGBT.

Carrara (2010) e na sequência Aguião (2018) nos alertam para esse processo de constituição da cidadanização dos sujeitos LGBT numa crença ao Estado, correndo o risco do investimento na judicialização da política para a garantia de direitos LGBT, se todos dessa

---

<sup>5</sup> Inúmeras leis e/ou decretos estaduais e municipais reconhecem às pessoas transgêneros o direito ao uso do nome social. Na Administração Federal, tal direito é assegurado pelo Decreto Presidencial nº 8.727, de 28 de abril de 2016. A Receita Federal do Brasil expediu a Instrução Normativa nº 1718, de 18 de julho de 2017, autorizando a inclusão do nome social no Cadastro de Pessoa Física (CPF) do(a) contribuinte transexual ou travesti. Além da Resolução Conselho Nacional de Justiça (CNJ) nº 270, de 11 de dezembro de 2018, que adere o uso do nome social no sistema de justiça brasileiro.



população acessassem de forma equânime e igualitária, se não houvesse outros marcadores sociais de diferença e de desigualdades, como classe social, raça, território, dentre outros.

A partir do golpe de Estado, em 2016, as forças conservadoras que antes estavam no pacto de gestão do governo federal, agora dão a direção política e econômica, mantendo a fachada de algumas estruturas no poder público em respostas aos LGBT, mas no seu todo, retrocedeu no pouco e precário que se conquistou em termos de políticas e serviços sociais.

#### **4. A emergência da saúde LGBT no contexto do SUS**

A saúde, grosso modo, sempre foi campo de luta e uma das principais demandas e reivindicações por políticas e direitos dos movimentos sociais de LGBT, por isso a presença histórica desses sujeitos nesse campo, principalmente, como usuários. Primeiro, em decorrência da ordem médica, considerados loucos e degenerados, submetidos ao tratamento moral-psiquiátrico em instituições manicomiais, com todos os requintes de violência, como isolamento, eletrochoque etc. Em seguida, na luta contra a Aids e por respostas governamentais frente a essa pandemia (FACCHINI, 2005; LEITE JUNIOR, 2011), que até os dias atuais, ainda se faz presente, particularmente, pelo desmonte contemporâneo da política estatal construída nesses quase quarenta anos.

As produções acadêmicas sobre esse campo temático concentraram-se, inicialmente, na antropologia e, em seguida, na saúde coletiva, em especial, com enfoque em seus objetos de estudos – o comportamento dos ditos homossexuais e a prevenção às doenças sexualmente transmissíveis (DST) – e, em particular, no debate que o fenômeno da AIDS/HIV trazia, a partir dos anos 1980, associado, ou às vezes desconhecido, aos estudos feministas acerca dos direitos sexuais e reprodutivos, configurando-se como temas e debates marginais e secundarizados também nessas duas áreas do conhecimento científico (DUARTE, 2014a, p. 78-79).

Desde a 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 2003, o tema dos direitos LGBT vinha sendo pautado pelo SUS e, em 2007, na 13ª CNS, a orientação sexual e a identidade de gênero são incluídas na análise da determinação social da saúde, reafirmadas na 14ª CNS, em 2011. As seguintes recomendações emanaram destas conferências: “o desenvolvimento de ações intersetoriais de educação em direitos humanos e respeito à diversidade, efetivando campanhas e currículos escolares que abordem os direitos sociais”; “a sensibilização dos profissionais a respeito dos direitos de LGBT, com inclusão do tema da livre expressão sexual na política de educação permanente no SUS”; “inclusão dos quesitos de identidade de gênero e de orientação sexual nos formulários, prontuários e sistemas de informação em saúde”; “a ampliação da participação dos movimentos sociais LGBT nos conselhos de saúde”; “o incentivo à produção de pesquisas científicas, inovações tecnológicas e compartilhamento dos avanços terapêuticos”; “a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos e o respeito ao direito à intimidade e à individualidade”; “o estabelecimento de normas e protocolos de atendimento específicos para as lésbicas e travestis”; “a manutenção e fortalecimento de ações da prevenção das DST/AIDS, com especial foco nas populações LGBT”; “o aprimoramento do Processo Transexualizador” e

“a implementação do protocolo de atenção contra a violência, considerando as identidades de gênero e a orientação sexual”.

Chama-se a atenção que a discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero incidem na determinação social da saúde, ao desencadear processos de sofrimento, adoecimento e morte prematura decorrentes do preconceito, da discriminação e do estigma social ao qual estão expostas LGBT (DUARTE, 2015). Assim, destaca-se que o processo social de saúde-sofrimento-doença e cuidado de LGBT não deve ser visto de forma isolado, pois é constitutivo na forma como esses sujeitos são vulnerabilizados pela LGBTfobia.

Neste sentido, a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT (PNSI-LGBT), publicado em 01 de dezembro de 2011, através da Portaria GM/MS (BRASIL, 2011), emerge como um conjunto de princípios éticos e políticos expressos que tem como marca o reconhecimento dos efeitos perversos, dos riscos e danos à saúde de LGBT nos processos de discriminação, preconceito, marginalização, exclusão e violências LGBTfóbicas que são submetidas essa população em seus processos de saúde-sofrimento-doença.

A PNSI-LGBT expressa as reivindicações do movimento LGBT e o compromisso do Estado junto ao Ministério da Saúde em reduzir as desigualdades e iniquidades em saúde, remodelando a política de saúde para esse público, no que se refere às ações e serviços em saúde.

Iniquidade corresponde à injustiça, seja como negação da igualdade no âmbito da superestrutura político-ideológica, seja como um produto inerente à própria estrutura social [...] no SUS, universalidade supõe que todos os brasileiros tenham acesso igualitário aos serviços de saúde e respectivas ações, sem qualquer barreira de natureza legal, econômica, física ou cultural. A equidade possibilita a concretização da justiça, com a prestação de serviços, destacando um grupo ou categoria essencial alvo especial das intervenções. E a integralidade tende a reforçar as ações intersetoriais e a construção de uma nova governança na gestão de políticas públicas (PAIM; SILVA, 2010, p.113).

Neste sentido, a PNSI-LGBT vai ao encontro dos princípios do SUS, de atender os cidadãos, de acordo com suas necessidades específicas, regionais, territoriais, étnicas, entre outras, assim como outras políticas existentes, que são as especificidades da saúde humana, de acordo com as necessidades de cada sujeito, tais como tantas outras políticas de saúde setoriais de atenção integral, criança e do adolescente, pessoas com deficiência, adolescentes em conflito com a lei, pessoas privadas de liberdade, população negra, mulher, homem, trabalhador/a, população em situação de rua, idoso, povos indígenas, quilombolas, ribeirinhos e ciganos.

Desta forma, as diretrizes e objetivos da PNSI-LGBT, estão, portanto, voltados para a promoção da equidade em saúde e, ao mesmo tempo, se coloca como uma política transversal às outras políticas do setor, com gestão e execução compartilhadas entre as três esferas de governo, como expressa nos dois Planos Operativos da referida PNSI-LGBT, aprovados pela Comissão Intergestora Tripartite (CIT). O primeiro de 2012 a 2015, através da Resolução CIT nº 2, de 6 de dezembro de 2011 e o segundo de 2016 a 2019, através da Resolução CIT nº 26, de 28 de setembro de 2017. Esses planos têm como objetivo apresentar estratégias para as gestões federal, estadual e municipal, contribuindo para o enfrentamento das iniquidades para a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equânime.

Acrescenta-se que a PNSI-LGBT deve, por princípio organizativo-institucional, também atuar articulada às demais políticas do Ministério da Saúde, voltadas para as mudanças na determinação social da saúde, com vistas à redução das desigualdades e das vulnerabilidades relacionadas à saúde destes grupos sociais. (BRASIL, 2010).

É nesse sentido que antes propriamente da instituição da PNSI-LGBT, um conjunto de Portarias do Ministério da Saúde que já tinham sido lançadas e que colocavam a presença de LGBT, são incorporadas a referida política de forma direta ou transversal, tais como: a) Portaria GM/MS n. 426, de 22 de março de 2005 (Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida); b) Portaria GM/MS n. 675, de 30 de março de 2006 (Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde); c) Portaria GM/MS n. 1.707, de 18 de agosto de 2008 (Processo Transsexualizador), substituída e ampliada pela Portaria GM/MS nº 2.803, de 19 de novembro de 2013; e d) Portaria GM/MS nº 1.820, de 2009 (Direitos e deveres dos usuários da saúde).

Contudo, apesar desse conjunto de legislações, é público, ainda, o desrespeito ao nome social, as várias formas de discriminação, preconceito e marginalização reproduzidas por profissionais da saúde e a barreira de acesso aos serviços de saúde (DUARTE, 2014a). As pessoas trans são as que mais sofrem frente a esse conjunto de questões, em particular, ao buscarem os serviços especializados do processo transsexualizador do SUS, além dos casos de transfobia interseccionados com outros marcadores sociais de diferença, levando muitas dessas a abandonarem as consultas e tratamentos (ROMANO, 2008).

Indivíduos e grupos têm grande parte de suas vidas condicionadas por determinantes de diversas naturezas: econômica, política, cultural e subjetiva. Desta perspectiva, as trajetórias de vida de mulheres e homens transexuais constituem a síntese absolutamente singular de suas inserções de classe social, de gênero e “raciais”, bem como de suas características culturais, etárias, de seus percursos afetivo-sexuais, entre outras. (ALMEIDA; MURTA, 2013, p. 396).

Assim, como afirmam Rocon, Duarte e Sodré (2018, p. 525),

Ao ser privada do acesso à saúde, a população trans fica fadada aos riscos de sofrimento, adoecimento e morte, uma vez que para a construção do corpo em sintonia com o gênero desejado, em busca da humanização de seus corpos e vidas, vão lançando mão de recursos como silicone industrial, hormônios sem atenção e o cuidado do acompanhamento médico, em alguns casos, podem chegar até ao suicídio.

Assim, se tomarmos especificamente a questão do uso do nome social, como vimos acima, a partir da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS, de 2006, garantir esse uso do nome social, no âmbito do SUS, somente, foi possível, a partir de 2009, através da Portaria sobre os Direitos e Deveres dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2009), do Ministério da Saúde. Portanto, no cotidiano das práticas de saúde, muitas das vezes esse direito não é garantido no âmbito do SUS, mesmo com a Nota Técnica n. 18/2014, que regulou somente do uso do nome social no cartão do SUS.

Outra questão que se coloca é sobre a patologização das identidades de gênero trans ou mesmo a concessão estratégica desta mesma (des)patologização. Rocon et al (2016, p. 2524), nessa perspectiva, apontam que:

A seletividade no acesso ao Processo Transexualizador do SUS promovida pelo diagnóstico precisa continuar sendo discutida. Ainda que a patologização signifique uma concessão estratégica, a Constituição Federal de 1988 não condiciona o acesso à saúde no SUS pela existência de uma patologia prévia, e esse foco na saúde pela negação da doença têm impedido pessoas trans de acessarem serviços públicos de saúde para assistência e cuidado profissional na modificação de seus corpos.

Portanto, para além do problema do uso nome social, tem-se os atendimentos desumanizados, dificuldades financeiras, desgastes pela intensa rotina de consultas, ausência e dificuldades de acesso as medicações, as distâncias e deslocamentos dos serviços transexualizadores no SUS, muito destes localizados nas capitais ou cidades de grande e médio portes, dentre outros. Observa-se que são vários os desafios sobre o processo transexualizador e sua efetivação, quando se volta a atenção para a garantia de direitos dos/as usuários/as trans, em particular, no enfrentamento estrutural e institucional de garantia de acesso à atenção e permanência dos cuidados nos serviços de saúde, como hormonioterapia, cirurgias de transgenitalização, mastectomia, histerectomia, plástica mamária, tireoplastia, além de acompanhamentos clínico, psicológico e social (BRASIL, 2013b).

São inúmeros autores que apontam as grandes filas de espera, principalmente, frente as poucas unidades de saúde que contemplam esses serviços e suas linhas de cuidado, como também o processo formativo das equipes interprofissionais e o aprimoramento de técnicas e protocolos clínicos humanizados.

A PNSI-LGBT também tem por base a construção de ações transversais não só em diversas áreas da política de saúde e suas redes de atenção, como na política de educação permanente e da sensibilização das/os profissionais de saúde acerca das especificidades da população LGBT no âmbito do SUS, independente de atuarem em campos específicos que LGBT é comumente presente.

Assim, para além do processo transexualizador, ainda se volta à atenção as pessoas vivendo com HIV/AIDS, nas práticas de educação e saúde, nas políticas de prevenção e promoção da saúde, como no uso do preservativo, na realização do teste rápido e no acesso a PrEP (Profilaxia pré-exposição) e a PEP (Profilaxia pós-exposição). Contudo a PNSI-LGBT influenciou, a partir da nova edição de 2014, a inclusão dos seguintes novos campos da *Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada*, tais como: nome social; orientação sexual; identidade de gênero da pessoa que foi agredida, bem como também foi incorporado um campo para identificação da violência por motivação de homo/lesbo/transfóbica, como do ciclo de vida do provável autor da agressão.

A PNSI-LGBT também alterou, no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB (e-SUS AB), a Ficha de Cadastro Individual, que tem agora um campo para o nome social no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e um outro para o preenchimento da identidade de gênero e orientação sexual do usuário do SUS.

Portanto, observa-se que nesses dez anos de institucionalização a PNSI-LGBT até agora ainda não avançou, como se pretendia, limitado ao papel, com significativa lacuna teórica e um vazio assistencial em se tratando desse tema e seus correlatos, em particular a saúde mental, drogas e a violência epidêmica (DUARTE, 2017). Principalmente, articulado ao campo dos direitos humanos de LGBT, particularmente, em um contexto de enxugamento e congelamento de recursos financeiros por parte da gestão pública do governo federal para com a saúde e as crises que se alargou nos últimos tempos, agudizadas pelo contexto de pandemia da Covid-19 e que afeta as três instâncias de governo e com destaque para a gestão do SUS e o público LGBT (DUARTE, 2020).

## 5. Considerações finais

Nesse capítulo pretendeu-se problematizar histórica e criticamente o percurso e a instituição da política nacional de saúde integral LGBT, em um país que mais mata gays e travestis do que nos trezes países do Oriente e da África onde a pena de morte contra essa população é lei.

Cabe ressaltar que o discurso moralizador-religioso está presente em vários setores da vida social, como o que se tem visto ser propalado nos últimos tempos, a falaciosa “ideologia de gênero” (JUNQUEIRA, 2017), que emerge, mundialmente, como um projeto político neoconservador numa ofensiva antiLGBT, anti-feminismo e antigênero (PRADO; CORREA, 2018). Esses continuam a defender a “cura” de LGBT em locais de tratamento próprio, sob a égide de um tipo de cuidado baseado na perspectiva ideológica-religiosa, no mesmo lugar que alguns usuários de drogas de uso prejudicial são tratados, particularmente negros e pobres, as ditas comunidades terapêuticas, que tem, como terapêutica, a conversão e os trabalhos forçados metamorfoseado de laborterapia, por considerarem esses sujeitos abjetos (BUTLER, 2015).

Ao nosso ver, há um entendimento difuso e com um conteúdo conservador sobre a existência de uma política de saúde voltada exclusivamente para os setores vulneráveis, em particular, para a população LGBT e que o Estado brasileiro precisa, a partir do SUS, acolher, atender, cuidar, garantir acesso, permanência e direito à saúde, em todos os níveis, da atenção primária à saúde à alta complexidade, passando pelos quesitos e campos sobre assuntos e temas pertinentes a esse público, como também em todas as redes temáticas e programáticas.

Registra-se que já estamos para completar dez anos da PNSI-LGBT, desde a institucionalização dessa política e ainda há um total desconhecimento e não implantação nas esferas estaduais e municipais do território nacional. Inclusive na gestão atual do governo federal para o âmbito dessa política, através do Ministério da Saúde, o que se percebe é o desinteresse político em sustentar não só essa, mas todas as políticas equitativas, na extinção dos referidos comitês, na não realização de novos cadastramentos e credenciamentos de unidades de saúde para operar a PNSI-LGBT e em particular o processo transexualizador do SUS etc. Nesse embate, portanto, tem-se visto emergir e/ou sustentar as políticas estaduais e municipais de saúde LGBT e o que isso implica, com relação a financiamento, estrutura etc. no sentido de implantar, implementar ou resistir uma política de saúde LGBT em tempos ultraconservadores e de desmonte das políticas públicas.

A luta pela saúde da população LGBT e particularmente de pessoas trans não pode ser descolada do movimento pela efetivação, sustentação e defesa de um SUS público, universal e

equânime, no sentido de se garantir a saúde de LGBT pelo Estado brasileiro. É neste sentido, portanto, que observamos, na conjuntura atual, o desmonte da referida política em âmbito nacional e a remanicomialização das dissidências sexuais e de gênero, pelos setores conservadores, cada vez mais financiados pelo mesmo Estado ultraneoliberal.

## Referências

ALMEIDA, G.; MURTA, D. Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil.

**Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 14, p. 380-407, ago. 2013.

AGUIÃO, S. **Fazer-se no "Estado"**: uma etnografia sobre o processo de constituição dos "LGBT" como sujeitos de direitos no Brasil contemporâneo. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2018.

BENTO, B. **A (re)invenção do corpo**: sexualidade e gênero na experiência transexual. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

BENTO, B. **O que é transexualidade**. São Paulo: Brasiliense, 2008.

BENTO, B. **Transviad@s**: gênero, sexualidade e direitos humanos. Salvador: EDUFBA, 2017.

BORRILLO, D. **Homofobia**: história e crítica de um preconceito. Belo Horizonte: Autêntica Ed., 2010.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 2.265, de 20 de setembro de 2019**. Brasília, DF: CFM, 2019.

BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social. **Resolução nº 845, de 26 de fevereiro de 2018**. Dispõe sobre atuação profissional do/a assistente social em relação ao processo transexualizador. Brasília: CFESS, 2018.

BRASIL. Comissão Intergestores Tripartite, Ministério da Saúde. **Resolução Nº 26, de 28 de setembro de 2017** – Estabelece estratégias e ações que orientam o II Plano Operativo da PNSI-LGBT (2016-2019). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.271, de 6 de junho de 2014**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Relatório de violência homofóbica no Brasil**: ano 2013. Brasília: Ministério da Justiça, Brasília, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 nov. 2013b. Seção 1, p. 25-30.

BRASIL. Comissão Intergestores Tripartite, Ministério da Saúde. **Resolução Nº 2, de 6 de dezembro de 2011** - Estabelece estratégias e ações que orientam o I Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT (PNSI-LGBT) – 2012-2015. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social. **Resolução Nº 615, de 08 de setembro 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.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.955, de 3 de setembro de 2010. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 set. 2010, Seção 1, n. 170, p. 109-110.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.037, de 21 de dezembro de 2009. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 dez. 2009, Seção 1, p. 17

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 13ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 ago. 2008. Seção 1, p. 43.

BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social. Resolução nº 489, de 3 de junho de 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 jun. 2006, Seção 1, p. 80.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. **Brasil sem homofobia: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e Promoção da Cidadania Homossexual**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 1.652, de 06 de novembro de 2002**. Brasília, DF: CFM, 2002.

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. **Resolução nº 01, de 22 de março de 1999**. Brasília: CFP, 1999.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.482, de 19 de setembro de 1997. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1997, Poder Executivo, p. 20944.

- BUTLER, J. **Problema de gênero**. 15 ed. São Paulo: Civilizações Brasileiras, 2015.
- CARRARA, S. Políticas e direitos sexuais no Brasil contemporâneo. **Revista Bagoas** – Estudos gays: gênero e sexualidade, Natal, v. 4, n. 5, p. 131-147, nov., 2010.
- CARRARA, S.; VIANNA, A. "Tá lá o corpo estendido no chão": a violência letal contra travestis no município do Rio de Janeiro. **Physis**, Rio de Janeiro, n. 16, v. 2, p. 233-249, 2006.
- DUARTE, M. J. de O. Dissidências sexuais, vidas precárias e necropolítica: impressões de uma experiência em tempos de pandemia. In: OLIVEIRA, A, D. (Org.). **População LGBTI+, vulnerabilidades e pandemia da COVID-19**. Campinas: Saberes e Práticas; Papel Social, 2020.
- DUARTE, M. J. de O. Diversidade sexual e de gênero e saúde mental: Enlaçando políticas e direitos. In: PASSOS, R. G.; COSTA, R. de A.; SILVA, F. G. da (Org.). **Saúde Mental e os desafios atuais da atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Gramma, 2017.
- DUARTE, M. J. de O. Cuidado de si e diversidade sexual: capturas, rupturas e resistências na produção de políticas e direitos LGBT no campo da saúde. In: RODRIGUES, A; DALLAPICULA, C; FERREIRA, S. R. da S. (Org.). **TransPosições: lugares e fronteiras em sexualidade e educação**. Vitória: Ed. UFES, 2015.
- DUARTE, M. J. de O. Diversidade sexual, políticas públicas e direitos humanos: saúde e cidadania LGBT em cena. **Temporalis**. Brasília (DF), ano 14, n. 27, p. 77-98, jan./jun. 2014a.
- DUARTE, M. J. de O. Saúde, cuidado e diversidade sexual: a temática da transexualidade na atenção básica em saúde. In: COELHO, M. T. Á. D.; SAMPAIO, L. L. P. (Org.). **Transexualidades: Um olhar multidisciplinar**. Salvador: Ed.UFBA, 2014b.
- DUARTE, M. J. de O. Diversidade sexual e Política Nacional de Saúde Mental: contribuições pertinentes dos sujeitos insistentes. **Em Pauta**, Rio de Janeiro, n. 28, vol. 9, p. 83–115, dezembro de 2011.
- FACCHINI, R. **Sopa de Letrinhas?: movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 90**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- FOSTER, D. W. Consideraciones sobre el estudio de la heteronormatividad en la literatura latinoamericana. **Letras**, Santa Maria, n. 22, p. 49-53, jan./jun. 2001.
- FOUCAULT, M. **Nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- FOUCAULT, M. **História da sexualidade**. v. 1. 7 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1978.



GRUPO GAY DA BAHIA (GGB). **Mortes violentas de LGBT no Brasil**: Relatório 2019. Salvador: GGB, 2020. Disponível em: <https://grupogaydabahia.com.br/relatorios-anuais-de-morte-de-lgbti/>. Acesso em: 02 maio 2021.

IRINEU, B. A. **Nas tramas da política pública LGBT**: um estudo crítico acerca da experiência brasileira (2003-2015). Cuiabá: Ed. UFMT, 2019.

JUNQUEIRA, R. D. “Ideologia de gênero”: a gênese de uma categoria política reacionária – ou: como a promoção dos direitos humanos se tornou uma “ameaça à família natural”. In: RIBEIRO, P. R. C.; MAGALHÃES, J. C. (Org.). **Debates contemporâneos sobre educação para a sexualidade**. Rio Grande: Ed. FURG, 2017.

LEITE JUNIOR, J. **Nossos corpos também mudam**: a invenção das categorias “travesti” e “transexual” no discurso científico. São Paulo: Annablume; FAPESP, 2011.

LOURO, G. L. **Um corpo estranho**: ensaios sobre sexualidade e teoria queer. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

MACRAE, E. **A construção da igualdade**: identidade sexual e política no Brasil da Abertura. Salvador: Ed UFBA, 2018.

ONU. **Princípios de Yogyakarta**, 2006. Rio de Janeiro: SPW, 2007.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS** - Boletim do Instituto de Saúde, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 109-114, ago., 2010.

PRADO, M. A. M. et al. **Análise da Resolução CFM 2265, de 20 de setembro de 2019**. Belo Horizonte, NuH-FAFICH-UFMG, 2020. Disponível em: <https://www.fafich.ufmg.br/nuh/2020/01/24/analise-da-resolucao-cfm-2265-de-20-de-setembro-de-2019/>. Acesso em: 28 abr. 2021.

PRADO, M. A. M.; CORREA, S. Retratos transnacionais e nacionais das cruzadas antigênero. **Revista Psicologia Política**, São Paulo, v. 18, n. 43, p. 444-448, dez., 2018.

RICH, A. Heterossexualidade compulsória e existência lésbica. **Bagoas** – Estudos gays: gênero e sexualidade, Natal, v. 4, n. 5, p. 17-44, jan.-jun., 2010.

ROCON, P. C., DUARTE, M. J. de O.; SODRÉ, F. Questões para o trabalho profissional do Assistente Social no processo transexualizador. **Katálysis**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 523-533, set./dez. 2018.

ROCON, P. C. et al. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2517-2526, 2016.

ROCON, P. C. **Clínica (trans)sexualiza(dor)a**: processos formativos de trabalhadores da saúde. Salvador, Editora Devires, 2021.

ROMANO, V. F. As travestis no Programa Saúde da Família da Lapa. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 211-219, abr./jun. 2008.

SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**. Porto Alegre, vol. 20, n. 2, p. 71-99, jul-dez, 1995.

SIMAKAWA, V. V. **Por inflexões decoloniais de corpos e identidades de gênero inconformes**: uma análise autoetnográfica da cisgeneridade como normatividade. 2015. 244f. Dissertação (Mestrado em Cultura e Sociedade) - Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

**PARTE 4:**  
**PROCESSO DE ADOECIMENTO E DIREITO À SAÚDE EM CAMPOS  
DOS GOYTACAZES: Atenção básica, demandas de estudantes e práticas  
de trabalhadores/as rurais em assentamento**

# DIREITO À SAÚDE E À ATENÇÃO BÁSICA EM CAMPOS DOS GOYTACAZES, RJ, NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19\*

*Ana Paula Pessanha Cordeiro*

*Eliana Monteiro Feres*

*Valentina Sofia Suárez Baldo*

## 1. Introdução

A pandemia ocasionada pelo coronavírus Sars-CoV-2, a Covid-19, responsável pela maior crise sanitária mundial da história, tem permitido várias reflexões. As incertezas causadas pela ausência de tratamento, somadas à falta de proteção, deixaram a população em situação de grande exposição. O Sistema Único de Saúde (SUS), que, desde sua criação, vem sendo sucateado pelo modelo neoliberal da gestão econômica no país, passou a ter defensores em todos os âmbitos, à medida que a pandemia ressaltou sua importância, por seu caráter público e universal.

Desse modo, o presente capítulo traz uma reflexão sobre a atenção básica no município de Campos dos Goytacazes, RJ, no contexto dessa crise de saúde, a partir da análise do *Plano Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes 2018-2021* (PMS), tomando, como parâmetro, as diretrizes, os objetivos e as metas fixados por ele, principalmente os pontos que abordam o direito à saúde e a garantia de acesso à atenção de qualidade. Para tanto, consideram-se os contextos econômico, político e social da cidade nos últimos anos, o marco mais amplo da Política Nacional de Atenção Básica e as respostas dadas aos impactos da pandemia na cidade.

Na pesquisa, foram utilizados métodos de produção e de análise de dados de tipo qualitativo, a partir de fontes de informação primárias e secundárias: documentos oficiais da Prefeitura de Campos dos Goytacazes, bases de dados públicas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), além de material jornalístico, artigos, livros e dissertações.

As conclusões mostram uma defasagem entre o *corpus* considerado e os resultados obtidos até o presente, corroborando a existência de um projeto de desmonte do SUS e da proposta de atenção básica na cidade, situação que, ao contrário de ser isolada ou pontual, acompanha uma tendência de retrocesso da política de Saúde mais geral do país. Os resultados também evidenciam a necessidade de ações em defesa desse sistema público de saúde, mais urgentes do que nunca em tempos de pandemia.

Certamente a precarização e o sucateamento de saúde, na região, não se iniciaram com a pandemia, mas foram agravadas a partir dela. Refletir sobre o modelo de atenção adotado e sobre sua aplicação pelo gestor permite-nos apontar os impactos da falta de acesso à saúde e da não garantia do direito por parte do poder público.

---

\* DOI- 10.29388/978-65-81417-27-7-0-f.147-163

## 2. O município de Campos dos Goytacazes

Campos dos Goytacazes, município da região Norte Fluminense do estado do Rio de Janeiro, é uma cidade de longa história e de importante participação na produção da riqueza econômica nacional. É a quarta do estado com maior produto interno bruto (PIB), depois do Rio de Janeiro, de Duque de Caxias e de Niterói (IBGE, 2018). Em sua costa, encontra-se a maior bacia petrolífera do Brasil (PETROBRAS, 2021), descoberta na década de 1970, e que, junto ao Porto do Açu, inaugurado em 2014, contribuiu para a recuperação econômica recente da região. Na Bacia de Campos, são extraídos 80% do petróleo nacional (PREFEITURA DE CAMPOS, 2018a), o que tem colocado o município em um lugar de destaque no cenário político e econômico do país. A descoberta do lençol petrolífero e as atividades de exploração que lhe seguiram implicaram a transformação da economia da cidade e promoveram sua modernização e desenvolvimento, na medida em que estimularam a ampliação da sua infraestrutura, a consolidação de políticas públicas, a atração de novas empresas e a geração de empregos (PREFEITURA DE CAMPOS, 2018a). Ramos (2016, p. 65) aponta que:

[...] a instalação da Petrobrás em Macaé na década de 70, e suas subsidiárias, prestadores de serviços e todas as atividades indiretas relacionadas ao crescimento do setor, irão trazer não só a contribuição dos repasses de royalties (que contribuem para gerar considerável acréscimo na receita municipal, tanto em termos diretos e indiretos) [...], mas uma ampla e diversificada gama de atividades que contribuem para a geração de empregos, circulação monetária, aumento de poder aquisitivo local e regional (ainda que guardadas importantes discrepâncias em termos de desnível social e de renda que se expressam, inclusive espacialmente) e aumento da circulação de pessoas a partir de uma nova, e peculiar, dinâmica migratória local e regional (RAMOS, 2016, p. 65).

O município ainda conta com extensão territorial de 4.032 km<sup>2</sup>, a maior do estado, ocupando quase 10% da superfície deste (IBGE, 2020a). Compõe-se de quatorze distritos e é o mais populoso do interior (região que exclui os municípios da região metropolitana da cidade do Rio de Janeiro) (IBGE, 2020b), com uma população estimada de 511.168 habitantes (IBGE, 2020b). Nas últimas três décadas, Campos passou por um forte processo de urbanização (SILVA, 2012), sendo, atualmente, a segunda maior área urbana estadual, depois da cidade do Rio de Janeiro (FARIAS *et al.*, 2017).

A cidade também conta com um índice de desenvolvimento humano considerado alto: passou de 0,505, em 1991, para 0,716, em 2010, o que implicou um crescimento de 41,78%. Nesse último ano citado, no entanto, 10,19% dos campistas estavam desempregados (ATLASBR, 2021), enquanto 37,7% da população vivia com renda de até meio salário-mínimo (IBGE, 2010). Nesse sentido, o *Plano Municipal de Assistência Social de Campos dos Goytacazes 2018-2021* aponta que:

Os rebatimentos do processo de abolição da escravidão em Campos dos Goytacazes, uma das últimas cidades no Brasil a realizá-la, são sentidos até os dias atuais na medida em que esse contexto sem o desenvolvimento de um projeto econômico-social para essa população [...] resultou na reprodução de um ciclo da pobreza que até hoje perpassa gerações (PREFEITURA DE CAMPOS, 2018b, p. 15).

### 3. A pandemia da Covid-19 em Campos dos Goytacazes

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou como pandemia a doença causada pelo coronavírus Sars-CoV-2. A infecção, chamada de Covid-19, além de ser muito transmissível, tem letalidade estimada em cerca de 14 vezes mais que a da influenza. O alto índice de contágio, com cada indivíduo infectando de duas a três pessoas em média, causou a expansão da epidemia em progressão geométrica (DAUMAS, 2020). Pouco tempo depois do decreto da OMS, o mundo todo adotou medidas para evitar a disseminação da doença.

