

Leidimar Barbosa de Alencar
Lucia Cristina dos Santos Rosa
Raimunda Nonato da Cruz Oliveira
ORGANIZADORAS



**SERVIÇO
SOCIAL**

**E
GESTÃO EM
SAÚDE:**

**DESAFIOS E
OPORTUNIDADES**

**SERVIÇO SOCIAL E
GESTÃO EM SAÚDE:
DESAFIOS E
OPORTUNIDADES**

Leidimar Barbosa de Alencar
Lucia Cristina dos Santos Rosa
Raimunda Nonato da Cruz Oliveira
ORGANIZADORAS

SERVIÇO SOCIAL E GESTÃO EM SAÚDE: DESAFIOS E OPORTUNIDADES

COLABORAÇÃO

Profissionais de serviço social e gestores (as) de serviços de saúde e assistência social que contribuiram escrevendo artigos neste livro.

COMITÊ CIENTÍFICO

Prof. Dr. José Ivo dos Santos Pedrosa
Prof. Dra. Izabel Hérika Gomes Matias Cronemberger
Prof. Dra. Sofia Laurentino Barbosa Pereira
Prof. Dra. Graziela Scheffer Machado

Teresina



2020



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

Reitor

José Arimatéia Dantas Lopes

Vice-Reitora

Nadir do Nascimento Nogueira

Superintendente de Comunicação

Jacqueline Lima Dourado

SERVIÇO SOCIAL E GESTÃO EM SAÚDE: DESAFIOS E OPORTUNIDADES

© Leidimar Alencar • Lucia Rosa
Raimunda Nonato (Danda)

1ª edição: 2020

Revisão As autoras
Projeto Gráfico, Diagramação e Capa Wellington Silva
Preparação dos originais As organizadoras
Impressão Gráfica do Povo

Editor

Ricardo Alaggio Ribeiro

EDUFPI – Conselho Editorial

Ricardo Alaggio Ribeiro (presidente)

Acácio Salvador Veras e Silva

Antonio Fonseca dos Santos Neto

Wilson Seraine da Silva Filho

Gustavo Fortes Said

Nelson Nery Costa

Viriato Campelo



FICHA CATALOGRÁFICA

Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco

S587 Serviço social e gestão em saúde: desafios e oportunidades /
Organizadoras, Leidimar Barbosa de Alencar, Lucia Cristina dos
Santos Rosa e Raimunda Nonato da Cruz Oliveira. – Teresina :
EDUFPI, 2020.

E-book

ISBN: 978-65-5904-019-3

1. Gestão. 2. Saúde. 3. Serviço Social. I. Título.

CDD 371.207

Editora da Universidade Federal do Piauí - EDUFPI

Campus Universitário Ministro Petrônio Portella
CEP: 64049-550 - Bairro Ininga - Teresina - PI - Brasil

Todos os Direitos Reservados

AGRADECIMENTOS

Em princípio, a **Deus**, por permitir a realização e difusão deste Livro em forma de conhecimentos sobre a prática do serviço social no contexto da gestão em saúde e da formação profissional.

A **Amizade**, que favorece a confiança que suscita a criação e execução de um projeto tão singular, com envolvimento de tantas pessoas e profissionais de saúde e serviço social.

A **Família**, que nos apoia e garante espaços de estudo e produção científica, quando resignamos do lazer e convívio familiar para escrever.

Aos (As) **Gestores (as) de Serviços de Saúde**, que contribuem para a melhoria da saúde dos (as) usuários (as) do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro e piauiense.

Aos (As) **Parceiros (as)**, que acreditaram na força do rio que corre e na imutável criação literária como fonte inesgotável de saber.

SUMÁRIO

PREFÁCIO	8
<i>Telmo Gomes Mesquita</i>	

APRESENTAÇÃO	10
<i>Organizadoras</i>	

PARTE 1 GESTÃO EM SAÚDE E ATUAÇÃO DO (A) ASSISTENTE SOCIAL

A GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO(A) ASSISTENTE SOCIAL	18
<i>Lucia Cristina dos Santos Rosa</i> <i>Jackeline Marcela de Moraes Soares</i> <i>Luana de Meneses Mourão</i>	

OS DESAFIOS DO PROCESSO DECISÓRIO PARA OS (AS) GESTORES (AS) NA ORGANIZAÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)	46
<i>Leidimar Barbosa de Alencar</i>	

PERFIL DA VÍTIMA E DO AGRESSOR NO SERVIÇO DE ATENÇÃO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL – SAMVVIS, NO PIAUÍ	68
<i>Andréa Nunes Mendes de Carvalho</i>	

PARTE 2

POLÍTICA SOCIAL E FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE SERVIÇO SOCIAL

POR UMA PRÁTICA PROFISSIONAL ALÉM DAS RECOGNIÇÕES: CONTRIBUIÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS PARA A PRÁTICA SOCIOEDUCATIVA DO ASSISTENTE SOCIAL NO CONTEXTO DA FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FUNASA) – PIAUÍ..... 114

Raimunda Nonato da Cruz Oliveira

GLOBALIZAÇÃO, CIDADANIA E SAÚDE INDÍGENA: APORTES PARA REFLEXÕES TEÓRICO-PRÁTICAS DA ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL EM REALIDADES INDÍGENAS.....130

Raimunda Nonato da Cruz Oliveira

Sara Victória Oliveira Teles

GESTÃO DO ENSINO NA SAÚDE MENTAL.....157

Lucia Cristina dos Santos Rosa

POLÍTICA SOCIAL, GESTÃO PÚBLICA E A RELAÇÃO DE PARCERIAS: UM DESAFIO CONTEMPORÂNEO182

Marfisa Martins Mota de Moura

Mauricéia Ligia Neves da Costa Carneiro

PARTE 3

DO RELATO DE EXPERIÊNCIAS À DIMENSÃO CONCEITUAL DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS

GESTÃO DO APOIO INSTITUCIONAL NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE) NO ESTADO DO PIAUÍ.....199

Márcia Alcioneide da Silva

O SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO DA SEGURIDADE SOCIAL: PROVOCÇÕES SOBRE O FAZER PROFISSIONAL NO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES DO MUNICÍPIO DE TERESINA (IPMT).....218

Francisca Odete de Melo

COORDENAÇÃO DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: RELATO DE UMA ASSISTENTE SOCIAL NA GESTÃO ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL 246

Maria do Rosário Nunes Carvalho Costa

Lucia Cristina dos Santos Rosa

**ME CONVIDARAM PARA UM FUTEBOL, MAS ERA SAÚDE DO
HOMEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM SAÚDE COM HOMENS
EM TERESINA-PIAUI..... 268**

Elaine Ferreira do Nascimento

Liana Maria Ibiapina do Monte

**PARTICULARIDADES DO ASSISTENTE SOCIAL NA GESTÃO DA
SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO PIAUIENSE: O CASO DE ÁGUA
BRANCA E UNIÃO – PI..... 286**

Thaís de Andrade Alves Guimarães

Lucia Cristina dos Santos Rosa

SOBRE AS ORGANIZADORAS 314

SOBRE AS AUTORAS 315

PREFÁCIO

Como médico, militante da saúde pública no estado do Piauí, na qualidade de gestor e, como profundo admirador do trabalho em equipe e em especial do trabalho social desenvolvido pelos(as) assistentes sociais no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), tenho a grata satisfação em prefaciá-la presente edição com o título: **Serviço Social e Gestão em Saúde: desafios e oportunidades.**

Em todos esses anos tenho observado o protagonismo social e convivido com (os) as assistentes sociais na luta por um SUS equânime, democrático e resolutivo, onde a inclusão social se faça pela via do direito e em cujo processo se consolide o princípio básico de cidadania. Esta coletânea traz reflexões sobre a trajetória desses profissionais no contexto do SUS, evidenciadas nas estratégias empreendidas e nas novas formas de pensar e atuar desse profissional.

A decisão de escrever este livro está correlacionada a três questões importantes para a disseminação de conhecimentos:

1. A formação de profissionais de Serviço Social e sua interrelação com a Gestão no Sistema Único de Saúde;
2. O fomento a relatos de experiências de assistentes sociais, o que coloca esses profissionais como sujeitos destacados em processos disparadores das políticas públicas, apresentando o protagonismo de uma categoria profissional que busca desenvolver a interprofissionalidade e a participação social;

3. A valorização, sistematização e propagação de experiências na condição de gestão da política e de serviços de saúde, ou enquanto inseridas em ações estratégicas relacionadas diretamente a planejamento, liderança e tomada de decisão na área de gestão em saúde, previdência e assistência social.

Na prática, o que se constata é que o Sistema Único de Saúde, ao difundir e legislar sobre o fazer (a assistência) multiprofissional, articula (considera) a mudança nas relações interdisciplinares, na organização de processos de trabalho e na estruturação de modelos assistenciais, integrando os diversos saberes. O trabalho em equipe é essencial para a comunicação segura, disseminação de conhecimentos, cultura de segurança e qualidade em serviços de saúde.

Para facilitar o entendimento e o desenvolvimento de conceitos, relatos, contribuições teórico-metodológicas e autorreflexões apresentadas, neste livro, sua abordagem é, prioritariamente, técnica e prática sustentada nas teorias que fundamentam a história do Serviço Social e do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parabenizo a iniciativa e convido a todos(as) para a leitura, esperando que esta iniciativa sirva de motivação para outras propostas semelhantes no nosso contexto de Gestão Pública.

Telmo Gomes Mesquita

Médico Pediatra

Assessor Técnico da Secretaria de Estado da Saúde do Piauí

APRESENTAÇÃO

O serviço social segue sua trajetória histórica como um rio que corre, às vezes calmo, às vezes bravo, às vezes em silêncio e às vezes em barulho, beiradeando suas margens num movimento contínuo e persistente fluir de demandas que, já não pertencem a natureza, mas são, essencialmente, produzidas pelo contexto societário em que vivemos. Neste sentido, tem contornado diferentes dimensões e perspectivas que desembocam em um *dever* cheio de sinuosos matizes que determinam o seu *que fazer*. Sua construção histórica tem evidenciado produções e análises, a partir de registros em diferentes formatos: trabalhos acadêmicos de conclusão de cursos, dissertações e teses, além de relatos de experiências e pesquisas de campo, tendo como objeto a inclusão e intervenção da assistente social na Política de Saúde, no Brasil, principalmente, a partir dos anos de 1940, em São Paulo e no Rio de Janeiro, predominantemente em hospitais públicos e filantrópicos, na atenção terciária, acompanhando a tendência da política geral da saúde, em cada época histórica. Assim, a princípio, as narrativas e análise da prática do serviço social, denotam que esse profissional atuava na seleção econômica dos usuários e como retaguarda às famílias dos usuários dos serviços (MARSIGLIA; CARREIRA; AMARAL, 2016).

Conforma-se, assim, o que posteriormente veio a ser denominado de Serviço Social Médico, ou seja, a atuação do assistente social ocorre inicialmente, muito imbricada à ação médica, como uma ação subsidiária a esse profissional, que era

central nas ações em saúde, em função da maioria das condutas, nesse campo, ser decorrente do diagnóstico e terapêutica prescrita por esse profissional.

A identidade e atuação da assistente social acompanhavam a emergência e consolidação das especialidades médicas: psiquiatria, ginecologia, tuberculose, figurando mais como uma identidade atribuída (MARTINELLI, 1991), ou seja, com intensa interferência de outros agentes e condicionantes, externos à profissão.

Todavia, as mesmas fontes sinalizam para o exercício profissional em alguns ambulatorios, no setor secundário, a partir do mesmo período, embora de maneira menos expressiva numericamente. A inclusão da assistente social na atenção básica ocorre tardiamente, tendo expressão nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e na Atenção Primária em Saúde (APS), a partir de 2008.

Conforme José Paulo Netto (2002), historicamente, o (a) assistente social, figurou na política social, sobretudo como “executor terminal da política”, pois era incluído na “ponta”, na execução direta das ações e prestação de serviços, no atendimento direto aos usuários, com parca influência na formulação e gestão da política, embora o arcabouço formativo da profissão tivesse um potencial para além dessa condição e alguns profissionais tenham se envolvido com a atividade de gestão desde o início da profissão no país.

Vários condicionantes históricos favoreceram a mudança nesse perfil e trajetória, tais como: a assunção da profissão como uma área de conhecimento, junto aos órgãos de pesquisa nacional; o reconhecimento da profissão como uma das profissões da saúde (Resolução 287/98, do Conselho Nacional de Saúde); a construção do Projeto Ético Político da Profissão e a formação baseada na visão de totalidade; a importância que ganha o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar na saúde, que imprime outra densidade ao trabalho coletivo, abarcando a assistente social e, sobretudo, a criação e consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS, a partir da Constituição Federal de 1988, que conceitua

a saúde a partir dos determinantes sociais do processo saúde - doença - cuidado, relacionando-o com a forma de organização da sociedade. Tal fato converge com o Projeto Ético Político da Profissão e toda a formação, voltada para uma perspectiva crítica e de apoio à classe trabalhadora, na direção da construção de uma nova ordem societária, que supere a capitalista.

O SUS, ao alçar a equipe como estratégia na política de saúde, descentraliza parte significativa da sua implementação da figura do médico, antes central, sobretudo como gestor de serviços e da própria política. Em 2010, o Conselho Federal de Serviço Social apresenta os Parâmetros de atuação do assistente social na Política de Saúde, estabelecendo normativas que qualificam a atuação profissional, em saúde, desta categoria.

Neste contexto, a prática profissional da assistente social é incorporada como necessária em editais e na própria gênese de várias políticas, passando a ocupar, assim como outras categorias profissionais, diferentes posições na política de saúde, atuando no setor de planejamento, na direção de serviços, na construção de informações e estratégicas de governança, sobretudo nos níveis municipais. Desta feita, quando não assume diretamente a gestão, contribui para que essa aconteça de forma compartilhada, através do fomento à participação, controle social, à pesquisa, à geração de informação, à formação de pessoas, dentre outras.

No estado do Piauí, evidencia-se, até final de 2019, um total de 4.830 profissionais inscritos no Conselho Regional de Serviço Social – CRESS 22ª Região, atuando em diferentes segmentos. No governo estadual, há 120 assistentes sociais contratadas como efetivas, havendo em torno de 6 em cargos de gestão na Secretaria Estadual da Saúde – SESAPI (SOARES; MOURÃO, 2016). Não obstante, identifica-se ainda esse profissional ocupando outras funções estratégicas no SUS, como exemplo no próprio setor de planejamento da política, nos sistemas de informação em saúde, nas áreas de análise de situações de saúde, nas ações socioeducativas, dentre outras, como é o caso de outros grupos que exercem ações de assessoramento técnico e consultoria.

No entanto, a riqueza da atuação profissional nesses campos, ainda é pouco ou quase inexplorada do ponto de vista da sistematização das experiências profissionais, quer na condição de gestão da política ou de serviços de saúde, ou enquanto inseridas em ações estratégicas relacionadas diretamente à tomada de decisão. Foi visando suprir esta lacuna que as organizadoras deste livro fizeram uma chamada para que os profissionais de serviço social relatassem suas experiências ou desenvolvessem uma reflexão com base na área de gestão, dando visibilidade ao seu fazer, tornando-o alvo de estudos e reflexões teórico-práticas para a categoria e áreas afins.

Desta forma, o espírito de luta continua instigando a categoria na medida em que, como resposta ao chamamento para esta publicação, foram entregues à comissão organizadora 12 (doze) textos. Todos incorporados a esta coletânea, sendo os mesmos distribuídos em 3 (três) partes. Na parte 1 estão agregados os textos referentes à Gestão em Saúde e Serviço Social; na parte 2, os textos referentes à Política Social e Formação Profissional de Serviço Social e na parte 3, os Relatos de Experiências.

O primeiro texto, **A gestão do Sistema Único de Saúde na formação profissional do assistente social**, de autoria de Lucia Cristina dos Santos Rosa; Jackeline Marcela de Moraes Soares e Luana de Meneses Mourão discute a formação profissional da assistente social, a partir da experiência no Sistema Único de Saúde, com base na transversalidade de conteúdos envolvendo a gestão nas disciplinas do Projeto Pedagógico do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Piauí e da pesquisa com assistentes sociais que ocupam cargo de gestão no SUS em Teresina.

O segundo texto, **Os desafios do processo decisório para os (as) gestores (as) na organização de Redes de Atenção à Saúde – RAS**, de Leidimar Barbosa de Alencar, parte da imersão da autora com a organização de Redes de Atenção à Saúde – RAS, no Sistema Único de Saúde no estado do Piauí, analisando a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), no Território de Desenvolvimento/ Região de Saúde Entre Rios.

O terceiro texto, discute a questão da Violência Sexual no Piauí, intitulado **Perfil da vítima e do agressor no serviço de atenção às mulheres vítimas de violência sexual - SAMVVIS, no Piauí**, no período de 2014 a 2018, de Andréa Nunes Mendes de Carvalho, é um exemplo ilustrativo da contribuição da assistente social na construção de informação em saúde, que subsidia a tomada de decisão no Estado.

O quarto texto, denominado **Por uma prática profissional além das reconições: contribuições teórico-metodológicas para a prática socioeducativa da assistente social no contexto da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) – Piauí**, de autoria de Raimunda Nonato da Cruz Oliveira, o texto socializa perspectivas teórico-criticas, para a ressignificação do serviço social a partir de uma interpretação baseada na filosofia deleuziana. Para tanto, reconstitui como alvo de reflexões as ações socioeducativas do assistente social na FUNASA.

O quinto texto, intitulado **Globalização, cidadania e saúde indígena: aportes para reflexões teórico-práticas da atuação do serviço social em realidades indígenas**, de autoria de Raimunda Nonato da Cruz Oliveira e Sara Victória Oliveira Teles, analisa o processo de globalização e os impasses em torno da construção da cidadania indígena. Tais aportes, subsidiam para uma reflexão/ação do agir profissional da assistente social, do agir profissional da assistente social, em contextos indígenas e áreas afins.

O sexto texto, **Gestão do ensino na saúde mental**, de Lucia Cristina dos Santos Rosa, a autora traz um relato de experiência a partir da condução das disciplinas de estágio obrigatório de estudantes de Serviço Social da Universidade Federal do Piauí e das contribuições, a partir da docência universitária na atualização dos Projetos Terapêuticos Institucionais dos equipamentos de saúde mental no estado do Piauí.

O sétimo texto, **Política social, gestão pública e a relação de parcerias: um desafio contemporâneo**, de Marfisa Martins Mota de Moura e Mauricéia Ligia Neves da Costa Carneiro, as autoras analisam a questão das relações entre o estado e a sociedade civil

mediada pelas parcerias, a partir de análise teórico conceitual e revisão bibliográfica.

O oitavo texto, traz um relato de experiência voltado para a **Gestão do apoio institucional no Programa Saúde na Escola**, de autoria de Márcia Alcioneide da Silva, que, a partir de sua atuação profissional, na Secretaria de Saúde do Estado/Gerência de Atenção Básica, traz contribuições para a reconfiguração da implementação do PSE no estado do Piauí.

O nono texto, traz como tema **O Serviço Social no âmbito da Seguridade Social: provocações sobre o fazer profissional no Instituto de Previdência dos Servidores do Município de Teresina (IPMT)**, de Francisca Odete de Melo. O mesmo, reporta, através do relato de experiência da autora, sobre a dinâmica do processo de trabalho no cenário do IPMT, bem como sobre as dimensões de um Regime Próprio de Previdência Social.

O décimo texto, **Coordenação de Centros de Atenção Psicossocial: relato de uma assistente social na gestão estadual de saúde mental**, de autoria de Maria do Rosário Nunes Carvalho Costa e Lucia Cristina dos Santos Rosa reconfigura a vivência a partir da composição de Maria do Rosário como membro da equipe da Gerência Estadual de Saúde Mental, com a missão de responder pela supervisão e coordenação de Centros de Atenção Psicossocial pelo Piauí, na perspectiva de assegurar a direção do processo de mudança assistencial.

O décimo primeiro texto, com o tema, **Me convidaram para um futebol, mas era saúde do homem: relato de experiência em saúde com homens em Teresina – Piauí**, de autoria de Elaine Ferreira do Nascimento e Liana Maria Ibiapina do Monte. Ambas discutem estratégias de ação para dialogar sobre a saúde do homem, utilizando como estratégia para fomentar o envolvimento do homem nos cuidados com sua saúde, através do esporte.

O décimo segundo texto, tem como tema, **Particularidades da assistente social na gestão da saúde mental no contexto piauiense: o caso de Água Branca e União – PI**, de Thaís de Andrade Alves Guimarães e Lucia Cristina dos Santos Rosa. Através deste relato

de experiência, as autoras apresentam as atividades de gestão em CAPS de dois municípios distintos, um, no município de Água Branca (PI), situado na região sul do estado e outro no município de União (PI), região norte, ambos situados na região do território de desenvolvimento Entre Rios

Esperamos, com essa obra, contribuir para a preservação da memória dos (as) assistentes sociais a partir do planejamento, geração de informação, formação e gestão em saúde, além fortalecer e de fomentar o processo de sistematização das ações profissionais e de resistência ao desmonte do SUS, a partir do fazer de quem o construiu, ao longo dessas décadas, através de diferentes enfoques, lugares e saberes.

***Leidimar Barbosa de Alencar
Lucia Cristina dos Santos Rosa
Raimunda Nonato da Cruz Oliveira***
Organizadoras

PARTE 1

GESTÃO EM SAÚDE E A ATUAÇÃO DO (A) ASSISTENTE SOCIAL

“Grandes realizações não são feitas por impulso, mas por uma soma de pequenas realizações”

Vincent Van Gogh

A GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO(A) ASSISTENTE SOCIAL

THE MANAGEMENT OF THE UNIQUE HEALTH SYSTEM IN THE VOCATIONAL TRAINING OF SOCIAL WORKERS

*Lucia Cristina dos Santos Rosa
Jackeline Marcela de Moraes Soares
Luana de Meneses Mourão*

Resumo

Objetiva-se, de maneira introdutória, com fins panorâmicos e para levantar elementos para o debate, analisar como a gestão do Sistema Único de Saúde figura na formação profissional do assistente social, a partir do Curso de Serviço Social, da Universidade Federal do Piauí. Para tanto, a construção do texto apoiou-se em revisão de literatura, na análise documental, tendo por principal fonte o Projeto Pedagógico do curso e pesquisa com assistentes sociais que ocupam cargos de gestão no estado do Piauí. Os resultados sugerem que há investimento em conteúdos diversos para a formação para a gestão do Sistema Único de Saúde durante o processo de formação profissional, sendo um tema transversal a várias disciplinas, que contribuem significativamente para a experiência de gestão dos futuros assistentes sociais e que o conhecimento, assim como as conquistas são destacados como potencializadores do saber da profissão na função gestora.

Palavras-chave: Educação; Formação profissional; Sistema Único de Saúde.

Abstract

It is intended, in an introductory way, for panoramic purposes and to raise elements for the debate, to analyze how the management of the Unified Health System is included in the professional training of the social worker, from the Social Service Course, Federal University of Piauí. Therefore, the construction of the text was based on literature review, in documentary analysis, having as main source the Pedagogical Project of the course and research with social workers who occupy management positions in the State of Piauí. The results suggest that there is investment in different contents for training for the management of the Unified Health System during the vocational training process, being a cross-disciplinary topic that contributes significantly to the management experience of future social workers and that the knowledge, just as achievements are highlighted as enhancers of the knowledge of the profession in the management function.

Keywords: Education; Professional qualification; Health Unic System

Introdução

A Constituição Federal de 1988 cria a Seguridade Social, fundada no tripé Previdência, Assistência e Saúde. Com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS – os princípios doutrinários que pautam as ações voltam-se para:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito

Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990).

O princípio da universalidade produz uma ruptura com a cidadania regulada (SANTOS, 1987) criada na década de 1930, na direção da cidadania plena, o que implica em ampliação de direitos e a convocação de alterações em saberes, valores e práticas no âmbito da implementação da política de saúde.

Ao mesmo tempo em que essas mudanças são dinamizadas, ocorre a reestruturação produtiva, que igualmente coloca em xeque a organização dos processos de trabalho, até então pautados no modelo taylorista-fordista, na direção de uma organização flexível do trabalho, exigindo um outro perfil de trabalhador, com significativos reflexos na área da saúde.

Da “dominância do trabalho prescrito, com poucas possibilidades de intervenção nos processos produtivos e com pouca autonomia por parte dos trabalhadores” (em saúde baseada em programas e protocolos) as novas alterações remetem para “um modelo tecnológico baseado na intelectualização do trabalho cujas principais referências passam a ser o conhecimento técnico e a qualificação profissional” (BRASIL, 2006, p. 129).

Os novos processos de trabalho impõem novas técnicas e tecnologias e novas formas de trabalho em saúde, baseadas no trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, no território de vida da pessoa enferma, atuação em rede, intersetorialidade, fundada na participação/controlado social, na promoção da cidadania e da autonomia dos usuários.

O novo perfil de trabalhador em saúde tem por contornos: a ação polivalente com competências múltiplas e que atue mais com o intelecto e exponha a partir dele suas habilidades. Tal propósito mostra que há tendência de fratura na divisão clássica e instituída

na era moderna do trabalho, que separa trabalho intelectual (planejamento) da execução.

Passa a ser requisitado um profissional que agregue várias competências e habilidades, que seja propositor, formulador, articulador, gestor, implementador, negociador, investigador e equacionador, face aos processos de mudanças estruturais do capitalismo, do mercado e do Estado, sobretudo com a ampliação da cidadania.

Tais perspectivas convergem com a construção do Projeto Ético Político do Serviço Social, que tem seus marcos firmados na década de 1990, materializados no: Código de Ética do Serviço Social (Resolução CFESS nº 273/93; 290/1994, 293/1994, 333/1996 e 594/2011); Lei nº 8.662/1993, que regulamenta a profissão de assistente social e Diretrizes Curriculares para o Curso de Serviço Social, aprovada em 1996 pela convenção nacional da Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social – ABESS, transformada em Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS e pela Resolução nº 15, de 13 de março de 2002 do Ministério da Educação, a qual postula como perfil dos formandos:

Profissional que atua nas expressões da questão social, formulando e implementando propostas de intervenção para seu enfrentamento, com capacidade de promover o exercício pleno da cidadania e a inserção criativa e propositiva dos usuários do Serviço Social no conjunto das relações sociais e no mercado de trabalho <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES15002.pdf>. acessado em 24/01/2019

Mas, como discute José Paulo Netto (2002), em seu livro *Ditadura e Serviço Social*, o assistente social, em suas ações, não pode limitar-se a uma ação direta com o usuário e a prestar serviços, restringindo-se a ser um “executor terminal de políticas sociais”, até por que a decifração do momento atual requer que múltiplas competências e habilidades sejam acionadas, para que respostas condizentes ao atual cenário mantenham o assistente social sintonizado com as alterações em curso. Também, por que,

a direção desse processo pode ocorrer no sentido de fortalecer os interesses do capital ou dos trabalhadores e segmentos excluídos do usufruto de bens e serviços da sociedade.

Enfrentar esse cenário requer trazer elementos para pensar a formação profissional, pois o assistente social é um dos profissionais que atuam na política de saúde, desde o início da profissão, na década de 1930 (MARSIGLIA; CARREIRA; AMARAL, 2016), sendo atualmente o segundo maior mercado empregador da categoria. Ademais, com o Sistema Único de Saúde - SUS, os assistentes sociais têm ocupado cada vez mais novos espaços e lugares, a exemplo de cargos no planejamento e na gestão em geral da política de saúde, quer como dirigentes de serviços ou agentes formuladores e avaliadores da política, em espaços do planejamento. Em levantamento realizado no setor de recursos humanos da Secretaria de Estado da Saúde - SESAPI, foi identificado um quadro de 120 assistentes sociais efetivas, havendo aproximadamente 6 ocupantes de cargos de gestão do SUS (SOARES; MOURÃO, 2016). Segundo informações da Fundação Municipal de Saúde de Teresina (2019) há 121 assistentes sociais efetivas, sendo que em 2018 aproximadamente 10 em atividade de gestão. Na coordenação de centros de atenção psicossocial no estado do Piauí, em 2018, os assistentes sociais figuram em 3º lugar (depois da enfermagem (43,7%) e da psicologia (23,9%), representando 19,7% dentre os gestores (SOUSA; ROSA; NASCIMENTO, 2019).

Na literatura do campo da saúde em geral, é consenso a afirmação de que a formação profissional não acompanhou as alterações requeridas pela implantação do Sistema Único de Saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004), pois persiste uma formação inadequada, ainda voltada para as especialidades médicas, com foco na doença, com estágio privilegiadamente ainda no modelo hospitalar, apesar das diretrizes curriculares da área de medicina postular uma formação generalista e voltada para o nível primário da assistência.

No Serviço Social, Roberta Uchôa (2007) informa que há grave lacuna concernente à adoção, por parte de algumas

unidades formadoras, de produções acadêmicas que destoam dos fundamentos e conceitos caros ao Sistema Único de Saúde. Outro complicador é que a maioria dos estágios ocorre no setor terciário e secundário da saúde (UCHOA, 2007), distante da atenção básica, que é o espaço no SUS que tem a missão de ser a porta de entrada do sistema e de reorientar a assistência, focando nas ações de prevenção e promoção em saúde. Isso se deve, também, pela contratação recente de assistentes sociais nesse nível de atenção.