Fatores como a não existência de tratamento precoce eficaz para impedir a infecção, as incertezas iniciais sobre suas vias de contágio e o despreparo de um mundo integrado globalmente para lidar com o alastramento da pandemia, somados a uma acentuada escala de informações falsas sobre a natureza do vírus e da doença por ele produzida, em um contexto de sociedades altamente conectadas por meio de redes sociais, conduziram boa parte das nações do mundo à crise socioeconômica e sanitária.

O Brasil foi o primeiro país da América do Sul a identificar um caso confirmado de Covid-19, em 26 de fevereiro de 2020, na cidade de São Paulo. Depois desse momento, a doença proliferou-se de forma acelerada em todos os municípios. Em fins de maio de 2021, eram contabilizados mais de 16,5 milhões de ocorrências desde o início da pandemia, ultrapassando a triste marca de 462 mil mortes pelo novo coronavírus (CONASS, 2021). Nesse mesmo período, o Rio de Janeiro era o segundo estado do país com maior número acumulado de óbitos pelo vírus, registrando mais de 50 mil mortes (atrás de São Paulo), e o quinto com mais óbitos registrados por 100 mil habitantes, ultrapassado por Amazonas, Rondônia, Mato Grosso e o Distrito Federal (CONASS, 2021). As principais estratégias preconizadas, no país, para retardar a expansão da doença e permitir a adequação dos sistemas de saúde ao rápido aumento da demanda por leitos de internação, especialmente aqueles de terapia intensiva, evitando o colapso da assistência hospitalar, têm sido medidas de isolamento e distanciamento social, obrigatoriedade do uso de máscaras em espaços públicos e, mais recentemente, a campanha nacional de vacinação.

Em Campos dos Goytacazes, a primeira infecção pelo novo coronavírus foi confirmada em 23 de março de 2020. A partir de então, todas as ações e medidas governamentais voltaram-se para o enfrentamento da pandemia. O segundo decreto municipal referente a ela, o n. 27, de 18 de março de 2020, suspendeu o expediente externo e o atendimento presencial no âmbito da prefeitura, inclusive o das Unidades Básicas de Saúde (UBS) (PREFEITURA DE CAMPOS, 2020). Dessa forma, os objetivos, as diretrizes e as metas estabelecidos no PMS para compor as propostas e ações da cidade no período 2018-2021 foram “deixados de lado” para o enfrentamento da pandemia. Certamente, em diversos países do mundo, a resposta sanitária tem sido centrada nos serviços hospitalares, com ações para a ampliação do número de leitos, especialmente de unidades de tratamento intensivo e de respiradores pulmonares. Sem retirar, porém, a importância da adequada estruturação da atenção especializada de alta complexidade, voltada aos casos mais graves da Covid-19 e conforme preconizado pelo SUS, a atenção primária à saúde (APS) também deveria ter formado parte da estratégia geral de enfrentamento da doença.

Até fins de maio de 2021, o município em questão ocupava o sexto lugar no estado do Rio de Janeiro, em relação ao número acumulado de óbitos, com um total de 1.253 mortes

(CONGRESSO EM FOCO, 2021), ultrapassado por Rio de Janeiro, São Gonçalo, Niterói, Nova Iguaçu e Duque de Caxias; e o 38º lugar considerando o número acumulado de óbitos por 100 mil habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

#### **4. A atenção básica em Campos dos Goytacazes, no contexto da pandemia do novo coronavírus**

Após apresentar aspectos sobressalentes do contexto econômico, político e social de Campos nos últimos anos, e respostas implementadas para o enfrentamento da Covid-19 na cidade, nesta seção ensaia-se uma reflexão sobre a gestão da atenção básica no município, durante a pandemia do novo coronavírus. Para tanto, em primeiro lugar, faz-se uma breve recapitulação da história da atenção básica no Brasil, com foco nos últimos trinta anos. Em seguida, destacam-se marcos históricos da atenção básica em Campos. Posteriormente, analisa-se qual a proposta – as diretrizes, objetivos e metas – para a atenção básica contida no Plano Municipal de Saúde 2018-2021, e, por último, contrastam-se os propósitos do Plano com o funcionamento desse nível de atenção em Campos, durante a pandemia.

##### **4.1. O marco mais amplo da Política Nacional de Atenção Básica**

A APS tem uma longa história no Brasil, no entanto foi na década de 1990 que sua tematização entrou na agenda da saúde (CASTRO; FAUSTO, 2012). Essa forma de assistência só passou a ser reconhecida como uma política de Estado a partir da criação, em 1994, do Programa Saúde da Família (PSF) (ANDERSON, 2019), a partir do qual a atenção básica ganhou destaque na agenda decisória do governo, materializando-se em instituições e políticas para implementá-la e desenvolvê-la.

Na época da implantação do SUS, a APS existia apenas nos postos de saúde, prestando serviços geralmente vinculados a pacotes assistenciais e apontados para alguns problemas de saúde determinados, além de práticas básicas de pré-natal, puericultura e vacinação. A assistência à saúde era dominada por uma racionalidade biomédica e hospitalocêntrica (com foco nos níveis secundário e terciário de atenção), mais alinhada com os interesses privados que atuavam no setor (ANDERSON, 2019).

A implementação do PSF foi um marco histórico importante na trajetória da APS no país, pois promoveu mudanças relevantes no modelo de atenção, na reorganização dos sistemas de saúde municipais e no financiamento da política. Sua origem é diretamente ligada ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), que havia sido criado em 1991, para contribuir para a redução da mortalidade infantil e materna, principalmente nas áreas mais pobres das regiões Norte e Nordeste do país. O PSF preconizava a formação de equipes multiprofissionais, geralmente constituídas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, para atuarem em território de abrangência definida (CASTRO; FAUSTO, 2012). Em 1995, foi adotado como projeto prioritário do governo de Fernando Henrique Cardoso (PSDB, 1995-2002) e passou a ser cada vez mais destacado pelo Ministério da Saúde como “[...] a principal estratégia para a estruturação dos sistemas municipais de saúde a partir da atenção primária, visando reorientar o modelo assistencial e imprimir uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde.” (CASTRO; FAUSTO, 2012, p. 178). A

Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96) (BRASIL, 1996) contribuiu ao fortalecimento da APS, a partir da criação do Piso de Atenção Básica (PAB), com um componente fixo, calculado em base *per capita*, e um componente variável, cujo principal incentivo se vinculava ao PSF (CASTRO; FAUSTO, 2012).

Entre 2005 e 2012, período transcorrido durante os governos de Luiz Inácio Lula da Silva (PT, 2003-2010), no qual, ademais, havia um movimento de reafirmação da PSF como elemento central da política de APS no interior do Ministério de Saúde (CASTRO; FAUSTO, 2012), houve intensa implementação de programas de fortalecimento, qualificação e expansão do PSF, renomeado, mais tarde, para Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo vários deles no marco da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SDTES), que havia sido criada em 2003 e vinculada ao Ministério da Saúde (ANDERSON, 2019).

Outro marco importante no processo de consolidação nacional da APS ocorreu com a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), implementada em 2006 e que integrou inúmeras portarias fragmentadas que regiam esse nível do sistema. A Pnab converteu o PSF em ESF, passando a considerar como fundamental o apoio do nível federal na formação de pessoas para trabalhar na atenção básica (ANDERSON, 2019).

Dois anos depois, em 2008, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), integrados por trabalhadores da Saúde e de outras áreas e especialidades diferentes dos presentes na equipe multiprofissional básica da ESF, tradicionalmente formada por médicos generalistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Por meio da ampliação do leque de especialistas atuando na atenção básica, como psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais, os Nasf buscavam fortalecer as equipes, suas possibilidades de intervenção e a resolutividade de suas ações. Mais tarde, a Pnab de 2011 reforçou a incorporação desses Núcleos nas equipes (ANDERSON, 2019).

Um outro marco histórico da APS no Brasil ocorreu durante o governo de Dilma Rousseff (PT, 2011-2016), com a criação do Programa Mais Médicos (PMM), no ano de 2013. O PMM visava resolver um problema crônico da saúde no Brasil: a alocação de profissionais para a prática da APS em municípios remotos e nas periferias dos grandes centros urbanos. Outros modelos implantados especificamente para o provimento e fixação de médicos nas áreas com maior percentual de pobreza, de localização remota e de difícil acesso; ou com populações em maior vulnerabilidade não haviam conseguido suprir a demanda dos municípios. Entre os principais objetivos do PMM, estavam a consolidação da ESF; a diminuição da escassez de médicos, sobretudo de APS, em regiões remotas e vulneráveis do ponto de vista socioeconômico; e a redução de desigualdades no acesso à saúde (ANDERSON, 2019).

Apesar de apresentar resultados positivos em termos de cobertura e de indicadores de saúde, o PMM enfrentou a intensa resistência das principais entidades médicas nacionais: a Associação Médica Brasileira (AMB), a Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Federação Nacional dos Médicos (Fenam). Essas organizações articularam ações desde antes de o PMM ser implementado, chegando a recorrer à justiça federal contra sua criação e a denunciar o Programa perante a OMS e a Organização Internacional dos Trabalhadores (OIT) (SILVA, 2018).

A partir de 2016, quando a presidenta Dilma Rousseff foi afastada do cargo e substituída por seu vice, Michel Temer, iniciou-se um período de privatização e de retrocesso de direitos sociais. Na área da Saúde, o governo aprovou a Emenda Constitucional n. 95/2016 (BRASIL, 2016), que congelou os gastos do setor por 20 anos, agudizando o problema do



subfinanciamento crônico do SUS, ao mesmo tempo em que incentivava o crescimento do setor privado de saúde (ANDERSON, 2019). Essa medida retirou 20 bilhões de reais do SUS em 2019, e a projeção do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) é de que a perda seja de 168 bilhões de reais até 2036 (MONTEIRO, 2020).

Nesse contexto, a APS também sofreu impactos negativos. Importantes organizações de estudos de saúde coletiva e defesa do SUS criticaram a Pnab de 2017, avaliando que essa anulava a prioridade tradicionalmente dada à ESF, em um contexto de diminuição de recursos. A nova Pnab permitiu maior flexibilização na implementação de modelos de APS, relativizando o caráter central da ESF e redefinindo alguns dos seus princípios, ocasionando retrocessos na cobertura, no padrão de serviços, no processo de trabalho e na integralidade dos cuidados (ANDERSON, 2019).

As políticas de saúde do governo de Jair Bolsonaro parecem ir na mesma direção imprimida por seu antecessor: seguem o caminho do subfinanciamento e da privatização. No âmbito da APS, foi lançado, em 2019, o Programa Saúde na Hora, que propõe a transformação das Unidades de Saúde da Família em unidades de pronto-atendimento nos municípios de médio e grande porte, apontando para uma maior desvalorização da ESF (ANDERSON, 2019), seguindo uma tendência aberta pela Pnab de 2017.

Também em 2019, por meio da Medida Provisória n. 890 (BRASIL, 2019), o governo apresentou o Programa Médicos pelo Brasil, que busca substituir o PMM, mas trazendo alguns retrocessos em relação ao seu antecessor: não faz referência à formação por meio de residências médicas, deixa dúvidas em relação à participação das universidades no desenvolvimento da ESF e reduz drasticamente o escopo de ações da APS. Na esteira da privatização da atenção básica e do SUS, o documento também propõe a criação da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), que constitui “[...] serviço social autônomo na forma de pessoa jurídica de direito privado com a finalidade de promover, em âmbito nacional, a execução de políticas da atenção primária à saúde.” (BRASIL, 2019). Sua implementação não representa outra coisa que a transferência da execução de uma política pública para uma agência privada (ANDERSON, 2019).

## **4.2. A Atenção Primária à Saúde em Campos dos Goytacazes**

A partir da regulamentação do SUS ocorrida no ano de 1988, baseada na universalidade, na equidade, na integralidade e nas diretrizes organizacionais de descentralização e participação social; e para diferenciar-se da concepção seletiva de APS, passou-se a usar o termo *atenção básica em saúde*, definido como ações individuais e coletivas situadas no primeiro nível, voltadas à promoção da saúde, à prevenção de agravos, ao tratamento e à reabilitação (PONTES, 2009).

O espaço de consolidação da política de acesso ao SUS é delimitado levando-se em conta a APS, sendo os problemas de saúde, na prática, referenciados pelo nível primário da atenção, ou seja, pelas UBSs, garantindo o preceito legal da descentralização dos serviços nos municípios e tendo-se como “porta de entrada” do sistema de saúde as referidas unidades (GIOVANELLA, 2006).

Como visto, em 1994, foi criado, no Brasil, o PSF, cujo principal objetivo era a reorientação do modelo de atenção à saúde a partir do incentivo ao acesso aos serviços de saúde por meio da “porta de entrada” da APS. O PSF foi inicialmente voltado para estender a cobertura assistencial em áreas de maior risco social, mas, aos poucos, adquiriu centralidade na

agenda governamental. “Desde 1999, passou a ser considerado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, com vistas a reorientar o modelo assistencial e imprimir uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde.” (SILVA, 2012, p. 51).

No município de Campos dos Goytacazes, o PSF teve início em 1999, a partir do Centro Saúde Escola de Custodópolis, vinculado à Faculdade de Medicina de Campos (FMC) e onde passaram a funcionar três equipes de Saúde da Família. Nesse mesmo ano, foram implantados 15 grupos na cidade, número que foi progressivamente crescendo até alcançar a quantidade de 27 em 2001, cobrindo 16,82% da população (SILVA, 2012). A partir da implantação do PSF, foi possível observar significativa mudança no perfil epidemiológico do município em questão, com efeitos positivos sobre a mortalidade infantil, neonatal e pós-neonatal (SILVA, 2012).

No ano de 2007, o PSF foi interrompido no município. Houve perda significativa na organização da atenção à saúde, fechando-se 27 Unidades de Saúde da Família, de um total de 69. Provocou-se um congestionamento de atendimentos em unidades de emergência e nas UBS restantes, as quais se mostraram insuficientes para acompanhar a demanda dos bairros e localidades, desfavorecendo a política de descentralização prevista pelo SUS. Os atendimentos que inicialmente seriam sensíveis aos recursos do nível primário da atenção começaram a ser recebidos nas grandes emergências municipais, deslocando-se o foco da atenção (ALFRADIQUE, 2009).

Na visão dos gestores municipais à época, no entanto, Campos contava com uma atenção primária estruturada, a partir da substituição do PSF por outras ações, como o Programa de Assistência aos Assentamentos, Acampamentos e Quilombolas (Paaq), o Programa Saúde na Escola (PSE), o programa Emergência em Casa e as Unidades Básicas de Saúde 12 horas e 24 horas (SILVA, 2012). Na perspectiva de Silva (2012), a modificação da estrutura do nível primário, marcada pela ausência do PSF e pela introdução de políticas substitutivas ou compensatórias deste, trouxe maus resultados e problemas relacionados ao acesso à saúde, apontando para um aumento no número de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária. A presença desse tipo de ocorrência sugere a existência de barreiras de acesso ao primeiro nível de atenção ou a outros serviços de saúde, na medida em que decorrem de doenças – como as de origem circulatória, respiratória ou do trato geniturinário – que podem ser alvo de uma ação bem planejada, por meio de uma política de atenção básica atuante e preventiva. Quando essa influência positiva ocorre, a atenção primária reduz as internações por complicações agudas da enfermidade, as readmissões e o tempo de permanência no hospital (ALFRADIQUE, 2009).

A partir de 1.º de outubro de 2009, a gestão da saúde do município teve uma importante mudança no modelo de gerenciamento dos recursos: passou de Gestão Plena da Atenção Básica – na qual havia autonomia limitada para destinar as verbas da saúde – para a Gestão Plena Municipal – com autonomia plena na alocação dos recursos da saúde da cidade. Esse fato conferiu maior poder decisório aos gestores municipais para a utilização das verbas da Saúde, particularmente em relação à APS (MELAMED; COSTA, 2003).

Silva (2012) observava, na época da produção de sua pesquisa, uma forte tendência no aumento de recursos financeiros destinados à média e à alta complexidade em Campos dos Goytacazes, em sentido contrário à política de saúde preconizada pelo Ministério da Saúde, que enfatizava a importância do nível primário de atenção. Foi assinada uma série de convênios que significaram o repasse de verbas públicas destinadas à Saúde para a realização de exames

diagnósticos, de média e alta complexidade, fortalecendo, dessa forma, os níveis secundários e terciários de assistência. A Gestão Plena Municipal também simplificou o processo de credenciamento de hospitais.

Segundo o *Plano Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes 2018-2021*, Campos conta com 73 UBSs, dentre as quais 17 possuem equipe da ESF<sup>1</sup>. Essa, com a participação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e das Equipes de Saúde Bucal (ESB), pretende superar o antigo modelo, exclusivamente centrado na doença, passando a uma ação preventiva, que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde (PREFEITURA DE CAMPOS, 2018a).

#### 4.3. Quais são as propostas do PMS de Campos para a atenção básica?

O PMS é um instrumento básico de planejamento do SUS, que serve para a gestão da saúde pública no âmbito municipal. Propõe-se à identificação das necessidades em Saúde da população do território específico do município (NASCIMENTO; EGRY, 2017) e da capacidade de oferta pública de ações, serviços e produtos para o seu atendimento. Ele faz o diagnóstico da situação de saúde e explicita as propostas de intervenção do governo municipal para um período de quatro anos (BRASIL, 2006).

O Plano materializa-se em um documento que sistematiza o conjunto de proposições políticas na área de Saúde, ou seja, as propostas de ação relativas aos problemas e às necessidades de saúde da população do município, considerando os princípios e as diretrizes gerais que regem a política de saúde no âmbito nacional e estadual. O PMS configura, dessa forma, um instrumento que apresenta as intenções e os resultados buscados no período de quatro anos e que se expressam em objetivos, diretrizes e metas (BAHIA, 2009).

O *Plano Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes 2018-2021* foi elaborado para orientar a política de saúde durante o governo do prefeito Rafael Diniz (Cidadania), cujo mandato se estendeu entre 2017 e 2020. A atenção básica é um dos alvos prioritários do Plano, que declara ter por objetivos principais

[...] a qualificação permanente do Sistema Único de Saúde e [...] a [garantia de] uma Atenção Básica de qualidade para a população de Campos, articulando as atividades de detecção precoce de agravos, fatores de risco e doenças com o processo de vinculação e assistência contínua e coordenada; além de garantir oferta de atenção especializada de forma descentralizada, resolutiva e articulada com Atenção Básica (PREFEITURA DE CAMPOS, 2018a, p. 88).

O alcance desses compromissos, no período 2018-2021, é orientado por dois eixos, quatro diretrizes e cinco objetivos, a serem detalhados a seguir.

O primeiro eixo refere-se ao *direito à saúde, à garantia de acesso, à atenção de qualidade e à participação social*. Tem como primeira diretriz a ampliação e a qualificação do acesso aos serviços de saúde “[...] em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar.” (PREFEITURA DE CAMPOS, 2018a, p. 89). A diretriz é desagregada em dois objetivos, que buscam:

---

<sup>1</sup>A ESF foi reimplantada em Campos dos Goytacazes, no ano de 2015 (MEDEIROS; CAETANO, 2017).

a) “[...] efetivar a Atenção Básica como porta de entrada preferencial do sistema de saúde e ordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde.” (PREFEITURA DE CAMPOS, 2018a, p. 89), com metas que incluem: a implementação da ESF, com a estrutura física e equipamentos adequados; o desenho da rede básica de farmácia; o fortalecimento da rede municipal de Atenção Básica, por meio da recuperação física e ampliação das UBSs; atualização tecnológica e renovação do mobiliário; e a implementação de ações de prevenção do câncer de colo de útero, de mama e de próstata; e

b) “[...] ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar, respeitando a política de humanização do SUS e promovendo o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida” (PREFEITURA DE CAMPOS, 2018a, p. 89-90), com metas que se propõem à implementação, ao fortalecimento ou ao aprimoramento de diversos programas, além da ampliação do acesso da população a medicamentos, incentivando o uso racional e qualificado da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

A segunda diretriz do primeiro eixo busca consolidar as instâncias do Controle Social, garantindo a transparência e a participação cidadã e tendo como metas o fortalecimento do Conselho Municipal de Saúde e a reestruturação da Ouvidoria Municipal do SUS.

O segundo eixo do Plano – relativo à *valorização do trabalho e da educação em saúde, ao financiamento do SUS e à relação público-privado* – estabelece, como primeira diretriz, a promoção “[...] [da] formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a desprecarização e a democratização das relações de trabalho” (PREFEITURA DE CAMPOS, 2018a, p. 92), que se buscam alcançar a partir da estruturação da política de gestão de pessoas e do aprimoramento da educação. A segunda diretriz procura “[...] garantir o financiamento sustentável para o SUS, melhorando o padrão do gasto e qualificando o financiamento com definição de áreas de atuação dos serviços.” (PREFEITURA DE CAMPOS, 2018a, p. 92), tendo como objetivo o aprimoramento da “[...] gestão municipal do SUS, especialmente por meio da formulação de políticas, da qualificação dos investimentos, da indução dos resultados, da modernização administrativa e tecnológica, da qualificação e transparência da informação.” (PREFEITURA DE CAMPOS, 2018a, p. 92). As metas, nesse sentido, estão dirigidas ao “[...] aprimoramento do complexo regulatório, [à] implementação dos instrumentos de monitoramento e gestão do SUS e [à] manutenção do sistema de informática e informação em saúde, através da contratação de firma especializada” (PREFEITURA DE CAMPOS, 2018a, p. 92).

O PMS de Campos em questão contém objetivos definidos em relação à atenção básica e que buscam seu aprimoramento e sua efetivação como porta de entrada e organizadora do cuidado na rede de atenção. Além disso, propõe-se à implementação da união básica de farmácia e da ESF no município, acompanhada de estrutura física e de equipamentos adequados, bem como de atualização tecnológica.

#### **4.4 A atenção primária à saúde em Campos dos Goytacazes, no contexto da pandemia da Covid-19**

O SUS tem, como princípio doutrinário, a cobertura estendida a todos os cidadãos, organizada a partir da APS; e a garantia, de forma ampla e aberta, ao acesso para todas as

pessoas, famílias e comunidades a serviços e ações de promoção e proteção da saúde e de prevenção de doenças.

Como apontado em Medina *et al.* (2020), a atuação da APS no enfrentamento da Covid-19 tem papel importante no cuidado dos casos leves, podendo ser realizada em quatro eixos: vigilância em saúde nos territórios, atenção aos usuários infectados, suporte social a grupos vulneráveis e continuidade das ações próprias da APS.

O enfrentamento à pandemia exige a elaboração de planos de gerenciamento de risco em vários níveis (nacional, estadual, municipal e local), fortalecendo a atuação no território, que considere: a população a ser acompanhada (casos leves de COVID-19 e outros problemas de saúde); a adequada proteção dos profissionais de saúde, com condição segura à realização do seu trabalho, evitando, também, que sirvam de fonte de contaminação; as mudanças organizacionais compatíveis com a realidade local; as necessidades de apoio logístico e operacional (incluindo transporte, material e equipamentos de segurança e proteção); formação e educação permanente dos profissionais de saúde; mapeamento de potencialidades e dificuldades de cada território; a retaguarda necessária a uma ação coordenada da APS com outras instituições e serviços de saúde no território de abrangência das equipes ou fora dele; e parcerias com as organizações comunitárias, potencializando habilidades e estimulando a solidariedade (MEDINA *et al.*, 2020, p. 1-2).

Com relação à vigilância no território e ao gerenciamento do risco da pandemia, a APS também se constitui como função necessária: a partir de ações intersetoriais junto à vigilância em Saúde do município, pode colaborar qualificando as ações nessa área, envolvendo a notificação, a detecção e o acompanhamento dos casos de isolamento domiciliar.

O trabalho dos ACSs também é necessário no enfrentamento da pandemia, especialmente no que diz respeito à conscientização da população, ao combate ao estigma relacionado à doença, à difusão de informações corretas sobre a prevenção da Covid-19 – sobretudo considerando a intensa circulação de *fake news* – e ao apoio às atividades educativas no território, com dicas de cuidado e higiene.

Medina *et al.* (2020) apontam que, na atenção aos usuários com Covid-19, a APS pode, a partir da organização de fluxos distintos,

[...] realizar o cuidado dos pacientes com quadros leves, separar os sintomáticos respiratórios dos usuários com outros problemas que necessitam de atenção presencial, identificando e orientando indivíduos com maior risco de desenvolver quadros graves e também garantindo o encaminhamento oportuno daqueles que necessitam de cuidados de outros níveis de atenção (MEDINA *et al.*, 2020, p. 2).

Para que a APS, no entanto, possa ser efetiva no cuidado aos usuários, precisa contar com: recursos adequados que garantam a qualidade dos serviços; segurança do usuário e resolubilidade de problemas; garantia de disponibilidade de equipamentos de proteção individual (EPI); e instrumentos adequados para que os serviços de APS estejam integrados à rede emergencial, hospitalar e de transporte sanitário e associados à regulação de leitos com definição de fluxos e canais de comunicação abertos e ágeis, para a garantia de cuidado oportuno,

conforme a gravidade. São ajustes necessários, pois a atuação sem a integralidade do modelo de atenção previsto no SUS acaba sendo pouco resolutive.

A ESF pode ajudar na identificação de pessoas e de grupos vulneráveis, como idosos e sujeitos em risco, que vivam situações de abandono, por vezes agravadas com a pandemia, favorecendo a articulação com a rede de proteção social. A atuação das equipes que compõem a ESF é importante na busca das melhores soluções, de forma intersetorial, para os problemas graves e diversos dos grupos populacionais mais necessitados, que envolvem uma ação coordenada no território. A partir da identificação de pessoas em vulnerabilidade social, podem surgir demandas de abrigo para idosos, doentes crônicos solitários, mulheres vítimas de violência e população de rua, sobretudo no apoio domiciliar para idosos que não possuem vínculos familiares e que terão dificuldades de se manterem e de se cuidarem.

Apesar de a APS estar prevista no SUS como modelo de atenção prioritário e organizador do sistema, o pacto federativo definido na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) concede soberania política aos governos locais, que podem tomar decisões de forma autônoma. Dessa forma, apesar de contar com uma rede de APS que poderia cumprir sua função de atenção e cuidado no território de Campos dos Goytacazes, que conta com 73 UBSs, a opção da gestão local, desde promulgação do início da pandemia até dezembro de 2020, foi o fechamento das Unidades e de alguns ambulatorios, com transferência dos profissionais de saúde para o atendimento centralizado. Não somente as UBSs foram fechadas nesse período: o próprio Conselho de Saúde não teve suas reuniões realizadas periodicamente, nem mesmo de forma remota.

A experiência no município aponta que o modelo de combate à Covid-19 foi a centralização, a partir da criação do Centro de Controle e Combate ao Coronavírus de Campos (CCC), um núcleo de referência especializado para atendimento aos casos confirmados ou suspeitos da doença. A criação do CCC ocorreu a partir do fechamento das UBSs, com remanejamento dos médicos e profissionais de saúde. Durante a pandemia, a população teve acesso unicamente às Unidades Pré-hospitalares de Urgência (UPH) e ao CCC, pois todos os ambulatorios foram fechados.

A opção da gestão de fechar as UBSs trouxe impactos não somente para se alcançar o fim da pandemia. Sendo a Saúde considerada serviço essencial, os serviços especializados, bem como o acompanhamento ambulatorial de usuários com doenças crônicas, não deveriam ter sido fechados, mas, sim, continuados, com adoção de tecnologias da informação e comunicação (TIC), por meio do telefone e da internet, garantindo, assim, a oferta de ações de forma segura e sem descontinuidade, considerando que a proposta era o distanciamento social, mas não a ausência de atenção e cuidado com saúde. As demandas frequentes de usuários em acompanhamento de doenças crônicas, como a renovação de receitas e a busca por medicamentos, foram prejudicadas. O fechamento das UBSs também sobrecarregou a média e a alta complexidade, com aumento da demanda de usuários com doenças crônicas em crise, como hipertensão e diabetes, por falta de cuidado ambulatorial.

Em decorrência do fracasso da inauguração do hospital de campanha financiado pelo estado do Rio de Janeiro, a ampliação de leitos hospitalares era certamente uma necessidade da gestão, principalmente em um país desigual como o Brasil, onde há uma média de 1,98 leitos para cada mil habitantes (MEDINA *et al.*, 2020), contrastando com o valor mínimo preconizado pela OMS, de três leitos para 1000 pessoas. Se o problema, no entanto, era a falta de leitos

suficientes, também era necessário investir na diminuição de internações hospitalares, um dos objetivos específicos da APS e da ESF, conforme foi apresentado.

As atividades de rotina da APS precisam ser preservadas em tempos de pandemia, considerando que as previsões apontam para um longo curso de convivência com o novo coronavírus, com alternância de períodos de maior e menor isolamento social, o que exige readequação de certos procedimentos e incorporação de outros para que a APS funcione cumprindo sua missão, incluindo novas formas de cuidado cotidiano à distância e evitando o risco de aprofundamento da exclusão do acesso e das desigualdades sociais.

Ressaltamos também que a decisão de fechamento das UBSs não foi objeto de discussão no Conselho Municipal de Saúde, pois, durante a pandemia, não foi identificada nenhuma pauta convocada pelo órgão de controle, indo na contramão das deliberações do PMS.

## 5. Considerações finais

Desde sua criação, pela Constituição Federal de 1988, o SUS compõe a política de seguridade social brasileira e vem desenvolvendo sua institucionalização orientado por princípios e diretrizes inscritos na Carta Magna. Seu princípio universal de salvar vidas de forma igualitária é, para a OMS, a melhor forma de se enfrentar a pandemia. Nota-se, no entanto, que, desde a promulgação do referido código legislativo, o caráter público do SUS e o acesso amplo a ele são afetados pelo receituário neoliberal aplicado em todos os países da América Latina, que tem, como princípios fundamentais, a redução da intervenção estatal e a primazia do mercado, trazendo, em forma de proposta, a redução de investimentos do fundo público para destiná-los ao pagamento de juros, ocasionando um desmonte gradual do SUS. Destaca-se, nesse processo, a aprovação da Emenda Constitucional n. 95 de 2016, que promulgou o congelamento, por 20 anos, dos gastos com os serviços públicos de Educação e Saúde.

A partir da pandemia da Covid-19, a centralidade do SUS e a necessidade da oferta de cobertura universal no cuidado da saúde dos brasileiros ganharam espaço nos debates e nas discussões da agenda pública nacional, com a defesa por maior volume de investimentos e por um papel mais interventor do Estado, sobretudo no nível federal. O SUS possui princípios e diretrizes que cabem ao governo nacional comandar, fator que implica planejar, coordenar, executar e avaliar ações e operações para todo o Brasil. Nota-se, porém, na contramão desse modelo de governança, instituído pelo pacto federativo na Constituição de 1988, que o governo federal vem implementando uma estratégia omissa e conflitante, o que evidencia uma descoordenação nacional no combate à doença.

Nesse contexto, além da enorme crise sanitária e econômica provocada pela pandemia no país, ainda foi acrescentada a crise política ocasionada pela ausência do comando nacional e por ações deliberadas de propagação da doença por parte do governo federal (VENTURA; AITH; REIS, 2021). Como apontam Senna *et al.* (2021), o Brasil tem sido reconhecido internacionalmente como um dos piores exemplos de governança da crise provocada pelo vírus e o lugar onde o negacionismo e a polarização política, amplificadas pelas posturas do presidente e do alto escalão do governo, além dos constantes ataques do Poder Executivo às esferas legislativa e judiciária, bem como às autoridades dos níveis subnacionais, têm sido alguns dos entraves à adoção de medidas mais efetivas de luta contra a Covid-19.