No mesmo sentido, Matos (2013) discute que a formação universitária pouco dialoga com o exercício profissional num contexto em que as produções legislativas e as mudanças propugnadas pelo SUS se intensificaram, arriscando tornar obsoletos os conhecimentos veiculados por alguns centros formadores. A despeito das tendências de forte desinvestimento no SUS, a partir de 2016, há necessidade de se trazer subsídios para (re) pensar a formação profissional, sua direção e o diálogo com as dimensões que imperam no âmbito nacional e internacional.

Com este texto, objetiva-se, de maneira introdutória, panorâmica e com a finalidade de levantar alguns aspectos para o debate, analisar como a gestão do Sistema Único de Saúde figura na formação profissional do assistente social, a partir do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Piauí.

Para tanto, a construção do texto apoiou-se na experiência docente e de supervisão acadêmica, em revisão de literatura, análise documental, tendo por principal texto o Projeto Pedagógico do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Piauí (2012) e pesquisa de campo com assistentes sociais que atuam na gestão do SUS do Piauí, a partir de um trabalho de conclusão de curso de Jackeline Marcela de Moraes Soares e Luana de Meneses Mourão (2016).

A gestão do SUS no projeto pedagógico do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Piauí

Historicamente, a formação e o exercício profissional em Serviço Social estiveram mais focados na relação direta assistente social e usuário dos serviços, em função mesmo da posição da profissão na divisão sócio técnica do trabalho e da natureza da mesma, como uma atividade eminentemente interventiva, prestando serviços diretos à população.

Com as mudanças societárias e novas requisições para o Serviço Social, sobretudo, a partir dos processos modernizadores da década de 1970, no período da ditadura militar, torna-se cada vez mais imperativo o aprimoramento técnico do assistente social em ações de planejamento social, havendo intensos investimentos na perspectiva da modernização tecnológica e ações em prol do desenvolvimento social. A eficiência e a eficácia norteiam a intervenção profissional, nesse período. Vale lembrar que as pioneiras do Serviço Social ocupavam postos de gestão e planejamento, mas, pouco se observa, na literatura da área, investimentos ou sistematização nesse sentido. No final da década de 1970 a profissão é reconhecida como um campo de conhecimento pelas agências de financiamento da pesquisa no Brasil, ganhando a profissão um outro estatuto, de produtor de conhecimento.

A Lei nº 8.662/1993 que regulamenta a profissão, define em seu artigo 4º, como competências do assistente social:

I – elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;

II – elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;

III – encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e a população;

IV – (VETADO);

V – orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;

VI – planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais;

VII – planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;

VIII – prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo;

IX – prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;

X – planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social;

XI – “realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração direta e indireta, empresas privadas e outras entidades” (CRESS-RJ, 2005, p.33/4).

Logo, entre as competências dos assistentes sociais, além da prestação de serviços diretos à população, figura a produção de conhecimento e ações diretas de administração e gestão de serviços, ações profissionais e da própria formação.

Nos parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde (CFESS, 2014) são delineados 4 eixos para a atuação da profissão: 1) atendimento direto aos usuários, o que implica: a) ações socioassistenciais; b) ações de articulação com a equipe de saúde e, c) ações socioeducativas; 2) mobilização, participação e controle social; 3) investigação, planejamento e gestão e 4) assessoria, qualificação e formação profissional.

Todos esses eixos estão interligados, requerendo competências e habilidades múltiplas que são transversais a todas as ações. A atividade de gestão está diluída em todas essas competências e eixos, pois localiza-se para além da assunção de um cargo dirigente. É parte constitutiva do cotidiano interventivo do assistente social,

que impõe: a gestão de determinadas expressões da questão social, recortadas pelo objeto institucional, leitura de realidade pelo profissional e do território de ação; a gestão de si, a gestão da relação com usuários, profissionais, equipes, dirigentes, de territórios, da articulação com a rede socioassistencial; a gestão do tempo, de determinados cenários e relações, dentre outros.

O eixo investigação, planejamento e gestão se orienta para a qualidade dos serviços, através do “fortalecimento da gestão democrática e participativa” (CFESS, 2014, p. 58), para gestão de redes, via articulação de serviços e ações intersetoriais; gestão da informação, através da produção e disseminação de estudos socioeconômicos/investigação social, construção de perfil dos usuários, de suas necessidades e realidades sócio sanitárias e avaliação de serviços.

Uma primeira aproximação do projeto pedagógico do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Piauí (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ, 2012), uma segunda versão a partir da implantação e implementação das diretrizes curriculares, ocorrida a partir de 2007, permitiu analisar que o tema da gestão, especificamente a pública estatal, bem como a profissional, está presente, de forma explícita e às vezes implícita, de maneira mais ampla ou restrita, ou ainda recortada por determinados enfoques, no ementário de várias disciplinas, denotando ser um tema transversal e que pode ser abordado de maneira interdisciplinar, sob diferentes ângulos e perspectivas, como pode ser visualizado abaixo:

A disciplina iniciação à política, em seu ementário, informa a “Administração de interesses. Ocupação do espaço público. Campo de práticas emancipatórias” (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ, 2012, p.57).

Introdução ao Serviço Social, traz “As formas de organização da profissão e do profissional de Serviço Social” (Ibidem, p. 53).

Economia política, investe na política fiscal e no orçamento público (Ibidem, p. 56).

As disciplinas fundamentos histórico e teórico metodológicos do Serviço Social, de I a IV, investem nas análises das demandas

e necessidades, em diferentes conjunturas (30 a 40; 50 a 60; 70 a 90 e contemporaneamente), as correlacionando às respostas ideológicas, teóricas, metodológicas e técnicas do Serviço Social no Brasil (Ibidem, p. 58)

Oficina I: tem por ementa as “expressões e vivências da questão social no Piauí” (Ibidem, p. 63).

As disciplinas relacionadas a processo de trabalho (de I a III) com certeza, permitem contemplar discussões da gestão, mas particularizando a gestão no espaço público estatal, destaca-se Processo de trabalho do Serviço Social II, cuja ementa, volta-se para o exercício profissional na esfera governamental/estatal como principal espaço socioocupacional do Assistente Social no Brasil e no Piauí. Natureza e características gerais da esfera pública estatal. A atuação profissional em diferentes espaços ocupacionais do Estado e de suas Políticas Públicas. Sujeitos sociais principais da ação profissional nesses espaços ocupacionais (Ibidem, p. 70).

A disciplina planejamento e gestão de políticas públicas e serviços sociais, é a que de maneira mais direta e explícita tem por foco a gestão social e de políticas públicas, tendo por ementa:

Fundamentos teóricos do planejamento: perspectivas metodológicas e instrumentos que expressam e formalizam o planejamento social. Processo de formulação de projetos sociais. Gestão social e gestão de políticas públicas e de serviços sociais: modelos e níveis de competência e atribuições (Ibidem, p. 73/4).

Na mesma direção segue a disciplina política social I, que aborda “o sistema de proteção social no Brasil, pós Constituição de 1988” (Ibidem, p. 66) e a III, que recorta os processos gestionários, cuja ementa circunscreve a “Seguridade social na realidade brasileira: concepções e políticas setoriais. Assistência social, saúde e previdência. As leis orgânicas, processos de gestão, formas de financiamento e controle social ” (Ibidem, p. 77).

Por sua vez, a disciplina de Avaliação de políticas públicas e projetos sociais desdobram-se na análise de “Tipologias de avaliação de políticas públicas. Metodologias de Avaliação de políticas e projetos sociais. Sistemas de monitoramento. Processo

de construção e análise de indicadores sociais” (IDEM, p.80). Também promete ser uma quarta disciplina no mesmo sentido.

A disciplina oficina III, também permite explorar “vivências e experiências em processos de trabalho” (Ibidem, p.68), o que pode abarcar a gestão do SUS. Inclusive a disciplina, sociedade civil e movimentos sociais, tem um papel fundamental para analisar os novos desenhos interativos entre estado e sociedade civil, sobretudo pós Constituição de 1988, recortado pelo tema do controle/participação social/comunitária. Tem por ementa: “perspectivas teóricas e manifestações da organização da população. Interface Estado e sociedade. Articulação poder local e global. Redes de Movimentos Sociais. Tendências e Desafios” (Ibidem, p. 73).

Consequentemente, em uma primeira aproximação, três disciplinas, de maneira mais enfática e direta, ensejam em seu ementário, o investimento da atuação do assistente social em atividades relacionadas à gestão pública estatal: processo de trabalho do Serviço Social II; planejamento e gestão de políticas públicas e serviço social e política social, sobretudo a III.

Dentre as 47 disciplinas que compõem os diferentes núcleos da formação profissional do assistente social da UFPI, considerando o ementário, identifica-se que em torno de 10% dessas é proposta a abordagem direta da atuação do profissional na gestão pública estatal. A análise dos planos das disciplinas e entrevistas com os docentes poderiam ampliar a visão sobre a abordagem da questão em sala de aula e no desenvolvimento de cada disciplina.

Mas, o que se observa é que com a visão de totalidade que a formação profissional se propõe a desenvolver, a partir dos fundamentos marxianos que o Projeto Ético Político do Serviço Social implementa e a sintonia de todo projeto profissional com os princípios e coordenadas do Sistema Único de Saúde/Reforma Sanitária, sobretudo com a perspectiva dos determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado, em que a forma de organização da sociedade, o modo de produção e toda história da formação social de cada território condiciona o modo de nascer, viver, trabalhar e ter acesso a ações de saúde, o profissional do Serviço Social está

apto a assumir postos de gestão e planejamento do SUS, tendo, em tese, uma formação sintonizada com o que a política requisita de um profissional

Repercussões da formação profissional do assistente social na gestão do SUS do Piauí

Em 2016, Jackeline Marcela de Moraes Soares e Luana de Meneses Mourão (SOARES; MOURÃO, 2016), concluíram o trabalho de conclusão de curso de Serviço Social, intitulado “O assistente social na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS no Piauí”, o qual teve por principal questão norteadora: Como o assistente social que atua na gestão do SUS no Estado do Piauí utiliza os seus saberes e princípios éticos-políticos? Teve 6 entrevistadas, todas ocupantes de cargos de gestão do SUS, sendo 3 no âmbito estadual e 3 no âmbito municipal. Todas, do sexo feminino, se graduaram pós Constituição de 1988, ou seja, sob a égide do Sistema Único de Saúde e do Projeto Ético Político do Serviço Social.

Um dos eixos da análise do material empírico da pesquisa supramencionada recaiu sobre a contribuição da formação em Serviço Social, para o trabalho como gestora, sendo destacada a “visão ampliada”, de totalidade, permitida pelo processo formativo, como fundamental para um “diagnóstico”/ análise situacional ampla das necessidades dos usuários, da própria política e da conjuntura, com toda correlação de forças que perpassam as relações de poder, inerentes ao processo gestor, como afirmam as participantes, através dos excertos das entrevistas:

A formação de assistente social ajuda na função de gestora por ter uma visão ampliada dessas necessidades, embora tenha dificuldade de implementar (...) devido ao fato de você não conseguir ver muito isso no restante da equipe, aí você tenta fazer um trabalho mais coparticipativo e mais resolutivo e não consegue (ENT. 1).

O assistente social é um profissional bem eclético, bem diversificado, com uma visão bem ampla (...) tem a questão do conhecimento das políticas públicas, como elas se dão, como elas estão instituídas legalmente dentro do país, e a gente tem uma formação muito grande para entender o usuário dessas políticas, (...) Outra coisa importante da nossa profissão, é que conseguimos entender a linguagem que essas pessoas se expressam, que é uma ferramenta que veio da academia. Eu sempre faço o paralelo com a academia, pois foi ela que me deu embasamento no meu trabalho, em que nenhum momento deixei de me ver assistente social, e minha graduação me deu esse empoderamento (ENT. 2) ilustraisto, é reconhecida a formação embasada em uma perspectiva de totalidade, embora a primeira entrevistada destaque limites no trabalho em equipe, em função de limites da formação em outras categorias. A diversidade de conhecimentos, contribui ainda para o trabalho com os usuários do serviço, ao permitir o entendimento da sua linguagem. Mesmo nas situações em que alguns profissionais tenham outras formações graduadas e exerçam atividades mais relacionadas a outras áreas, a formação em Serviço Social é destacada como influenciadora de uma formação densa na perspectiva humanista e dos direitos dos usuários e sua garantia, como ilustrado a seguir:

1. Tenho duas formações e para mim elas não se confundem, se complementam. Fiz Administração bem depois de Serviço Social. (...) atualmente no cargo que eu exerço eu sou mais administradora que assistente social, no sentido literal da palavra, pela exigência das minhas atribuições aqui dentro, mas, como assistente social eu trago uma riqueza grande, sempre que eu estou agindo em qualquer trabalho de gestão, o meu olhar de assistente social, na garantia de direitos e na efetividade das políticas públicas, fala mais alto, ele está sempre presente e aí eu “brigo”, brigo por exemplo para que a política de humanização seja efetivada, para que ela aconteça (...) o meu olhar ele é de um profissional que tem essa formação, isso não sai da gente, onde estiver eu vou ter sempre esse olhar, um olhar mais contextualizado, mais vinculado a garantia de direito, uma visão ampliada (ENT. 3).

Foi unanime a relação que as profissionais estabelecem entre a visão ampliada que a própria formação e profissão de Serviço Social proporciona, com as requisições próprias da gestão. Essa concepção ampliada se materializa no conceito de totalidade, em que todas as dimensões estão em relação umas com as outras, onde nenhum fenômeno pode ser compreendido isoladamente, mas sim na interconexão um com o outro e com o contexto mais geral das relações sociais, em dada sociedade, no caso, a capitalista, fundada nas desigualdades sociais.

Nesse sentido, a formação em Serviço Social forneceu elementos para compreender as necessidades dos usuários, a partir de sua visão, linguagem e valores. Entender e manejar o sistema de garantia de direitos. Também na dimensão técnico instrumental e política, para entender a conjuntura, os atores em disputa e toda dinâmica da correlação de forças, presentes no cotidiano:

Minha profissão me deu os elementos da compreensão de administração, da compreensão do planejamento, para compreender as instituições, para entender os atores institucionais, quem são esses atores. Esse ator, essa equipe pode tornar mais difícil o processo de trabalho do gestor, eu tenho saber dessas correlações de forças, eu tenho que entender interesses, e isso quem me deu foi a formação em Serviço Social. Em nenhum momento eu deixei de ser assistente social e me vi como administradora somente, eu não tirei essa minha identidade de assistente social em nenhum momento, tanto não tirei que quando eu ia discutir alguma questão com a equipe ficava visível a minha fala de assistente social (ENT. 4).

Nesse enquadre, mesmo que as dimensões burocráticas se evidenciem no cotidiano, as marcas da formação em Serviço Social insistem em sobressair nas ações intersetoriais:

Mesmo me achando burocrata em alguns momentos, eu me vejo como assistente social, porque o que faz valer aqui é a minha formação, não sou formada em planejamento (...) Então a formação em serviço social só contribui no

meu trabalho, se eu não tivesse essa formação, não teria a visão que eu tenho da saúde, principalmente porque trânsito em quase todas as políticas, a ampla visão ajuda na retroalimentação. Nossa profissão nos possibilita ter uma visão mais ampla de tudo, de fazer uma análise geral das situações, então o meu saber me permite avaliar melhor as situações, os prós e contras, avaliar o contexto, a conjuntura política do momento, fazendo uma maior avaliação (ENT. 5).

A gestão é vista ainda como parte constitutiva do Projeto Ético Político do Serviço Social:

Ser assistente social na gestão do SUS, para mim é o fazer uma coisa do meu projeto ético político, defender esse sistema, que eu acredito na universalidade, defender essa interdisciplinaridade, a intersetorialidade, defender que a sociedade participe (...) minha profissão contribui muito para o meu trabalho na gestão, porque tenho uma visão de totalidade, com uma perspectiva teórico crítica, onde você faz uma análise de realidade diferente de quem não tem esse domínio, pois essas pessoas que não tem essa visão do assistente social (...) mesmo fazendo parte da gestão, na realidade eu acho que a gestão é algo indissociável da profissão, porque em algum momento, mesmo você não tendo um cargo de gestor, você vai fazer gestão, faz parte da nossa profissão (ENT. 6).

Assim como a compreensão da própria política pública, na contemporaneidade, que requisita a interdisciplinaridade, a intersetorialidade e a humanização. Forneceu elementos para compreender a conjuntura política e o contexto das tomadas de decisão, com os atores em jogo, a partir de distintos interesses, que forja a correlação de forças.

Ainda, como enfatiza a entrevistada 6, a gestão é "algo indissociável da profissão, porque em algum momento, mesmo você não tendo um cargo de gestor, você vai fazer gestão, faz parte da nossa profissão". Ou seja, é constitutiva do cotidiano do profissional.

Mas, um elemento explicitado como limitador consiste na “visão ampliada, frequentemente ficar restrita ao assistente social, pois as outras profissões não têm esse foco no contexto, o que dificulta o processo interativo e possíveis avanços”.

Em relação a análise da relação entre a condição de assistente social, com suas respectivas competências e atribuições e as atuais atividades exercidas como gestora, apenas a entrevistada 3 apontou não se ver como uma assistente social na função que exerce na gestão, pelo fato das atribuições de seu cargo atual exigir uma função mais de administradora, que de assistente social, porém, ela deixa evidente que na leitura de realidade, ainda existe o olhar do Serviço Social. Por sua vez, as outras profissionais se afirmam como tal integralmente, sem desconectar a profissão do cargo atual.

Ainda referindo-se à contribuição da formação na atividade de gestão, ao serem instadas a avaliar as disciplinas que consideraram mais importantes para exercer os atuais cargos de gestão, informaram que “sem dúvidas, as mais importantes para a gestão, foram políticas sociais e planejamento (ENT. 1). A disciplina planejamento aparece com destaque na narrativa de várias assistentes sociais, no geral, associada a outras:

As de planejamento é muito forte e importante; as de administração em serviço social; as que também são ligadas a comunidade; as de pesquisa I, II, III, onde você consegue entender o que o referencial teórico lhe traz, uma ideia cientificamente comprovada e você vai se valer dessa teoria para desenvolver na prática, sabendo que você não está ali só no senso comum, sem nenhum respaldo científico (ENT. 2).

Tinha uma disciplina que eu gostava muito que era a de planejamento, (...) a parte de planejamento era o que mais me encantava (ENT. 3).

Sem dúvida administração e planejamento foi essencial porque eu tive que aprender como administrar um recurso público (...) eu tive que aprender a colocar em prática esse planejamento mas assim, eu digo como cargo de chefia mas não são somente eles, porque eu te digo que a minha identidade de assistente social não deixou, não ficou sumida

diante do gestor. O meu conhecimento das outras disciplinas da formação como um todo estão presente e me conduzem (ENT. 4).

A formação é compreendida como indissociável do exercício profissional, momentos distintos, mas igualmente fundamentais:

A disciplina de política de saúde ajuda muito você ter uma visão de tudo, ajuda a entender que você precisa saber de todas as relações sociais, as relações de poder muito forte, a correlação de forças. As disciplinas de política foram muito importantes para o meu trabalho, mas a experiência profissional também ajudou muito (ENT. 5).

Nota-se, a partir dos relatos, a intensa influência da disciplina de planejamento para o trabalho de gestor/da gestão, visto que esta trabalha com a elaboração, coordenação de políticas sociais pelo Serviço Social, sendo política, uma das outras disciplinas também citadas por elas, pois, de acordo com a ent. 5, é uma disciplina que ajuda a entender as relações sociais e correlações de forças, por exemplo, as relações de poder, haja vista serem as políticas “arenas de disputas” de projetos de sociedade e de modelos de gestão da esfera pública, sobretudo no contexto democrático. A importância da disciplina de planejamento, conforme afirmativa das profissionais, é reforçada por Baptista (2000, p.13), ao discorrer que o planejamento refere-se: ao mesmo tempo, à seleção das atividades necessárias para atender questões determinadas e a otimização de seu inter-relacionamento, levando em conta os condicionantes impostos a cada caso (recursos, prazos e outros); diz respeito também, à decisão sobre os caminhos a serem percorridos pela ação e às providências necessárias à sua adoção, ao acompanhamento da execução, ao controle, à avaliação e a redefinição da ação

De um modo geral, registra-se no processo formativo em Serviço Social o destaque conferido às disciplinas que tem relação direta com a gestão, sobretudo, planejamento, administração e políticas sociais, destacadas por fornecer conteúdos relacionados à

dimensão política (relação de forças), como administrar um recurso público, ou seja, a parte técnico-operativa. Interessante o destaque feito por uma única participante às disciplinas teóricas, em função de oferecer os fundamentos que permitem uma compreensão das relações sociais, uma visão crítica do mundo. E uma outra ter trazido à cena a disciplina de pesquisa, por igualmente ter fornecido um “referencial teórico”. Mas, a pesquisa pode também oferecer outros elementos, como construir informações e analisa-las, transformar dados em informação, como sistematizar o trabalho realizado na gestão. Observa-se as dificuldades dos estagiários do curso de Serviço Social da UFPI em lidar com informações estatísticas, com dados quantitativos. Nesse sentido, aponta-se um limite das disciplinas de pesquisa, que focalizam prioritariamente, as pesquisas qualitativas, o manejo com processos sociais, vivenciais. Na gestão, é fundamental a familiaridade com dados quantitativos, sobretudo no momento do avanço do ideário neoliberal, com a assunção dos princípios gerencialistas na gestão do SUS, baseada em meta, na dimensão quantitativa dos atendimentos e da realidade. A visão gerencial sustenta-se em “gestão de resultados”, através da reorganização das carreiras; do foco na gerência de resultados, tendo por alvo o cidadão-consumidor, não o sujeito de direitos. Paralelamente, para

além da demanda por habilidades técnicas especializadas para os profissionais que atuam na área, em termos econômicos, criou-se um mercado de instituições e técnicos que passaram a concorrer por parcelas do fundo público para elaborar, assessorar, capacitar e avaliar programas sociais (...). Todavia, o efeito mais perverso do rumo que estas novas práticas de gestão passaram a tomar diz respeito à paralela desqualificação do debate político sobre as políticas sociais e sua reconversão à medição técnica (BARBOSA, 2004, p. 53).

Tal fato, leva à despolitização do debate e das práticas. Nesse sentido, é fundamental aliar na formação do assistente social, a perspectiva crítica à técnico-operacional. Como a saúde pública

erigiu-se com base na epidemiologia, em evidências científicas, sendo o principal instrumento para identificação de problemas prioritários em saúde (FEUERWERKER, 2007), os assistentes sociais para decifrar seus códigos, terão que ter qualificação nesse campo de conhecimento, saber manejar dados, construir e ler tabelas, gráficos, informações estatísticas, dentre outras. Trazer para seus relatórios e sistematizações informações mais quantitativas de sua intervenção, até para dialogar melhor com a equipe. Também entender a Programação em Saúde, que se configura como “principal estratégia para organização das práticas de atenção” (FEUERWERKER, 2007, p.99).

Diante de todo o contexto exposto pelas profissionais quanto a formação profissional e a relação teoria-prática, ao serem indagadas como potencializam todo o saber adquirido em seus trabalhos como gestoras. Cada profissional respondeu que:

Com o empoderamento do conhecimento, e da maturidade dessa gestão. Uma coisa que a gente nunca fez e que vocês também não devem fazer, é aceitar qualquer tipo de orientação sem questioná-las. Se lhe pedirem para fazer uma coisa, você sempre tem que questionar, aonde? Porquê? Para quê? São coisas mínimas, para que você não se torne uma máquina de fazer trabalhos sem questionamento (ENT.2).

Como enfatizado, o senso crítico tem que sempre estar presente no exercício profissional, para que não figure no fazer pelo fazer e contribua no processo de conquistas da categoria:

Meu saber profissional ele é muito conquistado, eu sou muito responsável, muito comprometida e dizem que sou competente, então eu vou fazendo meu caminho dessa forma. As oportunidades aparecem, a mais recente é, como é que o Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês que eu só via de nome e matéria de pessoas riquíssimas que iam lá fazer tratamento, chegou na minha vida. Sou profissional do Estado do Piauí, e no momento que eu soube que ele ia chegar na minha vida eu abracei e até disse em uma entrevista que é um presente que eu ganhei e cuido com

muito carinho e com muita responsabilidade é assim que eu uso o meu saber profissional, cada conhecimento que eu vou adquirindo, cada espaço que eu vou conquistando, eu tenho que fazer ele da melhor forma, com competência, sabedoria, com humildade e com ética (ENT. 3).

A articulação de competências teórico-metodológicas, ético políticas e técnico instrumentais, associadas a valores e compromissos, fazem a diferença, sobretudo quando interesses são contrariados a partir da tomada de decisão na gestão:

Primeiro procurando fazer uma gestão próximo do ideal, correta, ética e justa mas é difícil no dia a dia, a questão dos direitos, que eu digo que é mais difícil de lidar é com a equipe. Porque tanto na área do (...) quanto na gestão, o servidor quando você diz um não para ele enquanto gestor e você diz um “não” embasado no conjunto de leis, dizer que isso não pode por isso e por aquilo, você tem uma imagem totalmente deturpada a partir dali. Então como é que eu potencializei, eu sempre procurava dizer “não” mas dizendo que o “não” era por conta de um conjunto de leis que me asseguravam dizer o “não”, que não era pela questão pessoal. (...) Então potencializar a gestão para mim foi estar com a ética sempre em dia (...) algumas decisões que tomei ao longo desse processo que contrariava o meu superior mas o que me sustentava era uma lei, uma portaria, uma legislação para que eu não dissesse um “não” para ser pessoal mas dizendo não naquela determinação maior, dizendo o que é correto (ENT.4).

Mas, o processo formativo é permanente, envolvendo diferentes dimensões e personagens, e a retroalimentação serviço/assistência – formação/universidade, em constante relação dialética, ensino-aprendizagem, englobando os usuários, como admite um profissional:

A academia me deu uma base muito boa, então procuro potencializar meu saber justamente procurando fazer essa integração de serviço e comunidade, por exemplo, tentando fortalecer essa relação; também tento fortalecer

essa educação continuada, que também é outra coisa que eu acho que é potencializadora do saber, porque somos um eterno aprendiz, mas a gente também tem o que ensinar, também temos o que contribuir com as universidades, para que eles possam formar realmente trabalhadores que sejam para o SUS, voltar mais os estágios para a saúde. Então é assim, procuro estar potencializando na minha vivência, no meu dia a dia, e estar sempre ouvindo os usuários, eu bato muito nessa tecla, precisamos ouvir as necessidades da população (ENT. 6).

Dos relatos acima, fica evidente a questão do conhecimento/saber profissional, dos fundamentos que orientam suas ações, em que 4 das 6 participantes, enfatizam essa questão de trabalhar embasada e amparada nas leis, seja pelo código de ética da profissão, pela lei que a regulamenta, pelos parâmetros para atuação dos assistentes sociais na política de saúde e (ou) pela própria Lei nº 8.080/90. É preciso ter conhecimento, dominar “a política” em que estão trabalhando, para que possam ter consciência do seu papel e assim, dar resolutividade aos problemas encontrados. De acordo com CFESS (2014, p.34), em seu documento, Parâmetros para atuação do assistente social na saúde, é afirmado que o perfil do assistente social para atuar nas diferentes políticas sociais deve afastar-se das abordagens tradicionais funcionalistas e pragmáticas, que reforçam as práticas conservadoras que tratam as situações sociais como problemas pessoais que devem ser resolvidos individualmente. O reconhecimento da questão social como objeto de intervenção profissional demanda uma atuação profissional em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação das determinações sociais, econômicas e culturais das desigualdades sociais.

Este fato mostra um ponto chave da pesquisa realizada, ou seja, a importância de assistentes sociais na gestão do SUS, pois a partir do momento em que ocupam um cargo de gestão, todas as suas ações são voltadas para gerir a política de saúde, sendo incrementadas ainda, com a visão e os conhecimentos particulares da profissão.

As assistentes sociais ao responderem como potencializam todo saber do Serviço Social na atividade de gestão, acabaram também por informar o que oferece base de sustentação para a condição gestora. Vários elementos entrelaçados foram citados, mas, 3 destacaram o conhecimento/ o saber adquirido, como fonte da condição, ao permitir questionar a realidade, manter um espírito de busca de novos conhecimentos, via educação continuada e crescente aproximação e escuta dos usuários dos serviços, a força do argumento nas ações, baseados em legislação, em evidências. Outras três assistentes sociais enfatizaram as conquistas adquiridas, quer pelo conhecimento acumulado, quer pela capacidade resolutiva, por “resolver certos assuntos”, ou ainda pela capacidade de manejar relações interpessoais, como a relação com servidores, a equipe. O trabalho em equipe foi destacado, por uma delas, como um problema, ou seja, a gestão de pessoas/recursos humanos, haja vista explicitar a dificuldade do servidor ou gestor ouvir um “não”.

Nesse horizonte, a potência do saber está no conhecimento adquirido e nas conquistas efetivadas e competências demonstradas.

Mas, o que chama a atenção ainda, é que não houve exploração das profissionais sobre como seria um assistente social, por exemplo, como gestor, gerir a relação com médicos, haja vista ser o poder dominante da relação de um assistente social gestor, com um médico, quando tem que tratar por exemplo, da relação médico paciente, ou problemas que envolve a gestão da clínica?