O presente capítulo buscou trazer uma reflexão sobre a atenção básica em Campos dos Goytacazes, RJ, no contexto da pandemia do novo coronavírus, a partir da análise das diretrizes, dos objetivos e das metas do PMS da cidade, considerando o período 2018-2021, definido pelo governo do prefeito Rafael Diniz (Cidadania), cujo mandato se estendeu entre 2017 e 2020 – o primeiro ano de pandemia.

Considera-se que, em sentido contrário aos objetivos do Plano para o período 2018-2020, a atenção básica em Campos não só não foi aprimorada, como também se tornou excluída da rede de atenção durante a crise da Covid-19. Podendo contribuir na prevenção e no acompanhamento da doença, bem como na descompressão da demanda por assistência hospitalar, a atenção básica foi deixada de lado como estratégia de cuidado, comprometendo, inclusive, o monitoramento de outros agravos que normalmente são atendidos no nível primário. Para o combate à doença na cidade, o poder público deu prioridade à média e à alta complexidade, seguindo uma tendência de longa data no município, de fortalecimento dos níveis secundários e terciários de assistência à saúde, em detrimento do primário.

Após 15 meses desde o decreto municipal que suspendeu o expediente externo e o atendimento presencial no âmbito da prefeitura, apenas 30 das 73 UBSs existentes na cidade voltaram a funcionar (PREFEITURA DE CAMPOS, 2021). Além de obstaculizar tarefas de prevenção, acompanhamento e atendimento de casos de Covid-19 de sintomatologia leve; e de interromper os cuidados de pacientes com doenças crônicas, o funcionamento parcial da atenção básica transfere demanda para o já sobrecarregado nível hospitalar e não intervém nas sequelas da Covid-19 apresentadas por pessoas recuperadas, algumas das quais são passíveis de serem tratadas no nível primário de atenção.

O funcionamento parcial da atenção básica também acaba afetando o cumprimento de um dos eixos centrais do PMS, referido, entre outros aspectos, ao direito à saúde e à garantia de acesso a recursos hospitalares, de modo que o fechamento das UBSs gera mais um obstáculo para esse processo.

A situação de crise sanitária, social e econômica provocada pela pandemia de Covid-19 e a necessidade de ações de proteção social e cuidado da saúde colocaram em xeque os discursos e as práticas adotados pelas medidas de ajuste fiscal do modelo econômico do governo do atual presidente, Jair Bolsonaro. O Ministério da Saúde precisa protagonizar a coordenação e a execução da política de saúde em todo o território do país; para tanto, é necessário que o SUS não continue sendo asfixiado com ajustes fiscais e emendas constitucionais que contingenciam os recursos destinados pela União.

O sucesso da luta contra a Covid-19 e o futuro do SUS dependem de uma outra lógica de utilização do fundo público em todos os âmbitos – federal, estadual e municipal – que amplie recursos com foco na qualidade dos serviços prestados à população. É necessário um SUS fortalecido e respeitado como patrimônio da sociedade brasileira. A atenção básica precisa ser enrijecida e estruturada para a garantia do acesso à saúde, fazendo ecoar o grito dos movimentos populares dessa área: saúde é direito, não mercadoria! Vida longa ao SUS!



## Referências

ANDERSON, M. I. P. Médicos pelo Brasil e as políticas de saúde para a Estratégia Saúde da Família de 1994 a 2019: caminhos e descaminhos da Atenção Primária no Brasil. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 1-16, 2019. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/2180/998>. Acesso em: 19 ago. 2020.

BAHIA. **Manual prático de apoio à elaboração de Planos Municipais de Saúde**. Salvador: Sesab, 2009. Disponível em: [http://www2.saude.ba.gov.br/arquivos/MANUAL\\_PARA\\_ELABORA%C3%87%C3%83O\\_D E\\_PMS.pdf](http://www2.saude.ba.gov.br/arquivos/MANUAL_PARA_ELABORA%C3%87%C3%83O_D E_PMS.pdf). Acesso em: 16 jun. 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [1988]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 17 jun. 2021.

BRASIL. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde-SUS, de 06 de novembro de 1996**. Brasília, DF: MS, [1996]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>. Acesso em: 17 jun. 2021.

BRASIL. **Portaria n. 3.332, de 28 de dezembro de 2006**. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. Brasília, DF: MS, [2006]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt3332\\_28\\_12\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt3332_28_12_2006.html). Acesso em: 16 jun. 2021.

BRASIL. **Emenda Constitucional n. 95, de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2016/emendaconstitucional-95-15-dezembro-2016-784029-publicacaooriginal-151558-pl.html>. Acesso em: 17 jun. 2021.

BRASIL. **Medida Provisória n. 890, de 01 de agosto de 2019**. Institui o Programa Médicos pelo Brasil e a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Presidência da República, [2019]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/Mpv/mpv890.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/Mpv/mpv890.htm). Acesso em: 23 abr. 2021.

CAMPOS DOS Goytacazes, RJ. **AtlasBR**, [s. l.], [2021]. Disponível em: <https://atlasbrasil.org.br/perfil/municipio/330100#idhm-all>. Acesso em: 9 jun. 2021.

CASTRO, A. L. B.; FAUSTO, M. C. R. A Política Brasileira de Atenção Primária à Saúde. *In*: MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; LIMA, L. D. (org.). **Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 173-197.

DAUMAS, R. P. *et al.* O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 36, 2020. Disponível em:

[https://www.researchgate.net/publication/342498461O\\_papel\\_da\\_atencao\\_primaria\\_na\\_rede\\_d\\_e\\_atencao\\_a\\_saude\\_no\\_Brasil\\_limites\\_e\\_possibilidades\\_no\\_enfrentamento\\_da\\_COVID-19](https://www.researchgate.net/publication/342498461O_papel_da_atencao_primaria_na_rede_d_e_atencao_a_saude_no_Brasil_limites_e_possibilidades_no_enfrentamento_da_COVID-19). Acesso em: 16 jun. 2021.

FARIAS, A. R. et al. **Comunicado Técnico 4**: identificação, mapeamento e quantificação das áreas urbanas do Brasil. Campinas, SP: Embrapa, 2017. Disponível em:

<https://ainfo.cnptia.embrapa.br/digital/bitstream/item/176016/1/20170522-COT-4.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2021.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, mai. 2006.

IBGE. **Produto interno bruto dos municípios**. [s. l.]: IBGE, 2018. Disponível em:

<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/contas-nacionais/9088-produto-interno-bruto-dos-municipios.html?=&t=resultados>. Acesso em: 9 jun. 2021.

IBGE. **Áreas territoriais**. [s. l.]: IBGE, 2020a. Disponível em:

<https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/15761-areas-dos-municipios.html?t=acesso-ao-produto&c=3304557>. Acesso em: 9 jun. 2021.

IBGE. **Campos dos Goytacazes**. [s. l.]: IBGE, 2021. Disponível em:

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/campos-dos-goytacazes/panorama>. Acesso em: 9 jun. 2021.

IBGE. **Estimativas da população**. [s. l.]: IBGE, 2021b. Disponível em:

<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=resultados>. Acesso em: 9 jun. 2021.

LFRADIQUE, M. E. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 01 nov. 2020.

MEDEIROS, J, A.; CAETANO, R. C. Saúde da Família em Campos dos Goytacazes (RJ): uma história recente. **Anais do Encontro Internacional e Nacional de Política Social**, v. 1, n. 1, p. 1-3, 2017. Disponível em: <https://www.periodicos.ufes.br/einps/article/view/16520>. Acesso em: 19 fev. 2021.

MEDINA, M. G. *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, p. 1-5, 2020. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static//arquivo/1678-4464-csp-36-08-e00149720.pdf>. Acesso em: 30 mai. 2021.

MELAMED, C.; COSTA, N. R. Inovações no financiamento federal à Atenção Básica. **Cênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 15 nov. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Covid-19 no Brasil**. Brasília, DF: MS, [2021]. Disponível em: [https://qsprod.saude.gov.br/extensions/covid-19\\_html/covid-19\\_html.html](https://qsprod.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html). Acesso em: 9 jun. 2021.

MONTEIRO, N. O Estado em desmonte frente à epidemia da Covid-19. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 1-9, 2020. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/physis/2020.v30n3/e300304/pt>. Acesso em: 16 jun. 2021.

NASCIMENTO, A. B.; EGRY, E. Y. Os planos municipais de saúde e as potencialidades de reconhecimento das necessidades em saúde: estudo de quatro municípios brasileiros. **Revista Saúde Soc. São Paulo**, v. 26, n. 4, p. 861-871, 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sausoc/2017.v26n4/861-871/pt>. Acesso em: 4 mai. 2021.

PAINEL CONASS Covid-19. **Conass**, [s. l.], 2021. Disponível em: <https://www.conass.org.br/painelconasscovid19/>. Acesso em: 09 jun. 2021.

PAINEL COVID-19. **Congresso em foco**, [s. l.], [2021]. Disponível em: <https://congressoemfoco.uol.com.br/covid19/index.html>. Acesso em: 09 jun. 2021.

PONTES, A. P. M. *et al.* O Princípio de Universalidade do Acesso aos Serviços de Saúde: O que pensam os usuários? **Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, jul. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 28 dez. 2019.

PREFEITURA DE CAMPOS. Decreto n. 27, de 16 de março de 2020. Dispõe sobre as ações necessárias à redução do contágio pelo Covid-19 - coronavírus, e dá outras providências. **Diário oficial do município de Campos dos Goytacazes**, n. 550, 18 mar. 2020. Disponível em: <https://transparencia.campos.rj.gov.br/attachments/9294fe48a937358a2e4857e54b41976f3914c090/store/eebaf8ff296f38d8abba7553e0c84b0038c1281cc00e7cc1546d6acd67ae/Decreto+Municipal+n%C2%BA+27-2020+18+de+mar%C3%A7o+de+2020.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2021.

PREFEITURA DE CAMPOS DOS GOYTACAZES. **Plano Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes 2018-2021**. Campos dos Goytacazes, RJ: PMCG, 2018a. Disponível em: [https://www.campos.rj.gov.br/up/pdiretor.php?id\\_arquivo=12](https://www.campos.rj.gov.br/up/pdiretor.php?id_arquivo=12). Acesso em: 19 fev. 2021.

PREFEITURA DE CAMPOS DOS GOYTACAZES. **Plano Municipal de Assistência Social de Campos dos Goytacazes 2018-2021**. Campos dos Goytacazes, RJ: PMCG, 2018b.

Disponível em: [https://www.campos.rj.gov.br/up/pdiretor.php?id\\_arquivo=11](https://www.campos.rj.gov.br/up/pdiretor.php?id_arquivo=11). Acesso em: 19 fev. 2021.

PREFEITURA DE CAMPOS. **Unidades Básicas de Saúde em funcionamento**. Campos dos Goytacazes, RJ: Secretaria Municipal de Saúde, 2021.

RAMOS, T. T. Crescimento Econômico e Desenvolvimento sócio-espacial em Campos dos Goytacazes. **Geo UERJ**, Rio de Janeiro, n. 29, p. 63-88, 2016. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/geouerj/article/view/16109/19559>. Acesso em: 16 jun. 2021.

RODRIGUES, P. H. A.; SANTOS, I. S. **Saúde e cidadania**. Uma visão histórica e comparada do SUS. São Paulo: Atheneu, 2011.

RUIZ J. L. S.; SILVA, W. M. F. A centralidade do SUS na pandemia do coronavírus e as disputas com o projeto neoliberal. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/5LqczYMjknxqZXGfXfckxTK/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 30 maio 2021.

SENNA, M. C. M.; SOUTO MAIOR, A.; SUÁREZ BALDO, V. S. Proteção Social em Tempos de COVID-19: experiências na América Latina. **Argumentum**, Vitória, v. 13, n. 1, p. 66-80, jan./abr. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/33033>. Acesso em: 7 mai. 2021.

SILVA, A. T. M. F. **A organização da política pública de saúde no Município de Campos dos Goytacazes/RJ: uma análise do acesso à Atenção Básica (2007-2011)**. 2012. 92 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Sociais) – Centro de Ciências do Homem, Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Campos dos Goytacazes, 2012.

SILVA, L. N. **Programa Mais Médicos: embates políticos entre entidades médicas e o Estado**. 2018. 158 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

VENTURA, D. F. L.; AITH, F. M. A.; REIS, R. R. (coord.). **A linha do tempo da estratégia federal de disseminação da COVID-19**. São Paulo: Cepedisa, UPS, 2021. Disponível em: [https://cepedisa.org.br/wp-content/uploads/2021/06/CEPEDISA-USP-Linha-do-Tempo-Maio-2021\\_v3.pdf](https://cepedisa.org.br/wp-content/uploads/2021/06/CEPEDISA-USP-Linha-do-Tempo-Maio-2021_v3.pdf). Acesso em: 16 jun. 2021.

# DIFUSÃO DE SABERES DOS TRABALHADORES RURAIS: práticas de valorização da saúde coletiva\*

Thaynara Moreira Botelho

## 1. Introdução

O presente capítulo objetiva analisar os “traços em comum” das experiências populares de saúde alternativa em um assentamento de Reforma Agrária com as práticas camponesas do século XVIII e XIX na Europa. Para tanto, recorreu-se a abordagem qualitativa pautada no marxismo articulando-o à pesquisa bibliográfica. Os desdobramentos deste estudo foram estruturados a partir das análises de afazeres comunitários que valorizam os saberes populares.

Perante a necessidade de trabalhadores encontrarem formas de sobrevivência, alternativas de lutas e resistências estão sendo formadas e, resgatadas. Este é o caso de assentadas da Reforma Agrária que valorizam os conhecimentos fitoterápicos e produzem medicamentos naturais. A cultura, costumes<sup>2</sup>, tradições populares e resistências que valorizam o *ethos* comunitário em assentamentos de Reforma Agrária se assemelham às descritas pelo historiador Ernest Palmer Thompson. Por esse motivo, foram compilados elementos analíticos nos estudos historiográficos deste autor.

A notoriedade e os impactos da Questão Agrária, acompanhada das perdas de direitos, diminuição e focalização das políticas sociais fez com que sejam acirradas as expressões da Questão Social para as populações do campo. Além da dificuldade de acesso à política de saúde, há tentativas de amainar as práticas comunitárias fitoterápicas que ainda existem nas comunidades. No entanto, o Coletivo de Saúde, presente no assentamento Zumbi dos Palmares<sup>3</sup>, ao buscar alternativas em plantas medicinais para o bem estar da coletividade, valorizam as práticas comunitárias de outrora.

## 2. Valorização dos saberes populares: concepções a respeito do trabalho e vida dos comunitários

Nos ensaios elaborados por Thompson, é possível explorar a interface entre a lei e as ideologias<sup>4</sup> dominantes e, em contrapartida, os usos de direitos comuns. Em sua obra “Costumes em Comum”, o autor destacou que no século XVIII a consciência e os usos costumeiros eram particularmente fortes, apesar das insistentes tentativas de reformar a cultura das massas segundo normas vindas de cima (THOMPSON, 2020).

---

\* DOI- 10.29388/978-65-81417-27-7-0-f.164-175

<sup>2</sup> A forma de organização social da comunidade em torno de valores comuns e regras de comportamento dá origem à moral como costume (do latim *mos, moris*) ou conjunto de hábitos de conduta (mores). (BARROCO, 2010).

<sup>3</sup> O nome “Zumbi dos Palmares” foi escolhido durante o período de ocupação na usina. Foi uma homenagem à luta quilombola e afrodescendente que, há séculos, lutam pelo respeito de sua dignidade. Disponível em: <https://mst.org.br/2007/04/10/assentamento-zumbi-dos-palmares-completa-10-anos/> Acesso em: 10 jan. 2021.

<sup>4</sup> “A ideologia é, de fato, um processo realizado conscientemente pelo assim chamado pensador, mas com uma consciência falsa. As verdadeiras forças motrizes que impulsionam esse processo permanecem desconhecidas para o pensador; de outro modo, tal processo não seria ideológico” (MARX e ENGELS, 1977, p. 42).

Contudo, os costumes favoreciam não só aos trabalhadores, uma vez que apresentavam afinidades com o direito consuetudinário que em certas circunstâncias podiam ter força de lei favorecendo o domínio senhorial. A retórica de quase todo uso, prática ou direito reclamado era um campo para a mudança e a disputa, uma arena em que interesses opostos apresentavam reivindicações conflitantes. Os costumes marcados pelas culturas dos povos,

Pode sugerir, numa inflexão antropológica influente no âmbito dos historiadores sociais, uma perspectiva ultra consensual dessa cultura, entendida como ‘sistema de atitudes, valores e significados compartilhados, e as formas simbólicas (desempenhos e artefatos) em que se acham incorporados. Mas uma cultura é também um conjunto de diferentes recursos, em que há sempre uma troca entre o escrito e o oral, o dominante e o subordinado, a aldeia e a metrópole; é uma arena de elementos conflitivos, que somente sob uma pressão imperiosa- por exemplo, o nacionalismo, a consciência de classe ou a ortodoxia religiosa predominante- assume a forma de um ‘sistema’ (THOMPSON, 2015, p. 17).

A cultura era firmada em trocas de saberes, não se referia apenas a uma “cultura ultra consensual”. Os costumes não eram definidos pela igreja ou pelas autoridades, mas pelos trabalhadores rurais nas lutas em suas diversas maneiras e expressões. Ainda assim, aqueles que seguiam as práticas ultra consensuais, reforçando-as já estavam modificando o conteúdo ou o significado da cultura, logo, não podiam ser simplesmente qualificados como “conservadores” porque iam se libertando aos poucos dos domínios senhoriais.

Com isso, os detentores de poder econômico rotularam a cultura das massas como sendo “rebelde”. A generalização do termo cultura pode obscurecer e estigmatizar o que se denomina simplesmente por cultura popular. É importante pensar no tempo histórico dos acontecimentos em que a experiência como tal é intransmissível, embora os seus relatos e ensinamentos não o sejam. Logo,

Não podemos esquecer que ‘cultura’ é um termo emaranhado, que, ao reunir tantas atividades e atributos em um só feixe, pode na verdade confundir ou ocultar distinções que precisam ser feitas. Será necessário desfazer o feixe e examinar com mais cuidado os seus componentes: ritos, modos simbólicos, os atributos culturais da hegemonia, a transmissão do costume de geração para geração e o desenvolvimento do costume sob formas historicamente específicas das relações sociais e de trabalho (THOMPSON, 2015, p. 22).

Entre os séculos XVIII e XIX, em nome dos costumes que se expressavam por meio da cultura, as mulheres e homens resistiam às racionalizações e inovações da economia que os comerciantes, empregadores e governantes queriam impor. As inovações no campo eram entendidas como formas de exploração em que ocorriam as expropriações dos direitos de uso costumeiros e a destruição dos padrões de trabalho e lazer.

As diferentes formas e concepções de cultura<sup>5</sup> foram sendo escamoteadas ao longo dos anos, já não representavam as práticas sociais. Novas “necessidades” foram surgindo em muitos

---

<sup>5</sup>“A cultura, ou a ideia dela, passou actualmente, e com enorme fluidez, para as retóricas políticas do Estado Nação e das organizações internacionais, para os planos dos sistemas e projetos educativos e sociais” (MARTINS, 2006, p. 1).

países a fim de legitimar estratégias modernas. Com o capitalismo industrial, veio à tona a Revolução Industrial gerando grande transformação na história, revolucionando as “necessidades” e destruindo as expectativas baseadas nos costumes, em um movimento em que a vida foi se tornando vazia, permitindo a dissolução<sup>6</sup> das vivências sociais.

Para Thompson (1987; 2015), foi esse acontecimento histórico que estabeleceu a distinção entre o “pré-industrial” ou “tradicional” e o mundo moderno. Com o capitalismo industrial, ocorreu a separação entre o trabalho laboral realizado dentro das fábricas e as possibilidades dos “costumes em comum” nas comunidades. Com os desdobramentos do sistema produtor de mercadorias, as necessidades foram transformadas não mais de acordo com as tarefas comunitárias, mas em conformidade com as exigências do sistema. Portanto, como sabemos,

O problema fundamental do capitalismo é a dissociação, também chamada ocasionalmente alienação, atividade não catética, e assim por diante; divisão, separação, isolamento são as imagens dominantes para expressar esse mal. Qualquer situação que distancie as pessoas deve então reforçar, caso não resulte diretamente delas, as forças capitalistas de dissociação. A própria ideia do desconhecido pode modular-se, até parecer uma forma do problema do capitalismo; assim como o homem está distanciado do seu trabalho, também está distanciado de seus companheiros (SENNETT, 1998, p. 359).

As gerações sucessivas da Revolução Industrial já não se colocavam como aprendizes umas das outras, como foram possíveis nas comunidades europeias pré-modernas. Nestas, a educação dos trabalhadores aconteceu pelas trocas coletivas entre gerações, gestada em um processo que se deu por iniciativa dos mesmos. Era baseada nas trocas de experiências em que as comunidades se organizavam em torno de atividades educativas autodidáticas, vinculando educação com política.

A cultura era efetivada nas experiências práticas, assim, para haver cultura do povo tinha que ter uma política que fosse elaborada pelo mesmo. Nos espaços reservados às leituras coletivas nas comunidades, as mulheres e homens se auto-organizavam e debatiam sobre o “que fazer”. O valor ainda não tinha se constituído como uma entidade que se opera automaticamente, mas as relações fetichistas já estavam em curso (THOMPSON, 2015).

As relações pré-modernas não eram constituídas por uma generalização da relação mercadoria- dinheiro, mas por “relações de produção” diferente da que veio a ocorrer na modernidade (KURZ, 2014). Nas comunidades pré-modernas ou nas modernas que ainda guardavam traços da anterior, os costumes e a cultura dos povos prevaleciam, ainda que o fetichismo pessoal já fizesse parte das relações (a estrutura relacional abstrata não se manifestava em forma de objeto, mas se encontrava referida às pessoas ou instituições empíricas nos seus afazeres cotidianos).

No entanto, as comunidades eram marcadas por crenças não escritas, normas sociológicas e usos asseverados na prática que não eram registrados em nenhum tipo de

---

<sup>6</sup>“A instalação da livre economia de mercado no Ocidente realizou-se igualmente graças ao terrorismo de Estado, os trabalhos forçados, a destruição das tradições, a redução dos camponeses à fome e a supressão das liberdades individuais” (JAPPE, 2006, p. 195).

regulamento. Os costumes<sup>7</sup> se destacavam por vigorar na rotina cotidiana de ganhar o sustento (PAIVA, 2003).

As atividades campestres nestas comunidades, possuíam uma mística de responsabilidade, respeito e solidariedade com os que estavam em seu entorno. As resistências das massas funcionavam como um abrigo contra a potência devastadora que veio a ser a sociedade moderna (aquela que se imiscuiu nas entranhas da sociedade feudal e se estabeleceu na Europa entre os séculos XVIII e XIX). Até ocorrer a consolidação da modernidade, nas decisões das massas prevaleciam os interesses da coletividade. Assim, as comunidades não eram formadas por entes, mas marcadas por relações de reciprocidade em que os interesses alheios também eram os propósitos do seu próximo (PAIVA, 2003).

À medida em que as terras e os direitos se tornavam valiosos negócios, as tentativas de limitar os direitos aos detentores de poder econômico e fechá-las por meio de cercamentos ganhavam força, mas enfrentavam resistências de mulheres e homens que estavam se organizando e formando os motins<sup>8</sup>. Estes “eram tidos pelo povo como atos de justiça, e seus líderes considerados heróis” (THOMPSON, 2020, p. 81).

Fundamentados nos costumes, os trabalhadores do século XVIII, descontentes com a instauração dos cercamentos das terras, reivindicavam devido à perda de liberdade que estava se aprimorando e formando novas ramificações com o avançar do capitalismo (THOMPSON, 2020).

Nessa época, já havia parcialidade<sup>9</sup> na aplicação de algumas leis<sup>10</sup>, as quais favoreciam os que possuíam melhores condições financeiras, mas as ações realizadas pelos costumes ainda existiam. Em 1791, foi aprovada uma lei de alcance privado para fechar seis mil acres de terras comunais e descampados adjacentes à cidade, enquanto os pobres seriam recompensados com apenas dois acres. Por conta disso, “houve grandes manifestações, basicamente todas em oposição às leis (THOMPSON, 2020, p. 193).

Esse desrespeito ao povo fez gerar levantes contra a cobrança de impostos pelos reis com o propósito de atacarem os fiscais dos cercamentos e arrombarem as prisões dos devedores de impostos libertando-os. A injustiça nos processos de cercamentos limitava o livre plantio e transformava-o em mercadorias para uso e ocupação dos detentores de poder. Com isso, o número de sem terras e dos confrontos com os supostos proprietários aumentaram consideravelmente. Os direitos dos pobres, fundamentados no costume, se examinados pelos tribunais, eram nulos (THOMPSON, 2015).

Nas comunidades camponesas, o costume enquanto prática social permitia trocas de serviços e favores sem ter em contrapartida a troca pelo dinheiro. As normas comunitárias, as expectativas e os sentimentos de obrigação da vizinhança que determinavam os usos das terras

---

<sup>7</sup>“O próprio costume é a interface, pois podemos considerá-lo como práxis e igualmente como lei. A sua fonte é a práxis” (THOMPSON, 2015, p. 86).

<sup>8</sup>Apesar de Thompson não concordar com o termo motim, foi o que mais se aproximou para retratar as formas de lutas da plebe inglesa. “Os motins são geralmente uma resposta racional, que não acontece entre os indefesos ou sem esperança, mas entre aqueles grupos que se sentem com um pouco de poder para tomar os viveres de que precisam quando os preços vão às alturas, os empregos desaparecem e eles veem o seu suprimento de alimentos básicos ser exportado” (THOMPSON, 2015, p. 207).

<sup>9</sup>“Havia duas ocasiões que exigiam precisão absoluta: o julgamento no tribunal e o processo de cercamento. E as duas ocasiões favoreciam os que possuíam poder e recursos em detrimento dos pequenos usuários. No final do século XVII e certamente no XVIII, os tribunais definiam cada vez mais (ou admitiam sem argumentação) que o descampado ou a terra do senhor era sua propriedade pessoal” (THOMPSON, 2015, p. 112).

<sup>10</sup>“Uma das formas de ratificação do direito é a sua forma escrita expressa em lei. Todavia o direito beneficia prioritariamente quem possui elevada condição econômica. O direito “não é nada mais que a vontade de sua classe erigida em lei, uma vontade cujo conteúdo é determinado pelas condições materiais de vida de sua própria classe” (MARX e ENGELS, 2008, p. 36).



comunais pré-modernas. As comunidades eram demandantes de um processo histórico cultural em que a participação popular era sinônimo de prática social, realizada pelas próprias massas e, intrinsecamente ligada ao conjunto das manifestações culturais (THOMPSON, 2015).

As disputas pelas terras não atingiam grande dissensão porque os costumes eram respeitados. As comunidades eram marcadas por “formas de relacionamento caracterizadas por intimidade, profundidade emocional, engajamento moral e continuidade no tempo” (ALBUQUERQUE, 1999, p. 51).

A luta por direitos não se dava apenas entre o pobre e o rico, mas entre os pequenos proprietários ou arrendatários de terras e os colonos sem terras, ou entre os trabalhadores que não os possuíam e os colonos com direitos formalizados. As propriedades fundiárias estavam assumindo qualidades e funções do capital. Em nome da propriedade individual, os direitos comuns e de usos dos pobres eram afligidos. Com uma retórica preconceituosa e abjeta, os parlamentares passaram a interpretar o costume dos pobres como direitos de propriedade dos “donos” de terra, com o objetivo de minar as práticas camponesas (THOMPSON, 2015).

No momento dos cercamentos, a lei era utilizada em favor do capitalismo agrário. O conceito de propriedade rural exclusiva estava se estendendo por todo o continente, com isso, as práticas cotidianas dos camponeses foram se perdendo e estes passaram a ser pobres trabalhadores dos proprietários (THOMPSON, 1987).

As normas e práticas costumeiras compunham as vivências práticas, os trabalhadores conseguiam perceber os interesses que estavam por trás de algumas instituições que queriam regulamentar os acontecimentos das comunidades. A “paróquia” que antes significava lar e segurança se transformava em um lugar de mesquinhez e vergonha, expressando indignidade, dependência e disciplina ao transformar os pobres em estranhos em sua própria terra. (THOMPSON, 1987).

Ainda neste século, com as perdas das terras, as pessoas passaram a ter necessidades básicas que antes eram suprimidas com o plantio dos alimentos nas comunidades. Com isso, a multidão de seres humanos formou os motins contra a fome. Estes, eram compostos por sujeitos que se revoltaram e produziram formas interessantes de lutas e recusas a certas formas de vida modernas que estavam se instaurando na Europa. (ALVES, 2013).

As práticas cotidianas nas comunidades produziam resistências, as lutas cotidianas englobavam todo um processo de produção de experiências que não estavam inscritas nas redes de determinações. O que motivava a se revoltarem nas ruas e formarem os motins contra a fome foi à separação entre trabalho e vida. As massas foram perdendo a própria liberdade, as formas simples de viver em comunidade (ALVES, 2013).

Os trabalhadores trocavam informações e não se intimidavam frente à repressão que sofriam. O importante para a definição das ações era a formação de “um consenso de apoio na comunidade e um padrão de ação herdado com seus próprios objetivos e limites” (THOMPSON, 2015, p. 186).

A economia moral inglesa tinha a ver com o modo de vida, cultura política, expectativas, tradições populares e até com as superstições dos que com maior frequência se envolviam nas ações do mercado para discutirem questões comuns a serem enfrentadas pelas comunidades. A resistência em nome da moral servia como uma alerta aos exploradores, especuladores e autoridades. Podia assumir várias formas, mas sempre era um acontecimento político e

econômico na tentativa de valorizar a economia moral<sup>11</sup> e insurgir contra o modo de produção capitalista. Uma das funções dos motins era moderar o apetite de lucro desencadeado pelo “livre mercado” em desenvolvimento, mas isso não significava que as mercadorias eram apropriadas para consumo próprio ou roubadas para revendas pelos amotinados.

Com a Revolução Industrial, as lutas nas comunidades foram perdendo espaço devido à expropriação das terras dos camponeses e da disciplina do tempo que passou a ser exigida dentro das fábricas. Os trabalhadores (aqui considerados a partir de uma abstração social e não neutra e racional) perderam liberdades, terras, tempo livre e culturas (seja oral, escrita ou simbólica). As expressões de imagens e representações desempenharam papéis importantes na dinâmica histórica dos séculos XVIII e XIX e, ainda povoam o imaginário moderno, mesmo que não seja de forma plena.

Com as perdas de liberdades, a imagem da comunidade emerge, inspirando sonhos por um novo sentido da vida humana. Os custos humanos da modernidade, como o “fracionamento do conhecimento” e o desencantamento do mundo impulsionam a procura por outros arranjos sociais” (ALBUQUERQUE, 1999, p. 52).

Com a Revolução Industrial, os milhares de camponeses e artesãos experimentaram degradações nas suas condições de vida, impossibilitados de prover os seus sustentos, foram obrigados a vender sua força de trabalho.

A repressão e intolerância às formas de culturas e costumes dos povos aumentaram de forma expressiva, as tradicionais sociabilidades foram se tornando impessoais e desarraigadas das que eram mantidas em nome do costume pelas famílias e vizinhos. A assistência mútua, típica das comunidades tradicionais, foi perdendo espaço para as novas formas de sociabilidade (MOTTA e ZARTH, 2008).

Os traços em comum das comunidades de partilhas, trocas e formas de expressar a vida pela prática social foram enfraquecidos com o processo de modernização. Os camponeses possuíam certas espontaneidades no fazer política do movimento pelas lutas e resistência a aderência à “racionalidade” expressa pela modernidade (SENNETT, 1998).

As relações sociais foram reconfiguradas e adquiriram novas forças produtivas<sup>12</sup>. Com o advento da modernidade, a dignidade pessoal foi transformada em valor de troca, substituindo as muitas liberdades por uma determinada liberdade, a do comércio (MARX e ENGELS, 2008).

Esse momento histórico diz respeito ao tempo em que o capitalismo agrário estava se transformando no industrial, as relações sociais estavam mudando nas comunidades e a classe proletária estava no seu formar-se. Com o capitalismo industrial, o produto do trabalho humano passou a ter forma de mercadoria quando seu valor adquiriu valor de troca<sup>13</sup>. A mercadoria possui valor de uso<sup>14</sup> e valor, mas se “abstrairmos do valor-de-uso das mercadorias, resta-lhes

---

<sup>11</sup> “A questão não é apenas que seja conveniente reunir num termo comum o feixe identificável de crenças, usos e formas associados com a venda de alimentos em tempos de escassez, mas também que as profundas emoções despertadas pelo desabastecimento, as reivindicações populares junto às autoridades nessas crises e a afronta provocada por alguém a lucrar em situações de emergência que ameaçam a vida, conferem um peso “moral” particular ao protesto. Tudo isso, considerado em conjunto, é o que entendo por economia moral” (THOMPSON, 2015, p. 257).

<sup>12</sup> “As relações sociais estão intimamente ligadas às forças produtivas. Adquirindo novas forças produtivas, os homens transformam o seu modo de produção e, ao transformá-lo, alterando a maneira de ganhar a sua vida, eles transformam todas as suas relações sociais. O moinho movido pelo braço humano nos dá a sociedade com o suserano; o moinho a vapor dá-nos a sociedade com o capitalista industrial” (MARX, 2009, p. 125).

<sup>13</sup> “Proporção de troca que ela estabelece com outra mercadoria qualquer” (CARCANHOLO, 2011, p. 14).

<sup>14</sup> “A utilidade de uma coisa faz dela um valor de uso. Essa utilidade, porém, não paira no ar” (MARX, 1996, livro 1, vol. 1, p. 166).

uma única qualidade: a de serem *produto do trabalho*. Então, porém, já o próprio produto do trabalho está metamorfoseado” (MARX, 1996, livro 1, p. 167, grifo do autor).

Os elos comunitários foram desfeitos, as formas de solidariedades (até mesmo as de partilhas de alimentos) dentro das comunidades foram transformadas em mercadorias. O capital, pelo processo de fetichização das mercadorias, transformou o ser humano. As vivências comunitárias marcadas pelas práticas sociais livres se perderam.

Essa experiência histórica, transformou os trabalhadores em serviçais do capitalismo, as formas de opressão se tornaram intensas, sejam pelos donos das fábricas, supervisores ou até mesmo pelo objeto em questão, a máquina. A partir das “novas necessidades” foram introduzidas técnicas mecanizadas, substituindo as atividades que antes eram exercidas manualmente (ALBUQUERQUE, 1999).

Com a aceleração dos ritmos e a máxima utilização do tempo abstrato, ocorreu um exaurimento das capacidades individuais dos trabalhadores. Com isso, eles foram acometidos por inúmeras doenças profissionais que contribuíram para exaustão, gerando, paralelamente, a perda parcial ou total da capacidade laborativa (KURZ, 1997).

Os vínculos comunitários que ligavam os seres humanos entre si foram desmantelados e abroilharam as dificuldades de se viver em “sociedades modernas”. O desamparo, medo e violência da vida foram emblemáticas para os povos que foram expulsos do campo.

Com as mudanças societárias, ocasionadas pelo modo de produção capitalista, ocorreu a legitimação dos valores e normas de comportamentos orientadas pelo *ethos* dominante. A moral passou a significar a subordinação dos indivíduos singulares. Há mudanças nas necessidades, desejos, paixões, ou seja, os ordenamentos de integração se transformam para que haja a integração à moral dominante (BARROCO, 2010a).

A moral, do ponto de vista ontológico, é capaz de promover uma individualidade livre, ou seja,

[...] uma particularidade capaz de transformar exigências sociais em exigências internas livres. Nas condições da alienação e da sua reificação, promove a sua própria negação, o que não decorre necessariamente da existência de normas, mas das determinações sócio-históricas que permitem sua objetivação como algo externo e estranho ao indivíduo (BARROCO, 2010b, p. 58).

A partir do momento em que a liberdade, fundamento objetivo da moral, é perdida, há perdas de significações de práticas comunitárias (BONETTY *et. al.*, 2010). A liberdade, como princípio da moralidade, pressupõe a recuperação de escolhas livres, de forma consciente, ainda que se tenha alternativas. Trata-se de um compromisso, ao invés de uma obrigação formal, no entanto, com o desenvolvimento do sistema produtor e reprodutor de mercadorias, a liberdade é restringida.

### **3. Organização coletiva em prol da saúde: a legitimação dos saberes populares em um assentamento de reforma agrária**

Em 1997, a partir das lutas populares, apoiadas pelo Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra (MST), as terras da antiga Usina São João foram desapropriadas e transformadas em assentamento (ALENTEJANO, 2011).

O referido local se situa nos municípios de Campos dos Goytacazes e São Francisco do Itabapoana, localizados na região norte fluminense do estado do Rio de Janeiro. Este assentamento é emblemático pela grandiosidade das terras que possui. Ao todo são 8.005 hectares de terras distribuídas em cinco núcleos, sendo do um ao quatro localizado em Campos e o cinco em São Francisco do Itabapoana (PEDLOWSKI, OLIVEIRA e CURY (2011).

Neste período, o debate sobre a Questão Agrária havia ganhado notoriedade por conta das chacinas e denúncias que ocorrera nos dois anos anteriores (Massacre de Corumbiara e Eldorado dos Carajás). A partir da visibilidade desta temática e das pressões populares, o então presidente da República Federativa do Brasil, Fernando Henrique Cardoso, transformou a ocupação em assentamento, após seis meses da ocupação de terras.

No período de territorialização, as famílias foram divididas pelo Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra em seis grupos: 1) Coordenação geral do acampamento; 2) Coletivo da disciplina/ segurança; 3) Coletivo de educação; 4) **Coletivo de saúde**; 5) Coletivo de alimentação e 6) Coletivo de trabalho. (LEWIN, RIBEIRO, SILVA, 2005, grifo nosso).

A preocupação para que haja o acesso à política de saúde é considerado um ponto fulcral para o MST, por isso orientam os trabalhadores a criarem coletivos de saúde. As dificuldades dos trabalhadores rurais não se restringem ao atendimento em unidades básicas e/ou hospitalares, mas se iniciam a partir do momento em que os direitos sociais<sup>15</sup> em geral não são respeitados e garantidos.

De acordo com o artigo 3º da Lei 8.080, são determinantes e condicionante 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” (BRASIL, 1990).

No Zumbi, além do desrespeito às garantias previstas nas legislações citadas acima, o descaso pode ser observado também no que concerne à garantia do acesso e produção de ervas medicinais. A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos é considerada parte essencial das políticas públicas de saúde, meio ambiente, desenvolvimento econômico e social. É tida como “um dos elementos fundamentais de transversalidade na implementação de ações capazes de promover melhorias na qualidade de vida da população brasileira” (BRASIL, 2016, p. 14).

De acordo com Figueiredo, Gurgel e Gurgel Júnior (2014, p. 2), “esta política representa o reconhecimento do avanço na comprovação científica da eficácia e da segurança das plantas medicinais e dos medicamentos fitoterápicos, do saber popular neste campo”. No entanto, há desvalorização destes saberes tradicionais, das formas de cultura dos comunitários.

No período de acampamento realizado na antiga Usina São João, as mulheres, com o apoio da Comissão Pastoral da Terra (CPT), se organizaram para desenvolverem atividades educativas e de manejo de hortas medicinais. O objetivo em comum foi o de realizar trocas e práticas de cura, por isso, se organizaram e passaram a trocar experiências com grupos que também tinha esse objetivo, como o do Movimento Popular da Saúde, conhecido como Rede Fitovida<sup>16</sup> (MARTINS e RODRIGUES, 2020).

---

<sup>15</sup> O artigo 6º, da Constituição da República Federativa do Brasil, define os direitos sociais como: “a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 1988).

<sup>16</sup> “Essa rede é composta por mais de cem grupos de voluntários distribuídos por várias regiões do estado do Rio de Janeiro, em áreas urbanas e rurais, como Baixada Fluminense, Metropolitana, São Gonçalo, Serrana, Norte Fluminense, Sul Fluminense e Costa Verde” (MARTINS e RODRIGUES, 2020, p. 3).

Para resgatar os saberes populares, o Coletivo de Mulheres Regina Pinho, localizado no núcleo 4, realiza a produção e comercialização de produtos fitoterápicos e plantas medicinais. As mulheres são responsáveis pela promoção de práticas que contribuem para a saúde da população de forma alternativa (MARTINS e RODRIGUES, 2020).

O referido Coletivo se vê enquanto espaço de aprendizado. A produção de fitoterápicos é fruto da experiência e trocas coletivas entre as assentadas. A produção, comercialização, troca e distribuição de remédios artesanais ocorrem por meio de espaços denominados de “farmácias caseiras e/ou comunitárias”.

O processo produtivo é definido a partir das necessidades dos comunitários, da disponibilidade de tempo e de acordo com os recursos que possuem. Os modos de vida e percepções das mudanças nas formas de culturas dos grupos são destacados na produção de fitoterápicos. As ações são marcadas pela “[personalização] e por laços de solidariedade constituída por variadas redes de comunicação e de reciprocidade, as quais correspondem obrigações diversas” (SILVA, 2012, p. 40).

O Coletivo, ao resgatar e valorizar os conhecimentos populares das ervas medicinais e da fitoterapia, possibilita espaços de discussão em torno das condições de trabalho e de geração de renda para as mulheres do campo (MARTINS, 2015). Apesar da relevância do Coletivo, o grupo está enfrentando dificuldades para a manutenção das atividades por conta da falta de acesso às políticas públicas e dos estigmas que ainda estão atrelados às práticas comunitárias.

#### **4. Considerações finais**

As vivências do passado são importantes para se pensar nas práticas atuais. Em alguns ensaios, como o formulado por Thompson, a participação está associada às lutas sociais. O processo de luta histórica, por meio das manifestações de cultura, resistências e vivências cotidianas são relevantes.

Os movimentos sociais vêm proferindo ações que combinam elementos típicos das lutas tradicionais da história com novas formas de lutas. Na ausência de respostas significativas para as suas demandas, se organizam e resistem às situações de opressão que vivenciam.

As experiências firmadas no Coletivo de Mulheres do assentamento Zumbi dos Palmares, situado no estado do Rio de Janeiro, atestam que as formas de lutas de trabalhadoras rurais reafirmam práticas de camponeses de séculos pretéritos. A tentativa de não dissociação entre trabalho e vida, descritas pelo historiador Ernest Palmer Thompson, ainda se fazem presentes cotidianamente nos afazeres deste grupo.

No Zumbi, existem práticas de experiências organizativas de trabalhadoras que realizam a difusão de cuidados em saúde nas suas redes familiares e de vizinhança. Apesar da dificuldade em se realizar estas experiências, por conta do descaso do Estado e da diminuição de políticas sociais direcionadas a este público alvo, este coletivo, ao valorizar os saberes populares que lhes foram passados, mantém a vivacidade de práticas populares de outrora.

## Referências

ALBUQUERQUE, L. M. B. de. Comunidade e sociedade: conceito e utopia. **Raízes**, Campina Grande, ano 18, n. 20, p. 50- 53, nov. 1999.

ALENTEJANO, P. O Norte Fluminense, a luta pela terra e a política de reforma agrária no estado do Rio de Janeiro. *In*: PEDLOWSKI, Marco A et al. **Desconstruindo o latifúndio: a saga da Reforma Agrária no norte fluminense**. Rio de Janeiro: Apicuri, p. 19 – 56. Rio de Janeiro, 2011.

ALVES, A. A. F. **Ensaio das formas de resistência na história: crítica do capital e práxis emancipatória**. 2013. 205 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Programa de Pós- graduação em Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

BARROCO, M. L. S. **Ética: fundamentos sócio-históricos**. São Paulo: Cortez, v. 4, 3 ed., 2010a. (Biblioteca Básica de Serviço Social).

BARROCO, M. L. S. **Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos**. São Paulo: Cortez, 8 ed., 2010b.

BONETT, D. A. **Serviço Social e Ética: convite a uma nova práxis**. São Paulo: Cortez, 10 ed., 2010.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm) Acesso em: 18 mar. 2021.

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm) Acesso em: 10 mar. 2021.

BRASIL. **Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Ministério da Saúde: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Brasília, 2016. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_programa\\_nacional\\_plantas\\_medicinais\\_fitoterapicos.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_programa_nacional_plantas_medicinais_fitoterapicos.pdf) Acesso em: 15 fev. 2021.

CARCANHOLO, R. (Org.). **Capital: essência e aparência**. São Paulo: Expressão Popular, v. 1, 2011.

FIGUEIREDO, C. A. de.; GURGEL, I. G. D.; GURGEL JÚNIOR, G. D. A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos: construção, perspectivas e desafios. **PHISIS: Revista de Saúde Coletiva**, n. 2, p. 1 – 14, 2014.

JAPPE, A. **As aventuras da mercadoria:** para uma nova crítica do valor. Tradução de José Miranda Justo. Portugal: Antígona, 2006.

KURZ, R. **Dinheiro sem valor:** linhas gerais para uma transformação da crítica da economia política. Tradução de Lumir Nahodil. Lisboa (Portugal): Antígona, 2014.

LEWIN, H. (Org.); RIBEIRO, A. P. A.; SILVA, L. S. e. **Uma nova abordagem da questão da terra no Brasil:** o caso do MST em Campos dos Goytacazes. FAPERJ, 7 letras. Rio de Janeiro: Viveiros de Castro Ed. Ltda, 2005.

MARTINS, F. Para uma visão crítica da cultura nas sociedades multiculturais: revisão bibliográfica do conceito de cultura na antropologia contemporânea. Portugal: **Cadernos d'inducar**, p. 1-10, 2006.

MARTINS, F. **Uma análise sobre a experiência organizativa do Coletivo de Mulheres Regina Pinho no assentamento Zumbi dos Palmares em Campos dos Goytacazes, RJ.** 2015, Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, 2015.

MARTINS, V. R. da S. Coletivo de Mulheres Regina Pinho e Grupo Amor do Campo: experiências de organização coletiva no assentamento Zumbi dos Palmares, Campos, RJ. **Agenda Social**, v. 13, n.1, p. 1-18, 2020.

MARX, K. **O Capital:** crítica da economia política. Tradução de Regis Barbosa e Flávio R. Kothe. São Paulo: Nova Cultural Ltda. Livro 1, v. 1, tomo 1, 1996. (Os Economistas).

MARX, K. **Miséria da filosofia.** São Paulo: Expressão Popular, 2009.

MARX, K; ENGELS, F. **Cartas filosóficas e outros escritos.** São Paulo: Grijalbo, 1977.

MARX, K; ENGELS, F. **Manifesto do partido comunista.** São Paulo: Companhia das Letras, 2008.

MOTTA, M; ZARTH, P. **Formas de resistência camponesa:** visibilidade e diversidades de conflitos ao longo da história. São Paulo: Unesp, v. 2, 2008.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. “O massacre de Eldorado dos Carajás – Pará/Brasil”. **Caderno de Formação.** São Paulo, n. 32, 1999. Disponível em: <file:///C:/Users/Notebook/Downloads/Caderno%20de%20Forma%C3%A7%C3%A3o%20n%C2%BA%2032.pdf> Acesso em: 28 maio 2021.

PAIVA, R. **O espírito comum:** comunidades, mídia e globalismo. Rio de Janeiro: Mauad X, 2003.

PEDLOWSKI, M. A. OLIVEIRA, J. C. P. KURY, K. A. **Desconstruindo o latifúndio**: a saga da Reforma Agrária no Norte-Fluminense. Rio de Janeiro: Apicuri, 2011.

SENNETT, R. **O declínio do homem público**: as tiranias da intimidade. Tradução de Lygia Araújo Watanabe. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

SILVA, V. R. da. **Da medicalização à patrimonialização**: as ações de reconhecimento da medicina popular engendrada por agentes associados à Rede Fitovida. 2012, 197 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Campos dos Goytacazes, 2012.

STÉDILE, J. P. **Questão Agrária no Brasil**. São Paulo: Atual. 10 ed. Coord. Wanderley Laconte, 1997.

THOMPSON, E. P. **A formação da classe operária inglesa I**: a árvore da liberdade. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 11 ed., 2020.

THOMPSON, E. P. **A formação da classe operária inglesa III**: a força dos trabalhadores. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

THOMPSON, E. P. **Costumes em comum**: estudos sobre a cultura popular tradicional. Tradução de Rosaura Eicheberg. 8. reimpres. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.



# ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL E DEMANDAS DE ATENDIMENTO EM SAÚDE: construções do Serviço Social no IFFluminense\*

*Josemara Henrique da Silva Pessanha*

*Amanda Bersacula de Azevedo*

*Lenon Araújo de Matos*

## 1. Introdução

A atuação do/a assistente social na política de educação, embora não seja uma novidade, vem suscitando novas discussões teórico-práticas, muitas reflexões da categoria e representa um enorme desafio para a formação e para o trabalho profissional. Nas últimas duas décadas, foi possível observar um aumento no quantitativo de profissionais atuando na política de educação, seja no âmbito das ações de Ensino Básico, de nível fundamental, médio ou profissionalizante, seja no âmbito do ensino superior (PRADA, 2015; PRADA; GARCIA, 2017).

Com a expansão das Universidades e Institutos Federais por meio do REUNI - Reestruturação e Expansão das Universidades Federais e Plano de Expansão da Rede Federal de Educação Tecnológica, respectivamente<sup>1</sup>, a implementação de políticas de ações afirmativas de acesso<sup>2</sup>, e a consolidação da política de permanência com incremento orçamentário referendadas na Política Nacional de Assistência Estudantil<sup>3</sup>, há um aumento de profissionais de Serviço Social atuando na política pública de educação nas redes federais de ensino.

Em relação às discussões e reflexões da categoria sobre a atuação profissional nesse âmbito, destaca-se o esforço do conjunto CFESS-CRESS e de coletivos representantes da categoria profissional de organizar o debate acerca desse assunto, que culminou na publicação dos “Subsídios para Atuação do Assistente Social na Política de Educação” (CFESS, 2012). Conforme esse documento, o trabalho do/a assistente social na política de educação

[...] não se restringe ao segmento estudantil e nem às abordagens individuais. Envolve também ações junto às famílias, aos professores e professoras, aos demais trabalhadores e trabalhadoras da educação, aos gestores e gestoras dos estabelecimentos públicos e privados, aos/às profissionais e às redes que compõem as demais políticas sociais, às instâncias de controle social e aos movimentos sociais, ou seja, ações não só de caráter individual, mas também coletivo, administrativo-organizacional, de investigação, de articulação, de formação e capacitação profissional (CFESS, 2012, p. 38).

Observa-se que a atuação profissional no âmbito da Política de Educação revela uma abrangência de ações e uma diversificação dos sujeitos da intervenção, dos instrumentos e

---

\* DOI- 10.29388/978-65-81417-27-7-0-f.176-188

<sup>1</sup> O Reuni foi instituído pelo Decreto nº 6.096, de 24 de abril de 2007 e o processo de expansão das instituições federais de educação profissional e tecnológica por meio da Lei nº 11.195, de 18 de Novembro de 2005 revogou a lei que proibia a expansão das unidades.

<sup>2</sup> Lei nº 12.711, de 29 de 2012 que Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências.

<sup>3</sup> Decreto nº 7.234, de 19 de julho de 2010 que Dispõe sobre o Programa Nacional de Assistência Estudantil - PNAES.

técnicas e do alcance, que pode ser individual ou coletivo. Embora a requisição institucional ao/a assistente social seja o atendimento ao estudante por meio do Programa de Assistência Estudantil, há inúmeras faces desse trabalho, diversas demandas que emergem do público atendido e outro tanto de estratégias profissionais que buscam concretizar o projeto ético-político profissional nessa política.

A pesquisa de Abreu (2017; 2018), que identifica a ampliação das dimensões do trabalho e requisições para o/a assistente social que atuam nos Institutos Federais, aponta os diversificados aspectos do trabalho em quatro eixos principais: 1) referente à assistência estudantil; 2) de caráter sócio-educativo; 3) de orientação, acompanhamento e encaminhamento de estudantes; e 4) de assessoria às organizações estudantis e de pais. Esses quatro eixos e seus desdobramentos indicam a existência do que se pode chamar de "especificidade abrangente" no trabalho do/a assistente social.

No trabalho do/a Assistente Social do IFFluminense também é possível identificar essa "especificidade abrangente". Mesmo atuando no Programa de Assistência Estudantil e/ou setores de atendimento ao estudante, o/a profissional recebe e/ou identifica outras demandas de atuação. Nesse sentido, o presente capítulo tem por objetivo apresentar a pesquisa realizada com assistentes sociais do IFFluminense no que se refere às demandas de atendimento em saúde apresentadas pelos estudantes e elaborar algumas reflexões sobre os limites e as possibilidades de trabalho a partir da manifestação dessas demandas na política de educação.

O capítulo apresenta uma breve contextualização sobre a instituição em que esses profissionais atuam, as nuances que a inserção de cada profissional adquire conforme o seu *campus* e setor de atuação, as maneiras como a demanda de atendimento em saúde se manifesta e as respostas e encaminhamentos dados a essas demandas, tendo em vista a sua atuação em uma instituição de educação. Apresentam-se também os dados coletados e sistematizados pelos profissionais em relação às demandas de atendimento em saúde dos estudantes e, por fim, as reflexões inferidas acerca das possibilidades e dos limites de atuação profissional nesse âmbito.

## **2 O IFFluminense, as particularidades da Assistência Estudantil e o/a assistente social**

O Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Fluminense (IFFluminense) é uma instituição vinculada a Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica que está organizada pedagogicamente para ofertar cursos de diferentes níveis e modalidades de ensino, da educação básica ao ensino superior.

Essa característica está pautada no seu perfil institucional, nos princípios e fundamentos, em sua missão comprometida em contribuir com o desenvolvimento socioeconômico, cultural, científico e tecnológico, se propondo a combater as desigualdades sociais, buscando oferecer uma formação educacional humana, de qualidade e cidadã.

A proposta educacional dos IFs com o compromisso de unir a construção de conhecimentos à transformação da sociedade a partir da educação profissional e tecnológica (EPT) trouxe um caráter inovador decorrente das especificidades de sua identidade institucional, caracterizada pela expansão territorial, pela estrutura multicampi e a clara definição do território de abrangência das ações, pela organização pedagógica verticalizada, a partir da educação básica, passando da formação inicial e continuada até os níveis superiores (PDI 2018-2022, 2018, p. 56).

Atualmente, o IFFluminense conta com unidades administrativas, como: a Reitoria, o Centro de Referência em Educação, Ciência e tecnologia, o Pólo de Inovação e 11 *campi* em funcionamento situados em municípios do estado do Rio de Janeiro, compreendendo sua abrangência nas Regiões Norte, Noroeste e Baixadas Litorâneas Fluminense.

A partir dessa expansão no território e estrutura multicampi, o IFFluminense atende um total de 22.924 estudantes matriculados nos diferentes cursos oferecidos institucionalmente. Desses, 6.744 estudantes estão matriculados em cursos de Formação Inicial e Continuada - FIC, 10.031 no ensino técnico (concomitante, integrado e subsequente), outros 5.808 frequentam o ensino superior (bacharelado, licenciatura, tecnólogo) e 341 cursam a pós-graduação (especialização, mestrado e doutorado)<sup>4</sup>.

É neste contexto que se desenvolve o trabalho do/a assistente social no IFFluminense. O público atendido que compõe a comunidade escolar se configura num perfil dinâmico e heterogêneo, com particularidades que se apresentam no cotidiano profissional, via demandas e necessidades, considerando as contradições e mazelas da estrutura social vigente no país.

Pode-se dizer que o trabalho do/a assistente social no IFFluminense se apresenta em formato multifacetado. Prioritariamente, estes/as profissionais atuam em equipes multidisciplinares constituídas nos setores dos diferentes *campi*, porém, seus procedimentos teórico-metodológicos, técnico-instrumentais e ético-políticos podem se estender por diversas áreas e serviços.

Compreende-se que os aspectos mencionados podem se articular entre si até de forma inconsciente pelo/a assistente social, entretanto sinalizam um movimento profissional com o objetivo principal de garantir o direito à educação, a gestão democrática e a qualidade da educação.

Tradicionalmente o/a assistente social é chamado a atuar no Programa de Assistência Estudantil, especificamente, nos processos seletivos de concessão de benefícios e em ações que minimizem as possibilidades de evasão e abandono escolar. No IFFluminense, essa realidade não é diferente. Com a redução orçamentária nos últimos anos na política de Assistência Estudantil e o crescente empobrecimento da população, essas ações requerem maior seletividade e, ao mesmo tempo revelam outras demandas.

O Decreto n.º 7.234 de 19 de julho de 2010 versa sobre o Programa Nacional de Assistência Estudantil – PNAES. Esta legislação fundamenta o planejamento de diferentes ações nas Instituições públicas a nível federal, tanto nos Institutos quanto nas Universidades e, em ambas, o/a assistente social é convocado/a a atuar, executar e conduzir sua implementação.

A assistência estudantil nos Institutos Federais envolve uma gama de ações e serviços que primam pelo acesso, permanência e êxito dos estudantes no ambiente escolar/acadêmico na tentativa de minimizar as dificuldades oriundas de condições socioeconômicas desfavoráveis e vulnerabilidades sociais que afetam o corpo discente.

De acordo com Abreu (2018, p. 3),

[...] as demandas postas por esses estudantes e suas famílias ao Serviço Social em relação à assistência estudantil tratam especificamente da falta de condições financeiras para garantir o transporte, a alimentação, a moradia, saúde, material didático escolar, entre outras situações relacionadas à garantia do direito à

---

<sup>4</sup> Dados coletados a partir de consulta realizada no site: [iffenumeros.iff.edu.br](http://iffenumeros.iff.edu.br) em 03 de junho de 2021.

educação agravada pelo aumento do desemprego e das demais formas de precarização do trabalho.

No cotidiano profissional, o/a assistente social se envolve diretamente com as demandas estudantis buscando acolher e formular respostas para minimizar os problemas apresentados.

Em seu Art. 3º, o PNAES prevê que as ações devem ser articuladas com as atividades de ensino, pesquisa e extensão, visando o atendimento de estudantes regularmente matriculados em cursos presenciais das instituições federais.

As áreas de atendimento da assistência estudantil no PNAES deverão incluir: I - moradia estudantil; II - alimentação; III - transporte; IV - atenção à saúde; V - inclusão digital; VI - cultura; VII - esporte; VIII - creche; IX - apoio pedagógico; e X - acesso, participação e aprendizagem de estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades e superdotação.

No IFFluminense, a Política de Assistência Estudantil prevista na Resolução n.º 39 de 10 de março de 2016, sinaliza a importância da atuação nessas áreas e propõe

[...] parâmetros nos quais os diversos *campi* deverão se basear para atender às demandas existentes, sem perder de vista, porém, a possibilidade de adequação dos recursos, da amplitude e dinâmica de execução das ações e projetos à realidade social, acadêmica e econômica dos estudantes e da região na qual o *campus* está localizado (IFFLUMINENSE, 2016, p. 4).

Entretanto, quando nos debruçamos para investigar o atendimento do/a assistente social na área de atenção à saúde do estudante, foi identificada a necessidade de sistematizar os dados levantados na pesquisa e direcionar o olhar para a questão que é o foco de análise nesse capítulo.

Primeiramente, ao iniciar o levantamento de documentos sobre o trabalho do/a assistente social no IFFluminense, tanto na área da Assistência Estudantil quanto em outras frentes de atuação, não foi identificado um projeto de intervenção específico na área de atenção à saúde.

De acordo com o Plano de Desenvolvimento Institucional do IFFluminense (2018-2022, p. 248), está previsto a construção da Política de Atenção à Saúde dos Discentes do IFFluminense, elaborada a partir de uma visão ampliada de saúde compreendendo-a não como simples ausência de doença, mas como um processo relacionado à promoção da saúde, prevenção de doenças, atenção à qualidade de vida dos sujeitos e acesso aos demais direitos sociais, cujo principal objetivo é promover uma atenção ao discente como um “ser integral”, viabilizando sua permanência no Instituto.

A construção da Política de Atenção à Saúde dos Discentes do IFFluminense vai ao encontro para atender necessidades sociais e de saúde partindo do pressuposto que a realidade estudantil nessa área carece de atendimento na Rede Pública de Saúde (SUS), considerando que a própria localização dos *campi* do IFFluminense são em áreas em que a população encontra obstáculos para garantir seus direitos, tanto na educação quanto na saúde.

De acordo com dados da pesquisa do FONAPRACE (2019), sobre o Perfil Socioeconômico e Cultural dos(as) Graduandos(as) das IFES, destacam-se os seguintes índices a respeito da saúde discente:

- 21,2% dos estudantes que pensaram em abandonar seus respectivos cursos justificaram que o principal motivo seria por problemas de saúde;
- 53,6% informaram que são atendidos pelo SUS;
- 32,4% dos estudantes estiveram ou estavam em atendimento psicológico;
- 83,5% dos estudantes possuem dificuldades emocionais que interferem em sua vida acadêmica.

Apesar dos percentuais apresentados se tratarem da realidade de estudantes de graduação das Instituições Federais de Ensino, pode-se hipoteticamente suspeitar que esses números se aproximam da realidade do corpo discente do IFFluminense.

Na perspectiva de Carvalho, Barreto e Rodrigues (2021, p. 154),

[...] a realidade vivenciada pelos estudantes no ambiente escolar de institutos federais, majoritariamente adolescente, é transversalizada pelos mais variados contextos de vida, estando sujeitos a uma série de riscos vinculados à necessidade de aceitação por grupos de amigos, ao desejo de experimentar diferentes comportamentos, à sensação de onipotência, grandes mudanças corporais, além do início do envolvimento afetivo, do aumento da impulsividade e da busca de sensações novas, a execução de ações de promoção à saúde torna-se imprescindível com a finalidade não apenas de assegurar seu êxito na formação e sua permanência escolar, mas também como mecanismo para favorecer sua qualidade de vida global.

Por essas características e determinantes, compreende-se que as demandas de atendimento em saúde apresentadas ao/a assistente social no IFFluminense precisam ser sistematizadas e consolidadas por meio de um projeto de intervenção específico visto que a Política de Educação pode se tornar espaço privilegiado para a construção de saberes e práticas de saúde que promovam o bem estar e a qualidade de vida dos sujeitos.

Nesse sentido, a sistematização da atuação profissional frente a essa demanda e dentro da Política de Educação pode apontar estratégias profissionais exitosas, indicar pistas de caminhos a seguir e revelar possibilidades profissionais pouco exploradas. Os dados apresentados a seguir poderão advir chaves de análise dessa realidade profissional.