A gestão é apreendida como:

política de gerenciamento por meio de técnicas várias, entre elas a administração e o planejamento, com fim de controlar a relação recursos, objetivos e serviço produzido. Ou seja, pensar a gestão concomitantemente como gestão de trabalho e gestão de serviço (BARBOSA, 2004, p.66).

Gerir, em qualquer política, mas sobretudo na saúde, envolve interações e tomada de decisão (BARBOSA, 2011), tendo por foco resultados, na perspectiva de resolver problemas sanitários/necessidades em saúde. A gestão do Sistema Único de Saúde,

como esclarece Sonia Fleury (2014) é tridimensional, sendo social, gerencial e assistencial.

A dimensão social informa que a gestão é comprometida com resultados coletivos. Afinal, estamos falando de uma gestão pública, que tem que prestar contas para a coletividade, que paga os impostos, que financiam os serviços/equipamentos de saúde. Está situada na perspectiva da gestão compartilhada, postulada pelo SUS e com fomento na participação social. O protagonismo de trabalhadores, usuários e familiares, instiga o profissional e sobretudo o gestor a incluí-los na tomada de decisão, e como visto, o assistente social procura fazer isso o tempo todo.

A dimensão gerencial, é a mais conhecida e a que menos avançou no SUS (FLEURY, 2014) pois ainda restrita à gestão de pessoas e à burocracia, ou seja, compras (aquisições e controle de almoxarifado/estoque e escala de plantão/férias). Com o SUS é requerido uma gestão que amplie e produza informações estratégica (crie banco de dados); invista no planejamento, na qualidade dos serviços prestados e na gestão de redes, exigindo que o gestor vá para além do equipamento, compreendendo fluxos das 5 redes temáticas do SUS (Rede: de Atenção Psicossocial, Cegonha, de Pessoas com Deficiência, Urgências e Emergências e de Prevenção e Controle do Câncer), articulando possibilidades e novas formas de atuar dos serviços e de seus profissionais.

A terceira dimensão é a gestão assistencial, vinculada ao cuidado, gestão da clínica, envolvendo o Projeto Terapêutico Institucional, a partir do qual se traça as coordenadas, o rumo do serviço, que fornece as balizas para a organização do processo de trabalho da equipe e de todos os profissionais. Implica também a articulação intra e intersetorial, para oferecer o cuidado integral, na perspectiva de reinventar a vida e produzir mudanças no cotidiano, baseadas em valores de reforço à cidadania.

Nesse contexto, o futuro assistente social deve apreender a lógica da gestão pública, a partir de 4 dimensões: a) a organização da instituição; b) organização e gestão de pessoas; c) relações e processos de trabalho e d) financiamento/orçamento e gastos públicos.

Considerações Finais

Como visto, a formação profissional do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Piauí traz conteúdos sobre a gestão das políticas sociais e do trabalho profissional no ementário de várias disciplinas. Ou seja, é um tema transversal a vários campos de saber, não exclusivamente de disciplinas ministradas por docentes assistentes sociais. Logo, a gestão do SUS, tende a ser um elemento de abordagem, pois, o ementário aventa essa possibilidade. Os assistentes sociais que ocupam cargos de gestão no SUS, destacam a importância das disciplinas de planejamento, administração, políticas sociais, pesquisa e as “teóricas”, como fundamentais para oferecer os fundamentos de seu trabalho profissional como gestoras. Todavia é importante problematizar a formação: como esses conhecimentos sobre a gestão se articulam no fluxo das disciplinas? Que sínteses os alunos conseguem fazer e como tudo isso repercute no dia a dia do estágio, em primeira instância, na sua relação com o exercício profissional na gestão? Por exemplo, como o aluno usa seu projeto de intervenção, como instrumento de negociação com a instituição campo de estágio? Como dialoga com a gestão em geral? Em que medida disciplinas como de pesquisa, podem se reorientar para abarcar a dimensão quantitativa, informações epidemiológicas, a construção e leitura de tabelas, gráficos, para instrumentalizar o futuro assistente social no diálogo com gestores com visão gerencialista, baseada meramente em metas, ou seja, dados quantitativos? Como o futuro assistente social está sendo formado para produzir indicadores de avaliação?, algo fundamental para o trabalho de monitoramento na gestão. São questões postas para o debate e aprimoramento da formação do assistente social para a função gestora. Observou-se, de modo geral, a importância conferida pelas assistentes sociais na gestão, em relação à construção de uma gestão compartilhada, onde os usuários tenham voz e vez, sejam escutados e suas necessidades incorporadas no processo de avaliação e formulação de políticas. Como todas as assistentes sociais participantes da pesquisa são do sexo feminino, é interessante pensar como é para as mulheres

ocuparem postos de comando, decisão, haja vista o poder na sociedade em geral, e particularmente na realidade brasileira ser associada ao sexo masculino? Pensar inclusive, se a questão de gênero faz a diferença nos postos de comando. O olhar e a ética feminina fazem diferença para as ações gestoras? O que é para um assistente social estar nesse lugar, que desafia novos arranjos de gestão e de participação, centrados nas necessidades dos usuários e dos territórios?

Referências

BAPTISTA, Myrian Veras. **Planejamento Social: intencionalidade e instrumentação**. São Paulo: Veras, 2000.

BARBOSA, P. R. Gestão em saúde: uma abordagem introdutória. P. 347-356. In: GONDIM, Roberta (Org). **Qualificação de gestores do SUS**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2011.

BARBOSA, R. N. C. Gestão: planejamento e administração. In: **Temporalis**, ano IV, n. 8; p. 51-76, jul-dez, 2004.

BRASIL. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2006.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L. C. M. (2004). **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social**. Physis, v.14, nº 01, 41-65.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília: CFESS, 2014.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL 7ª REGIÃO. **Coletânea de leis e resoluções**. 4ª ed. Rio de Janeiro, 2005.

FEUERWERKER, L. C. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. In: **Temporalis**, ano VII, n. 13, p. 91-120, jan.-jun, 2007.

FLEURY, S. Democracia e inovação na gestão local da saúde. Rio de Janeiro: CEBES/FIOCRUZ, 2014,

MARSIGLIA; R.M.G.; CARREIRA. M.O.C.S.; AMARAL, D.P. **Do serviço social médico ao serviço social na saúde: meio século de história em São Paulo**. Serv. Soc. & Soc., S.P. v.15, n.1(21), p. 37-50, jan/jun. 2016.

MATOS, M.C. **Serviço social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional**. São Paulo: Cortez, 2013.

NETTO, J.P. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil** pós 64. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SANTOS, W.G. **Cidadania e justiça: A política social na ordem brasileira**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Campos, 1987.

SOARES, J.M.M.; MOURÃO, L.M. **O assistente social na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS no Piauí**. Monografia. Curso de Serviço Social. Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2016.

SOUSA, L.E.N; ROSA, LCS; NASCIMENTO, CM. **Relatório de pesquisa: gestão da saúde mental no Piauí – da assistência psiquiátrica à Rede de Atenção Psicossocial**. Teresina:UFPI,2019.

TERESINA. **Relação de profissionais de saúde da Fundação Municipal de Saúde de Teresina**. Teresina: FMS, 2019.

UCHÔA, Roberta. Resultados da pesquisa Serviço Social interfaces com a saúde: o ensino da política de saúde na formação profissional

dos assistentes sociais no Brasil. In: **Temporalis**, ano VII, n. 13, p. 185-200, jan.-jun, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ. **Projeto Pedagógico do Curso de Graduação, bacharelado em Serviço Social**. Teresina: UFPI, junho 2012.

OS DESAFIOS DO PROCESSO DECISÓRIO PARA OS (AS) GESTORES (AS) NA ORGANIZAÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

THE CHALLENGES OF DECISION MAKING FOR MANAGERS IN THE HEALTH CARE NETWORK ORGANIZATION (HCNO)

Leidimar Barbosa de Alencar

Resumo

O relato de experiência aqui descrito teve como objetivo expor sobre a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no Sistema Único de Saúde (SUS), em especial no Estado do Piauí, através da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), na Região de Saúde denominada Território de Desenvolvimento (TD) Entre Rios, região metropolitana de Teresina, capital do Piauí. O enfoque é o processo decisório sucedido no Grupo Condutor Estadual da RUE (GCERUE). Tem-se como referencial teórico as Redes de Atenção à Saúde (RAS), Grupo Condutor Estadual e processo decisório em administração. Os (as) Gestores (as) remetem a constantes limites técnicos, políticos e éticos apresentados nas tomadas de decisões, pois existe uma necessidade invariável em criar ideias novas e úteis para melhorar o desempenho dos serviços a serem prestados à população. Tem-se como evidência da gestão, no cumprimento de metas, uma fragmentação entre os serviços que se planeja, normativamente, em relação ao desempenho daqueles que

executam as ações na referida região de saúde. A realidade de cada região de saúde também reúne um desenho mais ou menos intenso da estrutura financeira, da mobilização das organizações sociais, da participação popular e das relações estabelecidas entre os Entes Federativos. O Sistema de Governança tem papel fundamental para o planejamento e gestão da Política de Saúde.

Palavras chave: Redes de Atenção à Saúde, Processo Decisório, Sistema de Governança, Atenção às Urgências e Emergências.

Abstract

The experience report described here was aimed at exposing the organization of Health Care Networks (HCN) in the State of Piauí, through the Network of Attention to Emergencies and Emergencies (NAEE), in the Region of Health called Development Territory (TD) Entre Rios, metropolitan region of Teresina, capital of Piauí. The focus is the decision-making process that has taken place in the State Conducting Group of the RUE (SCGRUE). It has as theoretical reference the Health Care Networks (HCN), State Conductor Group and decision-making process in administration. Managers refer to the constant technical, political and ethical limits presented in decision-making, because there is an invariable need to create new and useful ideas to improve the performance of the services to be provided to the population. There is evidence of the management, in the fulfillment of goals, a fragmentation between the services that are normatively planned, in relation to the performance of those who perform the actions in said health region. The reality of each health region also includes a more or less intense design of the financial structure, the mobilization of social organizations, popular participation and the relations established between the Federative Entities. The Governance System has a fundamental role for the planning and management of the Health Policy.

KEYWORDS: Health Care Network, Decisional Process, Governance System, Emergency and Emergency Care.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil é considerado um dos melhores sistemas sanitários universais, que tem na Lei maior do País, a Constituição Federal (CF) de 1988, a Saúde como direito fundamental, garantido a partir da relação interfederativa entre os três Entes Federativos: União, Estado, Distrito Federal e Municípios, de modo a atender a Diretriz Constitucional de Descentralização.

É a primeira Constituição do país a contemplar a universalidade do direito à saúde, rompendo com a cidadania regulada e com o seguro social, a partir da configuração da Seguridade Social. O termo “direito de todos” interpretado tanto como direito individual e como coletivo, tem sua fundamentação legal no artigo 196 da CF que diz:

Saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A garantia do Direito à Saúde como direito humano inalienável, enfrenta um contexto sócio-político, econômico e de gestão pública, que aponta grandes desafios para o Sistema Único de Saúde (SUS), dentre eles:

1. Avançar na consolidação da Estratégia de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como garantia de acesso ao usuário a ações e serviços de saúde, de forma contínua, equânime e com

qualidade, respondendo efetivamente às suas necessidades de saúde de forma regionalizada;

2. Cabe a cada Ente Federativo, em seu nível de gestão pública, desenvolver responsabilidade solidária e competências, visando à promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde de sua população, que respeite a legislação infraconstitucional, normativa infralegal, compartilhada e pactuada entre as três Esferas de Governo;

3. Melhorar o Planejamento em Saúde e os Modelos de Atenção e Gerenciais visando uma Gestão por Resultados;

4. Desenvolver Educação Permanente para o fortalecimento do Controle Social, onde a sociedade civil seja coparticipe da gestão em saúde;

5. Garantir um financiamento que seja adequado, controlado e suficiente para o SUS, respaldado na Economia em Saúde;

6. Tomar decisão no SUS com base em Evidências Científicas, visando melhoria nas Políticas Públicas.

Retrospectivamente, a Estratégia em Redes no SUS, teve início em 2010, como fruto de um grande acordo tripartite envolvendo Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Secretários de Estado da Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), quando foi publicada a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabeleceu diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), tendo como objetivo:

Promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.

Mendes (2011) define Redes de Atenção à Saúde como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes

tecnologias, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

Abordar sobre essa temática induz à inquietação surgida durante o exercício profissional, na Secretária de Estado da Saúde do Piauí, atuando na área de Atenção Hospitalar e com atribuições e competência que levaram ao monitoramento e avaliação de Hospitais da Rede de Serviços Públicos do Estado do Piauí e da observação dos processos coletivos da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE).

Com este enfoque procura-se relatar como os processos decisórios são governados dentro do espaço coletivo do Grupo Conductor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (GCERUE), do Território de Desenvolvimento (TD) Entre Rios/ Região de Saúde, tendo como sede a cidade de Teresina, capital e cidade mais populosa do estado do Piauí.

Desta forma, constitui-se no primeiro espaço geográfico e populacional a ser contemplado com a RUE, considerando ser região metropolitana e com maior densidade demográfica e abrangência em termos de população. Além disso, Teresina, conta com o maior número de estabelecimentos de saúde, com uma rede de serviços que atende as diversos níveis de atenção: primária, ambulatorial especializada e hospitalar, com serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) e rede de ensino e pesquisa em média e alta complexidade.

Destarte, para a organização e implantação da RUE foi formado e instituído o Grupo Conductor Estadual, enquanto campo gerencial, com composição Tripartite (Ministério da Saúde, Secretarias de Estado e de Municípios) e disposição de atores que integram as três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal), tem a finalidade de planejar, discutir, modelar e avaliar todo o processo de desenho, organização, implantação e monitoramento desse modelo de atenção em saúde, sob o ponto de vista sistêmico da RAS.

Segundo Helvécio Miranda (2014), esses grupos condutores de redes tem o papel da formulação, do apoio à implantação e

do monitoramento e avaliação da RAS, considerando linhas de cuidado.

A RUE foi constituída e organizada na região metropolitana de Teresina para atender cerca de 2 (dois) milhões de habitantes, considerando uma rede de serviços de atenção primária, média e alta complexidade instalada e prestando serviços à população do estado do Piauí, em especial de Teresina, além de estados circunvizinhos como: Maranhão, Pará, Ceará, Tocantins, entre outros.

Nessa perspectiva, inclui-se e referenda-se a publicação pelo Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro da Portaria de Consolidação Nº 3, em 03 de outubro de 2017, que trata de Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, enquanto estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência.

Em seu anexo III, tem-se todo o referencial normativo sobre a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), que surge com a reformulação da Política Nacional de Atenção às Urgências e em seu artigo 3, parágrafo primeiro § 1º, versa que: a organização da Rede de Atenção às Urgências tem a finalidade de articular e integrar os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna.

Deve-se ressaltar que a constituição de redes de atenção à saúde em regiões de um país continental e com diversidades socioeconômicas e culturais como o Brasil, é desafiador. A área de urgências tem suas peculiaridades ao configurar-se como atenção de média e alta complexidade, com desafios e conquistas para se efetivar dentro de um contexto densamente complexo.

Assim, este relato, pautado nos aspectos teórico-prática e descrição literária, não pretende esgotar o tema em discussão, nem tão pouco, ser original o suficiente, até por que se baseia em

diversos estudos, referencial teórico e empírico sobre o SUS e Redes de Atenção à Saúde, esta disseminada no Brasil a partir de 2010.

Considera-se ainda, o marco teórico sobre Sociedade em Rede, a Organização Sistêmica e o Processo Decisório na Gestão SUS, onde a RUE está firmada dentro de um contexto de Região de Saúde, localizada no estado do Piauí.

Quanto à abordagem teórico-prática tem como objetivo delinear o processo decisório utilizado pelos Gestores na Organização da RUE, destacando o espaço coletivo e suas potencialidades, fragilidades e viabilidades.

Apresenta-se também, os aspectos priorizados no processo decisório que culminou no fortalecimento do Sistema de Governança e ampliação do escopo da RAS e RUE no estado do Piauí. Coloca-se ainda o ponto e contraponto de Gestores e algumas considerações finais.

Contexto teórico e empírico

Considera-se nesse contexto teórico, inicialmente, a acepção da palavra Rede difundida como estrutura formal e também entendida como um sistema de nós interligados, sendo que os nós são pontos onde a curva se intersecta a si mesmo.

Segundo Castells (2017),

As redes são estruturas abertas que evoluem acrescentando ou removendo nós de acordo com as mudanças necessárias dos programas que conseguem atingir os objetivos de desempenho para as Redes (p.72).

Essas operam transversalmente em diversos processos organizativos de trabalho e comunicação, que se complementam e se expandem através do que se descentraliza, adaptando-se a autonomia e corresponsabilidades em cada esfera de Governo.

Também para Castells (2017), as redes constituem a nova morfologia social de nossas sociedades e a difusão lógica de redes

modifica de forma substancial a operação e os resultados dos processos produtivos e de experiência, poder e cultura.

Com isto, são modificados os arranjos hierárquicos que condicionam e verticalizam os processos, colocando a organização na ordem sistêmica da sociedade, onde as funções e os processos predominantes estão cada vez mais constituídos em torno de Rede.

Rede pode ser entendida como um processo democrático na organização e na realização de objetivos comuns, decididos coletivamente. Tem pontos interdependentes que se entrelaçam, formando forças, poderes e contra poderes no processo cotidiano da transformação social e conquista de direitos. Existem de forma estrutural e física, como também, virtualmente, onde para um melhor funcionamento é essencial à articulação entre estas duas possibilidades de exequibilidade da Rede. Quanto maior for à capacidade de compartilhamento de informações, alinhamento de poder e saber, mais eficazes serão os resultados da Rede.

A informação e a comunicação disseminada num ambiente de Rede fortalecem o compartilhamento de saberes, a convergência de poderes e o apoio matricial na condução da Política Pública de Saúde. Constrói-se uma cultura organizacional de grupalidade, com a busca de solidariedade entre os Entes do Sistema de Governança. A Rede cria uma forma democrática de descentralizar responsabilidades, promovendo a articulação, mobilização, participação, cooperação, horizontalidade e circulação de informações e conhecimentos.

Difunde-se, oportunamente, na visão de vários autores, que Rede é um sistema organizacional capaz de reunir indivíduos e instituições, de forma democrática e participativa, em torno de causas afins. A qual possibilita uma nova forma de relacionamento institucional, a partir da convivência política e técnica, relacionada à horizontalidade, a descentralização e partilha de saberes e poder.

E quando se reporta a nossa realidade brasileira, coaduna-se com a referência teórica acima no sentido do processo de descentralização de ações e serviços de saúde para as esferas estadual e municipal, resignificando a autonomia desses Entes frente a sua jurisdição populacional e regional. O órgão gestor planeja, organiza e executa a Política Pública a partir de uma articulação

interfederativa, mas ao que lhes compete, gera autonomia, com um aumento de responsabilidade jurídica e social, no âmbito Municipal e Estadual.

Para caracterizar a rede de interações interinstitucional em qualquer âmbito territorial e onde os processos de decisões políticas ocorrem Castells (2017), conceitualiza como estado em rede, aquele que tem como atributo a soberania e responsabilidade compartilhadas entre vários estados e níveis de governo.

O estado em rede se depara com problemas de natureza administrativa, que são a coordenação através dos aspectos organizacional, técnico e político e de natureza ideológicos, na coordenação de uma política comum com um idioma comum e conjunto de valores compartilhados. Cita-se o aspecto geopolítico caracterizado através do sistema de governança, visto como uma mesa de negociação e mediação.

A história averigua que é com base no contexto do Sistema Único de Saúde - SUS brasileiro, enquanto sistema de saúde universal, considerando a transição demográfica e epidemiológica que se configura a realidade institucional e de gestão, imersa na abordagem teórico-prática e, ainda, por entender a RAS como o caminho promissor para a sustentabilidade da Política de Saúde. E neste contexto onde se transforma gradativamente um sistema fragmentado para um organizado em realidades distintas, sob todos os aspectos de viabilidade técnica e de gestão do Sistema de Saúde.

O SUS que está previsto na Constituição Brasileira de 1988, na definição de Saúde como direito de todos e dever do Estado e em seu artigo 198 descreve as ações e serviços públicos de saúde como integrantes de uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, universal e organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, e;

III - participação da comunidade.

Desta forma, a estrutura organizativa do SUS torna-se mais transparente e tem em vista garantir maior segurança jurídica na definição e difusão de responsabilidades dos Entes Federativos, para que a população usuária possa conhecer e ter acesso às ações e serviços ofertados nas Regiões de Saúde, organizados e implantados de forma estratégica pela Rede de Atenção à Saúde.

A descentralização é uma diretriz organizativa do SUS que favorece o comando único em cada esfera de governo, numa relação interfederativa com bases político-ideológica diferente e autonomia administrativa. Fomenta para uma necessidade de compreensão da integralidade e integração por meio de Região de Saúde, organizando as Redes de Atenção à Saúde de forma horizontal e hierárquica, através da regionalização do SUS e sendo a RAS estratégia de organização de ações e serviços de saúde pública e um sistema de governança, visando superar um sistema com modelo de gestão e atenção fragmentado, pouco resolutivo e de alto custo para o governo brasileiro.

A Região de Saúde é definida no Decreto 7508/2011 em seu art. 2º como:

Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

A instituição de Região de Saúde está vinculada a requisitos mínimos no âmbito do SUS, tais como: oferecer atenção primária; urgência e emergência, atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar e a vigilância em saúde. Assim como, definir as responsabilidades de cada Ente Federativo na prestação de serviços na região com pactuação em Comissão Intergestores Regional (CIR) e Comissão Intergestores Estadual (CIB), assim sendo, as regiões são definidas e instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais

pactuadas na Comissão Intergestora Tripartite (CIT), em âmbito nacional, que estabelece Diretrizes Gerais no âmbito do SUS para a instituição de regiões de saúde através da Resolução/CIT Nº 23 de 17 de Agosto de 2017, onde estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde, no âmbito do SUS e ainda da Resolução/ CIT Nº 37, de 22 de março de 2018, que dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde.

A implantação de RAS no Estado do Piauí iniciou em 2012 com a participação do Ministério da Saúde numa relação interfederativa de três instâncias: federal, estadual e municipal, com recorte regional, onde a linha de cuidado de urgência e emergência foi priorizada na região de saúde denominada Território de Desenvolvimento (TD) Entre Rios. Fazem parte dessa região 31 (trinta e um) Municípios. A rede de atenção hospitalar de média e alta complexidade está concentrada na capital, com estabelecimentos de saúde sob a Gestão do Município de Teresina e Gerência do Estado e também de Gestão Municipal de Teresina.

No Estado do Piauí a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) foi iniciada e implantada no TD Entre Rios em 2012, com abrangência de 31 (trinta e um) Municípios, que representa 13,84% do total dos municípios piauienses, integrando a região metropolitana da Capital, Teresina, representando 37,42% da população do Estado, isto é, 1.166.815 habitantes, (IBGE, 2010), ocupando uma área geográfica de 19.270,14 Km² e densidade demográfica 60,55 hab./km².

A RUE tem como base legal e normativa a Portaria de Consolidação Nº 3 de 28 de setembro de 2017, Anexo III, do Ministério da Saúde – Brasil e possui os seguintes componentes e fases de implantação: promoção e prevenção; atenção primária: unidades básicas de Saúde; Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e outros serviços com funcionamento 24 horas; SAMU 192; portas hospitalares de atenção às urgências; leitos de retaguarda; atenção domiciliar e hospitais-dia.

A RAS permite o alcance de resultados que suplantam os sistemas baseados na burocracia, que centraliza processos e apraza resultados, considerando que sua abrangência promove transformações importantes a serem feitas no fluxo de poder e no processo de decisão, além do que o movimento de ideias, conhecimentos e competências é maior quando se trabalha em Rede, em espaço organizacional que visa à coletividade.

Destarte, a tomada de decisão é considerada parte importante do comportamento organizacional, mas a forma como as pessoas tomam decisões e a qualidade de suas escolhas depende muito de suas percepções. A mesma ocorre em reação a um problema, que existe quando se verifica uma discrepância entre o estado atual das coisas e seu estado desejável. Assim, admitir a existência de um problema e a necessidade de se tomar ou não uma decisão depende da percepção da pessoa.

As decisões, enquanto função administrativa depende e exige interpretações e avaliação de informações, sendo que estas podem vir de diversas fontes e necessitam serem selecionadas, processadas e interpretadas. E, ainda, devem-se saber quais é mais importante para a tomada de decisão, o que se vincula à percepção de tomadores de decisão. Enfim, em todo o processo decisório muitas vezes surgem distorções perceptivas que podem afetar as análises e conclusões, conforme Robbins (2010).

As organizações criam regras e políticas para programar as decisões e padronizar o comportamento de seus membros. Já as pessoas pensam e raciocinam antes de agir, por isso a forma como tomam decisões podem ajudar a explicar e prever seus comportamentos.

Segundo Robbins (2010), a tomada de decisão caracteriza-se pela racionalidade limitada, pelos erros e vieses ao processo decisório e pelo uso da intuição. Dessa forma, as influências na tomada de decisões envolvem fatores individuais e de restrições organizacionais, os quais estão suscetíveis a erros e vieses. As variáveis de diferenças individuais como personalidade, gênero e habilidade mental contribuem para variações no processo

decisório Por exemplo: pessoas esforçadas ou dedicadas quando o foco é a personalidade; em relação ao gênero pesquisas apontam que as mulheres ruminam mais que os homens, ou seja, exageram na análise detalhada de problemas. No entanto, pesquisas na área de comportamento organizacional apontam que, após os 65 anos, ambos os gêneros analisam menos.

Quanto às restrições organizacionais, consideram-se aspectos relacionados à avaliação de desempenho, regulamentações formais e sistema de recompensa, o que induz a criação de regras e políticas para a tomada de decisões e padronização do comportamento dos membros de uma organização. Fazendo assim, também restringem as escolhas dos tomadores de decisões.

Para que Gestores melhorem o processo decisório é importante à análise da situação, que tenham consciência dos vieses que permeiam a decisão, combine análise racional com intuição e procurem melhorar a criatividade, isto é, ter habilidade de criar ideias novas e úteis.

Reportando à crença popular de que duas cabeças pensam melhor que uma é comumente aceita nas organizações, mas ressalva-se que em tarefas complexas se observa que o grupo funciona melhor que o individual. Os grupos oferecem uma excelente direção para a realização de diversas etapas do processo de decisão, reúnem mais informações, de forma mais ampla e profunda. A diversidade de indivíduos que compõem o espaço grupal agrega uma visão e análise mais crítica, além de ampliar o apoio e qualidade da escolha coletiva.

A observação sobre o papel de Gestores nos remeteu a inclusão dessa função administrativa essencial que é a decisão, que abrange entes com autonomia político-administrativa no interior da Rede de Atenção à Saúde. Seja o Grupo Condutor ou as Comissões Intergestores Bipartite, em suas instâncias de pactuação e deliberação, contribuem para a criação de alternativas e processos decisórios para a RAS. Esta percepção se reflete na elaboração do Plano de Ação Regional - PAR da RUE, visando à maior efetividade

dos princípios da integralidade e universalidade para a população usuária do SUS.

Considerando ainda, que a decisão é uma escolha feita entre duas ou mais alternativas e que nas organizações os indivíduos tomam decisões, sendo as mesmas em forma de palavras e expressões significativas, que são proclamadas individualmente com consenso grupal.

Evidências na tomada de decisão: espaço individual e coletivo da RAS

Na região de saúde em foco, o Plano de Ação Regional (PAR) foi elaborado em 2012, não sendo recolocado em discussão, análise ou avaliação durante o período de 2012-2018, para que se reavaliasse seu conteúdo e pertinência no contexto atual, conforme avanço, estagnação ou retrocesso da RUE no estado. A implantação e qualificação de ações ocorrem conforme demanda e decisões do Grupo Condutor Estadual. O respectivo plano enfoca considerações sobre o estado e TD Entre Rios, objetivos, justificativa, desenho prospectivo da Rede de Urgências e Emergências; monitoramento, avaliação e sustentabilidade do plano. Apresenta ainda o mapeamento dos pontos de atenção, no entanto, fica pouco esclarecido sobre as diretrizes e processo de implantação das ações planejadas.

O que se observou nos documentos utilizados na prática profissional é que a tomada de decisão, conforme conjuntura da experiência ocorre em reação a um problema, em que há uma discrepância entre o estado atual que se apresenta e o que se deseja em resultados. O contexto empírico serve de referência para que haja o desencadear de ações e serviços de saúde, a ser objeto de intervenção e replanejamento.

A realização de monitoramento contribuiu para o incremento de novas ações e repactuação de metas e prazos para a efetividade da prestação de serviços em determinados pontos de atenção da RUE. O envolvimento de membros do Grupo Condutor Estadual

vem corroborar com uma de suas atribuições que é de monitorar e avaliar o processo de implantação/qualificação da Rede.

Quanto a recursos humanos, foram referidos através da inviabilidade de se implantar pontos de atenção da RUE, sem um efetivo e qualificado quadro de profissionais de saúde. A atenção especializada exige equipe multiprofissional qualificada em urgências e emergências e, mais especificamente, em conformidade com cada ponto de atenção da RUE, planejado e a ser implantado na região de saúde TD Entre Rios.

Foi observado nos documentos que integram atividades da RUE, que ocorreu incremento de estrutura física para a implantação de ponto de atenção, no entanto, a mesma teve dificuldades para a execução dos serviços em função da ausência de recursos humanos e equipamentos. Ou seja, a partir do planejamento, observou-se uma necessidade de decisões que viabilizem a organização e efetividade do serviço prestado à população. A estimativa de recursos humanos não integra o conteúdo do plano como um fator fundamental para a viabilidade da Rede.