### **3. Demandas de atendimento em saúde: construções do Serviço Social no IFFluminense**

A atuação profissional dos/as assistentes sociais no IFFluminense, assim como na maioria das Universidades e Institutos Federais, encontra-se no âmbito do Programa de Assistência Estudantil, especialmente no que se refere à concessão e gerenciamento de benefícios e em setores de atendimento ao estudante. Nesse sentido, o contato profissional com os estudantes, seja na realização de estudos socioeconômicos para fins de concessão de benefícios, seja no atendimento direto, revela demandas para além das necessidades materiais e pedagógicas. Dentre elas, as demandas por atendimento em saúde por parte dos estudantes.

O presente estudo teve como base as inquietações dos profissionais, autores deste capítulo, assistentes sociais do IFFluminense em três diferentes *campi*. A observação da existência

de demandas de atendimento em saúde e a discussão sobre essas demandas, suscitaram a necessidade de pesquisar e sistematizar as ações e procedimentos realizados por esses profissionais.

Dessa maneira, o presente trabalho foi elaborado a partir de pesquisa bibliográfica e consulta documental e por meio de um levantamento realizado com os/as assistentes sociais em exercício no IFFluminense nos seus diversos *campi* e na Reitoria, buscando sistematizar o trabalho profissional referente às demandas de atendimento em saúde.

A pesquisa realizada com os/as assistentes sociais do IFFluminense ocorreu por meio de um questionário elaborado na plataforma *Google Forms* e disponibilizado a todos/as os/as profissionais em exercício no IFFluminense pelo e-mail institucional do FASIFF – Fórum de Assistentes Sociais do IFFluminense - que gera o envio automático a todos/as profissionais de Serviço Social que atuam nos *campi* e na Reitoria. Também foi encaminhado para o grupo de *WhatsApp* dos/as profissionais, acompanhado por um breve texto informando sobre a pesquisa. O questionário foi disponibilizado no mês de maio de 2021. Dentre os/as 16 assistentes sociais em exercício no IFFluminense, obteve-se a resposta de 10 profissionais.

O questionário foi composto por 24 perguntas, sendo 16 questões objetivas e 8 questões discursivas que tinham como objetivo complementar as questões objetivas. As questões elaboradas versaram sobre as demandas de atendimento em saúde por parte dos estudantes que chegam aos/as assistentes sociais no seu trabalho, abordando as formas de identificação dessas demandas, os níveis de atuação profissional, a percepção do/a profissional quanto o grau de recorrência e de intensidade de demandas e os procedimentos adotados pelos/as profissionais.

Sendo assim, foi possível classificar as questões apresentadas em 4 aspectos do trabalho profissional: a) aspectos estruturais e organização do trabalho institucional, b) aspectos processuais das demandas, c) procedimentos e instrumentos utilizados no atendimento, e d) trabalho e educação em saúde.

### **3.1 Aspectos estruturais e organização do trabalho institucional**

Em relação aos aspectos estruturais e de organização do trabalho, foram formuladas questões sobre o setor de atuação do/a assistente social, a qual diretoria o setor está vinculado no organograma, quais profissionais compõem a sua equipe e se o profissional atua em outros setores ou projetos dentro da instituição além do qual está vinculado.

Foi possível verificar que todos/as os/as respondentes atuam em setores responsáveis pelo desenvolvimento da assistência estudantil ou pelo atendimento ao estudante, variando a nomenclatura dos setores (coordenação, núcleo ou diretoria). Um participante respondeu que atua no NAPNEE (Núcleo de Atendimento a Pessoas com Necessidades Educacionais Específicas), que é outro setor de atendimento ao estudante, outro atua na Coordenação de Qualidade de Vida, que também é responsável pela assistência estudantil e atendimento ao estudante, e outro atua na Coordenação de Políticas Estudantis da Reitoria, que se configura como um setor de gestão dessa política na instituição.

Considerando a vinculação do setor de atuação profissional no organograma institucional, 5 setores estão vinculados a uma diretoria própria de Assistência Estudantil ou Política Estudantil, 3 estão ligados a uma diretoria de Ensino ou de Ensino e Assistência Estudantil, 1 está vinculado a uma diretoria de Pesquisa, Extensão e Políticas Estudantis e 1 vinculado à Diretoria de Qualidade de Vida e Gestão de Pessoas.

A composição das equipes desses setores varia de acordo com o *campus* de lotação, mas verifica-se que dentre os 10 respondentes, 8 trabalham com um profissional nutricionista, 6 com psicólogo, 4 com pedagogo, 4 com técnico em enfermagem, 3 com técnico em assuntos educacionais, 3 com auxiliar ou assistente em administração, 2 com assistente de alunos, 2 com intérprete de libras, 1 com médico e 1 com “outros profissionais de saúde”.

Conforme descrito acima, a maior parte dos/as respondentes integra a equipe com a presença de outros profissionais da área de saúde, sendo a presença mais marcante dos profissionais de nutrição e de psicologia, sendo expressiva também a presença de técnicos de enfermagem na equipe. É possível inferir que a presença de outros profissionais de saúde no setor de trabalho pode influenciar na apresentação e/ou identificação de demandas de atendimento de saúde por parte dos estudantes, uma vez que o setor passa a ser reconhecido pelos profissionais que o compõem.

Além da questão sobre a composição da equipe, foi formulada uma questão sobre a existência de um setor específico de saúde no *campus* de atuação do/a Assistente Social, pois a existência desse setor específico poderia representar uma convergência das demandas de atendimento em saúde, diminuindo a busca por esse atendimento no setor de lotação do/a Assistente Social ou aumentando a procura nos casos em que o setor de saúde esteja vinculado ao setor de assistência estudantil. Nesse aspecto, 7 respondentes informaram que existe um setor de saúde específico no seu *campus* de atuação e o respondente que trabalha na Reitoria mencionou a existência de um setor saúde, mas que não presta atendimento ao estudante. Tendo em vista que alguns/as assistentes sociais têm em sua equipe a presença de técnicos de enfermagem e médico, é possível inferir que, nesses casos, o setor de saúde encontra-se vinculado ao de assistência estudantil e essa estrutura propicia que a demanda por atendimento em saúde chegue até o/a assistente social.

Ainda sobre a organização do trabalho na estrutura organizacional, foi possível identificar que além de atuar no seu setor de lotação, os/as assistentes sociais também exercem atividades em outros setores ou projetos institucionais. Além do respondente que afirmou estar lotado no NAPNEE, outros/as 6 assistentes sociais afirmam atuar também nesse núcleo. Além disso, 6 profissionais informaram que atuam ou atuaram em projetos de pesquisa ou extensão e em comissões ou grupos de trabalho com temáticas específicas, como referentes à carreira, avaliação institucional e conselho de classe. Um dos respondentes afirmou estar participando no momento de projeto de extensão sobre saúde mental.

### **3.2 Aspectos processuais das demandas**

No que se refere aos aspectos processuais das demandas de atendimento em saúde foram propostas perguntas relacionadas ao recebimento desse tipo de demanda pelo/a assistente social nos últimos 3 anos antes da Pandemia de Covid-19. Essa delimitação temporal foi necessária, visto que a organização do trabalho foi alterada a partir da implementação do trabalho remoto. Nesse sentido, as questões apresentadas tinham por objetivo identificar como essa demanda se apresenta ou é identificada, o grau de recorrência e o nível de atuação profissional que a demanda exige.

Dentre os/as 10 assistentes sociais participantes, 9 responderam que recebem demandas de atendimento em saúde por parte dos estudantes. Um participante, com lotação na Reitoria, respondeu que não recebe essa demanda, por esse motivo, as questões apresentadas a seguir,

referentes a origem e recorrência da demanda foram indicadas por esse participante como baixa ou nula recorrência.

Em relação à origem da demanda - classificadas como Espontânea, Encaminhada, Programada ou Observada - e a sua recorrência - numa escala onde 0 (zero) significa menos recorrente e 5 (cinco) significa mais recorrente -, observa-se que a maior recorrência (recorrência igual ou maior que 3) encontram-se as demandas Encaminhadas (8 respostas) e as demandas Espontâneas (7 respostas). As demandas Observadas (casos em que o/a Assistente Social tenha identificado a demanda por meio do processo de estudo socioeconômico, busca ativa, participação em projeto, etc.) foram apontadas com maior recorrência por 6 participantes e as demandas Programadas (casos em que o atendimento estava previsto na organização do setor, como acompanhamento, por exemplo) foram indicadas como muito recorrentes por 5 participantes.

Embora a relação entre origem e a recorrência da demanda não tenha grande variação, compreende-se que esse tipo de demanda chega ao/a assistente social no seu cotidiano de trabalho como uma demanda para o setor de atendimento ao estudante, visto que outros setores e profissionais da escola não se sentem preparados para lidar com ela. É possível observar também que a menor recorrência de demandas espontâneas se encontra nos *campi* em que há setor de saúde específico. Por outro lado, há outros 4 casos em que mesmo com a presença do setor de saúde, há grande recorrência de demandas espontâneas para o/a assistente social. Nesses casos, é possível inferir que as equipes estão vinculadas ao mesmo setor ou estrutura organizacional, influenciando na chegada dessas demandas.

Especificamente sobre as demandas encaminhadas, os/as profissionais participantes indicaram que geralmente recebem a demanda dos coordenadores de curso, professores, direção de ensino, equipe pedagógica e direção de assistência estudantil. Há relatos também de colegas ou responsáveis pelo estudante que procuram o/a assistente social, buscando orientação em relação a alguma situação de saúde do estudante. Encaminhamentos por órgão ou profissional externo são praticamente inexistentes.

No que diz respeito ao tipo ou forma como a demanda se apresenta, foram propostas 17 situações, abrangendo situações de acidente no ambiente escolar, mal estar físico, outros problemas de saúde física, tipos de violência, questões de saúde mental e transtornos de aprendizagem. Destacam-se, para as análises deste trabalho, as situações apontadas com recorrência igual ou maior que 3 e indicadas por 5 ou mais profissionais respondentes.

Sendo assim, considerando as demandas espontâneas, encaminhadas, programadas ou observadas, verificam-se como mais recorrentes as seguintes situações: 1. Sintomas Indicativos de Crise de ansiedade em ambiente escolar (9 respostas); 2. Depressão (8 respostas); 3. Sintomas indicativos de Crise do Pânico em ambiente escolar (7 respostas); 4. Ideação suicida/tentativa de suicídio (7 respostas, mas grau menos frequente que a situação anterior); 5. Violência psicológica em ambiente escolar (6 respostas); 6. Transtornos de Aprendizagem (6 respostas); 7. Outras questões relacionadas à saúde mental (5 respostas); 8. Autolesão (5 respostas).

Além das opções propostas na questão fechada, foi possível os/as participantes indicarem outras situações que requerem atendimento em saúde. Dessa forma, foram mencionadas situações como violência moral e sexual, necessidade de atendimento ginecológico, IST's (Infecções Sexualmente Transmissíveis) e uso de bebidas alcólicas, antidepressivos não prescritos e outras drogas. Chama a atenção que as situações mais recorrentes que demandam



atendimento em saúde por parte dos estudantes, em sua maioria, adolescentes e jovens adultos, são questões relacionadas à saúde mental.

### 3.3 Procedimentos e instrumentos utilizados no atendimento

No intuito de verificar os procedimentos e instrumentos utilizados pelo/a assistente social ao lidar com as demandas de atendimento em saúde, foram apresentadas questões referentes ao nível de atuação que a demanda exige, os procedimentos adotados e a forma de registro desse atendimento.

Dentre os níveis de atuação exigidos pelas demandas apresentadas (Assistência Imediata, Orientação/Mediação/Encaminhamento ou Educação em Saúde) relacionados à recorrência - numa escala onde 0 (zero) significa menos recorrente e 5 (cinco) significa mais recorrente -, observa-se que a maior recorrência (recorrência igual ou maior que 3), indicada por 9 profissionais participantes, encontra-se no nível de “Orientação/Mediação/Encaminhamento”, no qual o/a profissional atua na orientação ao estudante e à família e realiza encaminhamento para atendimento especializado.

O nível de “Assistência Imediata”, no qual o estudante apresenta necessidade de assistência especializada em saúde imediata, como encaminhamento para serviços de urgência e emergência ou contato com familiares para providenciar o atendimento, foi indicado como muito recorrente por 4 profissionais. Por outro lado, 3 participantes indicaram que essa situação é pouco recorrente e 3 responderam que não realizam esse atendimento.

Em relação ao nível de atuação “Educação em Saúde”, que compreende a realização e promoção de campanhas, palestras, material informativo, eventos e grupos com estudantes, 3 profissionais indicaram que atuam nesse nível com maior frequência, 6 indicaram que atuam nesse nível com menor frequência e 1 não realiza essa ação. Mediante a essa resposta, considera-se como hipótese que os/as profissionais encontram dificuldades para atuarem em ações programadas e/ou planejadas em temas referentes à saúde, seja por estarem atuando em outras frentes, seja por não reconhecerem essa atividade como uma atividade profissional do/a assistente social.

Os procedimentos utilizados pelos/as profissionais ao lidarem com esse tipo de demanda foram levantados por meio de uma questão em que se apresentaram 7 opções de procedimentos e a opção “outros”. Nessa questão, todos os procedimentos listados foram marcados como recorrentes (recorrência igual ou maior que 3). São eles: a) Contato com professores, coordenadores e/ou outros profissionais que lidam com o estudante (9 respostas); b) Atendimento ao Estudante (8 respostas) c) Estudo de caso e acompanhamento com a equipe de Assistência Estudantil (8 respostas); d) Encaminhamento externo para profissionais ou rede de saúde (7 respostas); e) Contato com familiares do estudante (7 respostas); f) Contato com a rede de serviço externa (7 respostas); g) Encaminhamento para outros setores, serviços ou profissionais da instituição (5 respostas). A opção “outros” foi indicada como não recorrente para 8 participantes e baixa recorrência para 2.

Os profissionais participantes indicaram que registram os atendimentos e procedimentos realizados, referentes às demandas de atendimento em saúde, em instrumentos próprios ou pelo SUAP (Sistema Unificado de Administração Pública). A maioria (7 participantes) realiza o registro “sempre” em instrumentos próprios. Apenas 1 participante realiza os registros “sempre”

no SUAP, 5 registram “às vezes” neste instrumento e 4 não utilizam o SUAP para realizar registros.

### 3.4 Trabalho e educação em saúde

Observando a origem das demandas de atendimento em saúde apresentadas ao/a Assistente Social, os níveis de atuação profissional exigidos e as possibilidades de trabalho com os estudantes, a dimensão do trabalho com educação em saúde mostra-se uma estratégia de atuação importante. Mesmo que o uso dessa ferramenta tenha sido indicada como de menor recorrência entre os/as participantes, fica evidente que os/as profissionais pesquisados/as a consideram como uma possibilidade de trabalho.

Nesse sentido, uma das questões propostas buscou levantar quais ações de Educação em Saúde o/a assistente social havia desenvolvido como proponente ou colaborador/a. Foram apresentadas 5 opções de atividades e os/as respondentes podiam marcar mais de uma opção. Além disso, havia a opção “outros”, na qual o/a participante poderia descrever a ação. Todos/as os/as profissionais indicaram terem participado de alguma ação desse tipo. Em ordem de maior recorrência, encontra-se: a) Eventos (palestra, seminário, conferência, encontro, minicursos, workshop, etc.) - 9 respostas; b) Reunião com alunos e/ou turmas - 7 respostas; c) Campanha informativa sobre assunto específico - 6 respostas; d) Proferir palestra ou debate de algum tema relacionado à saúde do estudante - 4 respostas; e) Elaboração de material informativo sobre algum tema relacionado à saúde do estudante - 2 respostas. Além disso, dois/uas profissionais indicaram terem realizado projetos específicos sobre educação em saúde no IFFluminense ou em outra instituição de trabalho.

Os/as profissionais apontaram também o desenvolvimento de projetos como proponentes ou colaboradores/as em relação às demandas de atendimento em saúde dos estudantes. Dentre eles, destacam-se parcerias com órgãos públicos e privados para atendimento psicológico ao estudante, realização de palestras e rodas de conversa sobre saúde mental; projeto sobre alimentação e nutrição com a participação de nutricionista do *campus*; projeto sobre saúde mental na escola; realização de cursos, seminários e palestras sobre diversos temas de saúde, como IST's e direitos relacionados à saúde; distribuição de material e murais informativos; realização do “Dia da Saúde” com ações de aferição de pressão arterial, peso e altura e palestra sobre temas específicos em parceria com outros profissionais.

Por fim, os/as participantes indicaram temas e ações que deveriam ser trabalhados na instituição escolar na perspectiva de Educação em Saúde. Nesse sentido, os/as assistentes sociais mencionaram: necessidade de mais profissionais para trabalhar nessa frente de trabalho; a potencialização de trabalho na perspectiva de uma saúde que integre bem estar físico, mental e social; a necessidade de maior suporte à saúde mental dos estudantes; capacitação dos profissionais da educação para lidarem com as questões de saúde dos estudantes; educação popular em saúde; abordagens e projetos coletivos sobre saúde mental e escola; pesquisas e mapeamentos amplos sobre o assunto com o público estudantil; prevenção ao suicídio, violência doméstica e gravidez na adolescência; e desenvolver o conceito de humanização na instituição escolar.

## 4. Considerações finais

O exercício de sistematizar as demandas de atendimento em saúde que chegam ao/a assistente social do IFFluminense e a realização do levantamento desse trabalho junto aos/as profissionais que atuam nessa instituição, permitiu construir reflexões sobre o assunto que, muitas vezes, ficam sobrepostas no cotidiano profissional e não são sistematizadas, tendo em vista que a requisição primordial nesse espaço funcional é a concessão e gerenciamento de benefícios de assistência estudantil.

O trabalho do/a Assistente Social na Política de Educação adquire dimensões de atuação que perpassam por ações que visam garantir o acesso e a permanência na educação escolarizada, a qualidade da educação e a gestão democrática dessa política (CFESS, 2012). Todas essas dimensões de atuação não podem estar descoladas das dimensões política e ideológica que embasam o projeto ético-político hegemônico da categoria. Emerge dessas dimensões, então, a possibilidade de trabalhar diversas demandas do corpo estudantil. Talvez seja daí, e do compromisso ético-político profissional, que surjam o reconhecimento das demandas de atendimento em saúde dos estudantes dentro da política de educação.

Esse reconhecimento não está dado e não deixa de representar um desafio no cotidiano profissional. É possível identificar limites e possibilidades de trabalho relacionados a essa demanda, que não pode ser compreendida como exclusiva dos profissionais de saúde e de atendimento ao estudante presentes na instituição. As barreiras na interlocução com os órgãos e profissionais externos, integrantes da rede pública de saúde, se configuram como limite de atuação, visto que dela depende o atendimento especializado e que nem sempre há oferta suficiente de atendimento ou articulação com a instituição mediante a diferença entre os entes federados, ou seja, IFFluminense (esfera federal) e a rede Municipal ou Estadual de saúde.

Por outro lado, há possibilidades de trabalho, tendo em vista que a educação escolarizada pode ser compreendida como promotora de saúde e como espaço privilegiado de educação em saúde. O envolvimento de toda a instituição educacional - docentes, técnicos, estudantes e familiares - pode revelar um caminho fecundo na educação em saúde, na elevação da saúde da população a médio e longo prazo e na melhoria da qualidade de vida em geral.

Por fim, esse estudo e as reflexões apresentadas aqui se configuram como uma modesta e inicial contribuição nesse debate. A discussão sobre o trabalho profissional nas diversas políticas e âmbitos de atuação requerem estudos permanentes e aprofundados, por isso, é necessário continuar o diálogo com a categoria profissional e os pesquisadores. Pode-se levantar questões, por exemplo, sobre a articulação do trabalho profissional nas políticas de Educação e de Saúde, a efetividade dos procedimentos adotados no atendimento dessas demandas, os caminhos mais fecundos em relação à prevenção e educação em saúde.

## Referências

ABREU, E. M. C. de. **O serviço social na educação profissional e tecnológica: as particularidades do exercício profissional dos/as Assistentes Sociais nos Institutos Federais de Educação.** 2017. 278 p. Tese (Doutorado em Políticas Públicas) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2017.

ABREU, E. M. C. de. O trabalho dos Assistentes Sociais na Educação Profissional e Tecnológica: as ações desenvolvidas no cotidiano profissional. *In: XVI ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL*. 16, 2018, Vitória, **Anais...**, Vitória, Universidade Federal do Espírito Santo, 2018.

BLEICHER, T.; OLIVEIRA, R. C. N. de. Políticas de assistência estudantil em saúde nos institutos e universidades federais. **Psicol. Esc. Educ.** [online]. 2016, v. 20, n. 3, pp.543-549.

CHÁVEZ, G.M. *et al.* **Teorização da demanda por profissionais e usuários da estratégia saúde da família**: espontânea, programada, reprimida. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 29:e20180331, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0331>. Acesso em: 05 jun 2021.

BRASIL. **Lei nº 11.195, de 18 de novembro de 2005**. Dá nova redação ao § 5º do art. 3º da Lei nº 8.948, de 8 de dezembro de 1994. Brasília, DF: Presidência da República, [2005]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/l11195.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11195.htm). Acesso em: 10 jun. 2021.

BRASIL. **Decreto nº 6.096 de 24 de abril de 2007**. Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais - REUNI. Brasília, DF: Presidência da República, [2007] Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6096.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6096.htm). Acesso em: 08 jun. 2021.

BRASIL. **Lei n.º 11.892, de 29 de dezembro de 2008**. Institui a Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica, cria os Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2013]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2008/Lei/L11892.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11892.htm). Acesso em: 01 maio 2021.

BRASIL. **Decreto n.º 7.234, de 19 de julho de 2010**. Dispõe sobre o Programa Nacional de Assistência Estudantil. Brasília, DF: Presidência da República [2010]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/decreto/d7234.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7234.htm). Acesso em: 03 maio 2021.

BRASIL. **Lei 12.711, de 29 de agosto de 2012**. Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República [2012]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2012/lei/l12711.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12711.htm). Acesso em: 10 jun. 2021.

CARVALHO, E. L.; BARRETO, J.; RODRIGUES, D. O desenvolvimento da extensão como estratégia de promoção à saúde no espaço escolar. *In: CARVALHO, E. L.; DOS ANJOS, N. B. (org.). Assistência estudantil: as múltiplas interfaces [recurso eletrônico]*. Curitiba: Appris, 1. ed., 2021. cap. 7, p. 153-171.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Subsídios para a atuação dos assistentes sociais na política de educação**. Brasília, DF: CFESS, 2012. (Série 3: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais).

FONAPRACE. V Pesquisa Nacional de Perfil Socioeconômico e Cultural dos (as) Graduandos (as) das IFES. **Relatório Executivo**. Uberlândia: 2019.

INSTITUTO FEDERAL FLUMINENSE. Conselho Superior. **Resolução N.º 43, de 21 de dezembro de 2018**. Aprova, ad referendum, o Plano de Desenvolvimento Institucional – PDI (2018-2022). Campos dos Goytacazes: Conselho Superior, 2018. Disponível em: <https://portal1.iff.edu.br/desenvolvimento-institucional/planejamento-institucional/plano-de-desenvolvimento-institucional-pdi/pdi-2018-2022-com-resolucao-menor.pdf/view>. Acesso em: 01 mai. 2021.

INSTITUTO FEDERAL FLUMINENSE. Conselho Superior. **Resolução N.º 39, de 11 de março de 2016**. Aprova, o Programa de Assistência Estudantil do Instituto Federal Fluminense. Campos dos Goytacazes: Conselho Superior, 2016. Disponível em: <http://cdd.iff.edu.br/documentos/resolucoes/2016/resolucao-no-39-de-11-de-marco-de-2016>. Acesso em: 01 mai. 2021.

PAULINO, J. A. **Demanda espontânea x Demanda programada: lidando com a procura maior que a oferta**. 2014. 25p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais. Conselheiro Lafaiete. 2014.

PRADA, T.; GARCIA, M. L. T.. Perfil das assistentes sociais dos Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia do Brasil. **Serviço Social & Sociedade**, p. 304-325, 2017.

PRADA, T. **O Trabalho em Rede na Intervenção das Assistentes Sociais dos Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia**. 2015. 210 p. Dissertação (Mestrado em Política Social). Universidade Federal do Espírito Santo - UFES, Vitória, 2015.

**PARTE 5:**  
**PERSPECTIVAS E ESTRATÉGIAS DE FORTALECIMENTO DA  
PESQUISA E DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA NO ÂMBITO DO  
GRIPES: Cooperação internacional, articulação com órgãos da categoria e  
com campos/supervisores de estágio**

# OS ATUAIS DESAFIOS DA PESQUISA E DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA E A CONSTRUÇÃO DE ESTRATÉGIAS COLETIVAS DE TRABALHO: experiências na área da saúde\*

*Carlos Antonio de Souza Moraes*

*Eliana Monteiro Feres*

*Maria da Penha Lyrio Barreto Moura*

## 1. Introdução

O tempo presente é marcado pela precarização da vida e do trabalho, associado ao avanço do conservadorismo, ao ataque à institucionalidade trabalhista, à manipulação de informações e à ascensão da pós-verdade<sup>1</sup> que distorcem fatos e dados e que se sustentam por meio de investidas contrárias à ciência, recorrendo ao negacionismo científico como estratégia política de manutenção do projeto neoliberal, em sua versão mais radical.

Originado nos Estados Unidos, na década de 1950, o negacionismo científico foi elaborado pela indústria de tabaco, que objetivava convencer a população de que as evidências de doenças associadas ao uso do tabaco eram falsas, recorrendo a propagandas pagas a jornais impressos para atingir a população americana. Além disso, evocaram supostos especialistas que descreditavam tais consensos científicos, construindo dúvidas no imaginário popular, também fortalecidas pela disseminação de tais argumentos pela mídia (PIVARO; JÚNIOR, 2020).

Com o passar dos anos, houve o fortalecimento dos resultados científicos acerca das doenças geradas pelo uso do tabaco. Contudo as estratégias construídas, centradas no mercado e com o objetivo de moldar a opinião pública e criar confusão popular, desenvolveram-se.

Nos últimos anos, o negacionismo científico tem-se disseminado via internet, com destaque para as redes sociais que, diferentemente do passado, atingem velozmente milhões de sujeitos e em diferentes regiões do globo. Além disso, também tem investido em programas televisivos partidários e, no contexto americano, articulado a doações milionárias realizadas por companhias de petróleo, gás natural e mineração, para membros do congresso que recorrem à grande mídia para propagar seus discursos, popularizando dúvidas sobre consensos científicos (PIVARO; JÚNIOR, 2020).

Ao particularizar a realidade brasileira, verifica-se seu alinhamento aos interesses norte-americanos, centrados no mercado e no lucro acima da vida. Parte da imprensa internacional reconhece o presidente Jair Bolsonaro (2018-2022) como “Trump tropical”, em alusão ao ex-presidente dos Estados Unidos Donald Trump (2017-2021). A título de exemplo, Pivaro e Júnior (2020) ressaltam que preocupações sobre o aquecimento global, por vezes, são tratadas, no Brasil, como “alarmismo”, e muitas dessas posições são propagadas pelas redes sociais, acompanhadas pela proliferação de *fake news*.

---

\* DOI- 10.29388/978-65-81417-27-7-0-f.190-202

<sup>1</sup> Segundo Pivaro e Júnior (2020, p. 1.083), a pós-verdade é definida como “[...] circunstâncias em que fatos objetivos são menos influentes na formação da opinião pública do que emoções e crenças pessoais (OXFORD DICTIONARY, 2016)”, havendo uma “[...] ampliação da subjetividade da realidade para diversos aspectos, além da negação da ciência”.

Assim, observa-se um processo de subversão de dados científicos, tornando-os objeto de julgamento pessoal, de forma que se possa encaixar a realidade a suas opiniões (PIVARO; JUNIOR, 2020). Além disso, já nos primeiros meses do governo Bolsonaro, foram publicizadas críticas pelo presidente e pelo então ministro da Educação, Abraham Weintraub (2019-2020), ao patrono da educação brasileira Paulo Freire, a professores, à pesquisa, às universidades públicas e à ciência brasileira, especialmente à área de humanidades. Além dessas, em 2019, foi criada a proposta do *Programa universidades e institutos empreendedores e inovadores* (Future-se)<sup>2</sup>, além de terem sido promovidos cortes no orçamento da Educação e da Ciência e Tecnologia, sucateando o ensino superior público, congelando pesquisas, reduzindo bolsas de estudos e ameaçando a continuidade de serviços e laboratórios.

Além desses ataques, a universidade brasileira tem-se inspirado, cada vez mais, na concepção estadunidense de ensino superior, a partir de seu conteúdo pragmático e utilitário e, além disso, recorre ao princípio de racionalização, embasado em concepções tecnicistas e empresariais de produtividade, eficiência e eficácia (TAUCHEN; FÁVERO, 2011).

Contraditoriamente, o contexto de precariedade e de ataques ao ensino superior público, no Brasil, também tem sido marcado por melhora significativa no principal *ranking* do *Times Higher Education* (THE) e, além disso, o Brasil alcançou, no mundo, índices no top 1% em relação a citações de trabalhos e atingiu a 13.<sup>a</sup> posição na produção científica global, considerando todas as áreas de conhecimento (SHUTZ; FUCHS; COSTA, 2020).

O fato é que, mesmo nessas condições estruturais e conjunturais, a pesquisa científica resiste, ao centrar-se no coletivo, desafiando a refletir e a questionar a realidade social sob diferentes perspectivas. Nesse mundo marcado pela competitividade, pelo individualismo e pela apropriação superficial de conhecimentos, o pensamento e a prática social coletiva são estratégias importantes, e a universidade é um dos poucos espaços que ainda os valoriza. Para tanto, a universidade desafia-se a contextualizar os rumos do desenvolvimento científico e tecnológico e a indagar-se sobre eles, reconhecendo suas condições sócio-históricas, evitando compreensões redutoras da realidade e se colocando como espaço livre, democrático, reflexivo e crítico (SHUTZ; FUCHS; COSTA, 2020).

Assim, a pesquisa assume o papel de desocultar as contradições presentes na realidade social, por meio da construção permanente da consciência crítica e política, alicerçada na responsabilidade, na ética e no compromisso com um mundo justo e livre.

Para estreitar e fortalecer essa relação, a universidade desenvolve a extensão, reconhecendo o seu papel frente aos problemas sociais. De acordo com o Plano Nacional de Extensão (BRASIL, 2012), ela se insere como uma prática acadêmica que objetiva interligar a universidade às atividades de ensino e pesquisa a partir de demandas da sociedade.

Portanto, como articulação entre ensino e pesquisa, a extensão possibilita a construção de diálogos entre universidade e sociedade, a partir de interesses e de necessidades da população, caracterizados pela troca de saberes e a superação de um discurso de hegemonia acadêmica, no sentido de enfrentar a desigualdade social, privilegiando o caráter interinstitucional e interdisciplinar, além de sua indissociabilidade com a pesquisa e com o ensino (PRATES, 2017).

---

<sup>2</sup> Nenhuma proposta de projeto de lei de reforma das instituições de educação superior federais, no Brasil, nas últimas décadas, desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, reuniu tantos preceitos econômicos e políticos (ultra)neoliberais como a denominada Future-se. Ancorado em tais características, por iniciativa do Ministério da Educação, o Future-se tornou reais os piores temores da maioria dos membros da comunidade universitária das universidades e institutos federais quanto a seu presente e a seu futuro: decorrentes da Emenda Constitucional n. 95, de 15 de dezembro de 2016 (GIOLO, 2020).



Nesse sentido, reconhecemos que, por meio da extensão, é possível ofertar serviços à sociedade, desenvolver trabalhos político-pedagógicos, redimensionar processos de ensino-aprendizagem e construir propostas metodológicas de pesquisa que ultrapassem técnicas pontuais de investigação, por meio de aproximações críticas com o universo de trabalho e estudo.

Sintonizado com essa perspectiva, o Grupo Interdisciplinar de Estudo e Pesquisa em Cotidiano e Saúde (Gripes) desenvolveu, no período de 2016 a 2019, um projeto de pesquisa e extensão intitulado *Entre o “adocimento social” e a hegemonia do Modelo Biomédico Assistencial: o trabalho de assistentes sociais na área da saúde*. Esse projeto foi planejado e inicialmente se desenvolveu em parceria com a coordenação do Serviço Social de um hospital no Norte Fluminense, por meio de encontros mensais no auditório da instituição e direcionado ao conjunto de assistentes sociais e de estagiárias atuantes no hospital, com o objetivo de fortalecer a identidade da profissão na área da saúde, por meio da potencialização da capacidade crítico-analítica da assistente social, articulada a ações propositivas.

Posteriormente essa proposta foi articulada ao Conselho Regional de Serviço Social (Cress), 7.<sup>a</sup> Região, Seccional Norte Fluminense, e à Coordenação do Serviço Social de outro hospital de referência na região, sendo realizada mensalmente, no auditório da instituição e direcionada a assistentes sociais e a estagiárias daquele hospital, da cidade e de municípios vizinhos. Por fim, foi organizado um curso para assistentes sociais e para estagiárias da Fundação Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes, RJ.

Diante disso, neste capítulo, serão apresentados dados e análises referentes a essas experiências, destacando a relevância de um trabalho coletivo que, pautado em fundamentos teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos, reconhece a realidade como ponto de partida, analisando suas contradições, limites e possibilidades. Assim, recorreremos aos processos de construção da proposta, às articulações políticas, à participação discente e das assistentes sociais, aos resultados alcançados e às avaliações realizadas, dividindo o capítulo em três seções, além de sua introdução e conclusão. Na primeira, serão descritos os movimentos construídos pelo Grupo de Pesquisa. Posteriormente, as análises desenvolvidas pela coordenação do Serviço Social do Hospital e, por fim, pela então diretora do Cress, Seccional Norte Fluminense.

## **2. Articulações de propostas coletivas de pesquisa e extensão: registros do Gripes**

Como vimos, as atuais transformações processadas no cenário mundial, em uma era de radicalismo neoliberal, impactam em todos os âmbitos da vida social, dando um novo conteúdo à vida e ao trabalho, e se articulam ao avanço do conservadorismo, ao ataque a direitos trabalhistas e à ascensão da pós-verdade, que recorre ao negacionismo científico como estratégia política de manutenção do projeto neoliberal.

Nesse cenário de desfinanciamento das políticas sociais, de sucateamento da universidade pública e de cortes de seu orçamento, tem sido urgente a construção de estratégias coletivas que objetivem o desocultamento das contradições da sociedade do capital e a mobilização de recursos para o seu enfrentamento. Nessa direção, foi construída uma proposta de pesquisa e de extensão a partir de demandas apresentadas ao Gripes, pela Coordenação do Serviço Social de

um Hospital localizado no Norte Fluminense. Para este projeto, reconheceu-se o fazer profissional do Serviço Social a partir da categoria trabalho e objetivou-se fortalecer a capacidade crítico-analítica das assistentes sociais, articulada a ações propositivas pautadas em sistematização e planejamento do trabalho profissional, na direção da qualidade dos serviços prestados à população, conforme estabelecido no 10.º princípio do Código de Ética profissional (CFESS, 1993).

No eixo da extensão, a proposta objetivou contribuir para a qualificação continuada das assistentes sociais, a partir de identificação, de discussão e de análise permanente dos dilemas, dos desafios e das possibilidades vinculados ao trabalho na área da saúde, tendo, por base, as mudanças do capitalismo contemporâneo e suas implicações para a “questão social” e, conseqüentemente, as necessidades sociais em saúde.

As atividades de extensão foram sistematicamente planejadas pela equipe organizadora, que contou com a participação de um professor gestor e coordenador do projeto, de uma assistente social, de duas graduandas em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense, Departamento de Serviço Social de Campos, e de uma assistente social doutoranda em Política Social, pela Universidade Estadual do Norte Fluminense, além das contribuições da coordenadora do Serviço Social do hospital mencionado.

O planejamento dos seminários de qualificação ocorreu na sala do Gripes e foi desenvolvido pelo núcleo de estudos *Serviço Social e Saúde*, sob coordenação do Professor Gestor do Projeto. As atividades de planejamento comportaram análises de textos, debates em grupos e organização do material dos seminários de qualificação.

No eixo da pesquisa, a proposta pautou-se na dimensão bibliográfica e de campo. A pesquisa de campo ocorreu por meio da disponibilização de questionário às assistentes sociais participantes do projeto a fim de identificar, de forma mais aprofundada, dilemas, desafios e possibilidades do trabalho profissional, na área da saúde, avaliando as contribuições do curso de extensão para ampliação de conhecimentos e de suas implicações para a reconstrução das estratégias de ação.

Articulado ao trabalho de campo, realizamos estudos bibliográficos a respeito do tema *Serviço Social e trabalho profissional na área da saúde*. Esses estudos estiveram vinculados a produções dos primeiros anos do século XXI publicadas em livros e nos principais periódicos da área.

Nesses processos, objetivou-se problematizar o trabalho profissional da assistente social na área da saúde, especialmente nos espaços hospitalares, analisando seus determinantes objetivos. Partiu-se da hipótese de ameaça à dimensão intelectual do trabalho na perspectiva do projeto ético-político profissional, conforme apontado por Moraes (2016).

Os cursos de qualificação foram desenvolvidos por meio de seminários mensais, com duração de quatro horas, comportando apresentações dos temas programados, debates a seu respeito e indicação de atividades de sistematização do trabalho e de seu estudo para os demais encontros. Além disso, foram realizados, na sala de estudos e de reuniões do hospital, intercalados entre segundas e terças-feiras, com o objetivo de contribuir para que as profissionais que tivessem maior dificuldade em um dia, participassem, no mês seguinte, do seminário, por ser em dia alternativo.

Todo o trabalho de qualificação foi observado e sistematizado por uma aluna de graduação, estagiária do hospital e integrante do Gripes. Essa sistematização, além de permitir a avaliação da ação de extensão proposta, contribuiu para construção de novas análises pautadas

nas variáveis despontadas durante a capacitação e naquelas identificadas como relevantes em outra pesquisa (MORAES, 2016).

Ao longo dos encontros, foi possível identificar, entre relatos profissionais, a precariedade da política de saúde pública e dos serviços/instituições que não dispõem de recursos para o atendimento das demandas originadas pela contradição da acumulação capitalista, destacando a necessidade de conhecer, de maneira aprofundada, o financiamento da política de saúde, bem como chamaram a atenção para a importância de se colocar no lugar dos usuários que, por diversas vezes, não têm suas demandas ouvidas e, por conseguinte, seus direitos não são garantidos.

Ademais, os relatos das assistentes sociais sinalizaram para dificuldades profissionais na realização do trabalho no hospital, de maneira geral; dificuldades por setor de atuação; dilemas; e desafios profissionais. Mediante a sistematização dos relatos publicizados ao longo dos encontros, o grupo de pesquisadores, a gestora do Serviço Social do hospital e o grupo de assistentes sociais discutiram e construíram 12 itens relativos a possíveis encaminhamentos para o trabalho, na realidade hospitalar, reconhecendo seus determinantes objetivos e os limites do trabalho.

Essa experiência, seus resultados e análises foram sistematizados em um relatório técnico, apresentado e disponibilizado ao grupo de assistentes sociais do hospital após a finalização do curso. Além disso, foram socializados com a comunidade científica em eventos nacionais e por meio de publicações em seus anais<sup>3</sup> e periódicos<sup>4</sup>.

Os resultados dessa experiência possibilitaram que novas ações fossem articuladas com a coordenação do Serviço Social de outro hospital de referência na região. Concomitantemente, foi estabelecida parceria com o Conselho Regional de Serviço Social (Cress), Seccional Norte Fluminense, que ampliou a divulgação do projeto e possibilitou que ele atendesse, além das profissionais do referido hospital, assistentes sociais de Campos dos Goytacazes, de Macaé e de Bom Jesus do Itabapoana.

No total, ambas as iniciativas alcançaram, aproximadamente, um quantitativo de 40 assistentes sociais, o que também possibilitou novas articulações com as coordenações do Serviço Social dessas instituições, por meio da realização de eventos, bem como com o Cress, Seccional Norte Fluminense, especialmente por meio da realização do *Curso de qualificação para assistentes sociais da Secretaria Municipal da Saúde e de Programas Especiais de Saúde do município de Campos dos Goytacazes – RJ*, realizado também em parceria com a Coordenação do Serviço Social da Secretaria Municipal de Saúde, ao longo do mês de novembro de 2019.

Por fim, é possível afirmar que tais iniciativas estreitaram os diálogos entre universidade, entidade representativa da categoria e assistentes sociais/supervisores de estágio, sob perspectiva multidimensional; 1. Fortalecendo as estratégias coletivas de pesquisa e extensão; 2. Promovendo, entre as discentes integrantes do projeto, exercícios de planejamento, de participação em grupo de estudos, de sistematização e de avaliação do trabalho, sob supervisão e orientação docente; 3. Aprofundando a pesquisa a respeito do trabalho da assistente social na

---

<sup>3</sup> MORAES, Carlos Antonio de Souza; CORDEIRO, A. P. P.; BOTELHO, T. M.; ARAÚJO, M. M.; SILVA, L. A. da. Entre o 'adoecimento social' e a hegemonia do modelo biomédico assistencial: o trabalho dos assistentes sociais em hospitais. In: Congresso Nacional de Serviço Social em Saúde, 2017, Campinas. VIII Congresso Nacional de Serviço Social em Saúde e XI Simpósio de Serviço Social em Saúde, 2017.

<sup>4</sup> MORAES, Carlos Antonio de Souza; BOTELHO, T. M.; SILVA, L. A. da.; ARAÚJO, M. M.; CORDEIRO, A. P. P. Serviço Social e trabalho profissional em hospital. VÉRTICES, v. 20, p. 372-384, 2018.

área da saúde, especialmente em espaços hospitalares, superando técnicas pontuais de coleta de dados; 4. Articulando com o ensino, por meio do debate do trabalho profissional; e 5. Desenvolvendo ações de qualificação profissional, construídas sob o parâmetro da crítica, contribuindo para *suspensão* temporária de seu cotidiano de trabalho, oxigenando as percepções que têm da instituição, das demandas, das possibilidades e dos limites do trabalho.

### **3. Articulações de propostas coletivas de pesquisa e extensão: registros da coordenação do Serviço Social de um hospital de referência no Norte Fluminense**

Atuando no Serviço Social na área de Saúde, no município de Campos dos Goytacazes, em unidade pré-hospitalar, a partir de 2003, iniciamos o processo de trabalho e de reflexão sobre a atuação do Serviço Social na implantação dos plantões nas respectivas unidades hospitalares e a participação efetiva no grupo de Assistentes Sociais da Fundação Barcelos Martins (hoje Fundação Municipal de Saúde). Período de grande importância em que definimos protocolos, após discussões teórico-práticas, parcerias com professores da Universidade Federal Fluminense, iniciamos o processo de sistematização do trabalho profissional, de implantação do estágio supervisionado e de realização de pesquisa sobre o usuário e sobre o acesso a serviços e direitos. Foram anos de grandes avanços e lutas.

Em 2013, assumindo a Coordenação do Serviço Social de uma hospital de referência no Norte Fluminense, unidade de emergência que atende o município de Campos dos Goytacazes e a Região Norte Fluminense, um novo desafio surge a partir do conhecimento sobre a realidade, trabalho da equipe, trocas, escutas, aproximações sucessivas e planejamento das ações junto da equipe de assistentes sociais, identificando a necessidade de avançar na direção da qualificação profissional, na sistematização do trabalho, na reabertura de campo de estágio (proposta da Coordenação) e na articulação com a Universidade, que se foi ampliando gradativamente, até a extensão, em 2016. Diríamos que a “espinha dorsal” estava direcionada para o fortalecimento da categoria profissional, para o comprometimento com o Projeto Ético-Político do Serviço Social e para o debate contemporâneo da profissão, eixos esses de fundamental importância no planejamento das ações da coordenação, em meio a grandes desafios, conquistas, avanços e recuos. Como dizia o poeta Thiago de Melo (2018): “Quem sabe o que está buscando e onde quer chegar, encontra o caminho certo e o jeito de caminhar”.

Em novembro de 2013, com quatro meses de coordenação, convidamos o assistente social professor doutor Maurílio de Castro Matos, que nos trouxe reflexões fundamentais para o âmbito de atuação na saúde e, especificamente em unidade hospitalar, por meio do Encontro de Assistentes Sociais da Saúde promovido pela Coordenação do Serviço Social do referido Hospital. O referido encontro trouxe reflexões a respeito do processo de sistematização do trabalho profissional e também dos parâmetros do Serviço Social na área da saúde. Diríamos que foi um grande pontapé inicial para pensar as atividades na unidade hospitalar, contando com a participação de Assistentes Sociais da Saúde, compreendendo unidades hospitalares e pré-hospitalares.

Posteriormente, a articulação com a extensão universitária, especialmente por meio do Curso de Serviço Social da UFF/Campos, se tornou uma proposta na direção de ampliar conhecimentos sobre a realidade social e as possibilidades de construir intervenções

fundamentadas na crítica, no comprometimento com os usuários e com o acesso a direitos sociais, exercitando o pensar na direção da sistematização do referido trabalho, enquanto

[...] estratégia para um exercício profissional qualificado, uma vez que pode ser uma aproximação com a realidade, mas há que se ter claro que isso é distinto da simples junção de dados coletados pela equipe de Serviço Social, pois estes tomados na sua aparência, sem uma problematização teórica e ou desenvolvimento de pesquisas, serão a fenomênica da realidade (MATOS, 2013, p. 138, 139).

A coordenação seguiu, ao longo da gestão, discutindo e implementando os protocolos de intervenção do Serviço Social, movimento que aconteceu na unidade, com todos os setores, devido às suas especificidades, com base inclusive nos Parâmetros para Atuação do Serviço Social na Saúde (CFESS, 2009).

Buscando a direção teórico-prática, seguimos em articulação com o assistente social, professor Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes, e o foco foi sugerir uma proposta alinhada com a extensão universitária, por meio do Grupo Interdisciplinar de Estudo e Pesquisa em Cotidiano e Saúde (Gripes), nascendo a parceria da Coordenação do Serviço Social de um Hospital de referência no Norte Fluminense com o Gripes. Discutimos as demandas profissionais, trocamos ideias, e foi possível construir a proposta *Entre o “adoecimento social” e hegemonia do Modelo Biomédico Assistencial: o trabalho dos assistentes sociais na área da Saúde*.

Sendo assim, iniciamos, em 2016, com encontros mensais, tendo, como participantes, a equipe do Serviço Social hospitalar, que atuava em seis clínicas, como: Cirúrgica; Traumatologia; Ortopedia; Médica; Pediatria; Doenças Infecto-Parasitárias; Tisiologia; e também nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI adulto e UTI pediátrica) e no Ponto Socorro. Afinados com a proposta de estágio supervisionado na unidade que foi reaberta por essa Coordenação, envolvemos também as estagiárias da UFF que estavam sob supervisão de assistentes sociais do Hospital.

Foram encontros profícuos que certamente contribuíram efetivamente para o conhecimento do Serviço Social e de sua trajetória na saúde, com reflexões sobre o trabalho profissional e possíveis estratégias de sustentação e de identificação de demandas sociais que representam o foco da atuação do Serviço Social em qualquer espaço de intervenção.

Assim, foi possível investir na discussão teórico-prática e na pesquisa se constitui num compromisso da categoria com o trabalho profissional que se deve se mostrar inquieta.

A trajetória continua não mais na Coordenação do Serviço Social da unidade, pois existe um tempo de investimento e outro de trilhar novos caminhos, novas perspectivas, não perdendo a direção, pois essa é mais importante que a velocidade. Atuando na mesma unidade hospitalar na área da infância, participando também de comissão junto à rede de serviços e de proteção na área, a partir de 2019, para discussão e implantação do Plano Municipal da Infância e Juventude, a inquietação deve-nos mover para novos horizontes, como ressalta Yamamoto (1995): é preciso retomar a práxis da resistência. “O momento em que vivemos é um momento pleno de desafios mais do que nunca é preciso ter coragem. É preciso ter esperanças para enfrentar o presente. É preciso resistir e sonhar”.

Em meio a uma pandemia jamais vivida no mundo inteiro, nos últimos 100 anos, seguimos na direção dos nossos sonhos e comprometidos com o Serviço Social, profissão que

escolhemos e acreditamos que faz grandes diferenças nos cenários de fortes marcas de desigualdade e de exclusão.

#### **4. Articulações de propostas coletivas de pesquisa e extensão: registros do Cress-RJ, Seccional Norte Fluminense**

Isolados somos ilha e juntos somos continentes. Essa frase representa bem a experiência realizada junto ao Gripes, Grupo de pesquisa e extensão da Universidade Federal Fluminense e a Seccional Norte Fluminense, na gestão 2017 a 2020, “Lutar sem temer”, como estratégia coletiva de enfrentamento à desvalorização postas a universidade pública e a educação como direito social.

Quando assumimos a direção do Cress-RJ, Seccional Norte Fluminense (gestão 2017-2020), nossa proposta de gestão tinha, como um dos pilares, a parceria com a Universidade, com o objetivo de favorecer o aprimoramento profissional, considerando que a qualificação sempre esteve presente nas demandas das profissionais, e que a qualificação profissional sempre foi defesa do Conselho Federal de Serviço Social (Cfess) e dos Cress. O conjunto, na gestão 2014 a 2017, publicou a brochura *Política de Educação Permanente* do conjunto Cfess/Cress<sup>1</sup>, considerando que o aprimoramento profissional fortalece um dos princípios fundamentais do Código de Ética do/a Assistente Social (1993), no que se refere ao “compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população”, sobretudo no cenário de retrocesso no campo dos direitos sociais e os efeitos mais gerais da conjuntura política, sem os quais é impossível compreender as atuais demandas ao trabalho profissional.

Um dos maiores desafios postos à assistente social é o de atuar sobre a realidade e identificar, de forma crítica, as demandas postas pela população, respondendo, de forma eficiente, com vistas ao compromisso da categoria com a qualidade dos serviços prestados à população. Assim o Cfess/Cress (2012, p. 8) aponta que:

[...] pensar a educação permanente no Serviço Social pressupõe, portanto, afirmar o projeto profissional, articulando uma dupla dimensão: de um lado, as condições macrosociais que estabelecem o terreno sócio-histórico em que se exerce a profissão, seus limites e possibilidades; e, de outro, as respostas de caráter ético-político e técnico-operativo dos/as agentes profissionais.

Sobre os limites que vivenciam a profissão, destacamos que a crise estrutural do capital, na busca por recuperar as taxas de lucros, ocorre a partir do aprofundamento da desigualdade social, com a ampliação da distância entre ricos e pobres e principalmente com a reconfiguração do papel do Estado. No Brasil, a ofensiva neoliberal ocorre logo após a promulgação da Constituição Federal de 1988, em que o reconhecimento da Seguridade Social como direito do cidadão e como dever do Estado se depara com a proposta de diminuição do papel do Estado. E, a partir golpe, em 2015; da eleição da extrema direita, em 2017; e da aprovação da Emenda Constitucional n. 95/2016, com congelamento dos gastos com Saúde, Educação, Assistência Social, e Previdência Social por vinte anos, a classe trabalhadora vem pagando um alto preço com a precarização dos serviços que trabalham direitos sociais.

Paralelamente ao ajuste fiscal e à precarização dos serviços públicos, com foco na privatização, a eleição da extrema direita, em 2017, evidenciou o pensamento conservador

presente na sociedade brasileira, e propostas de militarização da vida, de naturalização das violações de direitos humanos, de negação da ciência e de uma ampla campanha de difamação da educação superior ganham eco de forma naturalizada. Nessa onda conservadora presente na sociedade, a defesa dos princípios éticos da profissão nunca foi tão necessária, e a realização da parceria com a universidade se coloca também como uma forma de enfrentamento coletivo a essa conjuntura permeada de contradições.

É nesse cenário de retrocessos da ofensiva ultraconservadora do capital aos direitos sociais que o Cress-RJ, Seccional Norte Fluminense, realiza curso de extensão junto ao Gripes e à Coordenação do Serviço Social de um Hospital, com o intuito de qualificar a atuação de assistentes social, trabalhadoras da saúde, de forma mais específica, da rede hospitalar. O curso foi aberto as profissionais de vários municípios de abrangência da Seccional.

A realização da extensão foi construída considerando que um dos desafios colocados as profissionais é de formular projetos que materializem o trabalho a ser desenvolvido, principalmente quando o espaço ocupacional é permeado por um modelo de atenção com foco no cuidado biomédico. O curso trouxe diversas reflexões, a respeito do exercício profissional, de como vem ocorrendo à intervenção profissional e como essa intervenção vem respondendo às necessidades sociais dos usuários que procuram o setor do Serviço Social na rede hospitalar. Aspectos jurídico-legais foram destacados como fundamentais para o trabalho, tais como: a Lei n. 8.662, de 7 de junho de 1993 (BRASIL, 1993), que regulamenta a profissão, e o Código de Ética de 1993 (CFESS, 1993), que define as competências e os valores éticos norteadores do trabalho profissional, bem como os arcabouços teórico-metodológicos.

Atuando na centralidade de diferentes políticas públicas, Iasi (2018) aponta que o

[...] profissional do Serviço Social tem o risco potencializado de ser o administrador da gestão da precarização do acesso a serviços. Certamente as condições objetivas e subjetivas decorrentes da redução do Estado na função de garantia de direitos, de capital, impõem [...] ações e papéis profissionais cada vez mais multifacetados e voltados à eficiência técnica e à resolução imediata das problemáticas sociais” (SIMIONATTO, 2009, p. 101), ecoando uma ação esvaziada da competência crítica e, em alguns casos, burocratizada e na contramão do projeto profissional do Serviço Social brasileiro.

A realização do curso de extensão em parceria com o Gripes foi importante espaço para que as assistentes sociais pudessem, a partir do trabalho profissional, refletir sobre as demandas postas pela instituição, sobre as trazidas pelos usuários, sobre a precarização dos serviços de saúde e sobre as respostas que vem sendo fornecidas. Destacaram ainda o trabalho coletivo realizado pela comissão de Serviço Social da Fundação no início da implantação dos plantões do Serviço Social e da necessidade de retorno da organização coletiva.

A outra experiência com o Gripes, no ano de 2019, ocorreu a partir da demanda da Comissão de Orientação e Fiscalização da Seccional (Cofi), pois, dentre as funções precípua do Cress, está o trabalho de fiscalização do exercício profissional. Destacamos aqui que o trabalho da Cofi é pautado na Política Nacional de Fiscalização (PNF, 2019), do conjunto Cress/Cress, na perspectiva da defesa da profissão e da qualidade dos serviços prestados aos/às usuários/as dos serviços sociais. Na PNF, o sentido da fiscalização atua com três dimensões, organicamente vinculadas: “[...] afirmativa de princípios e compromissos conquistados; político-pedagógica; normativa e disciplinadora” (CFESS/CRESS – PNF, 2019).

Neste sentido, a articulação com o Gripes ocorreu, pois a Secretaria de Saúde de Campos dos Goytacazes, no ano de 2018, distribuiu as assistentes sociais que atuavam junto à Coordenação do Serviço Social para outros setores de Secretaria, pois estariam acabando com o setor de coordenação e de atuação no setor de processos. As profissionais procuraram a Cofi e, a partir da escuta, foi deliberada uma visita a todos os setores da prefeitura para onde as profissionais foram transferidas, bem como uma defesa da Seccional sobre o papel da coordenação do Serviço Social. A Cofi inicia as visitas, e a falta de condições de trabalho foi identificada pela agente fiscal, mas também a realização de um trabalho burocratizado.

Certamente as condições de trabalho da assistente social, na atualidade, correspondem às condições de outros trabalhadores, pois o momento histórico é marcado por novas formas de opressão pelo trabalho. Para pensar o trabalho profissional para o Serviço Social, é necessário considerar que, como classe trabalhadora, as mudanças no âmbito do sistema capitalista, influenciam nos diferentes espaços ocupacionais, e o projeto profissional da categoria aponta a necessidade de qualificação para lidar com competência, com as demandas postas a assistente social. Neste sentido, Iamamoto destaca os significados da qualificação profissional, visto que:

Qualificar-se no sentido da competência profissional significa, pois, compreender que nas relações sociais derivadas da divisão de trabalho capitalista, a burocracia cinde os interesses particulares do interesse geral, na relação entre o público e o privado, e reforça a inversão na forma de tratar os homens e as coisas ‘de modo invertido, ou seja, não como são na realidade, mas de acordo com sua imagem no mundo da burocracia’ (IAMAMOTO, 2009, p. 355).

Após conclusão das visitas da Cofi e, diante da necessidade de qualificação das profissionais, a Seccional Norte Fluminense procurou a Secretaria de Saúde apontando a necessidade do coordenador como necessário à articulação das assistentes sociais e também da necessidade da qualificação profissional. A coordenação foi recomposta em 2019 e chamada, junto ao Gripes e a Cofi, para construção do curso sobre o trabalho profissional cujo conteúdo envolveu a reforma sanitária, os arcabouços legais que direcionam o projeto ético político da categoria, a importância da sistematização do trabalho e normativas do Cfess/Cress que versam sobre a atuação profissional.

A realização do curso foi bastante elogiada pelas profissionais que participaram, sendo evidenciada a necessidade da atuação mais coletiva da categoria, visando dar maior visibilidade às respostas que as profissionais vêm fornecendo àqueles que demandam serviços e também ao encaminhamento coletivo dos serviços não prestados à população, considerando toda conjuntura de restrição e de violação de direitos já apontada neste capítulo, pois a defesa do direitos da classe trabalhadora se constitui uma escolha clara no projeto profissional das assistentes sociais.

A experiência aqui descrita de parceria com a universidade, a partir do Gripes, evidencia que a qualidade do trabalho realizado pelas assistentes sociais que atuam na área de saúde envolve a dimensão técnico-operativa da profissão, cujos sistemas eletrônicos não se devem sobrepor ao trabalho profissional, e também à dimensão teórico-metodológica, pois são postos limites ao exercício para atuar com as múltiplas expressões da questão social, fruto da “contradição capital x trabalho”, (IAMAMOTO, 1988). Nesse limite da contrição, as assistentes sociais atuam sempre no “fogo cruzado”, conforme descreve Maurilio Matos:



Assim, não há dúvidas de que os assistentes sociais atuam sob fogo cruzado. Impossível não saber, na prática das configurações que o capitalismo inscreve na vida das pessoas. O ‘fogo cruzado’ aqui não é trazido apenas como termo popular, mas como expressão refere-se a existência de dois fogos, vindo de direções contrárias. Não é possível ficar no meio. Yamamoto (1995) já nos disse que é impossível ser mediador de interesses, tanto do seu empregador como dos interesses dos usuários. Necessariamente o profissional escolhe um desses polos e por meio do seu exercício o fortalece (MATOS, 2013, p. 145).

A experiência de parceria realizada junto à universidade ocorre num momento de sucateamento, não somente dos serviços públicos, com impactos diretos na atuação profissional, mas também da universidade pública, com drásticas reduções de alocação de verbas, concomitantemente com fortes impactos no trabalho realizado pela assistente social que exerce sua profissão na função de docente.

Essa reflexão sobre como a extensão e a pesquisa universitária corrobora o aprimoramento do trabalho profissional também demonstrou o compromisso incessante e coletivo da gestão da Seccional com a defesa do projeto ético-político e da profissão, no território de jurisdição, evidenciando a importância da universidade e o papel social proporcionado pela extensão, entendida como um processo interdisciplinar e educativo no aprimoramento profissional da assistente social.

## **5. Considerações finais**

O capítulo objetivou abordar os atuais desafios da pesquisa e da extensão universitárias, considerando a conjuntura nacional marcada por ataques à ciência, especialmente às Ciências Humanas e Sociais. Posteriormente foram descritas análises referentes à experiência construída entre o Gripes, o Cress, 7.<sup>a</sup> Região, Seccional Norte Fluminense (gestão 2017-2020) e a coordenação do Serviço Social de um hospital de referência na região, no período de 2017 a 2019, por meio do desenvolvimento de um projeto de pesquisa e extensão direcionado às assistentes sociais da área da saúde.

De forma geral, ao longo do capítulo, reconheceu-se que os atuais ataques à ciência se vinculam a um processo histórico construído por meio da chamada pós-verdade, que tem, por centralidade, o negacionismo científico e que, na particularidade brasileira, é processada em uma conjuntura marcada pelo radicalismo neoliberal que se articula com o avanço do conservadorismo, com o ataque a direitos trabalhistas, com o desfinanciamento de políticas sociais, com críticas às universidades públicas e cortes em seu orçamento, sucateando o ensino superior público, congelando pesquisas, reduzindo bolsas de estudos e ameaçando a continuidade de serviços e de laboratórios.

Nesse cenário, tem sido urgente a construção de estratégias coletivas que objetivem o desocultamento das contradições da sociedade do capital e a mobilização de recursos para o seu enfrentamento. Nessa direção, o capítulo descreveu análises construídas pela coordenação do Gripes, do Cress, Seccional Norte Fluminense (gestão 2017-2020) e de um hospital de referência na região, relativas a um projeto de pesquisa e extensão direcionado a assistentes sociais e a estagiárias do Serviço Social.

De forma geral, reconheceu-se a importância do pensamento e da prática social coletiva como estratégias essenciais para desocultar as contradições presentes na realidade social. Além disso, compreendeu-se que a experiência construída contribuiu não apenas na direção de superação de técnicas pontuais de investigação, mas também para a qualificação continuada de assistentes sociais, construídas sob o parâmetro da crítica, contribuindo para a *suspensão* temporária de seu cotidiano de trabalho, oxigenando as percepções que têm da instituição, das demandas, das possibilidades e dos limites do trabalho.

## Referências

BRASIL. **Lei n. 8.662, de 7 de junho de 1993.** Lei de Regulamentação do Serviço Social. Brasília: Presidência da República, [1993]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8662.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm). Acesso em: 12 jun. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (Cfess). **Código de ética do assistente social:** Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10. ed. rev. e atual. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (Cfess). Política Nacional de Educação Permanente

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (Cfess). **Política Nacional de Fiscalização.** Instrumentos para a fiscalização do exercício profissional do/a Assistente Social. Edição revista e atualizada. Brasília: CFESS, 2019. disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-PNF2019-Revisada.pdf>. Acesso em: 12 maio 2021.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (Cfess). **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde.** Grupo de trabalho Serviço Social na saúde. Brasília, CEFESS, nov. 2009.

GIOLO, J.; ROBERTO, L.; SGUISSARDI, V. **Future-se:** ataque à autonomia das instituições federais de educação superior e sua sujeição ao mercado. São Carlos, SP: Diagrama, 2020. Disponível em: <https://nupe.blumenau.ufsc.br/files/2020/09/future-se-ebook.pdf>. Acesso em: 30 maio 2020.

IAMAMOTO, M. V. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social:** ensaios críticos. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 1995.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço social em tempo de capital fetiche:** capitalismo financeiro, trabalho e Questão social. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

IASI, M. L. Cinco teses sobre a formação social brasileira (notas de estudo guiadas pelo pessimismo da razão e uma conclusão animada pelo otimismo da prática). **Serviço Social & Sociedade**, [s. l.], n. 136, p. 417-438, set. 2019. ISSN: 2317-6318. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.187>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.187>. Acesso em: 3 jun. 2021.