No aspecto educação permanente, foi incentivada a criação dos Núcleos de Educação Permanente nos pontos de atenção da RUE, no entanto, a especificidade da Rede prescinde de articulação entre diversas entidades de ensino. Constatou-se a iniciativa de Hospitais de Excelência do Brasil, realizando qualificações pra área da RUE, através do PROADI-SUS, Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS, do Ministério da Saúde em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Porém, persiste no processo decisório a indefinição de implantar novos serviços e/ou tecnologias, em decorrência da demanda advinda da necessidade de saúde da população. É Exemplo citado: leitos de retaguarda de UTI adulto e infantil.

Na Regulação foi verificado um avanço no sentido de se estabelecer, através da Central Estadual de Regulação de Leitos, o acesso regulado para as portas de entrada e leitos de retaguarda da RUE, contempladas em cada ponto de atenção do TD entre Rios,

no entanto, as especialidades cardiologia, neurologia/neurocirurgia e cardiovascular previstas no plano de Ação da RUE não possuem leitos que atendam a demanda de forma satisfatória e equitativa. Esse aspecto tem sido levantado como recorrente durante as reuniões do GCERUE.

Nos documentos consultados e acessíveis no fazer profissional, os recursos financeiros possuem registros através de informações em relação a três aspectos importantes: insuficiência de recursos financeiros pra suprir ponto de atenção de alta complexidade; atrasos no repasse de recursos pela Gestão Federal (Ministério da Saúde) e não aplicação dos recursos repassados e consequente bloqueio e/ou devolução dos recursos ao Ministério da Saúde. Percebe-se que a tomada de decisão, de forma racional, limita a exequibilidade do financiamento da RUE em diversos pontos de atenção do TD Entre Rios.

A área de Novas Tecnologias de Cuidado tem relação com a elaboração de Protocolos Clínicos para as Linhas de Cuidado da RUE, no entanto, foi verificada nos documentos analisados a elaboração, não atualização dos mesmos com a literatura e, conseqüentemente, a não edição, divulgação e qualificação dos profissionais de saúde para atuarem de forma segura nesses pontos de atenção, primando pela segurança do paciente, a partir do uso de Protocolos.

As inferências e interpretações realizadas aqui têm inter-relação com o referencial teórico, marco legal e contexto empírico da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, conforme os conceitos e normativas do MS e GCERUE, onde a estruturação da RAS é a estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão do SUS, nas regiões de saúde.

Fragilidades e potencialidades

Os resultados estão apresentados de forma que responde ao referencial teórico e empírico estudado neste caso da organização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, com recorte para

a experiência do Território de Desenvolvimento entre Rios – Piauí - Brasil.

Garantir a implantação de Redes sem atentar para o caráter fragmentado do Sistema Único de Saúde – SUS coloca em desafio o papel da Secretaria de Estado da Saúde como Gestora do Sistema e de organizar Redes em Regiões de Saúde. É presente, neste estudo, a fragilidade nos processos decisórios com levantamento de informações de maneira frágil e pouco contextualizada em termos de necessidades de saúde da população e evidências em saúde. Corroboram com escolhas de uma situação atual a ser superada, pois os dados refletem situações de internação e doenças.

Durante o período supracitado, em estudo, não foi apreendido um movimento de retomada das decisões anteriores do Plano de Ação Regional, visando avaliar e reconduzir para o alcance de metas, de forma a organizar os processos coletivos e de relação interfederativa. Existe fragilidades na implantação de cultura institucional direcionada para as boas práticas de planejamento público.

Registrou-se, outrossim, o monitoramento dos pontos de atenção em 2016, com recomendações do Ministério da Saúde para a superação de problemas e recondução de processos de trabalho. Percebe-se uma escala de comprometimento relacionada a Entes Municipais, que por dedicação a uma decisão anterior, incrementa ações não sucedidas, sendo esses membros do GCERUE e que se percebem responsáveis pelo fracasso da tomada de decisão.

Considerando que as organizações caracterizadas enquanto agrupamento social compartilha de saberes e poderes que reduzem a fragmentação e contribuem para a viabilidade de Sistemas em Redes, sendo citado por inúmeros estudos, é que se apresenta o caminho para a garantia da integralidade, enquanto princípio fundante do SUS.

Ponto e contraponto de gestores

Na perspectiva de analisar a organização da Rede de Atenção à Saúde e de identificar aspectos relativos ao processo decisório intrínseco ao Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, abordou-se sobre a tomada de decisão a partir da interpretação de dados secundários e observação durante as reuniões do GCERUE. Com isto, buscou-se obter uma dupla explicação: a análise de gestão no GCERUE e sobre os resultados na região de saúde.

Através dessas reuniões, notou-se uma organização através dos pontos de atenção, conforme previsto na legislação e no Plano de Ação Regional, mesmo com as dificuldades na consolidação dos serviços (pontos de atenção) a ser ofertada para a população. Observou-se, ainda, uma priorização para o componente pré-hospitalar e hospitalar, o que restringe a abrangência e integração na RUE/ Região de Saúde Entre Rios.

Os momentos de encontro entre as três instâncias federativas legitimam para o crescimento do grupo condutor, no amadurecimento de ideias, comunicação, troca de saberes e em conquistas com a expansão da RUE para mais regiões de saúde do estado.

O monitoramento tem contribuído para que haja mais indicadores avaliados, serviços avaliados em sua implantação, pactuação de recomendações para a melhoria nos processos de trabalho e no alcance de metas. A cultura organizacional é alterada em função das exigências de um novo contexto, de mudança que busca uma solução coletiva para questões também individuais.

Notabiliza-se que o referencial teórico tem pertinência com o que se dissemina no desafio de conformação da Rede. Existem decisões que se contradizem, mas também são rediscutidas para se viabilizar ações que envolvam um colegiado de atores que valida a RUE, como uma mudança pertinente na superação da fragmentação do SUS, seja por subfinanciamento ou por morosidade da gestão técnica e administrativa.

A Sociedade em Rede transforma realidades pela comunicação que dissemina saberes e que contribui para a evolução dos indivíduos no contato com os grupos, dentro de uma lógica de organização, visando a pactuação tripartite e processos decisórios de cunho coletivo.

A magnitude e a rapidez da resposta a esse contexto de Rede vão depender da correlação de forças, percepções entre os que defendem os direitos sociais e os que, sob pressão, dos interesses econômicos, procuram a conformação do estado.

A realidade de cada região de saúde também reúne um desenho mais intenso da estrutura financeira, da mobilização das organizações sociais, da participação popular e das relações estabelecidas entre o público e o privado. O Sistema de Governança tem papel fundamental para o planejamento e gestão das questões de saúde.

A descentralização de ações e serviços de saúde contribui para a autonomia administrativa das esferas de governo estadual e municipal, mas como, também, exige resultados que muitas vezes não são possíveis para o sistema de saúde, com economia de escala e escopo.

A concepção de rede vem mudar essa realidade dispondo de pontos de atenção resolutivos e que satisfaça as necessidades de saúde da população, em momentos de Atenção às Urgências. Neste movimento, percebe-se uma dimensão política e técnica no processo de decisão, caracterizando relações de poder e de saber no Grupo Condutor da Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

O percurso de análise é temporal e de interpretação de dados secundários, que refletem o comportamento organizacional do GCERUE, enquanto responsável pela comunicação e negociação do Plano de Ação Regional, desde a sua elaboração até o encaminhamento da pactuação final ao Ministério da Saúde.

Foi constatado uma mobilização de gestores e dirigentes políticos também na elaboração e execução, através de participações nas reuniões ordinárias do GCERUE. No entanto, essas participações às vezes pontuais, provindas de necessidades específicas, não

existindo um envolvimento permanente no processo decisório de gestão da RUE.

Vale ressaltar, que entre os fatores que representam o desempenho do grupo estão à percepção do papel, as normas, as diferenças de status, o tamanho do grupo e a coesão. Quando se tem diferentes gestores com uma diversidade de papéis, do entendimento sobre as normas, a congruência de ideias e decisões, torna-se mais complexa e exige um trabalho de consenso intenso para que o grupo se fortaleça e continue identificando que o gestor tem conhecimento da realidade e que possa promover e fortalecer processos de mudanças para a melhoria do serviço de saúde.

Finalmente, há que se enfatizar a valorização do grupo condutor estadual enquanto coletivo que decide, por prover ações e serviços de saúde, a partir de parâmetros legais e organizacionais das Redes de Atenção à Saúde. O movimento de organização é proativo em relação a saberes e interface entre os Entes Federativos do Sistema Único de Saúde.

Referências

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 7508**/Presidência da República/Casa Civil, de 28 de junho de 2011. Brasília, Diário Oficial da União; 28 jun. 2011.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - **CONASS Debate**- A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde. Brasília: CONASS; 2014.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Direito à Saúde**/Conselho nacional de Secretários de Saúde - Brasília: CONASS; 2015.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria N° 1.600, de 7 de julho de 2011**. Brasília: 2011.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Brasília: 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP)**. Brasília: 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

_____. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES. **Revista Divulgação em saúde para debate**. Nº 52. Rio de Janeiro: outubro; 2014.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Consolidação Nº 3**, de 28 de setembro de 2017. Brasília: 2017.

CASTELLS, Manuel. **Sociedade em Rede**. Tradução: Roneide Venâncio Majer; 17ª Ed. Revista e ampliada. São Paulo: Paz e Terra; 2016.

CASTELLS, Manuel. **O Poder da Comunicação**; tradução de Lucia Vera Melo Joscelyne 1ª Ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2015.

CURY, Antonio. **Organização e métodos: uma visão holística**. * Ed. Ver. e ampl. São Paulo: Atlas; 2015.

GOMES, Reinaldo M. **Redes de Atenção à Saúde do SUS: 25 anos de contradição fundamental**, UFRJ; Rio de Janeiro: 2014.

MENDES, Eugenio Vilaça. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Redes e regionalização no Brasil e na Itália: lições aprendidas e contribuições para o debate.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

ROBBINS, Stephen P, Judge T. A, Sobral F. **Comportamento organizacional.** 14^a ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall; 2010.

SILVA, Silvio Fernandes, MAGALHÃES Jr HM. **Redes de atenção à saúde: desafios da regionalização no SUS.** Campinas, São Paulo: Saberes Editora; 2013.

PERFIL DA VÍTIMA E DO AGRESSOR NO SERVIÇO DE ATENÇÃO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL – SAMVVIS, NO PIAUÍ

PROFILE OF VICTIM AND AGGRESSOR IN THE SERVIÇO DE ATENÇÃO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL – SAMVVIS, IN PIAUÍ

Andréa Nunes Mendes de Carvalho

Resumo

Com base no relato de experiência na gestão em saúde, como assistente social da SESAPI - Secretaria de Saúde do Estado do Piauí / Coordenação Estadual de Atenção à Saúde da Mulher, é apresentado o perfil e situação de saúde da população usuária dos Serviços de Atenção às Mulheres Vítimas de Violência Sexual – SAMVVIS, bem como informações sobre o agressor, circunscrito ao período de 2014 a 2018. Para tanto, foi realizada uma pesquisa quantitativa, junto aos mapas de atendimento do SAMVVIS, a partir das variáveis: faixa etária da vítima e do agressor; sexo do agressor; grau de parentesco entre vítima e agressor; local da violência; escolaridade da vítima e do agressor; cor de pele da vítima e do agressor; ocupação da vítima e do agressor; e procedência da vítima. Constatou-se que foram registrados 3.667 casos, que a maioria das violências sexuais ocorre no espaço privado, com pessoas conhecidas da mulher, e

que prevalecem entre os agressores, pessoas do sexo masculino com maior idade em relação às vítimas. Logo, fazem-se fundamentais ações socioeducativas que desmistifiquem várias questões que atravessam o imaginário social acerca da violência sexual contra a mulher.

Palavras-chave: mulher; gênero; violência sexual; saúde pública; políticas públicas para as mulheres.

Abstract

Based on the experience report in the management in health care, as social worker of SESAPI – Secretaria de Saúde do Estado do Piauí / Coordenação Estadual de Atenção à Saúde da Mulher, it is then displayed the profile and situation of the user population of the Serviços de Atenção às Mulheres Vítimas de Violência Sexual – SAMVVIS, as well as information on the aggressor, confined to the period from 2014 to 2018. Therefore, a quantitative research was performed, accompanied by the maps of attendance of SAMVVIS, based on the variables: age group of both the victim and the aggressor; sex of the aggressor; degree of kinship between the victim and the aggressor; location of the aggression; schooling of both the victim and the aggressor; skin color of both the victim and the aggressor; occupation of both the victim and the aggressor; and origin of the victim. It was found that 3,667 cases were registered, out of which the majority of the sexual aggressions occur in private spaces, with people known by the woman, and that prevail among the aggressors, males who are older than the victims. Ergo, it becomes fundamental socio-educational actions that demystify several issues that go through the social imaginary in relation to the sexual violence against women.

Key words: woman; gender; sexual violence; public health; public policies for women.

Introdução

Este artigo resulta do relato de experiência na gestão em saúde, enquanto Assistente Social da Coordenação Estadual de Atenção à Saúde da Mulher, na Secretaria de Saúde do Estado do Piauí – SESAPI.

De acordo com os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2010, p.60-61), considera-se importante a ação profissional embasada pela realização de estudos sobre o perfil e situação de saúde da população usuária, como meio de inserção dos assistentes sociais no eixo de investigação, planejamento e gestão em saúde, tendo como diretriz o projeto ético-político profissional.

Nessa perspectiva, a partir da atuação na gestão em saúde, na prestação de apoio técnico ao Serviço de Atenção às Mulheres Vítimas de Violência Sexual – SAMWVIS, sentiu-se a necessidade de conhecer o perfil da violência sexual que atinge as mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde – SUS, para as quais a atividade profissional está direcionada.

O SAMWVIS é um serviço especializado na atenção às mulheres em situação de violência sexual no estado do Piauí, cujo atendimento é realizado por equipe multiprofissional de saúde, formada por psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, assistentes sociais, que tem como objetivo acolher de forma humanizada a mulher vítima de violência sexual em todas as etapas da assistência, desde a admissão até o seguimento junto à rede de cuidados e proteção social.

Desde 2004, ano de implantação do primeiro serviço de referência no estado do Piauí, até o ano de 2018, foram registrados

6.830 casos de violência sexual contra mulheres. Entretanto, para efeito deste estudo, estabelece-se como parâmetro temporal da investigação o período referente aos últimos 05 anos, ou seja, os anos de 2014 a 2018, perfazendo um total de 3.667 mulheres vítimas de violência sexual e que foram atendidas nos 08 SAMWVIS do estado do Piauí, que estão localizados em Teresina, Bom Jesus, Corrente, Floriano, Picos, Parnaíba, São Raimundo Nonato e Campo Maior.

O presente estudo tem caráter quantitativo. Estabelece como base, os dados colhidos através dos mapas diários que são produzidos nos SAMWVIS após o atendimento das vítimas e que são encaminhados mensalmente à SESAPI / Coordenação de Atenção à Saúde da Mulher para conhecimento e consolidação de tais dados. Neles são citadas as informações básicas do atendimento, incluindo os dados pessoais da vítima e do agressor, tais como: idade, sexo, parentesco, local da violência, escolaridade, cor, ocupação e cidade de origem. Trata-se de dados secundários e não sigilosos, cujo acesso aos mesmos necessita de solicitação prévia à instituição. Para o estudo em questão, foi solicitada autorização à Diretoria de Unidade de Vigilância em Saúde (DUVAS), que é vinculada à SESAPI e à qual a Coordenação de Atenção à Saúde da Mulher está hierarquicamente subordinada.

O artigo está dividido em três tópicos. O primeiro aborda a violência sexual contra as mulheres, através de conceituações e legislações pertinentes. O segundo, trata da implantação e qualificação do SAMWVIS no Estado do Piauí, ressaltando sua criação, sua trajetória, sua importância e os serviços oferecidos às vítimas no âmbito do SUS. Por fim, o terceiro, traz o perfil da violência sexual, através dos atendimentos realizados nos SAMWVIS do Piauí, de 2014 a 2018, a partir das variáveis: faixa etária da vítima e do agressor; sexo do agressor; grau de parentesco entre vítima e agressor; local da violência; escolaridade da vítima e do agressor; cor da vítima e do agressor; ocupação da vítima e do agressor; e procedência da vítima, através da apresentação de tabelas e resultados da pesquisa.

De acordo com os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2010, p.39), a ação profissional deve estar embasada no “conhecimento da realidade e dos sujeitos para os quais são destinadas, na definição dos objetivos, na escolha de abordagens e dos instrumentos apropriados às abordagens definidas”. Além disso, a ação profissional deve estar pautada nos fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos, bem como nos procedimentos técnico-operativos que norteiam a profissão.

Nesse sentido, através deste estudo, espera-se contribuir para que os profissionais de Serviço Social que trabalham no atendimento a mulheres em situação de violência sexual possam adquirir maior entendimento acerca da violência sexual e maior habilidade na comunicação e no atendimento às vítimas no sentido de oferecer-lhes o tratamento adequado, proporcionando o bem-estar físico-mental e social, bem como garantia e aquisição de direitos.

Vale ressaltar que neste estudo não se encontrará uma análise capaz de responder a todas as questões referentes a esta temática. Destarte, busca-se oferecer informações que possam servir de embasamento a outras análises dentro da mesma área, proporcionando um amplo leque de conhecimento para a comunidade acadêmica e científica.

Violência sexual contra a mulher

A Convenção de Belém do Pará (1994) conceitua a violência contra a mulher como “qualquer ação ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual, ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública quanto na privada” (Capítulo I, Art. 1º), além de orientar aos Estados Partes condenarem todas as formas de violência contra a mulher, no sentido de adotarem políticas destinadas a prevenir, punir e erradicar tal violência.

A violência contra a mulher é uma das mais graves formas de discriminação em razão de gênero. Atinge mulheres de todas as camadas sociais e constitui-se como uma das principais formas de violação aos direitos humanos. É um dos fenômenos sociais mais

denunciados mundialmente e que mais ganharam visibilidade nas últimas décadas. Isso se deve ao seu efeito devastador sobre a dignidade humana.

Segundo Gomes (2003, p.205), a abordagem de gênero surgiu no final dos anos 60, através dos movimentos feministas, e consolidou-se como um modelo explicativo da violência contra a mulher. De acordo com essa abordagem, as relações violentas estabelecidas entre homens e mulheres seriam vistas a partir das diferenças culturais e não a partir das diferenças biológicas entre os sexos.

Nessa perspectiva, a violência de gênero expressa desigualdade na relação entre homens e mulheres. Não se trata de diferenças biológicas e anatômicas entre o sexo masculino e o sexo feminino, mas diferenças sociais, econômicas, políticas e culturais entre homens e mulheres, que vêm sendo perpetuadas ao longo da história, garantindo a desigualdade e a hierarquia de um sexo sobre o outro, e colocando as mulheres em uma posição inferior à dos homens nas diferentes áreas da vida humana.

Violência de gênero é uma forma “de dominação, opressão e crueldade nas relações de homens e mulheres, estruturalmente construídas e reproduzidas no cotidiano”. (BRASIL, 2012, p.30). Embora também possa ser dirigida aos homens, geralmente as mulheres são as principais vítimas.

Para Teles e Melo (2003), o conceito de violência de gênero pode ser entendido como:

Uma relação de poder de dominação do homem e de submissão da mulher. Ele demonstra que os papéis impostos às mulheres e aos homens, consolidados ao longo da história e reforçados pelo patriarcado e sua ideologia, induzem relações violentas entre os sexos e indica que a prática desse tipo de violência não é fruto da natureza, mas sim do processo de socialização das pessoas (TELES; MELO, 2003, p.18).

Nesse sentido, acrescenta Cassab (2015, p. 377): “o poder masculino se consolidou ao longo da história, no contexto de sociedades patriarcais, gerando relações violentas. A submissão da mulher não é algo natural, mas algo construído no processo de socialização das pessoas”.

Ainda de acordo com Cassab (2015, p.377), vejamos:

A ação violenta trata o ser dominado como “objeto” e não como “sujeito”, o qual é silenciado e se torna dependente e passivo. Nesse sentido, o ser dominado perde sua autonomia, ou seja, sua liberdade, entendida como capacidade de autodeterminação para pensar, querer, sentir e agir. (CASSAB, 2015, p. 377 *apud* IZUMINO & SANTOS, 2005, p.3).

Essa relação de poder verticalizada entre os gêneros, também conhecida como patriarcado, vai além da força bruta, pois ela também se apresenta simbolicamente, nas representações sociais.

Perpassada de geração em geração, a violência de gênero contra a mulher nem sempre é perceptível, ela está tão arraigada no âmbito das relações humanas, que vai sendo incorporada, praticada e legitimada pela sociedade de forma natural. A dominação do masculino sobre o feminino historicamente está presente na família, na cultura, na religião, na política, nas leis e em todas as representações sociais. Essa violência tanto se manifesta de forma silenciosa e simbólica, quanto através da força bruta e de atos violentos contra a mulher. Independente de qual forma possa se manifestar, a violência contra a mulher tende a ser banalizada e aceita pela sociedade, que ainda coloca as mulheres na condição de sujeição e subserviência em relação aos homens.

É nesse contexto em que está inserida a violência sexual, como um dos mais brutais atos de violência, humilhação e controle sobre o corpo de outro indivíduo, que geralmente são meninas e mulheres.

A respeito disso, ensina Teles e Melo (2003, p.29): “ao serem tratadas como propriedade dos homens, as mulheres perderam, em

diferentes níveis, a autonomia, a liberdade e o mais básico direito de controle sobre seu corpo”.

Vale a pena ressaltar que a violência sexual contra mulheres, geralmente vem acompanhada de chantagens e ameaças que atemorizam e intimidam a vítima e fazem com que esta se silencie e não denuncie a violência sexual sofrida, além de se sentir culpada e envergonhada perante a família e a sociedade, multiplicando o trauma sofrido e ocasionando um processo de adoecimento físico e mental. A violência sexual representa uma das principais causas de morbidade, especialmente de meninas e mulheres.

Diante disso, a violência contra a mulher vem sendo remetida à área da saúde pública tanto pelo movimento feminista como por associações profissionais, serviços de saúde e organismos internacionais, tendo em vista que os agravos à saúde física e mental em decorrência da violência de gênero aumentem a procura pelos serviços de saúde. (BRASIL, 2011, p.17).

Dado esse cenário, a luta pelos direitos das mulheres vem ganhando visibilidade, no sentido de pressionar o Estado por mudanças na legislação para a proteção dos direitos das mulheres, notadamente em situações de violência.

Nesse sentido, uma grande parte das conquistas legais e institucionais no Brasil resultou da luta histórica dos movimentos feministas e de mulheres, que desde os anos setenta vêm pautando igualdade de gênero, direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e denunciando a violência de gênero contra a mulher.

Atento a essa questão e sensível às reivindicações dos movimentos feministas e de mulheres, nos últimos anos, o Ministério da Saúde vem assumido lugar de destaque no enfrentamento à violência e, junto com outras instâncias governamentais, tem desenvolvido uma série de políticas públicas específicas para o enfrentamento da violência contra as mulheres.

O Ministério da Saúde reconhece “a violência sexual como violação aos direitos humanos e como uma questão de saúde pública”. (BRASIL, 2011, p. 09). Nesse sentido, busca pautar-se

pelos acordos internacionais dos quais o Brasil é signatário, bem como pela legislação nacional vigente.

No âmbito internacional, eventos emblemáticos que assinalavam a violência de gênero como incompatível com a dignidade da pessoa humana, tais como: a Conferência de Viena (1993), a Conferência do Cairo (1994), a Conferência de Beijing (1995), a Convenção de CEDAW (1979) e a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, conhecida como Convenção de Belém do Pará (1994).

No âmbito nacional, em especial o Código Penal (1940), a Constituição Federal (1988), o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres (2003), com foco no Programa Mulher, Viver sem Violência (2013), a Lei da Notificação Compulsória da Violência (2003), a Lei Maria da Penha (2006), a Lei do Feminicídio (2015), entre outras.

Outras conquistas importantes na área da saúde são as publicações de normas técnicas, portarias e protocolos que norteiam as ações de saúde no tocante ao atendimento de mulheres vítimas de violência sexual. Como também a organização de serviços especializados para um atendimento de qualidade e eficaz, tendo em vista que, em algum momento da vida, a mulher vítima de violência terá contato com o sistema de saúde, mesmo que por razão diversa da agressão, mas em consequência desta.

Vale ressaltar que várias são as formas de violência contra a mulher. A Lei Nº 11.340, de 07 de agosto de 2006, Lei Maria da Penha, em seu Art. 7º, estabelece cinco formas de violência doméstica e familiar contra a mulher: violência física, psicológica, sexual, moral e patrimonial. Além destas violências citadas, a violência contra a mulher pode chegar ao grau extremo, culminando com a sua morte.

Entretanto, para efeito deste estudo, será abordada somente a violência sexual, por tratar-se do objeto da atuação profissional na gestão em saúde.

De acordo com a Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006, Art. 7º, Inciso III, Lei Maria da Penha, entende-se por violência sexual:

Qualquer conduta que constranja a pessoa a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso de força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade; que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício dos seus direitos sexuais e reprodutivos. (BRASIL, 2006).

Trata-se de um crime clandestino e subnotificado, e também de um grave problema de saúde pública, pois compromete a saúde e a qualidade de vida das mulheres atingidas, podendo trazer sequelas físicas e psíquicas, além de expor a infecções sexualmente transmissíveis e à gravidez indesejada.

Em referência, vejamos:

A violência sexual repercute na saúde física – desde o risco de contaminação por Doenças Sexualmente Transmissíveis, entre elas, o HIV, até gravidez indesejada, agravando o quadro já traumático -, e na saúde mental da pessoa – quadros de depressão, síndrome do pânico, ansiedade e distúrbios psicossomáticos. (BRASIL, 2011, p.14).

Nesse sentido, a assistência às mulheres em situação de violência sexual faz parte das políticas públicas do Ministério da Saúde em todos os estados brasileiros através de serviços de referência no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, com o objetivo de diagnosticar a violência sexual sofrida por suas usuárias, acolhendo-as e prestando-lhes atendimento digno, humanizado e resolutivo, buscando evitar revitimizações, com menos exposição da pessoa que sofreu a violência.

Nessa perspectiva, a lei Nº 12.845 de 1º de agosto de 2013, apelidada como “Lei do Minuto Seguinte”, dispõe sobre o atendimento obrigatório, integral e imediato de pessoas em situação de violência sexual em todos os hospitais integrantes da rede SUS. De acordo com o Art. 1º da referida lei:

Os hospitais devem oferecer às vítimas de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, visando ao controle e ao tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual, e encaminhamento, se for o caso, aos serviços de assistência social. (BRASIL, 2013).

Assim sendo, o atendimento às mulheres em situação de violência sexual deve ser realizado por equipe multiprofissional de saúde, formada por psicólogos, enfermeiros, médicos, assistentes sociais, objetivando o acolhimento, a prevenção da gravidez e das doenças sexualmente transmissíveis e o tratamento psicológico. (OLIVEIRA, 2015, p.395).

Recomenda-se que as vítimas de violência sexual sejam submetidas ao protocolo de medidas específicas, como também à coleta de material biológico (amostra de referência da vítima e vestígios) nas primeiras 72 horas após a violência sexual, o que é extremamente importante para uma maior eficácia das medidas profiláticas, como também para a identificação dos (as) agressores (as) por meio de exames de DNA.

Vale ressaltar que o atendimento da pessoa em situação de violência nos serviços de saúde dispensa a apresentação do Boletim de Ocorrência (BO). No entanto, é importante destacar que além do acompanhamento nos serviços de saúde que são referência na prevenção e tratamento dos agravos da violência sexual, a mulher também é orientada a fazer a denúncia nas delegacias especializadas, sobretudo para buscar a punição dos (as) agressores(as). Para este fim, a Portaria Ministerial Nº 288 de 25 de março de 2015, estabelece orientação e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e de saúde quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios

Sobre este assunto, orienta a Norma Técnica (2015):

Os serviços de saúde NÃO substituem as funções e atribuições da segurança pública, como a medicina legal, posto que atuam de forma complementar e integrada. É importante

registrar que não haverá formalização de laudo pericial pelos profissionais do SUS, mas tão somente a realização do exame físico, a descrição das lesões e o registro de informações e a coleta de vestígios. Se a pessoa em situação de violência decidir pelo registro policial, tais informações e materiais serão encaminhados à autoridade policial, quando requisitados. (BRASIL, p. 21)

No tocante ao atendimento de crianças, adolescentes e idosos vítimas de violência sexual, bem como de outras violências, torna-se obrigatória a comunicação aos órgãos competentes, conforme estabelece o Estatuto da Criança e do Adolescente, art. 13, Lei 8.069 de 13 de julho de 1990 e o Estatuto do Idoso, Lei 10.741 de 01 de outubro de 2003.