MATTOS, M. C. de. **Serviço social, ética e saúde: reflexões para exercício profissional**. São Paulo: Cortez, 2013.

MELLO, T. Para os que virão. **Notaterapia**, [s. l.], 26 fev. 2018. Disponível em: <https://notaterapia.com.br/2018/02/26/os-10-melhores-poemas-de-thiago-de-mello/>. Acesso em: 30 maio 2021.

MORAES, C. A. S. **O Serviço Social brasileiro na entrada do século XXI: formação, trabalho, pesquisa, dimensão investigativa e a particularidade da saúde**. 318 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Estudos Pós Graduated em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016.

PIVARO, G. F.; JUNIOR, G. G. O ataque organizado à ciência como forma de manipulação: do aquecimento global ao coronavírus. **Caderno brasileiro de ensino de Física**, v. 37, n. 3, p. 1074-1098, dez. 2020.

PRATES, J. C. A pesquisa e a extensão no processo de ensino-aprendizagem da graduação e pós-graduação em Serviço Social. **Textos & contextos**, Porto Alegre, v. 16, n. 1, p. 1-08, jan./jul. 2017.

SCHUTZ, J. A.; FUCHS, C.; COSTA, C. O. Universidade, pesquisa e docência: reflexões críticas sobre os abusos do atual governo. **Rev. tempos espaços educ.**, [s. l.], v. 13, n. 32, e-12530, p. 1-19, jan./dez. 2020,

SIMIONATTO, I. Expressões ideoculturais da crise capitalista na atualidade e sua influência teórico-prática. *In*: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (Cfess). **Serviço social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: Cfess/Abepss, 2009. p. 87-106.

TAUCHEN, G.; FÁVERO, A. O princípio da indissociabilidade universitária: dificuldades e possibilidades de articulação. **Linhas Críticas**, Brasília, DF, v. 17, n. 33, p. 403-419, maio/ago. 2011.

# A CONSTRUÇÃO METODOLÓGICA DE UM PROJETO DE PESQUISA DE COOPERAÇÃO INTERNACIONAL E O LUGAR DA INICIAÇÃO CIENTÍFICA\*

*Carlos Antonio de Souza Moraes*

*Douglas Martins Amaral*

*Laísa Cunha da Silva*

*Luam França de Azevedo*

## 1. Introdução

Este capítulo aborda a construção metodológica de um projeto de pesquisa de cooperação internacional e as contribuições da iniciação científica para o desenvolvimento da pesquisa, bem como as implicações dessa experiência para a formação discente. A proposta em desenvolvimento é fruto da articulação do Grupo Interdisciplinar de Estudo e Pesquisa em Cotidiano e Saúde (Gripes), do Departamento de Serviço Social de Campos (SSC); do Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social (PPGPS), da Universidade Federal Fluminense; e do Grupo de Investigación *Fundamentos, Formación y Trabajo*, da Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social.

A articulação entre os grupos de pesquisa transcorreu-se durante o *XXII Seminario Latinoamericano y del Caribe de escuelas de trabajo social*, realizado em Bogotá/Colômbia, em 2018, quando os líderes dos grupos de pesquisa, ao socializar resultados de investigações referentes à temática, observaram comportamentos similares no mercado de trabalho do Serviço Social, no Brasil e na Argentina.

O diálogo estabelecido durante e depois do evento permitiu o aprofundamento dos estudos, o intercâmbio de conhecimentos e o planejamento de uma proposta de pesquisa com objetivo de estabelecer uma cooperação internacional capaz de ampliar as problematizações brasileiras e argentinas a respeito do mercado de trabalho de assistentes sociais. Para tanto, em ambos os países, foi necessário constituir uma equipe de pesquisa formada por bolsistas de iniciação científica e/ou alunos voluntários, bem como se elegeu concomitantemente uma base de sustentação teórico-metodológica da pesquisa.

Para essa construção, além do reconhecimento de particularidades nacionais, os estudos iniciais possibilitaram identificar similaridades no mercado de trabalho do Serviço Social no Brasil e na Argentina, com destaque para: 1. predominância do Estado como principal empregador de assistentes sociais; 2. a saúde entre as duas principais áreas de contratação profissional; 3. ampliação das áreas de atuação profissional dialeticamente acompanhadas pela precarização de suas condições, expressas: na insegurança dos vínculos, na rotatividade dos postos de trabalho, no aviltamento dos salários, na flexibilização das jornadas de trabalho e na precarização de suas condições materiais; e 4. duplo ou do pluriemprego.

Tais elementos se coadunam com a conjuntura sociopolítica e econômica latino-americana, marcada pela crise estrutural do capital, pelo neoliberalismo, pela reestruturação produtiva, pela globalização/mundialização da economia e pelas contrarreformas estatais e de

---

\* DOI- 10.29388/978-65-81417-27-7-0-f.203-216

políticas sociais, determinantes do progresso do capitalismo financeiro global, articuladas ao aprofundamento das expressões da questão social, a ataques à institucionalidade trabalhista e à desconstrução dos direitos sociais, adensando os processos de precarização do trabalho.

As análises preliminares permitiram reafirmar o reconhecimento do Serviço Social como profissão assalariada, inscrita na divisão social, sexual e técnica do trabalho e do/da assistente social como membro da classe trabalhadora e, portanto, sujeito aos novos processos de flexibilização e de precarização do trabalho e aos constrangimentos deles decorrentes. Admitimos que o mercado de trabalho de assistentes sociais sofre os impactos dessas transformações do mundo do trabalho e das relações sociais provenientes do modelo de reestruturação produtiva e da ofensiva neoliberal que incide sobre a particularidade latino-americana, em um contexto de crise estrutural do capital.

Assim, as alterações processadas no âmbito da estrutura e da superestrutura atingem a vida social e afetam as profissões e, mais especialmente, o Serviço Social, suas exigências de formação, áreas de intervenção, trabalho e mercado de trabalho, permitindo-nos, nesse último caso, a apreensão de suas atuais expressões vinculadas às áreas de atuação, aos tipos de contrato, à condição salarial, às condições de trabalho, aos índices de desemprego, etc.

No Brasil, recentes estudos têm problematizado a nova morfologia do trabalho no Serviço Social (RAICHELLIS, 2018), sinalizando para flexibilização, precarização e desproteção de assistentes sociais, expressas, dentre outros, nos processos de “[...] terceirização e quarteirização dos vínculos trabalhistas” (RAICHELLIS, 2013, p. 626) e na fragilização de sua relativa autonomia profissional, nos termos do projeto ético político (MORAES; GONÇALVES, 2020). Há um aumento da contratação de trabalhadoras por projetos temporários, rebaixamentos salariais, perdas de direitos trabalhistas, além do desemprego, impactando diretamente em sua sobrevivência material e social.

Tais elementos têm-nos permitido afirmar a existência do paradoxo da ampliação do mercado de trabalho de assistentes sociais, no Brasil, a partir dos anos 1990, dialeticamente acompanhada pela precarização de suas condições e por relações de trabalho (MORAES; SANTOS; GONÇALVES, 2020). A esse dado têm sido agregadas análises que reconhecem diferenças no interior da classe trabalhadora e apontam para o processo de exploração e de desvalorização do trabalho da mulher (CISNE, 2015), especialmente pretas e pardas.

A identidade feminina é uma característica histórica no Serviço Social brasileiro e argentino, além de também ser predominante na Europa e na América Latina, com índices superiores a 65% (DESLAURIERS; HURTUBISE, 2007). Além disso, o levantamento preliminar realizado pelo conjunto Conselho Federal de Serviço Social (Cfess)-Conselho Regional de Serviço Social (Cress), entre 2016 e 2019, apontou que 49% das assistentes sociais brasileiras se autodeclararam pretas ou pardas (CFESS, 2020).

Ademais, pesquisas (SANTOS; MANFRÓI, 2015 e GUIRALDELLI, 2018) indicam a centralidade do Estado como principal empregador de assistentes sociais no Brasil, com vínculo predominante no serviço público municipal, majoritariamente na Política de Saúde e de Assistência Social, com alternâncias entre elas em relação à que mais emprega assistentes sociais em diferentes regiões do país.

No contexto argentino, a Federación de Asociaciones Profesionales de Servicio Social (FAAPS, 2016) publicou uma *Crítica situación de las condiciones de trabajo de profesionales del Trabajo Social de la Argentina*, solicitando organização da categoria mediante questões vinculadas à precariedade, à flexibilidade e à insegurança associadas a seu trabalho, a partir de estudos

construídos desde 2011. Em 2015, as pesquisas ampliaram as problematizações a respeito dessa temática, por meio de uma coletânea organizada pelo *Instituto de Capacitación y Estudios Profesionales del CATSPBA*. Tais pesquisas ainda foram expandidas em 2017, ao problematizar o mercado de trabalho na província de Buenos Aires, contando com a participação de 1.110 profissionais que atuavam em 1.383 instituições.

Além disso, o *Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires* (2018) indica que há predominância de assistentes sociais do sexo feminino, com idade entre 31 e 40 anos, graduadas em universidade pública. Dessas, 89,4% estão atuando como assistentes sociais, 10,6% estão desempregadas e 38% possuem dois ou mais vínculos de trabalho, com inserção na esfera pública provincial, seguida da municipal, em função do processo de descentralização da política social.

Diante dos dados brasileiros e argentinos tratados nos estudos preliminares, optou-se por elaborar a seguinte questão: quais são os impactos da crise estrutural do capital em uma era de reestruturação produtiva, de contrarreforma do Estado e das políticas sociais, na configuração do mercado de trabalho do Serviço Social no Brasil e na Argentina, no primeiro vicênio do século XXI?

Para o tratamento dessa questão, objetiva-se mapear, analisar e comparar as produções acadêmico-científicas brasileiras e argentinas a respeito do mercado de trabalho de assistentes sociais. Para tanto, o trabalho recorrerá ao método fundamentado na obra de Marx e apresentará metodologia inovadora por meio da técnica de análise de conteúdo temático ou categorial, com auxílio do *software* de pesquisa *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (Iramuteq®), que possibilitará a construção de análises estatísticas textuais, associando palavras e sentidos de palavras.

## **2. O processo de construção metodológica: o materialismo histórico-dialético**

Para a construção e o desenvolvimento da proposta, as equipes de pesquisa optaram pelo materialismo histórico-dialético (MHD), reconhecendo que ele é essencialmente crítico, revolucionário e corresponde racionalmente aos interesses históricos objetivos da classe trabalhadora. Permite aproximação da verdade objetiva, de processos de desenvolvimento, de elementos de decomposição da ordem, reconhecendo e proclamando um processo de mudança social (LOWY, 1978, p. 19 e 20).

Se o método é compreendido como “a alma da teoria” (ENGELS *apud* NETTO, 2011), a dialética, cuja origem se vincula à filosofia grega, é reconhecida por Marx a partir do sentido dinâmico de inquietação e de questionamentos sobre a vida e sobre a sociedade. Tornou-se estratégia de leitura e de compreensão da prática social e empírica dos indivíduos em sociedade, da crítica das ideologias e da tentativa de articulação entre sujeito e objeto (MINAYO, 2014).

Situado a partir do corte de classe social, o MHD apreende cada forma por meio de um processo histórico, transitório, dinâmico e provisório, denunciando a historicidade do sistema burguês (LOWY, 1978). Para tanto, consiste em trazer ao exame racional, tornando conscientes os fundamentos, condicionamentos e limites do conhecimento acumulado (NETTO, 2011).

Sob a marca da totalidade e do reconhecimento do diverso e do contraditório no interior dessa unidade, o MHD recorre à perspectiva histórica, que é capaz de contribuir para a

compreensão das mediações e das correlações do objeto de conhecimento. Nessa direção, o conhecimento científico proporciona um quadro integral de leis, conexões e relações substanciais num determinado domínio da realidade (KAMEYAMA, 1989).

Para a produção do conhecimento científico, é preciso reconhecer a aparência do objeto e ir além, buscando apreender sua estrutura e dinâmica, reveladoras de sua essência, não havendo qualquer pretensão de neutralidade, mas de objetividade. Nessa perspectiva, o pesquisador, ao partir do processo de vida real, deve mobilizar um máximo de conhecimentos, apropriando-se de todas as suas conexões, de seu processo de desenvolvimento e extraindo suas múltiplas determinações (NETTO, 2011).

Como princípios do MHD ou como categorias que “[...] parecem nuclear a concepção teórico-metodológica de Marx” (NETTO, 2011, p. 55), reconhecemos a totalidade concreta ou a totalidade da existência humana, evocada para análises macrossociais, de forma inclusiva, macroscópica e constituída por totalidades menos complexas, fazendo-se presente no particular e não se sobrepondo a ele, pois um só existe no e por meio do outro.

De forma articulada e estruturada, a perspectiva totalizadora exige a compreensão das relações reais, a complexidade e as diferenciações presentes em todos os fenômenos, reconhecendo o seu caráter histórico, dinâmico, contraditório e inacabado e que o todo e as partes possibilitam o esclarecimento mútuo (MINAYO, 2014).

Para Marx, a construção desse conhecimento supõe o princípio da historicidade, ou seja, demanda o resgate de sua gênese, do conhecimento da história da realidade do sujeito – objeto de conhecimento – e das mudanças ocorridas ao longo de sua constituição (MINAYO, 2014). Assim, a historicidade é o reconhecimento da processualidade que há na sua história constitutiva (PRATES, 2005), em que estão intrínsecas construções, continuidades e rupturas, desenhando novas possibilidades para a prática social.

Portanto história e realidade são construídas pelos próprios homens, não em condições materiais idealizadas, mas colocadas pela natureza, pelas conquistas, transformações acumuladas, necessidades e novas relações estabelecidas com o mundo e com outros homens (MARX, 1987).

Assim, o MHD, sob o princípio de totalidade, reconhece que nada se constrói fora da história e que essa última é uma totalidade dinâmica de relações, que são produtos da ação e da interação como atividade dos seres humanos, em busca de suas finalidades.

Contudo esse complexo supõe a união de contrários, presente no interior de totalidades dinâmicas e vivas, garantindo a sua contínua transformação. Esse caráter contraditório, como princípio dialético, foi tratado por Kosik (1976, p. 12), ao abordar a relação entre os fenômenos e sua essência, reconhecendo que “[...] sem a compreensão do fenômeno e suas manifestações, a essência seria inatingível”.

Além disso, esses movimentos de entrelaçamentos e de conflitos podem ser vislumbrados entre o singular e o universal, ao compreender que um só se realiza por sua participação no outro, ou seja, “[...] é nas determinações particulares que o método vai buscar o nexo explicativo das totalidades concretas [...]” (MARX, 1982, p. 209).

No sentido dialético, tudo é contraditório, e a contradição, como negação inclusiva, é a luta e a disputa dos contrários, é um movimento que constitui a vida, as relações, os processos sociais e o que se aprende sobre eles. No caso do sistema capitalista, a sua principal contradição reside na *Lei geral de acumulação capitalista* (MARX, 1968), em que há a geração de riqueza, por um lado, e pobreza por outro.

O problema não é a existência da contradição; ela é necessária para garantir o movimento. Homens e mulheres só se humanizam pela negação do inumano que se supera; só aprendem pela negação da ignorância confrontada com o conhecimento e superada provisoriamente. Para Cury (1989), a contradição sempre expressa uma relação de conflito no devir do real, pois cada coisa exige seu contrário, como negação e determinação do outro. Significa a pressuposição necessária da existência do oposto.

Nessa direção, uma questão central consiste em descobrir as relações entre os processos que integram a totalidade e são essencialmente contraditórios, manifestando-se nas partes e no todo. Assim, segundo Netto (2011), a mediação, como princípio dialético, articula a totalidade concreta, sendo fundamental para a compreensão do movimento e da constituição do objeto. Para Pontes (1995), as mediações que estruturam (ontológicas) devem ser reconstruídas pela razão (reflexivas). “É através das mediações que penetramos nos nexos constitutivos do real desvendando suas contradições.” (PRATES, 2005, p. 139).

Diante dessa exposição, reconhecemos a necessidade de apropriação dos detalhes históricos a respeito do fenômeno estudado, de investigar sua coerência interna, de realizar críticas e revisões capazes de contribuir para a construção de análises comparativas entre as produções acadêmico-científicas brasileiras e argentinas a respeito do mercado de trabalho dos/das assistentes sociais na entrada do século XXI, desvendando suas tendências e as reais condições em que o trabalho se concretiza.

Para essa abordagem, esta proposta estará fundamentada nos estudos da crise estrutural do capital, em uma conjuntura caracterizada pelo processo de globalização/mundialização da economia, de reestruturação produtiva e de neoliberalismo, que, em sua complexidade, afeta as esferas de produção e de reprodução social, com profundos impactos no trabalho, no mercado de trabalho, nas expressões da questão social e nas políticas e serviços sociais.

### **3. O processo de construção metodológica: análise de conteúdo com auxílio do software de pesquisa Iramuteq®**

Para o desenvolvimento desta proposta de pesquisa, as equipes optaram por recorrer a procedimentos cujos tratamentos privilegiarão aporte qualitativo e quantitativo a partir de pesquisa de tipo exploratória, pautada em estudo de caráter bibliográfico, através da modalidade *estado da arte* e da técnica de *análise de conteúdo temática ou categorial*, com auxílio do *software* de pesquisa Iramuteq®.

A pesquisa denominada *estado da arte* é condigna a esta proposta, visto que objetiva inventariar e analisar a produção científica. Portanto,

[...] definidas como de caráter bibliográfico, elas parecem trazer em comum o desafio de mapear e de discutir uma certa produção acadêmica em diferentes campos de conhecimento, tentando responder que aspectos e dimensões vêm sendo destacados e privilegiados em diferentes épocas e lugares, de que formas e em que condições têm sido produzidas certas dissertações de mestrado, teses de doutorado, publicações em periódicos e comunicações em anais de congressos e seminários. (FERREIRA, 2002, p. 258).



Assim, a modalidade de pesquisa *estado da arte* possibilita quantificar e analisar o conteúdo dos trabalhos por região de cada país, por período e autores, permitindo apontar caminhos que vêm sendo tomados e aspectos que são abordados em detrimento de outros.

Para o trabalho de pesquisa com recurso a essa modalidade, optamos por realizá-lo a partir da técnica de análise de conteúdo temática ou categorial das produções, com auxílio do *software* de pesquisa Iramuteq®.

Segundo Bardin (2011), a técnica de análise de conteúdo tem, por objetivo, apresentar uma apreciação crítica de análises de conteúdo como uma forma de tratamento em pesquisas qualitativas e quantitativas. Além disso, apresenta três critérios de organização de uma análise: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.

A etapa de pré-análise é realizada considerando o assunto a ser estudado, o período a ser observado, as modalidades de trabalhos e a localização ou base de dados a serem consultadas. Assim, como esta pesquisa propõe estudar o mercado de trabalho do Serviço Social no Brasil e na Argentina, no primeiro vicênio do século XXI, nesta etapa, os pesquisadores recorrerão às revistas acadêmico-científicas referenciadas em cada país, às teses de doutorado, às dissertações de mestrado, aos livros e aos capítulos de livros. Considera-se relevante recorrer às publicações avaliadas por comitês científicos e bancas, a fim de garantir a validade dos dados.

Para a pesquisa nessas bases de dados, trabalharemos com as seguintes chaves de busca: Serviço Social e Mercado de Trabalho Profissional, Mercado de Trabalho do/da Assistente Social, Serviço Social e Trabalho Profissional, Trabalho Profissional do/da Assistente Social, Exercício Profissional do/da Assistente Social.

Nesses processos, os títulos dos trabalhos serão os primeiros indicativos para os identificar quanto ao seu conteúdo. Além disso, os pesquisadores verificarão os resumos, as palavras-chaves, os sumários e outras informações contidas na obra, para identificá-la como objeto de pesquisa e como conteúdo a ser analisado na segunda fase da metodologia. Portanto essa etapa de pré-análise possibilitará a organização do material que irá compor o *corpus* da pesquisa.

A segunda fase, de exploração do material, será composta pela análise dos trabalhos. Para essa etapa, recorreremos à técnica de análise de conteúdo temática ou categorial, visto que é a mais eficaz, sempre que aplicada a conteúdos diretos. Essa técnica consiste em isolar e extrair temas de um texto, de acordo com o problema pesquisado. Para essa fase e com o objetivo de garantir fidelidade à exploração e à análise do material, recorreremos ao *software* Iramuteq®.

O recurso a esse *software* de pesquisa possibilitará a construção de análises estatísticas textuais, associando palavras e sentidos de palavras. Caracteriza-se como um *software* informatizado para análise de textos, que busca apreender a estrutura e a organização do discurso, informando as relações entre os mundos lexicais mais frequentemente comunicados. Assim, possibilitará descobrir informações essenciais por meio da identificação de padrões, de similitudes e de grupos de sentido (SANTOS *et al.*, 2017).

Para o processamento do *corpus* de pesquisa no Iramuteq®, optou-se pela análise estatística denominada *Classificação Hierárquica Descendente (CHD)*, cujo objetivo consiste em apresentar as diferentes temáticas dentro de um grupo de texto comum, suas especificidades mais fortes e grupos que possuem menos associação entre si.

Através das classes temáticas apresentadas, de forma diagramática, pelo dendrograma é possível fazer uma interpretação da divisão dos temas e subtemas presentes naquela análise. Cada uma das classes possui o seu conjunto de segmentos de textos, com destaque para as palavras que foram as mais representativas no contexto.

Para o desenvolvimento deste trabalho, os integrantes do projeto de pesquisa participaram de um curso introdutório ao Iramuteq®, organizado pelo Gripes.

Posteriormente, na fase de tratamento dos resultados, os pesquisadores, fundamentados nos princípios do MHD e nos estudos da crise estrutural do capital, da reestruturação produtiva, da contrarreforma do Estado e das políticas sociais, promoverão sentido às interpretações. Parte-se do pressuposto de que as interpretações buscam o que se esconde por trás dos significados das palavras para apresentarem, em profundidade, o discurso dos enunciados. Nesses casos, objetiva-se um tratamento quantiquantitativo dos resultados, construindo inferências capazes de esclarecer contradições, aspectos singulares, particulares e a conexão universal do fenômeno estudado. A partir dessas interpretações, buscar-se-á identificar lacunas de estudos, temáticas recorrentes, divergentes e possibilidades não exploradas.

Essas opções metodológicas possibilitarão o alcance do objetivo geral da pesquisa e a construção de comparações concernentes aos dados produzidos nesses países, a fim de se refletir a respeito dessa temática, no contexto latino-americano.

Essas comparações, realizadas nessa fase, permitirão descobrir regularidades e transformações, identificar continuidades e descontinuidades, semelhanças e diferenças e explicitar as determinações mais gerais que regem o mercado de trabalho do Serviço Social no Brasil e na Argentina, a fim de responder à questão central desta pesquisa, garantindo a especificidade local do fenômeno e tratando-o dentro das complexas relações sociais que o constituem, como resposta estratégica às questões impostas pelo modelo neoliberal, à reestruturação produtiva e à globalização econômica (FRANCO, 2000).

#### **4. Iniciação científica: contribuições à pesquisa e implicações de sua experiência na formação discente**

Ao longo dos seus dezessete anos de existência, o Gripes contou com a participação de 32 alunos, dentre eles, bolsistas e voluntários. Atualmente o grupo possui oito discentes: dois, com bolsa de iniciação científica – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – dois voluntários, um ex-bolsista CNPq e mestrando do Programa de Pós-Graduação em Política Social (UFF), além de cinco mestrandos desse mesmo Programa, com recente inserção no Grupo. À vista disso, é a nossa experiência como integrantes do grupo de pesquisa e bolsistas de iniciação científica que iremos abordar nesta seção.

Desde 2019, o Gripes, por meio da linha de pesquisa denominada *Serviço Social, formação e trabalho profissional*, vem desenvolvendo uma pesquisa de cooperação internacional intitulada *O mercado de trabalho do Serviço Social no Brasil e na Argentina*. Em tal projeto – o qual tem por objetivo mapear, analisar e comparar as produções acadêmico-científicas brasileiras e argentinas que se referem ao mercado de trabalho para assistentes sociais – os pesquisadores têm participado de todos os procedimentos metodológicos realizados até o presente momento, quais sejam: pesquisa bibliográfica das produções brasileiras, análise de conteúdo dos trabalhos selecionados e

sistematização dos resultados e discussões. Com isso, pudemo-nos aproximar das alunas pesquisadoras argentinas e realizar intercâmbio de culturas, conhecimentos e realidades entre os pesquisadores da Universidad Nacional de Mar del Plata – Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social – e da Universidade Federal Fluminense – Departamento de Serviço Social de Campos dos Goytacazes.

O CNPq oferta bolsas em diversas modalidades para jovens estudantes de ensino médio, estudantes de graduação e pós-graduação. No nível da graduação, encontra-se a iniciação científica, que tem a finalidade de “[...] despertar vocação científica e incentivar talentos potenciais entre estudantes de graduação universitária, mediante participação em projeto de pesquisa, orientados por pesquisador qualificado.” (PIBIC/CNPq, 2021). Nessa mesma perspectiva, a Faperj aponta que um dos objetivos dos programas de bolsa de iniciação científica é: “[...] incentivar alunos de graduação com vocação para a pesquisa científica e tecnológica, treinando-os em unidades de ensino e pesquisa, sob a supervisão de um orientador qualificado.” (FAPERJ, 2021).

Assim, a iniciação científica está associada diretamente ao tripé da educação, conforme sinaliza o Art. 207 da Constituição Federal de 1988: “[...] as universidades gozam de autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial, e obedecerão *ao princípio de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão.*” (BRASIL, 1988). Nessa mesma ótica, verifica-se, dentre os princípios que fundamentam a formação profissional da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, o princípio n. 8, que defende a “[...] indissociabilidade nas dimensões de ensino, pesquisa e extensão.” (ABEPSS, 1996, p. 7).

A realização da iniciação científica, durante os anos de graduação, objetiva a formação de estudantes pesquisadores, o que garante a inovação tecnológica, e possui, como recursos humanos, docentes pesquisadores com titulação de doutores. Assim, além do compromisso com a formação profissional, a universidade garante o desenvolvimento com a produção de novos conhecimentos em diversas áreas. Dessa maneira, Cruz e Andrade (2018, p. 7) afirmam que “[...] a pesquisa é o caminho essencial para que o discente estude e conheça as particularidades do objeto de trabalho do assistente social em sua totalidade, para assim criar alternativas de intervenção frente à realidade social”.

Por conseguinte, vale destacar a importância da organização de grupos de estudos com a equipe de pesquisa do Gripes, a qual possibilita a troca de saberes e percepções, bem como a identificação da relevância e da frequência das ideias acerca dos textos trabalhados até então, auxiliando-nos a ampliar o debate sobre “[...] a nova morfologia do trabalho no Serviço Social” (RAICHELIS, 2018) e refletir sobre as tendências de seu mercado de trabalho. Além disso, ressaltamos o investimento do Gripes por meio do curso introdutório sobre o *software* de pesquisa Iramuteq®, sem o qual seria extremamente complexo realizar o trabalho de organização do *corpus* da pesquisa tal como demanda o *software*.

Massi e Queiroz (2010) apresentam dados que corroboram o que os pesquisadores têm experienciado, como o pensamento crítico, a autonomia, a criatividade, a dedicação e a responsabilidade, os quais – a partir da imersão dos alunos na pesquisa – suscitam sua autovalorização e autoestima. Ademais, constata-se a aproximação dos pesquisadores com o professor orientador por meio da partilha de conhecimentos e de experiências, como também a socialização profissional, realizada por meio de encontros com assistentes sociais da Política de Saúde.

Acrescenta-se a isso a congruência com os dados de Massi e Queiroz (2010), que dizem respeito à motivação para a pesquisa, uma vez que dois dos três pesquisadores procuraram o orientador por iniciativa própria, tendo em vista uma aproximação do âmbito da pesquisa para além da disciplina de Pesquisa em Serviço Social, a qual é lecionada pelo professor. Quanto a isso, cabe mencionar que a iniciação científica possibilitou que um dos discentes estivesse na pesquisa, antes mesmo da disciplina de pesquisa e que os atuais bolsistas iniciassem na pesquisa, quando voluntários, o que demonstra as possibilidades e as oportunidades por meio da inserção na investigação. Ademais, como também apontam as autoras, percebemos que, por intermédio do estímulo à vocação científica e investigativa, alcançamos melhor aproveitamento nas disciplinas, uma vez que conquistamos e construímos, por meio da exploração científica, ampliação de conhecimentos que complementam o ensino em sala de aula. Dessa forma, percebe-se que a participação ativa na pesquisa aumenta nossa curiosidade e vontade de aprender, bem como desenvolve nossas capacidades de indagar e de problematizar, o que compreendemos como investimento na formação profissional. Nesse sentido,

[...] a pesquisa científica possibilita às(aos) discentes e docentes sair da dimensão teórica (imprescindível) e ir para o mundo concreto, isto é, ampliar o olhar sob diversos fenômenos sociais que rodeiam e requerem respostas concretas e palpáveis, mas sem cair na redução do empirismo. (ARAÚJO *et al.*, 2020, p. 83).

Concordamos com Moraes (2013, p. 244), quando afirma que “[...] a preocupação com a pesquisa/dimensão investigativa/produção de conhecimento deve ser antecedida por uma apreensão de seu real significado para a profissão que tem razão de ser na intervenção”. Com isso, apesar de entendermos que o Serviço Social não é uma ciência, defendemos que ele é um trabalho que produz conhecimentos, por meio de sua dimensão investigativa e de sua aproximação e recurso às Ciências Sociais, sobretudo da teoria social de Marx. Nessa ótica, não se pode correr o risco de desarticular a dimensão investigativa da dimensão interventiva, “[...] sob pena de esvaziar o Serviço Social de pertinência científica e, portanto, de *status* de profissão de nível superior que se apoia em embasamento teórico nutrido por contínuas e sistemáticas investigações da realidade.” (PEREIRA, 2015, p. 18).

Desse modo, a graduação em Serviço Social não deve fortalecer a dicotomia entre o ensino e a pesquisa, mas trabalhar a pesquisa nas disciplinas teóricas – a partir do materialismo histórico-dialético – e incentivar que os alunos se insiram em pesquisas, as quais oportunizam “[...] habilidades e competências necessárias ao trabalho do assistente social.” (PASCOALATO; SILVEIRA; 2016, p. 3). A iniciação científica proporciona a construção do movimento de apreensão do significado social da profissão e o desvelamento da realidade social a partir do desenvolvimento do senso crítico e da busca pela essência dos fatos, características imprescindíveis ao exercício profissional qualificado, que atenda às demandas dos usuários e que não os culpabilize e/ou estigmatize pelas condições de vida às quais estão submetidos. Nessa lógica, percebe-se que a pesquisa se apresenta como um instrumento estratégico para o trabalho de assistentes sociais e que promovem a interlocução das diferentes dimensões do exercício profissional (teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa). Assim, por meio do recurso à pesquisa, proporciona-se uma formação mais qualificada para o aluno pesquisador, alinhada aos compromissos éticos e políticos assumidos pela categoria.

Os dados apresentados por Massi e Queiroz (2010) complementam os apontamentos de Miranda *et al.* (2018), pois, apesar de ter ficado algum tempo quase limitada à pós-graduação, as pesquisas na graduação surgiram por meio da criação da iniciação científica, a qual possibilitou a aproximação entre ensino e pesquisa, teoria e prática, graduação e pós-graduação. Nesse sentido,

A pesquisa assume, assim, um papel decisivo na conquista de um estatuto acadêmico que possibilita aliar formação com capacitação, condições indispensáveis tanto a uma intervenção profissional qualificada, quanto à ampliação do patrimônio intelectual e bibliográfico da profissão, que vem sendo produzido especialmente, mas não exclusivamente, no âmbito da pós-graduação *stricto sensu*. (GUERRA, 2009, p. 702).