Nesta perspectiva, dispõe a Norma Técnica (2015):

Quando do atendimento de crianças e adolescentes é obrigatória a comunicação ao Conselho Tutelar, sem prejuízo de outras providências legais (Lei nº 8.069/1990 – ECA). Nos casos de violência contra pessoas idosas é obrigatório comunicar a quaisquer dos seguintes órgãos: Autoridade Policial, Ministério Público, Conselho Municipal, Estadual ou Nacional do Idoso (Lei nº 10.741/2003). (BRASIL, p. 15)

Destaca-se também a importância da notificação da violência sexual, assim como de todos os tipos de violência, que é obrigatória nos serviços de saúde no Brasil, através da Lei 10.778, de 24 de novembro de 2003. O objetivo da notificação é dimensionar essa violência e nortear as ações para seu enfrentamento.

A notificação compulsória da violência no campo da saúde é registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, mediante o preenchimento da Ficha de Notificação / Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e / ou outras Violências.

Acerca da notificação e da comunicação dos casos de violências, é importante esclarecer que a notificação serve para prestar informações junto à vigilância em saúde para que sejam

tomadas ações de saúde, já a comunicação serve para prestar informações aos órgãos de garantia de direitos para que sejam tomadas medidas de proteção.

No Brasil, em 2011, foram notificados junto ao SINAN, 15.184 casos de violência sexual, dos quais 13.096 (86,25%) foram contra mulheres. (OLIVEIRA, 2015, p.395).

De acordo com o relatório divulgado pelo Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2019, p.112), que reúne estatísticas policiais de todos os estados da federação, no Brasil, em 2017, foi registrado um total de 63.157 ocorrências de estupro e estupro de vulnerável, onde 50.598 das vítimas eram mulheres. Em 2018, foi registrado um total de 66.041 ocorrências de estupro e estupro de vulnerável, onde 53.726 das vítimas eram mulheres. Vale ressaltar que na grande maioria dos casos registrados, a maioria das vítimas são crianças e adolescentes. No ano 2018, o Brasil teve a maior quantidade já registrada, equivalendo a 180 estupros por dia.

Conforme o relatório supracitado, no estado do Piauí, em 2017, foi registrado um total de 836 ocorrências de estupro e estupro de vulnerável, onde 727 das vítimas eram mulheres. Em 2018, foi registrado um total de 751 ocorrências de estupro e estupro de vulnerável, onde 675 das vítimas eram mulheres. Esse resultado colocou o Piauí na 5ª posição entre os estados nordestinos, com mais casos de estupro.

Segundo dados da SESAPI / Coordenação de Atenção à Saúde da Mulher, no estado do Piauí, desde a implantação do primeiro SAMVIS, em 2004, até o ano de 2018, foram registrados 6.830 casos de violência sexual contra mulheres, conforme especifica a **tabela 01**.

SAMVIS - Serviço de Atenção às Mulheres Vítimas de Violência Sexual
Distribuição dos atendimentos realizados conforme a faixa etária da vítima - 2004 a 2018
(SEXO FEMININO)

TABELA 01: Consolidado geral dos atendimentos do SAMVIS Piauí (2004 – 2018)

ANO	Nº. CASOS/ ESTADO	SAMVIS										FAIXA ETÁRIA				
		PAR- NAÍBA	BOM JESUS	SÃO RAI- MUNDO NONATO	PICOS	FLO- RIANO	TERESI- NA	COR- RENTE	CAMPO MAIOR	PEDRO II	≤ 04	05 a 09	10 a 19	20a 59	60 +	
2004	44	-	-	-	-	-	44	-	-	-	1	1	30	12	0	
2005	252	-	-	-	-	-	252	-	-	-	16	32	141	63	0	
2006	223	-	-	-	-	-	223	-	-	-	11	24	133	54	1	
2007	213	-	-	-	-	-	213	-	-	-	16	33	133	30	1	
2008	231	-	-	-	-	-	231	-	-	-	20	40	123	46	2	
2009	319	-	-	-	-	-	319	-	-	-	25	62	186	46	0	
2010	408	-	-	-	-	-	408	-	-	-	34	62	252	55	5	
2011	351	-	-	-	7	3	341	-	-	-	49	50	212	40	0	
2012	580	-	41	41	33	6	459	-	-	-	69	86	323	98	4	
2013	542	14	19	7	39	11	452	-	-	-	57	94	332	54	5	
2014	636	79	28	19	33	14	456	7	-	-	67	111	372	83	3	
2015	644	97	45	17	46	9	424	4	1	1	75	111	356	97	5	
2016	709	108	15	17	56	14	484	6	9	-	77	138	414	79	1	
2017	868	138	8	29	96	20	547	17	13	-	81	154	519	111	3	
2018	810	130	12	23	99	56	481	4	5	-	70	135	486	111	8	
TOTAL	6.830	566	168	153	409	133	5.334	38	28	1	668	1.133	4.012	979	38	
											%	9,8%	16,6%	58,7%	14,3%	0,6%

Fonte: SESAPI / COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA MULHER / 2019

De acordo com a faixa etária da vítima, do total de 6.830 casos, 668 (9,8%), ocorreram em crianças de até 04 anos de idade; 1.133(16,6%) ocorreram em crianças de 05 a 09 anos; 4.012 (58,7%) ocorreram em crianças e adolescentes de 10 a 19 anos; 979(14,3%) ocorreram em mulheres de 20 a 59 anos; e 38(0,6%), ocorreram em idosas, acima de 60 anos.

Vale ressaltar, portanto, que além dos casos registrados pelos SAMVVIS, podem existir outros que, por razões diversas, não constam nas estatísticas, o que vem a ser uma preocupação constante aos órgãos governamentais e não governamentais do estado que atuam na área da violência sexual.

Infelizmente, por medo, vergonha, ameaça ou até mesmo por desconhecerem os serviços existentes, as vítimas não denunciam a violência sexual sofrida e deixam de buscar atendimento junto ao SAMVVIS, bem como às Delegacias de Polícia e no caso de crianças e adolescentes, ao Conselho Tutelar.

É preciso que a população conheça as ofertas de serviços e sinta-se motivada a procurá-los, sempre que deles necessitar.

Nesse sentido, torna-se necessário uma maior divulgação sobre os serviços de referência existentes no âmbito da saúde, da segurança e em toda a rede intrasetorial e intersetorial, melhorando o acesso e estabelecendo maior articulação entre os diferentes setores que prestam assistência às vítimas.

Serviço de Atenção às Mulheres Vítimas de Violência Sexual – SAMVVIS

No ano de 2003, o Ministério da Saúde, em parceria com diversos setores da sociedade, elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que foi publicada em 2004. A referida política pública de saúde incorpora entre os seus temas prioritários a promoção da atenção para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual, na perspectiva do enfrentamento das desigualdades de gênero, da garantia da atenção

integrada e humanizada e da ampliação do número dos serviços especializados.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde, por meio da Área Técnica da Saúde da Mulher, desenvolve estratégias para a atenção nas situações de violência doméstica e sexual em articulação com as demais políticas públicas de saúde, com as secretarias estaduais e municipais de saúde, com outros parceiros governamentais e organizações não governamentais, além das associações de classe.

Nesse período, a SESAPI, através da Coordenação de Atenção à Saúde da Mulher, iniciou o processo de articulação junto aos órgãos governamentais e não governamentais, para implantação do primeiro serviço específico para o atendimento às mulheres vítimas de violência sexual no estado do Piauí, contemplando também o atendimento a crianças e adolescentes, por não existir um serviço específico para este grupo populacional. Após um período de discussão e elaboração de uma proposta de organização de serviço, em 22 de outubro de 2004, foi implantado o primeiro SAMVVIS do estado do Piauí, na capital Teresina, localizado na Maternidade Dona Evangelina Rosa - MDER.

É importante destacar que, em 28 de maio de 2004, foi celebrado um Termo de Cooperação Técnica - TCT, formalizando uma parceria entre a Secretaria de Saúde do Estado do Piauí - SESAPI, a Secretaria de Assistência Social e Cidadania - SASC e a Secretaria de Segurança Pública - SSP, com o objetivo de promover ações conjuntas para o enfrentamento da violência sexual contra mulheres, crianças e adolescentes. Vale ressaltar a participação de representantes do Conselho Tutelar, Ministério Público, Conselho dos Direitos das Mulheres, dentre outros.

O SAMVVIS foi criado no contexto de uma Rede de Atendimento, que demanda ações de forma interna (intrasetorial), envolvendo o próprio setor de saúde e de forma externa (intersetorial), envolvendo setores da assistência social, justiça, segurança pública, saúde, educação, controle social entre outros.

Paralelamente à criação e implantação do SAMVVIS, foram desenvolvidas várias ações com vista ao funcionamento adequado

do serviço no contexto da rede de atendimento, tais como: qualificação dos profissionais, aquisição dos equipamentos e insumos, definição do fluxo de atendimento, estabelecimento dos registros das informações e divulgação do serviço, visando um atendimento de qualidade às mulheres vítimas de violência sexual.

Ressaltando que os recursos destinados para implantação e estruturação dos SAMVVIS foram oriundos do Ministério da Saúde, através do Convênio Nº 658/2008, e da Presidência da República / Secretaria Especial de Política para as Mulheres, através do Convênio Nº114/2009.

Em 2011, esses serviços foram ampliados para os municípios de **Picos**, no Hospital Regional Justino Luz (HRJL), e **Floriano**, no Hospital Regional Tibério Nunes (HRTN). Em 2012, para os municípios de **Bom Jesus**, no Hospital Regional Manoel de Sousa Santos (HRMSS), e **São Raimundo Nonato**, no Hospital Regional Senador Cândido Ferraz (HRSCF). Em 2013, para os municípios de **Parnaíba**, no Hospital Estadual Dirceu Arcoverde (HEDA), e **Corrente**, no Hospital Regional João Pacheco Cavalcante (HRJPC). Em 2015, foi implantado um SAMVVIS em **Campo Maior**, no Hospital Regional de Campo Maior (HRCM). Ainda em 2015, foi implantado também um serviço em **Pedro II**, que logo foi desativado, com apenas dois meses de funcionamento.

No dia 06 de novembro de 2015, na 222ª Reunião ordinária da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do estado do Piauí, foi aprovada a proposta de habilitação dos SAMVVIS de Picos, Floriano, Bom Jesus, São Raimundo Nonato, Parnaíba, Corrente e Campo Maior, através das resoluções de Nº 107 e Nº 117, considerando a Lei Nº 12.845 de 1º de agosto de 2013 e a Portaria Nº 1662, de 02 de outubro de 2015. Atualmente, existem 08 (oito) SAMVVIS no estado do Piauí, com funcionamento vinte e quatro horas por dia, em todos os dias da semana.

O serviço dispõe de um local específico para atendimento sem identificação nominal do setor ou da sala, no sentido de garantir a privacidade da vítima, de forma a não lhe causar constrangimento ou estigma. Além disso, conta com um espaço físico correspondente

a um consultório médico, para a realização de avaliação clínica e ginecológica.

O atendimento das vítimas de violência sexual realizado no SAMVVIS é registrado em prontuário, onde são copiados e preservados todos os relatórios, fichas e documentos contendo dados sigilosos sobre a vítima, e nos mapas de atendimento diário que são encaminhados mensalmente à SESAPI. Já a notificação da violência é registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), mediante o preenchimento da Ficha de Notificação.

Nos SAMVVIS, o atendimento às mulheres em situação de violência sexual é realizado por equipe multiprofissional de saúde, formada por psicólogos, enfermeiros, médicos, assistentes sociais, e tem como objetivo “fazer o acolhimento à mulher vítima de violência sexual, em todas as etapas da assistência, desde a admissão até o seguimento ambulatorial e cirúrgico, quando necessário.” (DEUS, 2019, p.05). Além do protocolo de administração de medicamentos para prevenção da gravidez pós-estupro e medicamentos profiláticos para IST's/AIDS, e o protocolo para o aborto legal.

As vítimas de violência sexual recebem, no SAMVVIS, o protocolo de medidas específicas até 72 horas após a violência, além de todo o apoio e orientação que precisam, tais como: acolhimento à vítima e sua família através da escuta e da atenção qualificada; atendimento psicossocial e de enfermagem; consulta médica; exames laboratoriais, inclusive pesquisa de espermatozoides e DNA; coleta de vestígios; administração de imunoglobulina; sorologia para sífilis e hepatites virais; profilaxia das ISTs/ AIDS; teste de gravidez; contracepção de emergência (pílula do dia seguinte); encaminhamento e agendamento de retorno e seguimento junto à rede de proteção social.

É importante destacar que, mesmo após as 72 horas da ocorrência de violência sexual, as vítimas também podem procurar o SAMVVIS para receberem o acolhimento, o atendimento e os encaminhamentos necessários, além dos protocolos adequados

nesses casos, tais como: sorologia para HIV, sífilis e hepatites virais; teste de gravidez; profilaxia das ISTs/AIDS; e profilaxia de hepatites.

Em situação de gravidez decorrente de violência sexual, é direito da mulher, bem como da adolescente e de seus representantes legais, a possibilidade de interrupção da gravidez, através do aborto legal ou previsto em lei, com base nas portarias e normas técnicas do Ministério da Saúde, e na legislação brasileira vigente, tais como:

Decreto-lei Nº 2.848 de 07 de dezembro de 1940, Art. 128, Inciso II, do Código Penal Brasileiro, que estabelece como requisitos para o aborto de gravidez resultante de estupro, que ele seja praticado por médico e com o consentimento da mulher.

Portaria Nº 1.508/GM/MS de 1º de setembro de 2005, que dispõe sobre procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

Portaria SESAPI/GAB Nº 355 de 22 de maio de 2009, que torna público que a MDER - Maternidade Dona Evangelina Rosa é o órgão de referência estadual nos procedimentos elencados na Portaria Nº1508/2005, dentre os quais, a interrupção da gravidez resultante de estupro – abortamento legal.

Portaria Nº 485/GM/MS de 1º de abril 2014, que redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, estabelecendo em seu Art. 6º, que o serviço de referência para interrupção da gravidez nos casos previstos em lei terá suas ações desenvolvidas em conformidade com a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, do Ministério da Saúde.

Ao serem atendidas, as mulheres e adolescentes grávidas por estupro recebem esclarecimentos da equipe multiprofissional sobre os seus direitos legais, sem nenhum juízo de valor, em consonância com a legislação supracitada.

De acordo com a Norma Técnica (BRASIL, 2011, p.68), as mulheres, bem como as adolescentes e seus representantes legais, devem ser esclarecidos sobre as alternativas legais quanto ao destino

da gestação e sobre as possibilidades de atenção nos serviços de saúde.

Da mesma forma e com a mesma ênfase, devem ser esclarecidos do direito e da possibilidade de manterem a gestação até o seu término, garantindo-se os cuidados pré-natais apropriados para a situação. Devem também, receber informações sobre as alternativas após o nascimento, que incluem a escolha de permanecer com a futura criança e inseri-la na família, ou proceder com os mecanismos legais de adoção.

É preciso frisar que os termos “abortamento” e “aborto” algumas vezes são empregados como sinônimos, sendo assim, na linguagem cotidiana, comumente é utilizado o termo aborto nos dois sentidos. Entretanto, faz-se necessário esclarecer que para a medicina obstétrica, a interrupção da gestação, espontânea ou voluntária, até a 20ª ou 22ª semana, com o embrião pesando menos que 500g, é chamada de abortamento, e o produto da concepção eliminado no processo de abortamento, é definido como aborto. Jannotti e Soares (2015, p. 17).

Através do atendimento no SAMVVIS, é possível promover a articulação com a rede de atenção às mulheres vítimas de violência sexual, de forma intrassetorial e intersetorial; conhecer e divulgar o perfil da violência sexual no estado do Piauí; e garantir o aborto legal.

Em 2016, a SESAPI, através da Coordenação de Saúde da Mulher, iniciou um processo de reformulação do Termo de Cooperação Técnica (TCT) que foi assinado em 2004, no sentido de incluir também, a Secretaria Estadual de Educação - SEDUC.

De acordo com a reformulação do Termo de Cooperação Técnica, as Secretarias de Saúde, de Segurança Pública, de Assistência Social e Cidadania e de Educação, através de suas áreas técnicas, se comprometeriam a desenvolver ações referentes à organização, funcionamento e integração de serviços para o atendimento de pessoas vítimas de violência sexual, priorizando a humanização do atendimento, bem como o registro de informações e coleta de vestígios no Estado do Piauí.

Posteriormente, a Coordenadoria Estadual de Políticas para as Mulheres - CEPM e a Polícia Militar - PM também foram incluídas no processo de reformulação do TCT.

Em 2018, o TCT deu origem ao Sistema Integrado de Prevenção e Enfrentamento à Violência Sexual – SIPEVS, que foi instituído por meio do Decreto Governamental Nº 17.880, de 01 de agosto de 2018, tendo como principais atribuições o atendimento às pessoas em situação de violência numa abordagem biopsicossocial e interdisciplinar, a articulação com a rede de atendimento, os encaminhamentos institucionais e intersetoriais, a promoção da cultura de paz e a vigilância dos casos de violência, abrangendo ambos os sexos e todas as faixas etárias.

Visando atendimento adequado e prevenção dos agravos resultantes da violência sexual, a SESAPI / Coordenação de Saúde da Mulher, vem sempre buscando supervisionar e avaliar os SAMVVIS do Estado, monitorando o funcionamento dos mesmos, através de visitas técnicas de sua equipe.

Na ocasião, utiliza-se como metodologia de trabalho a realização de reuniões com toda a Rede de Atenção às Mulheres Vítimas de Violência Sexual nos municípios e regiões, com o objetivo de discutir sobre as condições de funcionamento do SAMVVIS, verificando as dificuldades encontradas e as medidas de superação das mesmas, visando um processo de melhoria e resultados. Além disso, são realizadas visitas *in loco*, pela equipe técnica da SESAPI, com o objetivo de conhecer a realidade do SAMVVIS e verificar suas condições de funcionamento, de infraestrutura, processo de trabalho e gestão clínica.

Nos monitoramentos dos serviços, a equipe técnica da SESAPI conta ainda com a participação de pessoas convidadas, representando entidades governamentais e não governamentais, dentre elas o Conselho dos Direitos das Mulheres, os Movimentos de Mulheres, Movimentos Feministas, a Coordenadoria Estadual de Políticas para as Mulheres, etc.

É importante destacar que o SAMVVIS é referência em saúde no atendimento da violência sexual no estado do Piauí, e desde a

sua implantação, vem prestando relevante serviço a todas as vítimas que buscam por atendimento.

No estado do Piauí, os SAMVVIS foram implantados para atender apenas as vítimas do sexo feminino, tendo em vista que as mulheres, mesmo quando crianças e adolescentes, sempre foram as principais destinatárias da violência sexual. Contudo, diante da demanda de vítimas do sexo masculino, os serviços existentes passaram a contemplar também essa nova demanda, atendendo a todas as vítimas de violência sexual, sem distinção de gênero ou idade, conforme preconiza a Portaria Nº 618/GM/MS de 18 de julho de 2014, que altera a tabela de serviços especializados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) para o serviço 165, de Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Violência Sexual e dispõe sobre regras para seu cadastramento.

Dessa forma, no estado do Piauí, o **SAMVVIS** – Serviço de Atenção às Mulheres Vítimas de Violência Sexual, passa a ser conhecido também como **SAVVIS** – Serviço de Atenção às Vítimas de Violência Sexual.

É necessário frisar que somente o SAMVVIS da Maternidade Dona Evangelina Rosa (MDER), na capital Teresina, continua atendendo exclusivamente as vítimas do sexo feminino, o que torna imprescindível a implantação de um serviço na capital disponível a atender a todas as pessoas, independente de gênero ou idade.

É importante destacar que o governo do estado, através da SESAPI e de outras instituições governamentais, vem trabalhando com o intuito de atender a esta demanda, conforme o Decreto Governamental Nº 17.880 / 2018, que institui o Sistema Integrado de Prevenção e Enfrentamento à Violência Sexual – SIPEVS.

Além disso, torna-se necessário também, a implantação de novos serviços em todo o estado do Piauí, uma vez que temos 224 municípios e somente 08 SAMVVIS instalados. Por conseguinte, algumas regiões encontram-se descobertas, o que acarreta grandes vazios assistenciais no tocante à violência sexual. O estado do Piauí, em seu processo de regionalização, está dividido em 11(onze) regiões e 04(quatro) macrorregiões de saúde.

No estado do Piauí, os SAMVVIS estão disponíveis nos locais de atendimento especificados no **quadro 01**:

QUADRO 01: locais dos atendimentos do SAMVVIS do Piauí

LOCAIS DE ATENDIMENTO	
TERESINA	
Maternidade Dona Evangelina Rosa (MDER) (atende somente o sexo feminino)	Teresina Tel.: (86) 3228-1605
OUTROS MUNICÍPIOS DO ESTADO	
Hospital Estadual Dirceu Arcoverde (HEDA)	Parnaíba Tel.: (86) 3323-7188 / (86) 3323-7192
Hospital Regional Tibério Nunes (HRTN)	Floriano Tel.: (89) 3522-1489 / (89) 3522-1333
Hospital Regional Manoel de Sousa Santos (HRMSS)	Bom Jesus Tel.: (89) 3562-1404 / (89) 99997-5003
Hospital Regional João P. Cavalcante (HRJPC)	Corrente Tel. : (89) 3573-2307
Hospital Regional Justino Luz (HRJL)	Picos Tel.: (89) 3422-1224 / (89) 3422-1314
Hospital Regional Senador Candido Ferraz (HRSCF)	São Raimundo Nonato Tel.: (89) 3582-1413 / (89) 98136-3667
Hospital Regional de Campo Maior (HRCM)	Campo Maior Tel.: (86) 3252-1372

Portanto, em casos de violência sexual, a vítima deverá ser orientada a dirigir-se ao serviço de saúde referência no atendimento da violência sexual mais próximo de seu município ou região.

É importante também que a vítima seja orientada a procurar uma delegacia de polícia a fim de fazer a denúncia. Lembrando que, nos casos de violência contra crianças e adolescentes, o Conselho Tutelar deverá ser acionado.

A violência sexual pode ser praticada contra mulheres, homens, idosos, crianças e adolescentes. É preciso combater esse crime.

Para tanto estão disponibilizados meios para registro de denúncias através do **ligue 180** para a violência contra a mulher, e **ligue 100** para denunciar a violência contra crianças e adolescentes.

Perfil da violência sexual

Como apresentado anteriormente, de acordo com os atendimentos realizados nos SAMWVIS do estado do Piauí, de 2004 a 2018, foram registrados 6.830 casos de violência sexual contra mulheres, nos serviços supracitados. No entanto, para efeito deste estudo, estabelecemos como parâmetro o período referente aos últimos 05 anos, ou seja, de 2014 a 2018, apresentando um total de 3.667 casos atendidos pelo SAMWVIS.

O total de 3.667 atendimentos corresponde ao total de mulheres vítimas de violência sexual que tiveram atendimento nos SAMWVIS. Porém, foram registrados 3.701 agressores, tendo em vista os estupros coletivos, quando a vítima possui mais de um agressor. Assim sendo, o número de agressores foi maior que o número de vítimas.

Apartir dos dados coletados através dos mapas de atendimento diário, que são enviados mensalmente à SESAPI / Coordenação de Saúde da Mulher, elaborou-se o perfil da vítima e do agressor, através das variáveis: faixa etária da vítima e do agressor; sexo do agressor; grau de parentesco entre vítima e agressor; local da violência; escolaridade da vítima e do agressor; cor da vítima e do agressor; ocupação da vítima e do agressor; e procedência da vítima.

Por conseguinte, o perfil da vítima e do agressor, de 2014 a 2018, apresentou-se da seguinte forma:

TABELA 02: Distribuição dos atendimentos realizados de acordo com a faixa etária da vítima.

ANOS	Nº. CASOS	FAIXA ETÁRIA DA VÍTIMA						NÃO INFORMADO	TOTAL DE VÍTIMAS
		≤ 04	05 a 09	10 a 19	20 a 59	60+			
2014	636	67	111	372	83	3	0	636	
2015	644	75	111	356	97	5	0	644	
2016	709	77	138	414	79	1	0	709	
2017	868	81	154	519	111	3	0	868	
2018	810	70	135	486	112	7	0	810	
TOTAL	3.667	370 (10%)	649 (18%)	2147 (58%)	482 (13%)	19 (1%)	0	3.667	

FONTE: SESAPI / COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA MULHER, 2019.

De acordo com a **faixa etária da vítima**, a violência sexual contra mulheres no estado do Piauí, de 2014 a 2018, ocorreu predominantemente em crianças e adolescentes de 10 a 19 anos de idade, com um total de 2.147 vítimas (58%); além de crianças de 5 a 9 anos, com 649 vítimas (18%); mulheres de 20 a 59 anos, com 482 vítimas (13%); crianças de até 4 anos de idade, com 370 vítimas (10%); e em mulheres acima de 60 anos, com 19 vítimas (1%). Os dados demonstram que são as crianças e adolescentes do sexo feminino que estão mais expostas à violência sexual.

TABELA 03: Distribuição dos atendimentos realizados de acordo com a faixa etária do agressor.

ANOS	Nº. CASOS	FAIXA ETÁRIA DO AGRESSOR						TOTAL DE AGRESSORES
		≤ 04	05 a 09	10 a 19	20 a 59	60+	NÃO INFORMADO	
2014	636	2	6	82	356	26	170	642
2015	644	0	1	71	363	27	185	647
2016	709	1	1	102	397	32	183	716
2017	868	0	5	122	501	54	189	871
2018	810	0	4	118	491	49	163	825
TOTAL	3.667	3 (0%)	17 (0%)	495 (13%)	2108 (57%)	188 (5%)	890 (24%)	3.701

Fonte: SESAPI / COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA MULHER, 2019.

De acordo com a **faixa etária do agressor**, 2.108 agressores (57%) estão na faixa etária de 20 a 59 anos de idade; 890 (24%) não apresentam informação da faixa etária; 495 (13%) têm de 10 a 19 anos; 188 (5%) têm 60 anos ou mais; as outras faixas etárias apresentaram menos de 1%. De acordo com os dados, pode-se perceber que os agressores tem mais idade que suas vítimas.

TABELA 04: Distribuição dos atendimentos realizados de acordo com o sexo do agressor.

ANOS	Nº CASOS/ ANO	SEXO DO AGRESSOR			TOTAL DE AGRESSORES
		MASCULINO	FEMININO	NÃO INFORMADO	
2014	636	621	3	18	642
2015	644	619	15	13	647
2016	709	679	6	31	716
2017	868	840	3	28	871
2018	810	786	11	28	825
TOTAL	3.667	3545(96%)	38(1%)	118(3%)	3.701

Fonte: SESAPI / COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA MULHER, 2019.

Quanto ao **sexo do agressor**, 3.545 agressores (96%) são do sexo masculino; 118 (3%) não apresentam informação sobre o sexo; e 38 (1%) são do sexo feminino. Percebe-se que ainda são os homens os maiores agressores da violência sexual.

TABELA 05: Distribuição dos atendimentos realizados de acordo com o grau de parentesco do agressor.

PARENTESCO ENTRE VÍTIMA E AGRESSOR	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL	%
AMIGO (A) / AMIGOS (AS)	4	4	8	20	21	57	2
AMIGO DO PAI / DA MÃE / DA FAMÍLIA	1	-	-	-	1	2	0
AVÔ / AVÓ	8	11	14	20	23	76	2
BISAVÔ	1	-	1	1	2	5	0
COLEGA / COLEGAS / COLEGAS DA ESCOLA	1	2	4	4	1	12	0
COMPADRE	-	1	-	-	-	1	0
CONHECIDO / CONHECIDA	120	148	173	197	190	828	22
CUIDADOR	-	-	1	-	-	1	0
CUNHADO	4	7	8	10	7	36	1
CUNHADO DO PAI	-	-	-	1	-	1	0
DESCONHECIDO	82	92	92	87	76	429	12
ENTEADO DO PAI	-	-	1	-	-	1	0
ESPOSO DA PRIMA	-	-	1	-	-	1	0
EX-COMPANHEIRO DA AVÓ	-	-	1	-	-	1	0
EX-CUNHADO	-	-	-	-	2	2	0
EX-MARIDO / EX-ESPOSO / EX-CÔNJUGE / EX-COMPANHEIRO	8	13	9	6	8	44	1
EX-NAMORADO DA VÍTIMA	9	6	5	11	16	47	1
EX-PADRASTO	1	-	-	-	2	3	0
FILHO	1	1	-	-	-	2	0
FILHO DO PADRASTO	-	1	-	-	2	3	0
FUNCIÓNÁRIO DO PAI DA VÍTIMA	1	-	-	-	-	1	0
GENRO	-	-	-	-	2	2	0
IRMÃO / IRMÃ	4	11	11	6	15	47	1

MÃE	2	-	1	1	1	5	0
MARIDO / ESPOSO / COMPANHEIRO / NAMORADO DA AVÓ	2	-	3	6	6	17	0
MARIDO/ ESPOSO / CÔNJUGE / COMPANHEIRO DA VÍTIMA	16	15	2	15	7	55	1
MÉDICA	1	-	-	-	-	1	0
NAMORADO DA MAE	-	1	1	-	-	2	0
NAMORADO DA VÍTIMA	55	51	58	72	71	307	8
NÃO INFORMADO / IGNORADO	27	23	34	52	40	176	5
NETO	-	1	-	-	-	1	0
OUTROS PARENTES DA VÍTIMA	3	4	1	-	1	9	0
PADRASTO	62	58	70	101	91	382	10
PADRE / PASTOR	-	2	1	-	-	3	0
PADRINHO	1	1	-	4	5	11	0
PADRINHO DA IRMÃ	-	-	-	-	1	1	0
PAI / PAI ADOTIVO	47	38	56	66	57	264	7
PATRÃO	-	1	-	2	-	3	0
POLICIAL	-	2	-	-	-	2	0
PRIMO / PRIMA	32	31	34	43	32	172	5
PROFESSOR / INSTRUTOR / EDUCADOR FÍSICO	3	5	3	6	5	22	1
SOBRINHO	-	-	1	3		4	0
SOGRO DO TIO	-	-	1	-		1	0
TIO / TIA	44	35	37	50	68	234	6
TUTOR	-	1	-	-	-	1	0
VIGILANTE / MOTORISTA / FUNCIONÁRIO / DIRETOR DA ESCOLA	7	6	-	4	-	17	0
VIZINHO	95	75	84	83	72	409	11
TOTAL	642	647	716	871	825	3.701	

Fonte: SESAPI / COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA MULHER, 2019.

Quanto ao grau de **parentesco entre vítima e agressor**, a maior incidência ocorre com pessoas conhecidas da vítima, totalizando 828 agressores (22%); 429 agressores (12%) são pessoas desconhecidas;

409 (11%) são vizinhos; 382 (10%) são padrastos; 307 (8%) são namorados; 264 (7%) são os próprios pais das vítimas; 234 (6%) são tios; 176 (5%) não são informados ou são ignorados; 76 (2%) são os avós das vítimas; e 57 (2%) são amigos. Além de outras pessoas especificadas na **tabela 05**.

TABELA 06: Distribuição dos atendimentos realizados de acordo com o local da violência.

LOCAL DA VIOLÊNCIA	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL	%
ABRIGO FEMININO	-	-	2	-	-	2	0
ACADEMIA	-	-	-	1	-	1	0
AMBIENTE VIRTUAL / CELULAR	1	-	-	-	-	1	0
ATRÁS DA IGREJA	-	-	1	-	-	1	0
CAPS / CRAS	-	-	1	-	1	2	0
CARRO	2	1	1	1	1	6	0
CASA ABANDONADA / CONSTRUÇÃO / TERRENO BÁLDIO	1	2	2	2	5	12	0
CASA DE UMBANDA	-	-	1	1		2	0
CENTRO RELIGIOSO / IGREJA	1	-	1	-	1	3	0
CIRCO	-	-	-	-	1	1	0
CLINICA VETERINÁRIA	-	-	-	-	1	1	0
CLUBE / BAR / CHURRASCARIA	2	3	2	2	1	10	0
COMÉRCIO (Loja; Padaria; Lanchonete)	1	-	9	-	3	13	0
ESCOLA / COLÉGIO / CRECHE	15	10	11	33	14	83	2
ESTACIONAMENTO / ESTRADA	-	-	5	-	1	6	0
GINÁSIO ESPORTIVO / QUADRA DE ESPORTE	-	-	2	-	1	3	0
HOSPITAL / POSTO DE SAÚDE / CONSULTÓRIO MÉDICO	2	-	2	1	1	6	0
MATAGAL / CHAPADA	27	19	10	16	19	91	2

MOTEL / HOTEL / POUSADA	16	18	12	16	15	77	2
NÃO INFORMADO / IGNORADO	54	30	46	59	41	230	6
OFICINA MECÂNICA	1	-	-	-	1	2	0
ONIBUS / PARADA DE ÔNIBUS	-	1	1	1	-	3	0
PARQUES / PRAÇAS (Potycabana; Parque de Vaquejada)	1	-	1	-	2	4	0
PENITENCIÁRIA FEMININA	-	2	-	-	-	2	0
PRAIA	-	1	-	-	-	1	0
REPARTIÇÃO / INSTITUIÇÃO PRIVADA	-	1	-	-	-	1	0
REPARTIÇÃO / INSTITUIÇÃO PÚBLICA	-	-	1	1	-	2	0
RESIDÊNCIA DA VÍTIMA	306	302	318	437	428	1.791	48
RESIDÊNCIA DE VIZINHOS	1	-	1	2	1	5	0
RESIDÊNCIA DE AMIGOS	1	2	2	10	1	16	0
RESIDÊNCIA DE CONHECIDOS	-	-	1	-	-	1	0
RESIDÊNCIA DE PARENTES DA VÍTIMA (Avós; Bisavós; Pais; Padrinhos; Irmãos; Tios)	8	11	32	20	13	84	2
RESIDÊNCIA DE PARENTES DO AGRESSOR	17	-	2	1	1	21	1
RESIDÊNCIA DO AGRESSOR	83	114	127	146	135	605	16
RESIDENCIAL / CONDOMÍNIO	-	2	-	-	-	2	0
RIO/RIACHO/AÇUDE/ BARRAGEM	-	2	1	4	1	8	0
SHOPPING / BANHEIRO DE SHOPPING	-	-	1	-	-	1	0
SÍTIO / ROÇA / CHÁCARA	-	2	2	-	1	5	0
TRABALHO DA MÃE / DO PAI DA VÍTIMA	-	-	-	2	3	5	0
TRABALHO DA VÍTIMA	3	13	2	1	4	23	1
TRABALHO DO AGRESSOR	2	1	-	-	-	3	0

UNIVERSIDADE	-	-	-	-	1	1	0
VIA PÚBLICA / RUA / BECO	89	106	108	111	112	526	14
ZONA RURAL	2	1	1	-	-	4	0
TOTAL	636	644	709	868	810	3.667	

Fonte: SESAPI / COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA MULHER, 2019.

De acordo com o **local da violência**, 1.791 casos (48%) ocorreram na própria residência das vítimas; 605 (16%) ocorreram na residência do agressor; 526 casos (14%) ocorreram em via pública, rua ou beco; 230 (6%) em local não informado ou ignorado; 91 (2%) em um matagal ou chapada; 84 (2%) ocorreram na residência de parentes das vítimas; 83 (2%) ocorreram em escolas, colégios ou creches; 77 (2%) ocorreram em um motel, hotel ou pousada; 23 (1%) no trabalho das vítimas; e 21 (2%) na residência de parentes do agressor. Os demais locais citados não chegaram a 1%.

TABELA 07: Distribuição dos atendimentos realizados de acordo com a escolaridade da vítima.

ANOS	Nº DE CASOS POR ANO	ESCOLARIDADE DA VÍTIMA						TOTAL DE VÍTIMAS
		ALFABETIZADO	FUNDAMENTAL	MÉDIO	SUPERIOR	NÃO ALFABETIZADO	SEM INFORMAÇÃO	
2014	636	57	439	56	19	35	30	636
2015	644	35	406	98	17	59	29	644
2016	709	33	505	88	17	45	21	709
2017	868	31	611	100	25	66	35	868
2018	810	6	585	97	27	67	28	810
TOTAL	3.667	162 (4%)	2546 (69%)	439 (12%)	105 (3%)	272 (7%)	143 (4%)	3.667

Fonte: SESAPI / COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA MULHER, 2019.

Segundo a **escolaridade da vítima**, 2.546 vítimas (69%) têm ensino fundamental completo ou incompleto; 439 (12%) têm ensino médio completo ou incompleto; 272 (7%) não são alfabetizadas;

162 (4%) são alfabetizadas; 143 (4%) não apresentaram informação sobre a escolaridade; e 105 (3%) têm ensino superior completo ou incompleto. Logo, prevalece baixa escolaridade entre as vítimas.

TABELA 08: Distribuição dos atendimentos realizados de acordo com a escolaridade do agressor.

ANOS	Nº DE CASOS POR ANO	ESCOLARIDADE DO AGRESSOR						TOTAL DE AGRESSORES
		ALFABETIZADO	FUNDAMENTAL	MÉDIO	SUPERIOR	NÃO ALFABETIZADO	SEM INFORMAÇÃO	
2014	636	13	93	44	12	11	469	642
2015	644	22	72	39	14	8	492	647
2016	709	2	83	51	10	12	558	716
2017	868	4	110	59	23	16	659	871
2018	810	1	121	57	22	25	599	825
TOTAL	3.677	42 (1%)	479 (13%)	250 (7%)	81 (2%)	72 (2%)	2777 (75%)	3.701

Fonte: SESAPI / COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA MULHER, 2019.

Segundo a **escolaridade do agressor**, 2.777 agressores (75%), não têm nenhuma informação sobre a escolaridade; 479 (13%) têm ensino fundamental completo ou incompleto; 250 (7%) têm ensino médio completo ou incompleto; 81 (2%) têm ensino superior completo ou incompleto; 72 (2%) não são alfabetizados; e 42 (1%) são alfabetizados. Comparando a escolaridade da vítima e do agressor, observa-se a importância de se avaliar o papel da escola nas ações de prevenção para a redução das violências, ou seja, estímulo à cultura de paz.

TABELA 09: Distribuição dos atendimentos realizados de acordo com a cor da vítima.

ANOS	Nº DE CASOS POR ANO	COR DA VÍTIMA				TOTAL DE VÍTIMAS
		BRANCA	PARDA	PRETA	SEM INFORMAÇÃO	
2014	636	64	473	88	11	636
2015	644	85	481	77	1	644
2016	709	91	460	153	5	709
2017	868	97	696	74	1	868
2018	810	102	634	55	19	810
TOTAL	3.667	439 (12%)	2744 (75%)	447 (12%)	37 (1%)	3.667

Fonte: SESAPI / COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA MULHER, 2019.

Quanto à **cor da vítima**, 2.744 vítimas (75%) são pardas; 447 (12%) são pretas; 439 (12%) são brancas; e 37 (1%) não informaram. Então, pessoas de todas as cores estão propensas a ser vítima, mas, predomina as pessoas de cor parda e preta, o que requer ações baseadas na equidade.

TABELA 10: Distribuição dos atendimentos realizados de acordo com a cor do agressor.

ANOS	Nº DE CASOS POR ANO	COR DO AGRESSOR				TOTAL DE AGRESSORES
		BRANCA	PARDA	PRETA	SEM INFORMAÇÃO	
2014	636	40	229	71	302	642
2015	644	49	248	67	283	647
2016	709	66	231	109	310	716
2017	868	112	431	82	246	871
2018	810	85	400	93	247	825
TOTAL	3.667	352 (10%)	1539 (42%)	422 (11%)	1388 (37%)	3.701

Fonte: SESAPI / COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA MULHER, 2019.

Quanto à **cor do agressor**, 1.539 agressores (42%) são pardos; 1.388 (37%) não tem nenhuma informação sobre a cor; 422 (11%) são pretos; e 352 (10%) são brancos. Da mesma forma entre o agressor predomina a cor parda e preta.

TABELA 11: Distribuição dos atendimentos realizados de acordo com a ocupação da vítima.

OCUPAÇÃO DA VÍTIMA	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL	%
AGENTE DE PESQUISA	-	-	-	1	-	1	0
AGENTE DE SAÚDE	-	-	-	1	-	1	0
ANALISTA DE CRÉDITO	1	-	-	-	-	1	0
APOSENTADA / PENSIONISTA	6	3	2	4	14	29	1
ASSISTENTE SOCIAL	1	-	-	-	-	1	0
AUTÔNOMA	9	5	7	6	5	32	1
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	-	3	-	-	-	3	0
CABELEIREIRA / MAQUIADORA / MANICURE	3	2	-	3	1	9	0
COMERCIANTE	-	-	-	1	-	1	0
COPEIRA	-	1	-	-	-	1	0
COSTUREIRA	-	-	-	-	1	1	0
COZINHEIRA / SALGADEIRA / CONFEITEIRA	-	3	-	1	-	4	0
CUIDADORA	-	-	-	-	1	1	0
DESEMPREGADA	4	1	2	5	2	14	0
DIARISTA	2	2	-	-	1	5	0
DONA DE CASA / DO LAR	17	21	13	32	30	113	3
EMPREGADA DOMÉSTICA / BABÁ	13	11	11	11	3	49	1
EMPRESÁRIA	-	-	-	-	1	1	0
ENFERMEIRA	-	2	1	-	-	3	0
ESTUDANTE	508	486	585	697	663	2.939	80
FARMACÊUTICA	-	1	1	1	-	3	0
FISIOTERAPÊUTA	1	-	-	-	-	1	0
NÃO INFORMADO / IGNORADO / SEM OCUPAÇÃO	60	83	75	85	61	364	10

OPERADORA	-	1	-	2	-	3	0
PESCADORA	-	-	-	-	1	1	0
PROFESSORA / INSTRUTORA / EDUCADORA FÍSICA	1	2	1	4	6	14	0
PROFISSIONAL DO SEXO / PROSTITUTA	-	-	1	-	-	1	0
RECREADORA	-	1	-	-	-	1	0
SECRETÁRIA / RECEPCIONISTA / ATENDENTE	1	2	2	3	2	10	0
SERVIDORA PÚBLICA	2	-	2	1	3	8	0
TÉCNICA EM ENFERMAGEM	-	2	1	-	-	3	0
TÉCNICA EM LABORATORIO	1	-	-	-	-	1	0
TÉCNICA EM MEIO AMBIENTE	-	-	-	-	1	1	0
TRABALHADORA INFORMAL	-	1	-	-	-	1	0
TRABALHADORA RURAL (Agricultora; Lavradora; etc.)	2	5	2	7	7	23	1
VENDEDORA (Comerciária; Corretora; Garçonete; Repositora de mercadorias; Camelô; Caixa; Balconista; Feirante)	4	6	3	2	7	22	1
ZELADORA	-	-	-	1	-	1	0
TOTAL	636	644	709	868	810	3.667	

Fonte: SESAPI / COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA MULHER, 2019.

Quanto à **ocupação da vítima**, 2.939 vítimas(80%) são estudantes; 364 (10%) não tem informação, a ocupação é ignorada ou não tem ocupação; 113 (3%) são donas de casa ou do lar; 49 (1%) são empregadas domésticas ou babás; 32 (1%) são autônomas; 29 (1%) são aposentadas ou pensionistas; 23 (1%) são trabalhadoras rurais; e 22 (1%) são vendedoras. As demais ocupações citadas não chegaram a 1%. Ou seja, sendo a maioria estudantes, mais uma vez, a escola, até por agregar um número significativo de vítimas e agressores, é um espaço fundamental para ações de prevenção.

TABELA 12: Distribuição dos atendimentos realizados de acordo com a ocupação do agressor

OCUPAÇÃO DO AGRESSOR	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL	%
AÇOUGUEIRO / MAGAREFE	-	-	1	-	1	2	0
ADVOGADO / ADVOGADA	2	1	-	-	2	5	0
AGENTE DE SAÚDE	-	1	-	1	1	3	0
APOSENTADO / APOSENTADA	29	12	25	35	37	138	4
ARTESÃO / CERAMISTA	-	-	-	1	1	2	0
ASSISTENTE SOCIAL	-	-	-	-	1	1	0
AUTÔNOMO	101	77	67	95	141	481	13
AUXILIAR ADMINISTRATIVO (Escritório; Tesouraria)	-	1	1	-	-	2	0
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	2	1	1	8	3	15	1
CABELEIREIRO / BARBEIRO	1	1	2	-	1	5	0
CARROCEIRO	-	-	1	1	-	2	0
CHAVEIRO	-	-	-	1	-	1	0
COBRADOR	2	-	1	-	1	4	0
COMERCIANTE / EMPRESÁRIO	3	8	8	8	7	34	1
CONTABILISTA	-	-	-	-	1	1	0
CONTADOR	1	-	-	-	-	1	0
CONTROLADOR DE ÔNIBUS	-	-	-	-	1	1	0
COVEIRO	-	-	1	-	-	1	0
COZINHEIRO / AUXILIAR DE COZINHA / DOCEIRO / CHURRASQUEIRO	1	-	1	1	1	4	0
DENTISTA PRÁTICO	-	-	-	1	-	1	0
DESEMPREGADO	36	21	32	70	63	222	6
DESIGNER	-	-	1	-	-	1	0
DIARISTA	-	-	1	4	-	5	0
DIRETOR DE ESCOLA / SECRETÁRIO	-	-	-	5	-	5	0
DO LAR	-	-	-	-	1	1	0
ELETRICISTA	-	-	1	1	-	2	0
EMPLINHADOR	-	-	-	-	1	1	0
EMPRESÁRIO	1	-	-	1	4	6	0
ENFERMEIRO	-	-	1	-	-	1	0
ENTREGADOR	-	-	-	-	1	1	0

ESTIVADOR / CARREGADOR	2	3	7	1	4	17	0
ESTUDANTE	53	53	53	62	58	279	8
FISCAL	-	-	-	1	-	1	0
FRENTISTA / LAVADOR DE CARRO	-	-	4	1	-	5	0
FUNCIÓNÁRIO DE EMPRESA PRIVADA	-	-	-	1	-	1	0
GARÇOM	-	-	-	2	1	3	0
GARI (Lixeiro; Catador de lixo)	1	-	-	2	3	6	0
GUIA TURÍSTICO	1	-	-	-	-	1	0
JARDINEIRO	-	1	1	-	2	4	0
MARCENEIRO / CARPINTEIRO	2	7	2	2	3	16	0
MECÂNICO / LANTERNEIRO	4	-	4	8	6	22	1
MÉDICO	-	1	-	2	1	4	0
MENOR APRENDIZ	-	-	-	1	-	1	0
METALÚRGICO / FERREIRO	1	-	-	4	3	8	0
MONTADOR	-	1	1	-	-	2	0
MONTADOR DE SOM	1	-	-	-	-	1	0
MOTORISTA (Trator; Caminhão; Ônibus; Carreta; Taxi; Moto taxi)	8	14	14	17	13	66	2
MÚSICO / GUITARRISTA / CANTOR / DJ	2	-	-	3	-	5	0
NÃO INFORMADO / IGNORADO / SEM OCUPAÇÃO	312	349	394	394	343	1.792	49
NUTRICIONISTA		-	-	1	-	1	0
OLEIRO		-	-	1	1	2	0
OPERADOR		-	-	1	-	1	0
OPERADOR DE MÁQUINAS	1	-	-	1	-	2	0
OPERADOR DE MARKETING	-	-	-	1	-	1	0
PADRE / PASTOR	1	1	1	-	2	5	0
PESCADOR	4	1	3	-	6	14	0
POLICIAL / SARGENTO / TENENTE / MILITAR	1	3	-	4	2	10	0
PORTEIRO	-	3	-	1	1	5	0
PRODUTOR DE EVENTOS	-	-	-	1	-	1	0
PROFESSOR / INSTRUTOR / EDUCADOR FÍSICO	1	4	9	14	5	33	1
RADIALISTA	-	1	-	-	-	1	0
RECEPCIONISTA / ATENDENTE	-	1	-	-	-	1	0
SALINEIRO	-	-	-	-	1	1	0

SAPATEIRO	-	-	-	-	1	1	0
SEGURANÇA	-	1	-	1	1	3	0
SERVIDOR PÚBLICO	12	9	5	10	10	46	1
TÉCNICO EM ELETRÔNICA / INFORMÁTICA	-	1	1	-	5	7	0
TÉCNICO EM LABORATÓRIO	-	-	1	-	-	1	0
TRABALHADOR DA CONSTRUÇÃO CIVIL (Pedreiro; Servente; Pintor; Ajudante; Mestre de Obras; Armador; Construtor; Gesseiro)	22	27	30	31	25	135	4
TRABALHADOR RURAL (Lavrador; Agropecuário; Agricultor; Caseiro; Colhedor; Vaqueiro; Carnaubeiro, etc.)	22	33	27	50	39	171	4
VENDEDOR (Comerciante; Corretor; Caixa; Gerente; Feirante; Ambulante)	7	7	8	13	9	44	1
VEREADOR	1	-	-	-	-	1	0
VIGILANTE / VIGIA	3	2	6	6	10	27	1
ZELADOR	1	1	-	1	1	4	0
TOTAL	642	647	716	871	825	3.701	

Fonte: SESAPI / COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA MULHER, 2019.

Quanto à **ocupação do agressor**, 1.792 agressores(49%) não têm informação, a ocupação é ignorada ou não tem ocupação; 481 (13%) são autônomos; 279 (8%) são estudantes; 222 (6%) são desempregados; 171 (4%) são trabalhadores rurais; 138 (4%) são aposentados; 135 (4%) são trabalhadores da construção civil; 66 (2%) são motoristas; 46 (1%) são servidores públicos; 44 (1%) são vendedores; 34 (1%) são comerciantes ou empresários; 33 (1%) são professores, instrutores ou educadores físicos; 27 (1%) são vigias ou vigilantes; e 22 (1%) são mecânicos ou lanterneiros. As demais ocupações citadas não chegaram a 1%.

TABELA 13: Distribuição dos atendimentos realizados de acordo com a procedência da vítima.

ANOS	Nº DE CASOS POR ANO	PROCEDÊNCIA DA VÍTIMA			
		CAPITAL / MUNICÍPIOS COM SAMVVIS	OUTROS MUNICÍPIOS	OUTROS ESTADOS	TOTAL DE ATENDIMENTOS
2014	636	327	301	8	636
2015	644	362	274	8	644
2016	709	328	374	7	709
2017	868	410	447	11	868
2018	810	384	419	7	810
TOTAL	3.667	1811(49%)	1815(49%)	41(1%)	3.667

Fonte: SESAPI / COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA MULHER, 2019.

Com relação à **procedência das vítimas**, 1.815 vítimas (49%) residem na própria cidade do SAMVVIS onde o atendimento foi realizado; 1.811vítimas (49%) são procedentes de municípios do Estado do Piauí onde não há SAMVVIS e 41vítimas (1%) são procedentes de outros Estados.

Resultados da pesquisa

Quanto à faixa etária, a maioria das vítimas, 2.147 (59%), tem idade entre 10 e 19 anos, e a maioria dos agressores, 2.108 (57%), tem entre 20 e 59 anos, ou seja, o agressor tem idade mais avançada que a vítima. Em relação ao sexo do agressor, a maioria dos agressores, 3.545 (96%), são do sexo masculino.

No que concerne ao grau de parentesco entre vítima e agressor, 828 agressores (22%) são pessoas conhecidas das vítimas. Sobre o local da violência, a maioria dos casos, 1.791 (48%), ocorreu na própria residência das vítimas.

A escolaridade da maioria das vítimas, 2.546 (69%), é o ensino fundamental completo ou incompleto, e a maioria dos agressores, 2.777 (75%), não consta nenhuma informação.

Outro aspecto levantado é a cor, onde a maioria das vítimas, 2.744 (75%), são pardas, e a maioria dos agressores, 1.539 (42%), são pardos.

Como resultados da ocupação, a maioria das vítimas, 2.939 (80%), são estudantes, e a maioria dos agressores, 1.792 (49%), não consta informação, a ocupação é ignorada ou não tem ocupação. Quanto à procedência das vítimas, 1.815 (49%), são procedentes de municípios do Estado do Piauí onde não há SAMVVIS e 1.811 (49%) residem na própria cidade do SAMVVIS onde o atendimento foi realizado, ou seja, Teresina, Bom Jesus, Campo Maior, Corrente, Floriano, Parnaíba, Picos e São Raimundo Nonato.

Considerações finais

Os dados apresentados na pesquisa sinalizam para a necessidade de desmistificar uma série de questões, que as pesquisas nacionais também vêm apontando, tais como: o local da ocorrência da violência sexual, ser no espaço privado, em residência e não no espaço da rua. Ou seja, a residência além de ser um lugar de proteção, também pode se transformar em espaço de risco, de violência.

No mesmo sentido, o agressor, no geral é uma pessoa próxima, conhecida da vítima, o que enseja algum grau de confiança prévia, que foi maculada. Tal fato também inibe a denúncia da violência. O agressor tende a ser uma pessoa com mais idade, em relação à vítima, o que implica em maior experiência e também numa certa ascendência em relação à vítima, podendo assim intimidá-la.

O fato da maioria dos agressores ser do sexo masculino e da vítima feminino, também corrobora a manutenção da subordinação e ideias patriarcais. Enseja ainda um repensar sobre a masculinidade hegemônica, implicando ações em saúde e baseadas na prevenção e promoção, o que implicaria inclusive a escola.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Decreto-Lei Nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940.** Código Penal Brasileiro, Art. 128, Inciso II. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 13/08/2019.

_____. **Decreto Nº 1.973, de 1º de agosto de 1996.** Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/D1973.htm. Acesso em: 08/03/2019.

_____. **Lei Nº 12.845 de 1º de agosto de 2013.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm> Acesso em: 13/05/2019.

_____. **Lei Nº 10.778 de 24 de novembro de 2003.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.778.htm> Acesso em 13/05/2019.

_____. **Lei Nº 8.069 de 13 de julho de 1990.** Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 05/08/2019.

_____. **Lei Nº 10.741 de 1º de outubro de 2003.** Estatuto do Idoso. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm>. Acesso em: 05/08/2019.

_____. **Lei nº 11.340 de 7 de agosto de 2006.** Lei Maria da Penha. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20042006/2006/Lei/L11340.htm>. Acesso em: 08/03/2019.

_____. Ministério da Saúde; Ministério da Justiça; Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República. **Norma Técnica: atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios.** 1ª edição. Brasília – DF, 2015.

_____. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: matriz pedagógica para formação de redes.** 1ª edição. 2ª reimpressão. Brasília – DF, 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica.** 2ª ed. Brasília – DF, 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série: Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno n. 4).

_____. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde.** Brasília – DF, 2012. 104 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica** 2ª ed. atual. e ampl. Brasília – DF, 2007. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série: Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno n. 6).

_____. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção**

e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica 3ª ed. atual. e ampl. Brasília – DF, 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série: Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno n. 6).

_____. **Portaria Interministerial Nº 288 de 25 de março de 2015.** Disponível em: <http://www.conselhodacrianca.al.gov.br/sala-de-imprensa/noticias/2015/abril/portaria-interministerial-no-288-de-25-de-marco-de-2015-1>. Acesso em: 13/08/2019.

_____. **Portaria Nº 1.508 de 1º de setembro de 2005.** Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1508_01_09_2005.html. Acesso em: 13/08/2019.

_____. **Portaria Nº 485 de 1º de abril de 2014.** Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485_01_04_2014.html. Acesso em: 13/08/2019.

_____. **Portaria Nº 618 de 18 de julho de 2014.** Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0618_18_07_2014.html. Acesso em: 13/08/2019.

_____. **Portaria Nº 1.662, de 02 de outubro de 2015.** Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/33255641. Acesso em: 13/08/2019.

CARVALHO, Andréa N. M. de; FÉ, Maria Auzeni de M; SOUZA, Marcos A. F. de; **O perfil da violência sexual contra as mulheres no Estado do Piauí, a partir dos atendimentos realizados no serviço de atenção às mulheres vítimas de violência sexual – SAMVVIS, no período de 2015 a 2017.** In: SILVA NETO, Benedito Rodrigues (Org.) Saúde pública e saúde coletiva: dialogando sobre interfaces temáticas 2. Ponta Grossa – PR: Editora Atena, 2019. 294 p.

CASSAB, Antonia Latif. **Violência de gênero**. In: FLEURY-TEIXEIRA, Elizabeth & MENEGHEL, Stela N. (Org.). Dicionário Feminino da Infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015. 422 p.

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

Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher - Convenção de Belém do Pará - 1994. Disponível em: <https://assets-institucionalipg.sfo2.cdn.digitaloceanspaces.com/2009/08/instru_inter_belem_para.pdf> Acesso em: 08/03/2019.

DEUS, Maria Castelo Branco Rocha de. **Assistência à mulher vítima de violência sexual no SAMVVIS / MDER**. Maternidade Dona Evangelina Rosa/MDER. Secretaria de Saúde do Estado do Piauí/ SESAPI. Teresina - PI, 2019.

GOMES, Romeu. **A mulher em situação de violência sob a ótica da saúde**. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de. (Org.). Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. 284 p.

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ. **Decreto Nº 17.880, de 01 de agosto de 2018**. Sistema Integrado de Prevenção e Enfrentamento à Violência Sexual - SIPEVS. Disponível em: <<http://www.diariooficial.pi.gov.br/diario.php?dia=20180801>> Acesso em: 08/03/2019.

_____. **Portaria SESAPI/GAB Nº 355 de 22 de maio de 2009**.

JANNOTTI, Cláudia Bonan; SOARES, Gilberta Santos. **Aborto**. In: FLEURY-TEIXEIRA, Elizabeth & MENEGHEL, Stela N. (Org.).

Dicionário Feminino da Infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015. 422 p.

OLIVEIRA, Márcia Rovená de. **Violência sexual**. In: FLEURY-TEIXEIRA, Elizabeth & MENEGHEL, Stela N. (Org.). Dicionário Feminino da Infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015. 422 p.

PEREIRA, Carolina; BUENO, Samira; BOHNENBERGER, Marina; SOBRAL, Isabela. **Feminicídios no Brasil**. In: Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2019. <http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/09/Anuario-2019-FINAL-v3.pdf>. 2019. Acesso em: 17/08/2019.

TELES, Maria Amélia de Almeida; MELO, Mônica de. **O que é violência contra a mulher**. 1ª reimpressão. São Paulo: Brasiliense, 2003. (Coleção Primeiros Passos; 314).