Como consequência, a pesquisa permite a formação tanto no âmbito acadêmico, quanto no trabalho profissional, auxiliando no desenvolvimento de estratégias de aprendizagem, na construção da monografia e na inserção de programas de pós-graduação, como abordam Cruz e Andrade (2018). Nessa perspectiva, cabe mencionar que um dos alunos pesquisadores e bolsista de iniciação científica participante do estudo mencionado neste capítulo se inseriu no mestrado em Política Social (UFF).

Ademais, Yamamoto (2007 *apud* Moraes, 2013) indica a necessidade de um perfil profissional solicitado pela profissão, o qual:

[...] deve ser capaz de pensar, analisar, pesquisar e decifrar a realidade a partir de uma atitude investigativa que deve perpassar o seu cotidiano. Além disso, deve ser capaz de analisar os processos sociais, entendendo o presente e contribuindo para a construção do futuro. (MORAES, 2013, p. 255).

Nesse contexto, indica-se que, em meio aos desafios para formação e para qualificação profissional, insta ressaltar as adversidades que vêm sendo postas em virtude da mundialização do capital e da difusão do ideário neoliberal, o qual vem sendo implementado pelo Estado brasileiro desde a década de 1990. A partir da adoção dessa ideologia, que defende a privatização, a focalização e a descentralização das políticas sociais, verificam-se os cortes orçamentários nas unidades de ensino superior. Acrescenta-se a isso a desvalorização das Ciências Humanas e Sociais, que, por não atenderem à lógica produtivista do capital e por desenvolverem conhecimento crítico, sofrem redução nos recursos, inclusive no âmbito da pesquisa. Assim, como apontam Yazbek, Raichelis e Martinelli (2008), a mercantilização e a precarização do ensino – defendidas pelo neoliberalismo, que enxerga educação como um gasto e não como um investimento à sociedade – podem rebater na identidade do Serviço Social.

Diante desses fatos, que resultam na banalização, na desvalorização e na precarização de pesquisas, o Grupo Interdisciplinar de Estudo e Pesquisa em Cotidiano e Saúde segue resistente na construção de uma sociedade mais justa e igualitária, por meio da inserção de alunos e da construção de projetos de pesquisa e de extensão. Dessa forma, há um retorno tanto à sociedade, por meio da formação de profissionais capacitados e de ações desenvolvidas, quanto aos estudantes pesquisadores, por meio da construção e do desenvolvimento da formação no âmbito investigativo, crítico e de qualidade.

Logo, ressaltamos o enriquecimento da trajetória acadêmico-profissional discente; a pesquisa como um dos pilares da formação profissional; o fortalecimento da dimensão investigativa e da pesquisa no Serviço Social (considerando seu papel crítico, político, social, profissional e científico). Nesse sentido, em meio a retrocessos, negacionismo científico, cortes no orçamento e ataques à universidade pública e à ciência brasileira, reafirmamos a relevância da educação superior pública, gratuita e de qualidade e seus impactos sociais.

## 5. Considerações finais

Neste capítulo, abordamos a construção metodológica de um projeto pesquisa de cooperação internacional desenvolvido entre o Gripes e o Grupo de Investigación Fundamentos, Formación y Trabajo, além das contribuições da iniciação científica para o desenvolvimento da pesquisa, bem como as implicações para a formação profissional dos discentes.

Partimos do reconhecimento da indissociável conexão entre elaboração teórica e formulação metodológica, destacando as opções pelo materialismo histórico-dialético, pela metodologia de análise de conteúdo temática ou categorial e o recurso ao *software* de pesquisa Iramuteq®.

Para concluir, ressaltamos que a pandemia da Covid-19, iniciada em março de 2020, tem causado diversas implicações para o mercado de trabalho de assistentes sociais, demandando novos movimentos para análise e também para o desenvolvimento desta proposta de pesquisa.

Na particularidade desta proposta, a estratégia do trabalho *on-line*, como importante medida para o enfrentamento da transmissão do vírus, desafiou a equipe de pesquisa à construção de uma nova sistemática de trabalho, adaptando-se a essa nova modalidade, por meio da reorganização do espaço e da rotina domiciliar para o trabalho, da troca de pacotes de internet, assumindo parte de seus custos, além de uma dinâmica de pesquisa, para além das habituais, tais como: maior solidão no local de trabalho, distanciamento físico do laboratório e do grupo de pesquisa, articulado a afazeres domésticos e à ausência de espaço adequado para o desenvolvimento da pesquisa.

Tais dificuldades mobilizaram a equipe para a construção das seguintes estratégias: grupo no WhatsApp® para os pesquisadores brasileiros; grupo para os estudantes-pesquisadores brasileiros e argentinos; reuniões, orientações e grupos de estudos virtuais; realização do trabalho de pesquisa virtual; produção de relatórios parciais e de artigos científicos em domicílio; além de participação e apresentação de trabalhos orais, na modalidade virtual, em congressos internacionais, nacionais e regionais. Diante disso, reconhecemos, por um lado, a relevância dessas estratégias e, por outro, a intensificação do trabalho mediado pelo computador e suas implicações, incluindo para saúde dos/as pesquisadores/as.

## Referências

ARAÚJO, L. *et al.* Serviço Social e pesquisa científica: uma relação vital para a formação profissional. **Katálysis**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 81-89, jan./abr. 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (ABEPSS). **Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social**. Rio de Janeiro: ABEPSS, 1996.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: 70, 2011. 229 p.

BEZERRIL, M. Iramuteq nas pesquisas qualitativas brasileiras da área da saúde: scoping review. **Investigação Qualitativa em Saúde**, [s. l.], Atas Ciaiq, v. 2, 2017.

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

CISNE, M. **Gênero, divisão sexual do trabalho e Serviço Social**. São Paulo: Expressão Popular, 2015.

COLEGIO DE ASISTENTES SOCIALES O TRABAJADORES SOCIALES DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES. **Condiciones del ejercicio profesional del Trabajo Social: tendencias en la Provincia de Buenos Aires**. 1. ed. La Plata: Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires, 2015.

CRUZ, T. R. do N.; ANDRADE, R. F. C. A pesquisa em Serviço Social: a iniciação científica como parte da formação profissional. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL (ENPESS), 16., 2018, Vitória. **Anais [...]**. Vitória: Cfess, 2018.

CURY, C. R. J. **Educação e contradição**: elementos metodológicos para uma teoria crítica do fenômeno educativo. São Paulo: Cortez, 1989.

DESLAURIERS, J. P.; HURTUBISE, Y. **El trabajo social internacional**: elementos de comparación. 1. ed. Buenos Aires: Lumen, 2007.

EM DEFESA DAS VIDAS NEGRAS. **Cfess**, [s. l.], 25 jul. 2020. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1734>. Acesso em: 28 jul. 2020.

FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES PROFESIONALES DE SERVICIO SOCIAL (FAAPS). Crítica situación de las condiciones de trabajo de profesionales del Trabajo Social de la Argentina. **Caba**, [s. l.], 2016. Disponível em: <http://www.trabajo-social.org.ar/wordpress/condiciones-de-trabajo-de-profesionales-del-trabajo-social-de-la-argentina/>. Acesso em: 28 jul. 2020.

FERREIRA, N. S. A. As pesquisas denominadas “Estado da Arte”. **Educação e Sociedade**, Campinas, n. 79, p. 257-272, ago. 2002.

FRANCO, M. C. Quando nós somos o outro – Questões teórico-metodológicas sobre os estudos comparados. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 21, n. 72, p. 197-230, ago. 2000.

GUERRA, Y. A dimensão investigativa no exercício profissional. *In*: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS); ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (ABEPSS) (org.). **Serviço Social: direitos e competências profissionais**. Brasília, DF: CFESS, ABEPSS, 2009. p. 702-715.

GUIRALDELLI, R. Espaços sócio-ocupacionais, condições de trabalho e agravos à saúde de assistentes sociais na contemporaneidade. **Sociod. em Deb.**, Pelotas, v. 24, n. 3, p. 97-112, set./dez. 2018.

KAMEYAMA, N. **Concepção de teoria e metodologia**. São Paulo: Cortez, 1989. (Cadernos Abess, n. 3).

KOSIK, K. **Dialética do concreto**. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

LOWI, M. **Método dialético e teoria política**. Tradução de Reginaldo Di Piero. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

MARX, K. **O capital**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968. (L. I e II, v. I e II).

MARX, K. **A burguesia e a contra-revolução**. São Paulo: Ensaio, 1987.

MARX, K. **Para a crítica da economia política**. Salário, preço e lucro. O rendimento e suas fontes. São Paulo: Abril Cultural, 1982. (Col. Os economistas, o ponto 3, O método da economia política, da Introdução de 1857-58).

MASSI, L.; QUEIROZ, S. L. Estudo sobre iniciação científica no Brasil: uma revisão. **Cadernos de Pesquisa**, [s. l.], v. 40, n. 139, p. 173-197, jan./abr. 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIRANDA, A. da C. *et al.* Iniciação científica na graduação em serviço social trilhando alguns passos na formação acadêmica e profissional. *In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL (ENPESS)*, 16., 2018, Vitória. **Anais [...]**. Vitória: Cfess, 2018.

MORAES, C. A. S.; GONÇALVES, C. M. Contribuições para o debate da relativa autonomia do Serviço Social a partir da formação profissional. **Sociedade em Debate**, v. 26, n. 3, p. 131-145, 2020.

MORAES, C. A. S.; SANTOS, C. M.; GONÇALVES, J. F. Particularidades do mercado de trabalho e do trabalho de assistentes sociais na política de saúde, no Brasil. *In: SENNA, M. C. M.; FREITAS, R. C. S.; MORAES, C. A. S. (org.). Política social no Brasil: sujeitos, trajetórias e institucionalidades*. Curitiba: CRV, 2020.

MORAES, C. A. de S. A “viagem de volta”: significados da pesquisa na formação e prática profissional do Assistente Social. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 114, p. 240-265, abr./jun. 2013.



NETTO, J. P. **Introdução ao estudo do método de Marx**. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

PASCOALATO, L. L.; SILVEIRA, T. M. Iniciação científica em serviço social: pesquisa de dados sobre os TCC e os Relatórios de Estágios Curriculares da FACIG. *In: SEMINÁRIO CIENTÍFICO DA FACIG: SOCIEDADE, CIÊNCIA E TECNOLOGIA*, 2., 2016, Igarapu. **Anais** [...]. Igarassu: Facig, 2016.

PEREIRA, P. A. P. A utilidade da pesquisa para o Serviço Social. **Revista Serviço Social e Saúde**, Campinas, v. 4, n. 4, p. 17-28, maio 2005.

PONTES, R. N. **Mediação e Serviço Social**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

POPULARIZAÇÃO DA CIÊNCIA. **Ministério da Ciência, Tecnologias e Inovações**, Brasília, DF, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/cnpq/pt-br/assuntos/popularizacao-da-ciencia>. Acesso em: 7 de jun. 2021.

PRATES, J. C. O método e o potencial interventivo e político da pesquisa social. **Temporalis**, Porto Alegre, Abepss, n. 9, p. 131-146, jan./jun. 2005.

RAICHELIS, R. Proteção social e trabalho do assistente social: tendências e disputas na conjuntura de crise mundial. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 116, p. 609-635, out./dez. 2013.

RAICHELIS, R. Serviço Social: trabalho e profissão na trama do capitalismo contemporâneo. *In: RAICHELIS, R. (org.). A nova morfologia do trabalho no Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 2018. p. 25-65.

SANTOS, M. T.; MANFROI, V. M. Condições de trabalho das/os assistentes sociais: precarização ética e técnica do exercício profissional. **Em Pauta**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 36, p. 178-196, jul./dez. 2015.

SANTOS, V.; SALVADOR, P.; GOMES, A.; RODRIGUES, C.; TAVARES, F.; ALVES, K.; BEZERRIL, M. Iramuteq nas pesquisas qualitativas brasileiras da área da saúde: scoping review. **Investigação Qualitativa em Saúde**, Atas Ciaiq, v. 2, jan./dez. 2017.

## HOMENAGEM A PROFA. DRA. DENISE CHRYSÓSTOMO DE MOURA JUNCÁ

Uma homenagem é a expressão do reconhecimento e da admiração por alguém. E homenagear a profa. Denise Juncá significa assumir a missão de colocar no papel a gratidão que muitos de seus ex-alunos expressam em nossos encontros profissionais e de vida. E essa, não é uma tarefa fácil, porque em cada letra do *agradecimento* são revigoradas memórias, permeadas por emoções e histórias. Agradecer significa reconhecer que não estamos sozinhos, que a vida é construída por meio de relações diferenciais que nos constituem enquanto sujeitos e nos revigoram, por meio de palavras amigas e a vivência da amizade, de cumplicidades, carinho, respeito e solidariedade. Agradecer é reconhecer que o encontro de vidas provoca mudanças favoráveis ao reencontro consigo mesmo, com seus planos e sonhos, ancorados nos afetos, estímulos e amparos.

Agradecemos à Denise Juncá que, além de fundadora do Gripes, contribuiu para formação profissional e humana dos/as pesquisadores/as que com ela conviveram no grupo de pesquisa. Ela despertou em muitos de nós, a motivação e a paixão pela pesquisa, articulada ao compromisso com uma sociedade mais justa, democrática e livre.

A Denise é como uma poesia leve e profunda, inspiradora e questionadora, doce e reflexiva... É aquele tipo de gente que passa a ser gente dentro da gente, porque a sua postura ética, a sua capacidade de liderar democraticamente, o seu respeito e o seu afeto, marcaram trajetórias e constituem memórias de seus ex-alunos e amigos.

Ela abriu as portas do futuro para muitos discentes e, como uma prática de liberdade, os inspirou a voar, mas também criou laços e enfrentou percalços, movendo-se pela paixão.

Denise, voamos com o seu afeto e o seu amparo, agradecendo pela sua amizade e pela certeza de que está sempre aqui, em cada um de nós e conosco. Obrigado!

Inverno de 2021.

*Carlos Antonio de Souza Moraes e Verônica Gonçalves Azeredo*

## **SOBRE OS AUTORES**

**ADRIANA DE ANDRADE MESQUITA:** Professora adjunta do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Ouro Preto - UFOP. Graduada em Serviço Social pela UFRJ. Mestre em Política Social pela UFF. Especialista em Análise de Políticas Públicas pelo Instituto de Economia da UFRJ. Doutora em Políticas Públicas, Desenvolvimento e Estratégia pelo IE/UFRJ. Membro do Núcleo de Pesquisa Histórica sobre Proteção Social/Centro de Referência Documental (NPHPS/CRD-UFF), do Núcleo de Extensão e Estudos em Formação e Trabalho em Serviço Social (NEESFT/UFOP) e do Núcleo de Estudos Afro-Brasileiros e Indígenas (NEABI/UFOP).

**ALESSANDRA GENÚ PACHECO:** Professora Adjunta do Departamento de Serviço Social de Campos dos Goytacazes/RJ (SSC), integrante do Instituto de Ciências da Sociedade e Desenvolvimento Regional (ESR), na Universidade Federal Fluminense (UFF). Doutora pelo Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), em 2020. Mestra em Serviço Social pela Universidade Federal do Pará (UFPA), em 2006. Assistente Social na Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FHCGV/PA), de 2005 a 2018. Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Pará (UFPA), em 2003.

**AMANDA BERSÁCULA:** Doutoranda em Educação no PPGEdu - UFF, mestra em Ensino no PPGE - INFES/UFF. Possui graduação em Serviço Social pela FAC Redentor (2008). Atua, atualmente, como assistente social do Instituto Federal Fluminense campus Santo Antônio de Pádua. Tem experiência na área de Saúde (CAPS e Controle, Avaliação e Auditoria do SUS), em Educação Municipal (atendimentos aos estudantes, responsáveis e docentes, inclusão de estudantes com necessidades específicas) e na Assistência Social (CRAS, CREAS, Bolsa Família).

**ANA PAULA PESSANHA CORDEIRO:** Assistente Social atuante na Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Campos dos Goytacazes, RJ, especialista em saúde pública com ênfase em estratégia saúde da família. Integrante do Gripes desde 2006, com participação em projetos de pesquisa e extensão.

**ARTHUR LOBO COSTA MATTOS:** Psicólogo, especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e em Saúde da Família e Comunidade pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Mestre e doutorando em Saúde Coletiva no Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), bolsista Nota 10 pela FAPERJ. No momento, estuda a geografia urbana histórica e política da saúde e segurança em metrópoles do capitalismo dependente.

**CARLOS ANTONIO DE SOUZA MORAES:** Doutor em Serviço Social (PUC/SP); Mestre em Política Social (UENF); Bacharel em Serviço Social (UFF); Professor do quadro permanente do Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Universidade Federal Fluminense; Professor Adjunto do Departamento de Serviço Social de Campos/ Universidade Federal Fluminense; Líder do Grupo Interdisciplinar de Estudo e Pesquisa em Cotidiano e Saúde (GRIPES/CNPq/UFF). E-mail: carlosantoniomoraes@id.uff.br

**DOUGLAS MARTINS AMARAL:** Assistente Social lotado na Fundação Municipal de Saúde - Campos dos Goytacazes. Graduado pela Universidade Federal Fluminense/ Departamento de Serviço Social de Campos. Mestrando pelo Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Universidade Federal Fluminense. Membro do Grupo Interdisciplinar de Estudo e Pesquisa em Cotidiano e Saúde (GRIPES/UFF/CNPq), sob orientação do prof. dr. Carlos Antonio de Souza Moraes.

**EDILMA SOARES DA SILVA:** Doutoranda do PPGRSS – Questões Sócioambientais, Urbanas e Formas de Resistência Social na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). Pesquisadora do Laboratório de Estudos Urbanos e Socioambientais - LEUS/PUC-Rio, Historiadora pela Universidade Estácio de Sá – RJ, Mestre em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). Especialista em Atendimento à Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Doméstica - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), Assistente Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio).

**EDVÂNIA ÂNGELA DE SOUZA:** Possui graduação em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (1994); Mestrado (2004) e Doutorado em Serviço Social (2009) pela mesma Universidade, UNESP- câmpus de Franca, SP. Tem pós doutorado pela Universidade de Havana, Departamento de Sociologia, Cuba. É pós doutora pelo Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de São Paulo - UNIFESP (2015-2017). É docente do Departamento de Serviço Social da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, UNESP, campus de Franca/SP. É Profa. Colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Políticas Sociais - PPGSSPS - Mestrado Acadêmico da UNIFESP-Baixada Santista. É bolsista produtividade 2, do CNPq. Líder do grupo de estudos e pesquisas "Mundo do Trabalho, Serviço Social e Saúde do(a) Trabalhador(a) (GEMTSSS)". Foi membra da diretoria executiva da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), gestão 2015/2016 e coordenadora de Graduação da Abepss, regional SUL II, gestão 2017/2018. Atualmente, compõe a gestão da Abepss: Aqui se respira luta, como coordenadora da graduação da regional Sul II. Também é membra do Grupo de Trabalho e Pesquisa (GTP), ampliado, da ABEPSS: "Trabalho, Questão Social e Serviço Social". Compôs o Grupo de Trabalho (GT) "Trabalho e formação profissional do Serviço Social na Saúde", da ABEPSS, 2015-2016. Tem experiência na área de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, com ênfase em Serviço Social, atuando principalmente nos seguintes temas: serviço social, saúde do trabalhador e da trabalhadora, trabalho e saúde, SUS, seguridade social. Linha de pesquisa: Trabalho, Movimentos Sociais e Políticas Sociais.

**ELIANA MONTEIRO FERES:** Possui graduação em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense (UFF, 1996). Pós-Graduação Lato Sensu em Serviço Social Contemporâneo Assistência e Trabalho Social pela mesma Instituição (2002). Atuou como Conselheira do Cress/ Seccional Norte Fluminense, gestões 2015 a 2017 e 2017 a 2020. Atualmente é Conselheira do Conselho Municipal de Assistência Social de Campos e Macaé (2020 – 2022) e do Conselho Municipal de Promoção dos Direitos da Criança e Adolescentes (2020 – 2021). É assistente social da Fundação Municipal de Saúde/ Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes/RJ e da Prefeitura Municipal de Macaé/RJ.

**FERNANDA DE OLIVEIRA MONTEIRO:** Mestre em Política Social na Universidade Federal Fluminense de Niterói (2011). Especialista em Saúde Mental:Atenção Psicossocial, Gestão e Pesquisa, pelo IPUB/UFRJ (2012). Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense de Campos dos Goytacazes (2008). Atua como assistente social no Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB) em São João da Barra, bem como no Caps Ad Porto em Macaé. Pesquisadora do GRIPES / CNPq (Grupo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisa em Cotidiano e Saúde) da UFF Campos.

**JESSICA TAIANE DA SILVA:** Graduanda em Serviço Social pela Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ESS/UFRJ). Pesquisadora e extensionista do Projeto de Pesquisa e Extensão Luta Antimanicomial e Feminismos.

**JOSEMARA HENRIQUE DA SILVA PESSANHA:** Mestra em Políticas Sociais pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF). Especialista em PROEJA - Trabalho e Educação e o Mundo da Educação Profissional pelo IFFluminense campus Campos Centro. Possui graduação em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Atua como Assistente Social no Instituto Federal Fluminense campus Campos Guarus desde 2007. Tem experiência na área de Educação, atuando em equipe multidisciplinar na Coordenação de Assistência Estudantil e no Núcleo de Apoio às Pessoas com Necessidades Educacionais Específicas (NAPNEE) direcionado ao acompanhamento sociopsicopedagógico.

**JULIANA DESIDERIO LOBO PRUDENCIO:** Doutora e mestre em Política Social Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social na UFF- Niterói e Assistente Social pela UFF- Niterói. Pesquisadora no campo da política social, política de saúde mental, política sobre drogas e encarceramento por tráfico de drogas. Docente do Departamento de Serviço Social na UFF-Campos.

**KÉRCIA ROCHA ANDRADE:** Doutora pelo Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), em 2020. Participou do Programa Institucional de Doutorado-Sanduiche no Exterior (PDSE/CAPES), na *School of Social Work da University of Georgia*, na cidade de Athens/Geórgia/ EUA, no período de 2018 a 2019. Mestra em Serviço Social pela Universidade Federal de Sergipe (UFS), em 2015. Pós-Graduada pelo Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso pelo Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU-UFS), em 2013. Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal de Sergipe (UFS), em 2009.

**LAÍSA CUNHA DA SILVA:** Discente do curso de graduação em Serviço Social da Universidade Federal Fluminense no Departamento de Serviço Social de Campos. Integrante do Projeto de Pesquisa "O Mercado de Trabalho do Serviço Social no Brasil e na Argentina". Membro do Grupo Interdisciplinar de Estudo e Pesquisa em Cotidiano e Saúde (GRIPES/UFF/CNPq). Bolsista de Iniciação Científica da CNPq (Edital 2020 – 2021 / 2021-2022, orientada pelo prof. dr. Carlos Antonio de Souza Moraes.

**LENON ARAÚJO MATOS:** Mestre em Educação pela PUC-Rio (2018). Possui graduação em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense (2008). É assistente social do Instituto Federal Fluminense campus Cabo Frio desde 2010. Tem experiência na área de Serviço Social, com ênfase em Serviço Social da Educação, atuando principalmente no seguinte tema: assistência estudantil, permanência, políticas estudantis.

**LUAM FRANÇA DE AZEVEDO:** Graduando em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense / Departamento de Serviço Social de Campos. Membro do Grupo Interdisciplinar de Estudo e Pesquisa em Cotidiano e Saúde (GRIPES/UFF/CNPq). Pesquisador bolsista de IC (FAPERJ - edital 2.2019) no Projeto de Pesquisa “O Mercado de Trabalho do Serviço Social no Brasil e na Argentina”, orientado pelo Prof. dr. Carlos Antonio de Souza Moraes.

**LUANA DA SILVEIRA:** Psicóloga (UNISC), Mestre em saúde coletiva (ISC/UFBA) e Doutora em Psicologia Social (UERJ). Co-coordenadora da Universidade aberta à loucura- UAL; coordenadora do grupo de pesquisa-intervenção em saúde mental e justiça- GPISMJ; co-coordenadora da Rede Convida; supervisora de estágio na RAPS. Docente no Departamento de Psicologia na UFF – Campos.

**MARCO JOSÉ DE OLIVEIRA DUARTE:** Assistente Social, Sanitarista, Mestre e Doutor em Serviço Social, Pós-Doutor em Políticas Sociais. Professor Adjunto da Faculdade de Serviço Social e Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Docente Colaborador do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq. Coordenador do Grupo de Estudos e Pesquisas em Sexualidade, Gênero, Diversidade e Saúde: Políticas e Direitos (GEDIS/CNPq).

**MARIA DA PENHA LYRIO BARRETO MOURA:** Especialista em Serviço Social contemporâneo (UFF); Assistente social atuante em diversas políticas no município de Campos Goytacazes e na docência pela Universidade Federal Fluminense 1995/96 e 2005/2006. Experiência de gestão de equipe multiprofissional em organizações não governamentais na área da infância e juventude, atuando em assessoria no Conselho de direitos da criança e adolescente e também como conselheira de direitos (2005 a 2012). Atua há 18 anos, na Fundação Municipal de Saúde - Hospital Ferreira Machado na Coordenação de equipe de Serviço Social de 2013 a 2019 e, atualmente, em Unidade Pré-Hospitalar e pediatria do Hospital Ferreira Machado.

**MAURÍLIO DE CASTRO MATOS:** Assistente Social. Doutor em Serviço Social (PUC-SP) e Pós-Doutor em Política Social (UnB). Professor da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), atualmente na Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Foi presidente do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS).

**RACHEL GOUVEIA PASSOS:** Assistente Social. Professora Adjunta na Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ESS/UFRJ). Docente colaboradora do Programa de Pós-graduação em Política Social da Universidade Federal Fluminense (PPGPS/UFF). Co-coordenadora do Projeto de Pesquisa e Extensão Luta Antimanicomial e Feminismos

**RITA DE CÁSSIA SANTOS FREITAS:** Professora titular da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense. Graduada em Serviço Social pela UERJ, Mestre e Doutora em Serviço Social pela UFRJ, Pós-Doutora em Sociologia pelo CES-UC e Pós Doutora em Política Social pelo ISCTE-IUL. Coordenadora do Núcleo de Estudos de Pesquisa Histórica sobre Proteção Social/Centro de Referencias Documentais (ESS/UFF), membro do Núcleo de Cidadania e Direitos Humanos (ESS/UFF) e da Rede de Estudos sobre Famílias e Política Social (REFAPS).

**THAYNARA MOREIRA BOTELHO:** Doutoranda em Políticas Sociais pela Universidade Estadual do Norte Fluminense (UENF). Mestra em Política Social pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Pós-graduada em Planejamento e Gestão de Projetos Públicos e Sociais pela Faculdade Novo Milênio. Graduada em Serviço Social pela UFF. É pesquisadora do GRIPES / CNPq (Grupo Interdisciplinar de Estudo e Pesquisa em Cotidiano e Saúde). Tem experiência nas áreas de Fundamentos do Serviço Social, Capitalismo, Questão Social e Movimentos Sociais.

**VALENTINA SOFÍA SUÁREZ BALDO:** Graduada em Serviço Social pela Universidad Nacional de Córdoba (UNC), Argentina. Mestre e doutora em Política Social pela Universidade Federal Fluminense (UFF), com estudos de pós-doutorado no Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Tem focado suas pesquisas em sistemas de saúde comparados, políticas de proteção social comparadas e transferências condicionadas de renda.

**VERA MARIA RIBEIRO NOGUEIRA:** Possui graduação em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (1967), mestrado em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1990) e doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2002), Pós-doutorado na Universidade Autônoma de Barcelona - Departamento de Sociologia - Seminário de Análise de Políticas Pública - SAPS (2007). Professora do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina e professora adjunta do Programa de Pós-graduação em Política Social e Direitos Humanos da Universidade Católica de Pelotas. Pesquisadora do CNPq. Editora da Revista Sociedade em Debate da Universidade Católica de Pelotas. Tem experiência na área de Serviço Social, com ênfase em Serviço Social Aplicado, atuando principalmente nos seguintes temas: políticas de saúde em áreas fronteiriças,

direito à saúde, ação profissional, análise e avaliação de políticas sociais. Orientadora de doutorado e de pós-doutorado.

**VERÔNICA GONÇALVES AZEREDO:** Pós-Doutorado pelo Programa de Política Social da Universidade Federal Fluminense/Niterói (2017-2018), Doutora em Política Social pela Universidade Federal Fluminense (2012), Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1999), Especialista em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense (1996), Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense (1991). Professora Associada da Universidade Federal Fluminense no Departamento de Serviço Social de Campos dos Goytacazes RJ/ Brasil. Líder do Núcleo de Pesquisa em Famílias, Sujeitos Sociais e Territórios Vulneráveis (NUFSTEV), Pesquisadora no Núcleo Proteção Social, Gênero, Famílias e Gerações. Membro da Rede de Pesquisa sobre Famílias e Política Social- REFAPS. Experiências na área de Sujeitos Sociais e Proteção Social como regularidade histórica; nas abordagens de Famílias, Políticas Sociais e Serviço Social e no campo dos estudos sobre Espaço de Vida, Estruturas de Oportunidades e Território de Vulnerabilidades ante a pobreza.

**WANESSA GONZAGA OLIVEIRA:** Graduada em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (2006), Mestre em Políticas Sociais pelo PPGPS do CCH da Universidade Estadual do Norte Fluminense - Darcy Ribeiro (2009), especialista em Gestão de Organização Pública de Saúde pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - Unirio (2012). Trabalhou como: Assistente social do CAPS Maria José Rodrigues Barrada - Cantagalo/RJ (janeiro/2007- outubro/2010); Professora substituta na Universidade Federal Fluminense-UFF/Campos do Goytacazes (julho/2011- maio/2013); Assistente Social do CREAS São Fidélis (março/2016 - agosto-2018); Experiência em gestão: Secretária Municipal de Saúde de Itaocara/RJ de julho de 2013 a fevereiro de 2015. Atualmente trabalha: CAPS de São João da Barra/RJ (desde setembro 2009) e na Secretaria Municipal de Saúde de Itaocara/RJ (desde julho 2010).





A coletânea que ora temos em mãos não é apenas mais uma coletânea, o que de *per si* seria motivo de comemoração. Assim, não cabem as palavras habituais, que se assemelham a um mantra, destacando a contribuição para a área acadêmica na qual se insere. Aqui, importa marcar a contribuição diferencial desta publicação para o Serviço Social, e especialmente para os profissionais envolvidos com o processo saúde e doença como tema de pesquisa e intervenção.

O seu conteúdo poderia ser classificado como atemporal, na medida em que adensa o debate a partir da situação atual do nosso país, com o predomínio dos valores individualistas, o pouco apreço à vida em um cenário perverso, as desigualdades aguçadas em termos de gênero, raça e etnia e pobreza ampliada. Sua contribuição supera esta temporalidade, por conter um repertório de temas e conteúdos sobre o Serviço Social, abrangente e ao mesmo tempo extremamente articulado, no campo sanitário e suas possibilidades.

Partindo da interpelação entre política de saúde e formação profissional abre um leque fecundo que se desdobra, como matrioskas, em unidades particulares em um mesmo contexto, tendo sistematicamente, como horizonte, o debate crítico e competente, tanto sobre o trabalho profissional envolvido na produção de conhecimento, como sobre a intervenção sobre situações concretas vivenciadas pelos sujeitos sociais, tão bem nominados nos capítulos da coletânea.

Vera Maria Ribeiro Nogueira