PARTE 2

POLÍTICA SOCIAL E FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE SERVIÇO SOCIAL

“Não se preocupe com quem é o pai da ideia;
escolha as melhores e vá em frente”

Steve Jobs

POR UMA PRÁTICA PROFISSIONAL ALÉM DAS RECOGNIÇÕES: CONTRIBUIÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS PARA A PRÁTICA SOCIOEDUCATIVA DO ASSISTENTE SOCIAL NO CONTEXTO DA FUNASA-PIAUÍ

FOR A PROFESSIONAL PRACTICE BEYOND THE RECOGNITIONS: THEORETICAL- METHODOLOGICAL CONTRIBUTIONS TO THE SOCIO-EDUCATIONAL PRACTICE OF THE SOCIAL WORKER IN THE CONTEXT OF FUNASA-PIAUÍ

Raimunda Nonato da Cruz Oliveira

Resumo

Este artigo, apresenta um enfoque teórico-metodológico, com vistas a subsidiar as reflexões para as discussões da profissão de serviço social na constituição de um novo momento na política de educação em saúde ambiental desenvolvida pela FUNASA no contexto do território brasileiro, piauiense. A prática sócio educativa em saúde ambiental, embora não seja específica do/a Assistente social, tem mostrado que estamos diante de um celeiro de possibilidades para o fortalecimento da profissão e da política de saúde pública que ora desenvolvemos. A temática está estruturada a partir dos seguintes enfoques: 1 – Reflexões sobre os aspectos metodológicos que norteiam a ação profissional em saúde ambiental. Neste aspecto fazemos uma análise conceitual e filosófica da educação ambiental

e da educação em saúde, enfatizando a importância de se romper com as reconhecções que têm embasado a ação dos profissionais ao longo dos anos; 2 - como desenvolvemos a política de educação em saúde ambiental? a que projetos servimos? e, 3 - Breves discussões das alternativas que vislumbram-se para a ressignificação da prática profissional no desenvolvimento da ação de educação em saúde ambiental na FUNASA. Finalmente, trata-se de uma produção cujas reflexões têm por base uma experiência prática com ações socioeducativas, no contexto da saúde ambiental institucional, as quais estão respaldada pela revisão bibliográfica de autores contemporâneos, como: Deleuze (1995), Deleuze e Guatarri (1992), AmatuZZi (1989), Morin (2000) e Bordieu (1980).

Palavras-chave: educação em saúde, saúde ambiental, serviço social

Abstract

This article presents a theoretical - methodological approach, aiming to subsidize the reflections for the discussions of the social service profession in the constitution of a new moment in the politics of environmental health education developed by FUNASA in the context of the Brazilian territory, Piauí. The practice with environmental health has shown that we are facing a barn of possibilities for strengthening the profession and public health policy that we have developed. The thematic is structured from the following approaches: 1 - Reflections on the methodological aspects that guide the action. In this regard we make a conceptual and philosophical analysis of environmental education and health education, emphasizing the importance of breaking with the recognitions that have been based on professional action over the years; 2 - how do we develop the environmental health education policy? What projects do we serve? and 3 - Brief discussions of the alternatives that are seen for the re-signification of the professional practice in the development of the action of environmental health education in FUNASA. Finally, it is a production whose reflections are based on practical experience with socio-educational actions, in the context of environmental health institutional, which are supported by the bibliographic review of contemporary authors, such as: Deleuze (1995), Deleuze and Guatarri (1992) , AmatuZZi (1989), Morin (2000) and Bordieu (1980).

Key words: health education, environmental health, social work.

Reflexões teórico-filosóficas para o serviço social na condução da política educação em saúde ambiental

Sabemos que toda e qualquer prática se materializa a partir de um conceito, isto é, da visão de mundo das pessoas sobre determinados aspectos. Então, é razoável entendermos que, em uma sociedade marcada por processos evolutivos, globalizantes, os conceitos evoluem e as visões de mundo, também. Isto nos remete ao fenômeno da fluidez, terminologia muito usada por Bauman (2007) como metáfora para compreender a transição entre modernidade e os tempos atuais (tempos líquidos). Desta forma, estamos diante, não só da fragilidade das estruturas de pensamentos e ação, mas, também, da insegurança existencial onde as relações tornam-se cada vez mais fluidas. Conforme Basílio (2010, p.441/2), “a insegurança apontada por Bauman tem sua origem na desregulamentação, e no enfraquecimento das relações humanas, na busca do esclarecimento por meio da liberdade”.

Na verdade, a fluidez leva ao enfraquecimento das relações e das ações e, neste movimento, afasta o tradicional dando lugar ao temporário onde a sociedade se conforma em função do passageiro do que como estrutura. Neste movimento, evidencia-se a formação de uma ampla matriz de conexões e relações com diferentes combinações e matizes que vão se fortalecendo e enfraquecendo em função dos interesses e forças em jogo. Nesse contexto, as incertezas, oriundas de forças internas e externas do espaço-tempo, determinam o processo de interrelação, solidez ou liquidez das relações no seu movimento de avanço e recuo.

Compreender essa dinâmica, é fundamental para avançar na perspectiva de atuação profissional. Contudo, torna-se fundamental entender que a dimensão conceitual do objeto de intervenção profissional não poderá surgir, senão de um plano de imanência que parta da percepção de quem está com e para o movimento.

Nesta perspectiva de pensamento, Gilles Deleuze (1995), filósofo Francês, contemporâneo, nos auxilia na construção de um norte de ação a partir da reflexão sobre os conceitos com os quais trabalhamos. Esses são elementos fundamentais, para entendermos para onde estamos direcionando nossas ações em educação em saúde ambiental, isto é, nosso “plano de imanência”. Mas o que é plano de imanência? Deleuze diz que os conceitos são acontecimentos, construções que povoam o plano de imanência. Então um plano de imanência sem conceito é vazio, não tem sentido. Partindo desse pensamento há que se considerar o plano de imanência como uma ferramenta fundamental que se gesta do mundo pensado/vivido, para nortear/direcionar a prática.

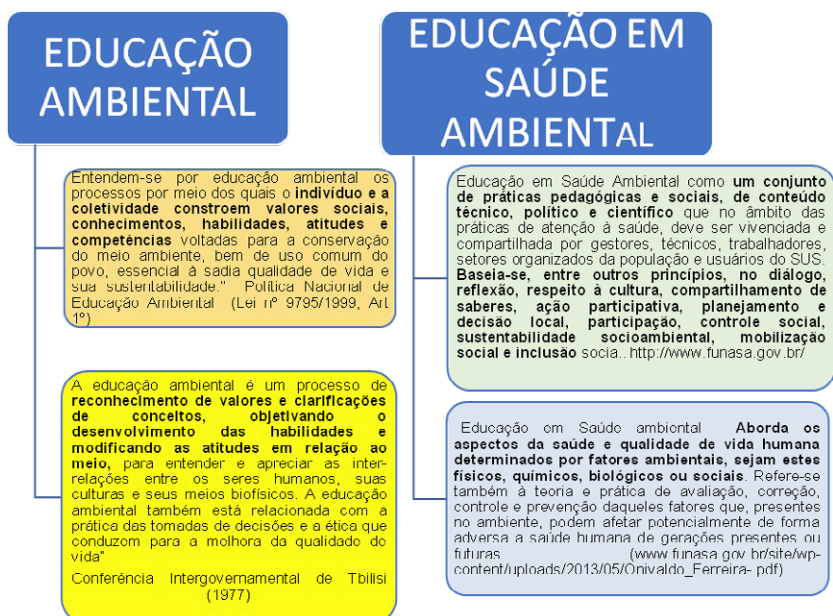
Neste aspecto, se faz necessário, compreender que a prática profissional, em saúde ambiental, somente se efetiva a partir de uma reflexão sobre os conceitos com os quais trabalhamos e sobre o plano de imanência que traçamos. Então, algumas indagações são necessárias, e a primeira delas é: estamos construindo conceitos ou estamos reproduzindo conceitos? Se estivermos construindo conceitos, como se dá esse processo de construção? O nosso projeto pedagógico produz ou reproduz conceitos? E, neste movimento, nossa prática socioeducativa é capaz de levar a transformação nas atitudes dos sujeitos diante das condições sócio sanitárias em que vivem?

A partir da filosofia deluziana entendemos que, quando **construímos** conceitos permitimos uma completa interação entre valores, saberes, modos de vida e visão de mundo das pessoas, numa perspectiva aberta de construção, que envolve afetos e preceitos e que a qualquer momento pode ser revisto e adaptado, portanto os conceitos advindos da dimensão construtiva e coletiva dos conhecimentos e desejos em jogo, são portadores de solidez, porque se gestam de movimentos e visões coletivas embasadas por

sentimentos e vivências conectadas a partir da interação global-local. Quando **reproduzimos** conceitos, fazemos *recognition*, nos orientamos por preceitos previamente definidos que já trazem *a priori* um sentido e uma dinâmica própria que não inclui os padrões, a cultura e os valores em ação em determinado espaço/território se nós entendemos a importância dos conceitos como a concepção e condição materializadora da ação a partir de um plano de imanência que nos permita enfrentar as condições objetivas e subjetivas dos sujeitos no campo da saúde ambiental, então, este é o primeiro dilema a resolver. Sem dúvida alguma, é o conceito que vai orientar o projeto político pedagógico da ação profissional em saúde ambiental e direcionar esta ação para um novo *devenir*, um *vir a ser*. Então, vejamos que concepções doutrinárias da educação ambiental e da educação em saúde ambiental estamos seguindo.

A figura abaixo, pretende ilustrar, dentre um variado cardápio de concepções, o que esses conceitos evidenciam.

Figura 1- Esta figura foi criada pela autora a partir das referências teóricas e documentais utilizadas.



Estes e outros conceitos são vistos como norteadores das práticas profissionais em saúde ambiental. Em qualquer dessas dimensões, verifica-se que está em evidência a relação **homem-meio** intermediada por processos pedagógicos que levem à reflexão e a tomada de decisão na prevenção e controle dos fatores propulsores dos desequilíbrios ambientais e da qualidade de vida das pessoas.

O que é necessário refletir, a partir desta figura, é um princípio filosófico básico do qual não podemos fugir: que os conceitos são produtos dos acontecimentos, do desenrolar da vida humana em um determinado espaço geográfico e neste sentido eles jamais podem ser reproduzidos, mas sim construídos à luz da visão e da percepção dos sujeitos em suas territorialidades. Neste sentido, eles são centros de vibrações, conforme coloca Deleuze e Guattari (1992). Isto nos coloca diante de um pensamento em plena atividade, cujo ato de pensar é intermediado por conexões e relações que levam a compreender a situação concreta dos sujeitos, seus problemas, suas vivências e expectativas.

Quando Deleuze e Guattari (1992) dizem que “não existe céu para os conceitos”, nisto eles sinalizam para a liberdade do pensar contextualizado, ao tempo em que criam condições para romper com as reconhecções. Ora, se entendemos que os conceitos fazem parte de um processo de construção e apropriação de conhecimentos, podemos, também, compartilhar esse entendimento, com Edgar Morin (2000) quando diz que “conhecimento nunca é um reflexo ou espelho da realidade. O conhecimento é sempre uma tradução seguida de construção”. Neste movimento, as sensações e as percepções são decodificadas e transformadas em conceitos e proposições.

Assim, o entendimento de meio ambiente e saúde devem representar a expressão viva de quem os vive em um determinado espaço geográfico e, neste sentido, os projetos pedagógicos norteadores desses conceitos, não podem fugir a essa exigência epistemológica. Então, se trabalhamos em um território indígena, quilombola, ribeirinho, com populações rurais, etc. precisamos buscar a percepção e as representações dos sujeitos sobre o seu

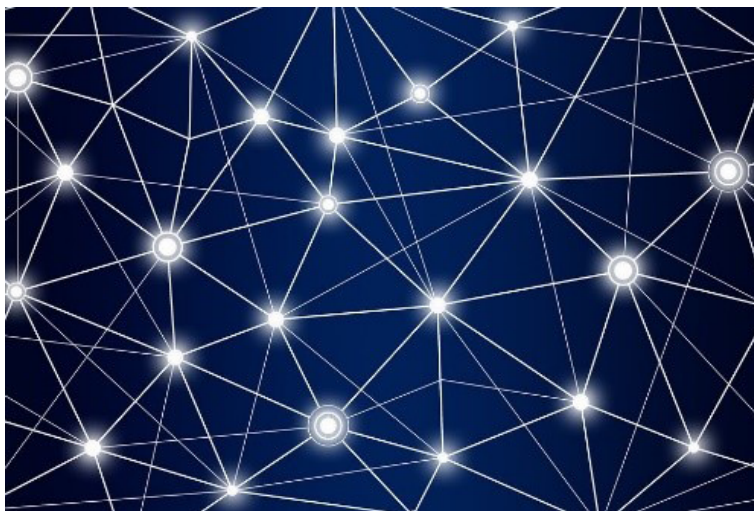
território, envolvendo variáveis comportamentais, existenciais, culturais, políticas, etc., pois, os conceitos só existem e só têm sentido, se produzidos a partir das percepções e visões de mundo dos sujeitos.

Fugir desta exigência é incorrer no desenvolvimento de práticas inócuas e sem sentido. Deleuze e Guattari (1992) concebem a vida como um acontecimento que se produz como um devir, um fazer-se, e nisto os autores vêm nos propor uma ação centrada na lógica do sentido e não em conceitos e categorias entrincheiradas, que permitem abstrações dos acontecimentos num *a priori*, já dado e equacionado.

Nesta perspectiva, não é razoável criar modelos e impor soluções. Importa sim, fazer rizoma, conexões, trabalhar no intermezzo. Quando fazemos isto, assumimos uma perspectiva de uma prática valorizada pela potência do pensamento no qual se coloca, diante da infinitude de possibilidades geradas pelo modo de vida de um povo, que quanto mais provocado em sua subjetividade/objetividade, mais ativo e criativo se torna. Portanto, mais do que refletir conceitos que reproduzem as boas maneiras, os bons hábitos, a participação, etc., precisamos **brilhar no caos**, romper cognições, buscar novas oportunidades cognitivas nas quais os “sujeitos” se sentem sujeitos capazes de dinamizar suas esferas de vida, o meio ambiente e o território em que se inserem-na construção de **um plano de imanência** que os coloque diante de um novo horizonte, um novo devir. Precisamos fazer dos conceitos um acontecimento marcado pela coexistência de planos e não na sucessão de planos dados *a priori*. Conforme Deleuze (1995) um plano de imanência extraído do caos, das sensações, dos afetos, das percepções e preceptos, traz uma infinidade de possibilidades através das quais pode emergir o novo, o inesperado, o real.

Então, estabelecemos, em nossas práticas profissionais, um grande rizoma no qual podemos evidenciar “linhas de fuga”. Para Deleuze, as linhas de fuga são aquelas que escapam da tentativa totalizadora e fazem contato com outras raízes, seguem outras

direções. Fugamos das formas fechadas e desconectadas do mundo da vida dos sujeitos.



Fonte: <https://pixabay.com/pt/illustrations/rede-tecnologia-digital-internet-4221541/> Acesso em 21 de outubro de 2020

Não podemos mais gerir um projeto que fragmenta e compartimentaliza os processos de trabalho da ação profissional - o rizoma se espalha ganhando múltiplas formas (figura 1), inserindo múltiplos sujeitos e múltiplas determinações. Somente assim evidenciamos a chance de produzir um novo sentido, **criando micro conexões, redes**, que se circunscrevem nos limites e possibilidades de cada território.

As concepções de educação, educação ambiental e educação em saúde ambiental, vistas na figura 1, acima, se aproximam do real quanto mais se enraízam do contexto de vida dos sujeitos, e não a partir de uma falsa totalidade onde os sujeitos não se reconhecem.

Como entendemos e desenvolvemos a política de educação em saúde ambiental? a que projetos servimos?

Inicialmente, parte-se do princípio de que educação em saúde e educação em saúde ambiental, são conceitos que se gestam e se operacionalizam a partir da complexidade crescente dos problemas que afetam o meio ambiente bem como, a partir das percepções

das pessoas sobre os mesmos. Então, falar da ação de educação em saúde ambiental é, portanto, nos reportar a uma **ecologia do ser e do saber** a partir de uma visão que focalize as interações da espécie humana com os ecossistemas naturais promovendo as transformações necessárias a partir de sua inteligência, vontade, emoções, motivações, desejos e, sobretudo dos elos que se estruturam entre os sujeitos, como é o caso das comunidades rurais.

Desta forma, não tem como refletir sobre a educação em saúde ambiental, sem considerar a relação do homem com a natureza nos diferentes estágios de desenvolvimento humano, como vem se dando a “proximidade social” entre os atores sociais e natureza e, que aspectos têm marcado esses processos evolutivos.

Então, nessa construção, nos deparamos com estágios de desenvolvimento humano que remetem a origem do homem há pelo menos 5 milhões de anos atrás, no continente africano, com diferentes linhagens. No **primeiro estágio**, identificamos que **homem e natureza viviam uma relação harmônica**, mas esse homem evoluiu, se modificou e suas relações com o meio também foram se modificando. **O segundo estágio** dessa evolução, dá-se há pelo menos 1,5 milhões de anos, na África e na Europa. Neste contexto, nos deparamos com o *Homo Erectus*, o ancestral imediato do homem moderno. Aí, invenção do fogo foi vital para o homem porque permitia ele se garantir no meio ambiente, utilizando-o não só como fonte de luz, mas também de produção de alimentos e aquecimento.

Posteriormente, esse *Homo Erectus*, evolui para o *Homo Sapiens* que se desenvolveu atuando como predador, mas um predador que buscava a sobrevivência em consonância com os recursos naturais que dispunha, sem colocar o ambiente em perigo. A exemplo, o Rio Nilo, considerado uma dádiva para os egípcios porque significava um contexto de sobrevivência para o povo do qual tiravam a caça, a pesca, o lazer. Já em um **terceiro estágio** da evolução humana, temos o *Homo Sapiens Sapiens*, (homem moderno) um estágio marcado pelo progresso, e pelo domínio do homem sobre a natureza, os animais e florestas. Neste estágio o homem esqueceu seu lugar na natureza e passou a estabelecer uma relação

com esta a partir de uma visão antropocêntrica, colocando-se numa posição de superioridade em relação a essa, produzindo grandes transformações afetando diretamente os recursos naturais: mares, florestas, campos e rios.

Com o **pós guerra**, na dec. de 40, o mundo capitalista toma uma nova direção, pautada na evolução da ciência, da tecnologia, o homem domina a natureza e se coloca acima dela estabelecendo uma relação antropocêntrica e ambígua, pois mesmo tendo atingido um nível de conhecimento e desenvolvimento intelectual privilegiado, ele vive a sua mais profunda contradição em relação ao seu meio ambiente, pois ao mesmo tempo em que ele avança, constrói e se supera, ele destrói, depreda, deprecia e diminui suas chances de vida saudável. Então, está posto os grandes desafios da contemporaneidade nos quais o homem, em meio às ambiguidades e paradoxos do tempo presente, necessita encontrar meios para equacionar essa relação.

No que se refere às práticas sócio educativas, no contexto da saúde ambiental hoje, é importante refleti-las à luz dos fatos que marcaram a evolução humana a partir dos modelos de Estado e de Sociedade nas diferentes épocas históricas, pois é certo que essas tendem a acompanhar as tendências sócio históricas e culturais vividas nos respectivos espaços-tempo. Então, neste contexto, temos as mais variadas manifestações de práticas desde as conservadoras, autoritárias, condicionadoras, participativas e emancipatórias.

Diante desses processos evolutivos a prática profissional e toda a sua instrumentalidade, aporte pedagógico, abordagens, etc., precisam estar em consonância com os novos padrões de identidade, estruturação social e política da população, vivência e convência humana desses em um dado contexto, pois é certo que os mesmos têm uma influência decisiva nas questões ambientais e de saúde do território, e, portanto, no resultado final do processo de trabalho.

Neste sentido, um olhar crítico sobre os problemas, seus mecanismos de produção e na forma como são vivenciados pelas pessoas no seu território, é essencial. Na atualidade, convivemos com

inúmeros casos de degradação e destruição ambiental que impactam negativamente na saúde das pessoas e coletividades incrementando cotidianamente as estatísticas de morbidade e mortalidade, como exemplo podemos citar: os desastres ambientais, como o recente caso do Rio Doce em Minas Gerais (2016) onde não só contaminou o solo, mas também pessoas foram a óbitos, outras continuam doentes, depressivas pelos efeitos causados pelo rompimento da barragem de rejeitos; o uso descontrolado de agrotóxicos em projetos agrícolas, o que tem permitido o aparecimento de doenças, desde as respiratórias até as neoplasias; o fenômeno do consumismo levando a produção exagerada de resíduos cuja destinação incorreta tem feito emergir o povoamento descontrolado de vetores como o *Aedes aegypti* e conseqüentemente o aparecimento de doenças como Dengue, Zica, Chikungunha, microcefalia; a poluição de mananciais de abastecimento de água coletivo, levando a doenças como verminoses, enteroinfecções, dermatites, hepatites, dentre outras. O aumento da população de barbeiros (triatomíneos) intensificando as estatísticas da Doença de Chagas, principalmente no semiárido brasileiro, a esquistossomose e tantas outras doenças. Todos esses problemas situacionais são novos sinalizadores da relação homem-meio e da perspectiva que a ação profissional deve seguir.

De forma geral, evidencia-se que todos esses problemas de saúde acima citados, são causados, além das condições de pobreza e de vida insatisfatória da grande maioria da população, pelo desconhecimento do seu processo de produção e pela ação hostil do homem para com a natureza. Todo o padrão de produção saúde-doença vem alterando as estruturas objetivas e subjetivas de vida dos sujeitos. A educação em saúde ambiental, enquanto prática socioeducativa desenvolvida na FUNASA, surge como uma estratégia técnica-metodológica para fazer frente a esses problemas ambientais que interferem na saúde e na qualidade de vida das pessoas. Porém, não é suficiente somente conhecê-los, mas entender como se dá o processo de adoecimento, a partir do que a população pensa, materializando estratégias participativas e

coletivas, construídas a partir da visão de mundo e da interação entre os sujeitos em cada território.

Desta forma, a FUNASA ao incorporar, em sua missão, a saúde ambiental, vai além da construção de infraestruturas de saneamento propondo, de acordo com a Portaria nº 586 de 2014, um conjunto de diretrizes para atuação profissional em Educação em Saúde Ambiental.¹ Tal perspectiva vem agregar um novo valor à sua missão quando levanta a bandeira de associar, a esses serviços, projetos de fomento a educação em saúde ambiental, que estimulem e priorizem o diálogo, a reflexão, o respeito à cultura, o compartilhamento de saberes, a participação e o controle social como elementos propulsores da sustentabilidade ambiental e da melhoria dos indicadores de saúde da população, principalmente aqueles indicadores relacionados ao saneamento e meio ambiente que tem uma relação com a morbidade e mortalidade da população. Para tanto, a FUNASA estrutura sua política a partir de eixos de atuação, tais sejam:

1. Fomento à Educação em Saúde Ambiental e à Mobilização Social junto a estados e municípios, através de processos de capacitação: Semiárido, populações especiais, oficinas, etc.;
2. Estruturação do componente de Educação em Saúde Ambiental junto ao Programa Nacional de Saneamento Rural;
3. Fomento às ações de Educação em Saúde Ambiental na Cooperação Técnica, com municípios, em Saúde Ambiental e Saneamento Básico;

1 São Diretrizes, objeto da Portaria nº 586: Promoção da Saúde como estratégia de produção da saúde articulada as demais políticas e tecnologias do SUS; A Saúde Ambiental relacionada à interação entre saúde humana e os fatores do meio ambiente natural e antrópico que a determina, condiciona e influencia; Vigilância em Saúde Ambiental como conjunto de ações e serviços prestados por órgãos e entidades públicas e privadas; Educação em Saúde como conjunto de práticas pedagógicas e sociais de conteúdo técnico, político e científico para construção de valores, saberes que fortaleçam as relações sustentáveis da sociedade humana; Sustentabilidade em seus aspectos social, político, ambiental e sanitário; Território como espaço de relações no qual se manifesta a vida cotidiana dos indivíduos.

4. Produção de material educativo, didático e pedagógico em apoio à prática educativa e de mobilização social em Saúde Ambiental e Saneamento Básico;

5. Incentivo à busca de novas ferramentas e estratégias de aprendizagem em Educação em Saúde Ambiental, por meio de estudos e pesquisas, com vistas ao aperfeiçoamento técnico das atividades educativas desenvolvidas no âmbito da FUNASA e junto aos parceiros do SUS.

Tais diretrizes, vêm sendo executadas manifestando um forte componente de efetividade junto ao público alvo. A exemplo, em relação ao que se refere à diretriz 5 acima, (Portaria 586/2014), um dos canais de viabilização da ação se deu através de cooperação técnica com a Fiocruz/Brasília, para desenvolvimento do Projeto Territórios Saudáveis e Sustentáveis do Semiárido (PTSSS) piauiense, através do Termo de execução Descentralizada nº 6/2017. Neste canal estão sendo desenvolvidos, estudos e ações para implementação de ações de saneamento ambiental no semiárido piauiense, por meio da aplicação do conceito de territórios saudáveis e sustentáveis e da convivência com o semiárido, tendo como principal estratégia para promoção da saúde ambiental, **o território educador**, no qual são evidenciados a valorização de saberes e práticas bem como o reconhecimento de experiências locais.

Considerações finais

O desenvolvimento sustentável requer, urgentemente, novos padrões de relação entre o homem e o meio ambiente o que exige, também, novas abordagens ecossistêmicas e comunicativas que dinamizem pessoas e instituições no desenvolvimento e implantação de condições sustentáveis de sobrevivência do meio e das coletividades. Com isto, é preciso reconhecer que esses carecem, urgentemente, de um redirecionamento, do ponto de vista político, técnico, pedagógico e ético. Principalmente quando se trata de ter uma prática profissional comprometida com o desenvolvimento

ambiental sustentável e com a emancipação dos sujeitos. Para tanto, se faz necessário um plano de imanência (DELEUZE, 1995) construído mediante a interação dos sujeitos que, articulado pelos saberes, afetos e preceptos e pela atuação parceira das instancias representativas de cada território, conformam um novo *vir a ser* que rechace as recognições e priorize a construção de novos saberes e perspectivas de prática.

Neste diapasão, sugerimos três eixos que deverão perpassar as práticas profissionais em saúde ambiental, são eles: o político, o técnico e o pedagógico:

1 No âmbito Político: priorizar o estabelecimento de pactuações, formação de redes e conexões com a sociedade, estabelecendo critérios de governança, alianças e cooperações técnicas que deem sustentabilidade à missão da instituição. Neste campo, urge a necessidade de apresentação e execução de projetos de educação em saúde ambiental, voltados para a formação de professores e alunos (Lei nº 9.795 de 27 de abril de 1999); formação de lideranças e agentes públicos municipais e contratação de força de trabalho qualificada em educação em saúde pública, saúde ambiental ou áreas afins, para os quadros da FUNASA e realizar parcerias com Instituições de Ensino superior (universidades, institutos federais, fundações de pesquisas e outras com notório saber) para realização de pesquisas e implantação de novas metodologias e tecnologias socioeducativas focadas no território.

2 No âmbito Técnico: definir estratégias de ação focadas no território com possibilidade de concentração da ação de educação em saúde ambiental em um espaço geográfico que dê visibilidade e efetividade para a ação e não que pulverize a ação isolando-a das influencias do território a que pertencem; Criar de um novo ordenamento, onde a ação da FUNASA vá além do repasse de recursos financeiros e do simples acompanhamento da execução das ações no município, mas passe essencialmente a capitanear todo um processo

de formação e acompanhamento da força de trabalho para execução das ações de educação e promoção da saúde ambiental.

3 No âmbito Pedagógico: Definir e disseminar uma proposta pedagógica que possibilite o desenvolvimento de ação socioeducativa focada na realidade e na vocação social, cultural e econômica de cada território; implantar processos de educação continuada, fortalecendo a capacidade executiva dos educadores em saúde; produzir materiais técnico instrucionais, a partir da realidade contextualizada, como estratégia de apoio didático-pedagógico das ações junto aos diferentes públicos da ação de educação em saúde ambiental .

Em síntese, o que percebemos é a ausência de um projeto pedagógico revitalizador, que ancore e dê sustentação, as diretrizes de atuação da FUNASA, onde a educação ambiental não seja a educação da água, do lixo ou do esgoto, etc., mas sim, do ambiente e seus recursos institucionais em interação com as pessoas. Associa-se a isto, a necessidade de termos uma política focada no território (indicadores sociais, culturais, epidemiológicos, geográficos, etc.), bem como de uma proposta de capacitação permanente de seus servidores em metodologias e abordagens socioeducativas focadas na produção de sentido e em uma linha pedagógica que norteie o agir e aponte para a construção de resultados. Vamos brilhar no caos!

Referências

ABRAMOVAY, R. (2002). O capital social dos territórios: Repensando o desenvolvimento rural. In E. Sabourin & O. Teixeira (Orgs), **Planejamento do desenvolvimento dos territórios rurais: Conceitos, controvérsias e experiências** (pp. 113-128). Brasília, UFPB/CIRAD/EMBRAPA.

AMATUZZI, Mauro Martins. **O Resgate da Fala Autentica**. Campinas, São Paulo. Papyrus, 1989.

BOURDIEU, P. (1980). **Le capital social**. *Actes de La Rechercheen Sciences Sociales*, 31(1), 2-3

DELEUZE, GILES e GUATTARI, Félix. **O que é filosofia?** Rio de Janeiro. Edição 14, 1992.

_____. **Mil Platôs**. São Paulo. Edição 34., 1995.

GALLO, Edmundo. SETTI, Andréia Faraoni. **Abordagens ecossistêmica e comunicativa na implantação da Agendas territorializadas de desenvolvimento sustentável e promoção da saúde**. In *Ciência e Saúde Coletiva* . vol.17 no.6 Rio de Janeiro. June 2012 (p. 1433-1446). Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n6/v17n6a08.pdf/DF>. acesso em 19 de agosto de 2019

MINISTERIO DA SAÚDE/FUNASA. **Diretrizes da educação em saúde. Portaria 586 de 2014**. Brasília. DESAM/COESA - 2014
MINISTERIO DA SAÚDE/FIOCRUZ. **Relatório: reuniões técnicas e institucionais desenvolvidas em Teresina – Piauí**, em abril de 2017, no âmbito do Projeto de Desenvolvimento de Territórios Saudáveis e Sustentáveis na região do semiárido brasileiro. Abril de 2018.

MORIN, Edgar, 1921- **Os sete saberes necessários à educação do futuro** / Edgar Morin ; tradução de Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya ; revisão técnica de Edgard de Assis Carvalho. 2. ed. –São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2000.

PRESIDENCIA DA REPUBLICA. CASA CIVIL. **Lei nº 9.795 de 27 de abril de 1999**. Brasília. DF 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9795.htm. Acesso em 19 de agosto de 2019.

GLOBALIZAÇÃO, CIDADANIA E SAÚDE INDÍGENA: APORTES PARA REFLEXÕES TEÓRICO-PRÁTICAS DA ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL EM REALIDADES INDÍGENAS

GLOBALIZATION, CITIZENSHIP AND INDIGENOUS HEALTH: CONTRIBUTIONS FOR THEORETICAL AND PRACTICAL REFLECTIONS ON THE PERFORMANCE OF SOCIAL WORK IN INDIGENOUS REALITIES

*Raimunda Nonato da Cruz Oliveira
Sara Victória Oliveira Teles*

Resumo

Este artigo tece algumas considerações sobre o processo de globalização, cidadania e a constituição da cidadania indígena no Brasil a partir dos grandes paradoxos que circunscreve a realidade contemporânea. Desde o final do século XX vivemos no mundo do movimento, da conectividade e do capital volátil onde os acontecimentos que afetam a humanidade e o planeta atravessam fronteiras e tornam-se globais. Neste processo, as pessoas são afetadas em suas condições objetivas e subjetivas de vida, especialmente no que se refere à saúde. O reconhecimento do direito à saúde e cidadania do índio está diretamente condicionado à sua inserção na sociedade nacional e ao novo padrão de cidadania. Por

ser uma área de complexa compreensão, o texto propõe oferecer subsídios ao serviço social para sua imersão nesse contexto, bem como para outras áreas afins que transitam, também, nesses espaços. Finalmente, trata-se de um estudo bibliográfico, descritivo, com vistas a evidenciar as discussões acumuladas sobre o tema e subsidiar reflexões para de interesse no tema. Dentre os autores pesquisados estão: Vieira (1997), Giddens (1991), Bauman (2005; 2007), Castells (1999), Harvey (2012), Bobio (2004), dentre outros

Palavras-Chave: Globalização, saúde e cidadania indígena.

Abstract

This article makes some considerations about the process of globalization, citizenship and the constitution of indigenous citizenship in Brazil from the great paradoxes that circumscribe the contemporary reality. Since the end of the 20th century we have lived in the world of movement, connectivity and volatile capital where events that affect humanity and the planet cross borders and become global. In this process, people are affected in their objective and subjective conditions of life, especially with regard to health. The recognition of the Indian's right to health and citizenship is directly conditioned to his insertion in national society and to the new standard of citizenship. As it is an area of complex understanding, the text proposes to offer subsidies to social services for their immersion in this context, as well as for other related areas that also transit in these spaces. Finally, it is a bibliographic, descriptive study, with a view to highlighting the accumulated discussions on the theme and supporting reflections for those interested in the theme. Among the researched authors are: Vieira (1997), Giddens (1991), Bauman (2005; 2007), Castells (1999), Harvey (2012), Bobio (2004), among others

Key words: Globalization, health and indigenous citizenship.

Considerações iniciais

“V i terras de minas terras.
Por outras terras andei.
Mas o que ficou marcado
No meu olhar fatigado,
Foram terras que inventei”.
(Manuel Bandeira)

Tomamos emprestado de Liszt Vieira (1997) a estrofe acima de Manuel Bandeira, citada na sua obra *Cidadania e globalização* para iniciar nossas reflexões sobre o tema deste artigo. Manuel Bandeira cunhou esta poesia, com o título *Testamento*, em sua *Antologia Poética*, provavelmente publicada entre 1957 a 1961. Constitui uma das mais belas obras desse poeta, e reflete o *estado da arte* do atual contexto sociocultural, econômico e político, vivenciado nos novos tempos suscitando a discussão do encontro do homem com o seu tempo, seu espaço, suas contradições e suas circunstâncias. É este o contexto onde o ser humano vivencia e desafia as mais diversas situações impostas por uma realidade que não é mais a sua, mas antes a realidade do mundo, das relações “trans”: transnacional, transcultural, transpolíticas, transeconômicas, transgênicas, etc.

Vivemos, desde o final do século XX no mundo do movimento, da conectividade e do capital volátil onde os problemas, os acontecimentos, os avanços que afetam a humanidade e o planeta atravessam fronteiras e tornam-se globais. As pessoas, em suas diferentes nuances, instituições e territórios são afetadas em suas condições objetivas e subjetivas de vida. Neste sentido, como falar

de cidadania e globalização sem considerar os diferentes contextos sobre os quais esses conceitos se delineiam? É verdade que não podemos falar apenas de uma cidadania restrita à nacionalidade, aos liames de um território, mas sim de uma nova ordem que flui com rapidez espaço-temporal envolvendo tudo e todos. “É nesse contexto que nasce hoje o conceito de cidadão do mundo, de cidadania planetária” (VIEIRA, 1997, p. 32).

Vieira (1997) traz reflexões sobre as clássicas categorias de interpretação do processo social e histórico por que passa o mundo contemporâneo, são elas – globalização e cidadania - mostrando o seu “núcleo duro”, sua complexidade, e seus desafios o autor enfatiza que a globalização desafia os princípios do consenso e da legitimidade, do poder político, da base político-territorial, da responsabilidade das decisões políticas, dentre outras, sendo esta, também, responsável pelo declínio na qualidade e significação da cidadania devido à mudança do papel do Estado, que tende a ser desalojado em sua base política, econômica, cultural e ideológica. Desta forma, a globalização passa a demandar do Estado novas invenções/articulações nas quais as relações cidadão estado passam a ser moldada pelas demandas de uma sociedade transnacional suscitando a implementação de políticas que eliminem as fronteiras nacionais em prol do desenvolvimento do capital para outra forma de cidadania, mais ampla, sem fronteiras, uma cidadania planetária.

Estamos diante de uma nova revolução, fundada na microeletrônica, na informática e nas telecomunicações, que desterritorializam o indivíduo, configurando um novo modo de vida. Em seu rastro já se percebe a tendência ao declínio do Estado-Nação, bem como a globalização da pobreza e do desemprego, que torna descartável a maior parte da humanidade (VIEIRA, 1997, p. 71- 72).

Assim sendo, podemos entender que a globalização é um movimento que coloca para os indivíduos/cidadãos novas formas de ser e conviver em sociedade, e que ao mesmo tempo em que conecta, informa e emancipa, tende a pauperizar e a degradar o

indivíduo em seu modo de vida. Este é ponto de contradição mais evidente deste fenômeno onde valores, capital, culturas, etc. se desterritorializam e se reterritorializam com novas características que são responsáveis, conforme coloca Avritzer (2002), pelo novo padrão de sociedade e de cidadania.

Estamos falando de transformação espaço-tempo, de contexto local e global, de um novo paradigma no qual a vida social e as relações sociais passam por constantes mudanças afetando, de forma significativa, a estrutura de vida dos sujeitos e das organizações. Para Giddens (1991, p.69), “a Globalização se refere essencialmente a este processo de alongamento na medida em que as modalidades de conexão se enredam através da superfície da terra como um todo”. Nesse processo, a formação do auto identidade é atravessada pelas influências global-local e vice-versa. Para esse mesmo autor, a globalização pode ser definida como,

A intensificação das relações sociais em escala mundial, que ligam localidades distantes de tal maneira que acontecimentos locais são modelados por eventos ocorrendo a muitas milhas de distância e vice-versa (GIDDENS, 1991, p.69).

O contexto globalizado, entendido enquanto movimento que dinamiza pessoas, valores, culturas, vontades, dentre outros, se configura como uma nova faceta de uma sociedade dominada pela lógica do mercado e pelo mecanismo de trocas objetivas e subjetivas. Boaventura de Souza Santos, em entrevista cedida a Gandin e Hypólito (2003) com o tema *Dilemas de nosso tempo: globalização, multiculturalismo e conhecimento*, vêm esclarecer que não estamos a assistir um processo de globalização novo, e que

Nas suas versões hegemônicas existe desde os séc. XV e XVI e está ligado às formas de expansão europeia, nascimento do capitalismo e tem vindo num crescendo de globalização, expandindo-se cada vez mais a áreas geográficas do mundo, incorporando cada vez mais gente e sujeitando à lei do mercado e à lei de valor cada vez um número maior de atividades, produtos e serviços (GANDIN e HYPÓLITO, 2003, p. 6-7).

Embora não estejamos diante de um processo de globalização recente, é mister afirmar que estamos diante de um “novo” paradigma norteado pelo nascimento e expansão do capitalismo no mundo, fortalecido pela incorporação de novos sujeitos cada vez mais conectados e subordinados às leis do mercado. Neste sentido, cremos que vivemos em uma realidade na qual a centralidade da vida e a sociabilidade humana passam a ser questionadas e repensadas pelos pesquisadores e cientistas sociais como um processo complexo e paradoxal. Boaventura de Souza Santos, na entrevista já citada, ao referir-se à globalização, enfatiza ainda que “vivemos problemas modernos que precisam ser enfrentados – para os quais a ciência moderna não tem solução e, portanto, é preciso outro tipo de produção científica mais multicultural” (GANDIN E HYPÓLITO, 2003, p. 5).

Conforme relato da pesquisa *Encontros Transculturais: uma leitura da construção da identidade de jovens da Amazônia Oriental Brasileira*, realizada pelos pesquisadores, Oesselmann, Ferreira e Garcia (2004), já existem amplos estudos teóricos conceituais úteis como o “framework for analyses”, mas ressaltam que pesquisas empíricas sobre o tema ainda são raras. Segundo esses pesquisadores,

Podemos identificar duas posições na discussão de processos culturais na globalização: os otimistas e os céticos. Os otimistas podem ser encontrados principalmente num grupo de autores ligados a Ulrick Becker (1999). Os pesquisadores mais céticos, por sua vez, destacam que em encontros entre diversas identidades culturais se desenvolvem potenciais conflitos que estão presos na dialética entre a retribalização e a integração global. (OESSELMANN, FERREIRA E GARCIA, 2004, p. 228).

A partir deste ponto, salta aos olhos e à mente, fragmentos extraídos de estudiosos contemporâneos como o filósofo francês Gilles Lipovetsky (2007), citado entre os grandes analistas dos paradoxos da sociedade atual e que partindo de uma abordagem bastante original, traz à tona, em suas obras, os dilemas da sociedade hipermoderna, expressos principalmente, nos títulos a *Sociedade da*

Decepção (2007) e a *Era do Vazio* (2005). Também destacamos Z. Bauman com as obras, *Globalização: As consequências humanas* (1999), e *Tempos Líquidos* (2007) nas quais vem tratar das metamorfoses por que passa a sociedade e o comportamento humano diante do novo ambiente social, cultural, organizacional, político e estrutural.

Manuel Castells (1999) em sua obra *O Poder da Identidade*, evidencia uma nova formatação de sociabilidade humana no momento em que as sociedades se interconectam globalmente e se tornam culturalmente inter-relacionadas. Para este autor “nosso mundo, nossa vida, vêm sendo moldados pelas tendências conflitantes da globalização e da identidade” (CASTELLS, 1999, p.17). Ainda, nesta esteira, destacamos Norbert Elias (1994), com a obra *A Sociedade dos Indivíduos* na qual ressalta que as identidades se processam e se mobilizam na mesma velocidade do tempo e espaços e por essa razão passam por processos de construção e reconstrução à luz de uma ideologia de mercado. E, finalmente, citamos David Harvey (2012) que em sua obra *Condição pós-moderna*, parte da tese de que desde 1972 vem ocorrendo uma mudança abissal nas práticas culturais, político-econômicas estando tais mudanças vinculadas à emergência de novas maneiras de dominação onde o que está em questão é o “novo ciclo de compreensão tempo-espaço” na organização do capitalismo.

Enfim, compreendemos que: é a era contemporânea, pós-moderna, sendo capitaneada por um fenômeno transnacional chamado globalização, entrando na vida das pessoas, gerando novas expectativas, novos valores, nova cultura, tec.; que estamos diante de um contexto de relações que, aos poucos, vão determinando o sentido e o significado das coisas em uma dinâmica onde o local e o global se interpenetram produzindo um movimento que aponta para uma nova síntese, uma nova transformação. Neste movimento, se percebe a formatação de uma nova ordem societária, onde os limites geofísicos, geopolíticos, sociais e culturais deixam de existir abrindo-se para além do seu entorno.

Neste movimento, o dilema que se coloca é a concepção de cidadania, como eixo estruturante dos processos de gestão

democrática do Estado-Nação, onde se indaga: até que ponto os conceitos e formulações dessa categoria dão conta desse novo padrão mundial de sociabilidade regida por valores universais de “solidariedade”, “justiça social” e “democracia”?

Discussões teóricas sobre a concepção de cidadania

As referências até aqui mencionadas não deixam a menor dúvida de que os novos tempos têm imposto à sociedade e, em particular aos cidadãos, novos desafios, especialmente no que se refere aos padrões de organização e interação social dos indivíduos trazendo novas vias de interação e convivência entre as pessoas, colocando-as em uma situação de total instabilidade em suas relações e consigo mesma, gerando uma prontidão e uma expectativa quanto ao futuro, um *vir a ser*. Neste contexto sobressaem diferentes perspectivas e a principal delas, é a “desagregação social de formas arraigadas de pertença e filiação comunitária” (LAVALLE, 2003, p.75) essas, por sua vez produzem novas formas de integração/articulação.² Nesse movimento edificam-se novas tramas regidas por padrões e princípios universais – planetário, que colocam em cheque a própria concepção de cidadania que tende a ser redimensionada não mais a partir do que orienta o Estado-nação, mas, pelas regras mercadológicas, midiáticas que se gestam nos caminhos da mundialização, que se entrecruzam com os direitos das minorias sociais. Conforme Bobbio, no seu livro *a Era dos direitos* (2004) os direitos se construíram historicamente através de processos englobando sua positivação, generalização,

2 Neste sentido não nos sentimos mais à vontade em evidenciar um padrão de cidadania como o anunciado por Marshall para expressar o desenvolvimento da cidadania na Inglaterra até o fim do século XIX, onde a concebe como “um status concedido àqueles que são membros integrais de uma comunidade” (MARSHAL, 1967: 76). A cidadania nos tempos atuais não pode ser uma medida efetiva e muito menos uma concessão. É uma categoria histórica que se coloca no contexto de relações onde o capitalismo e as classes sociais ao tempo em que se conflitam tentam acomodar seus interesses numa relação horizontal voltada para o atendimento de suas respectivas demandas. Abarca a luta de diferentes segmentos/setores na incorporação e usufruto de direitos

internacionalização e especificação. Isto vem, de certa forma, forçar o reconhecimento de que estamos diante de novos valores, de novos direitos que ainda não estão claros para a grande maioria dos sujeitos, onde categorias como igualdade e diferença se espriam sobre o leito dos direitos sociais de forma dinâmica e conflituosa.

Porém, entender esse processo não é fácil, considerando a complexidade com que essa nova realidade vem sendo construída bem como a dimensão que estas categorias vêm tomando no contexto pós-moderno. Estamos pleiteando o começo de um longo caminho, onde igualdade e diferença compõem o mosaico de um processo histórico que se arrasta sob a égide do discurso homogeneizador elitista atrelado à unidade territorial na qual o pluralismo, a diversidade sociocultural, principalmente a representada por índios e negros, permaneceram por muito tempo no “esquecimento” e com fortes resquícios de rejeição/negação, especialmente por parte das políticas públicas de inclusão social. Em se tratando de realidade brasileira, tal fato passa a ser redimensionado a partir da Constituição Federal de 1988 que, tendo seu foco na viabilização dos direitos de cidadania, leva o Estado-nação a “reconhecer” a diversidade sociocultural através da formulação e implementação de políticas específicas dirigidas a determinados seguimentos da sociedade. Vale acrescentar que esse reconhecimento é produto de lutas e conquistas empreendidas no sentido de “suprir” as necessidades específicas dos diferentes segmentos étnicos em movimento.

Embora, teoricamente, a cidadania ao longo dos tempos tenha seu foco voltado para a questão do direito³, pensar a cidadania em tempos de globalização, exige examinar as diferentes formas que

3 Marshall (1967, p. 63), divide os direitos de cidadania em três elementos: **Civil**, são direitos necessários à liberdade individual – ir e vir, direito à justiça e liberdade de imprensa, portando à voz; **Político**, onde o cidadão participa do exercício do poder político, votar e ser votado e **Social**, que se refere ao mínimo de bem-estar social e econômico. No Brasil os direitos têm início com os “direitos sociais”, haja vista a ditadura impedir a assunção de direitos civis e políticos na década de 1930. . Com o processo de globalização, não mais é possível traçar uma linha de demarcação rigorosa entre esses direitos.

esta categoria tem assumido historicamente. É com T. Marshall que encontramos as referências clássicas dessa categoria em cujo modelo evolutivo traz uma concepção de cidadania voltada para o status de direitos atribuídos que se inicia com o aparecimento dos direitos civis, políticos e posteriormente os direitos sociais. Sobre este aspecto, podemos observar que Lavalle (2003, p. 78-79), infere uma crítica bastante instigante quanto à tendência dessa concepção marshalliana em reduzir a cidadania à condição de status concedido e não em colocá-la como uma categoria capaz de conectar-se às reais condições de vida dos sujeitos trazendo para o debate as condições objetivas e subjetivas que determinam a vida dos indivíduos e a necessidade de se estabelecer novas proposições e novos direitos.⁴ Desta forma, entendemos que o formato conceitual de cidadania apresentado por Marshall ao longo dos anos, embora seja ancora vastamente utilizada quando se trata de pautar discursos ligados a esta temática, precisa ser resignificado diante das novas demandas que se gestam no contexto da sociedade capitalista.

Assim a cidadania é pensada por Marshall como, “[...] um *status* concedido àqueles que são membros integrais de uma comunidade. Todos aqueles que possuem o *status* são iguais com respeito aos direitos e obrigações pertinentes ao *status* (MARSHALL, 1967, p. 76)

Comentando esta concepção de cidadania cunhada por Marshall, Lavalle, infere que,

Na concepção tradicional de cidadania, não apenas como burilada analiticamente por Marshall ou Bendix, mas

4 Avritzer (2002, p. 42/43), em seu artigo *Em busca de um padrão de cidadania mundial* traz uma discussão sobre a categoria da globalização na modernidade tardia a partir da visão de autores como Giddens, Habermas e Boaventura, através dos quais verificamos que cidadania tem como marco analítico a “tensão entre formas de abstração identificadas com o surgimento do mercado e do Estado e formas concretas relacionadas às experiências de trabalho às formas de solidariedade éticas de comunidades específicas.” Tais marcos analíticos, ao se inserirem numa realidade globalizada põem em cheque as estruturas sociais concretas, sedimentadas, como a vida em comunidade, os processos interativos e o trabalho. Esses autores, ao tratarem o problema da modernidade a partir na sua relação abstrato-concreto, buscam determinar um padrão de cidadania a partir dessa diferenciação.

também tal e como incorporada pela teoria social no terceiro quartel do século XX, “cidadania” opera no plano cognitivo como conceito sintético-descritivo e não como categoria normativa (LAVALLE, 2003, p.78).

A ciência moderna está diante de grandes desafios e dentre estes o de ressignificar esse conceito à luz das exigências dos novos tempos. Este processo de ressignificação deverá se configurar a partir dos grandes vetores que caracterizam a modernidade, dentre estes ressaltamos: 1- a mobilidade frenética dos sujeitos possibilitando um certo “desencaixe” (GIDDENS,1991, p. 29-30) e, conseqüentemente sua inserção no circuito mundial. Nesse ponto, “os objetos que fazem parte do cotidiano dos cidadãos perderam a territorialidade” (VIEIRA,1997, p.98), e com ela seus valores, cultura, hábitos e costumes; 2 – a revolução microeletrônica que promove a unificação de espaços à distância; a difusão de informações com a atualização em tempo real de fatos e acontecimentos históricos de caráter isolado e coletivo e; 3 – mercado, capital e trabalho, intimamente relacionados, já não tem mais uma identidade própria de cada espaço/território, mas das influências e tendências que o mundo globalizado dita.

Tudo isto, produz, como diz Vieira (1997), uma “modelagem” própria da vida social em cujo movimento se agregam e desagregam valores, pessoas, organizações, etc., entorno de um projeto planetário cujo autor/idealizador já não é mais centrado na figura do Estado-Nação mas no fenômeno da mundialização produzido pelas pessoas em ação e interação. Este fato coloca para o Estado-Nação em uma situação de ambigüidade, ora favorecendo relações, fortalecendo articulações econômicas, políticas, culturais, etc., ora pondo em risco sua soberania, na medida em que perde o poder e o controle sobre suas fronteiras, bem como dos aspectos políticos, sociais, culturais que o definem e o faz diferente na realidade global.

Então, falar em cidadania na realidade atual é fazer um exercício cotidiano de busca e entendimento dos ditames que circunscrevem o processo de globalização, aqui referida como fenômeno da

sociedade pós-moderna que tem exercido influências sobre as pessoas e as estruturas com as quais convivem. Neste aspecto, é necessário estar atento para uma realidade que concretamente vai tomando formatos duais e ambíguos, onde os direitos de cidadania se ampliam ou reduzem em conformidade com as dinâmicas sócio-políticas e ideológicas presentes nesse processo. Assim, a história segue evoluindo ou involuindo, no plano concreto. Nesta conjuntura, há que se destacar o reconhecimento de outros tipos de direitos surgidos, como: os domésticos, de produção, de troca, da comunidade, do território, do direito sistêmico, dos direitos humanos e os direitos ambientais.

Neste sentido, dar conta do novo padrão de igualdade/desigualdade, implica em estar constantemente e vigiamente determinado a observar as novas circunstâncias e suas formas de interação de modo a anunciar e validar aquelas propostas que reduzam as desigualdades sociais e reconhecem as diferenças no intuito de promover a igualdade, não só no que diz respeito à propriedade, mas também no trato das questões de gênero e etnia.

Cidadania indígena em era de globalização

Embora o Estado-Nação esteja profundamente afetado pelos riscos que advém do processo de mundialização, é possível afirmar que ele ainda é o sujeito protagônico das mudanças e protocolos de inclusão social dos cidadãos na perspectiva de construir uma nova institucionalidade que garanta a sua legitimidade no contexto da sociedade civil. Embora esse protagonismo consista em reinventar novas formas de ação, não podemos deixar de reconhecer as lutas da sociedade civil no (re)desenho de novos espaços pela conquista de padrões de cidadania, que venha reconhecer as diferenças como o fio condutor do processo de democratização.

Nesta construção social, o Estado vai se (re) definindo no sentido de atender suas demandas mais próximas, e nesse movimento, conforme coloca Burity (2005. p.67), “há barreiras culturais e políticas a derrubar para que a própria existência da demanda

diferencialista seja reconhecida”. Isto impõe a necessidade de que a modernidade passe a ser construída através de princípios nos quais a igualdade e a diferença sejam reconhecidas como interdependentes. Boaventura de Souza Santos em palestra proferida no painel *Quais os limites e possibilidades da cidadania planetária?* durante o Fórum Mundial Social realizado no Rio Grande do Sul em 2002, ao discorrer sobre a temática, enfatiza que,

[...]. Estamos em uma situação nova em relação à modernidade, e, apesar da sociedade ser muito desigual, a igualdade não chega. Nós queremos, ao contrário do que aconteceu no passado, salientar a diferença, nós queremos dois princípios, e não um só: o da igualdade e o da diferença. O princípio da igualdade exige a redistribuição por lutas que continuam sendo fundamentais. O princípio da diferença exige conhecimento igualitário das diferenças, onde a modernidade ocidental sempre fraquejou. Essa dupla tem que estar totalmente junta na sociedade civil. E aí surge o grande direito nesta sociedade civil global. O direito a ser iguais, quando a diferença nos inferioriza; o direito a ser diferentes, quando a igualdade nos descaracteriza. (SANTOS, 2002, p.02).

Igualdade e diferença, antes um divisor de águas bem definido e claramente defendido pelas classes sociais tradicionais, hoje se confrontam em um espaço marcado por uma linha tênue e como diz Burity (2005), ameaçada pelas barreiras culturais e políticas de cada espaço territorial. Neste contexto, as identidades se processam numa crise perceptível marcada, muitas vezes, pela resistência das culturas locais ao discurso homogeneizador, de uma sociedade sem conflito, e de respeito às diferenças étnicas. A cidadania indígena segue envolvida pela trama de relações que se ergue no contexto do Estado-nação onde, muitas vezes, igualdade e diferença se (con)fundem para dar lugar ao discurso homogeneizador e compensatório.

Sobre a cidadania indígena, Bicalho (2010), em sua tese de doutorado, ao discutir o “Protagonismo Indígena no Brasil: movimento, cidadania e direitos”, vem afirmar que

Garantir os direitos coletivos dos índios dentro da realidade histórica brasileira requer desses povos, da sociedade brasileira e do Estado uma longa e demorada luta contra uma tradição histórico-cultural que aderiu ao mito da democracia racial com tal primor que a tornou incapaz de enxergar o óbvio: que o Brasil é uma nação na qual sobrevivem ainda hoje mais de duzentos povos indígenas etnicamente diferenciados, é na verdade um “Estado multiétnico e multinacional” ainda que a constituição cidadã tenha se eximido de expressá-lo nestes termos (BICALHO, 2010, P. 231/232).

Conforme já verificamos, a nova concepção de cidadania impõe um repensar sobre a difícil relação entre igualdade e diferença, principalmente quando essa relação se faz entorno das identidades étnicas indígenas e negras. No que se refere às etnias indígenas, observa-se que com o advento da Constituição Federal de 1988, essas passaram a ter seus direitos assegurados juridicamente ressurgindo assim a necessidade de se pensar um novo desenho que se configure entorno da relações Inter étnicas e Estado brasileiro. Embora a referida Constituição tenha trazido avanços significativos sobre o “novo” padrão de cidadania indígena, na prática esses avanços ainda deixam a desejar. Segundo Bicalho(2010),

Há uma enorme distância entre o que se conquistou como direito na constituição de 1988, e a realidade brasileira na qual predomina uma ideia de cidadania pautada em princípios etnocêntricos originários do pensamento ocidental que, ao longo da formação do Estado nacional brasileiro, pensou e idealizou esse país como uma nação homogênea, detentora de uma identidade nacional única e centralizada na imagem de um Estado forte e conservador (BICALHO, 2010, p. 231).

Esse processo histórico, não só configura um alheamento por parte do Estado-nação das condições sobre as quais a história se ergue, como constitui uma grande barreira para a sua emancipação. Não podemos falar de cidadania indígena quando a questão social brasileira ainda está focada nas diferenças de forma homogênea e cartesiana, isto é, pobre-rico, preto-branco. Neste aspecto,

Santos (2002) enfatiza a necessidade de termos uma sociedade multicultural progressista que transforme as diferenças e não as canibalizem. Somos um país com várias identidades que tem suas raízes no seu próprio processo de formação.

A Constituição Federal de 1988, por ser uma constituição cidadã, ao reconhecer a singularidade, levanta o multiculturalismo como um dos aspectos primordiais a ser enfrentado pelo Estado Democrático de Direito. Porém, sabemos que um Estado forte exige uma democracia, também, forte densa e com lastros de superioridade, onde as relações se constroem de forma poliárquica e policêntricas, onde as identidades do índio, do negro, do branco, das mulheres, dos homossexuais e de tantos outros segmentos sejam parte de uma rede na qual as relações se deem de forma horizontal, onde as hierarquias se horizontalizem⁵ para que as ações cidadãs se processem no confronto democrático. Nancy Fraser em seu artigo sobre *Luta de classes ou respeito às diferenças? Igualdade, identidade e justiça social*, publicado no jornal *Le Monde Diplomatique Brasil*, afirma que

O “reconhecimento” se impôs como um conceito-chave de nosso tempo. Herdado da filosofia hegeliana, encontra novo sentido no momento em que o capitalismo acelera os contatos transculturais, destrói sistemas de interpretação e politiza identidades. Os grupos mobilizados sob a bandeira da nação, da etnia, da “raça”, do gênero e da sexualidade lutam para que “suas diferenças sejam reconhecidas”. Nessas batalhas, a identidade coletiva substitui os interesses de classe como fator de mobilização política – cada vez mais a reivindicação é ser “reconhecido” como negro, homossexual ou ortodoxo em vez de proletário ou burguês; a injustiça fundamental não é mais sinônimo de exploração, e sim de dominação cultural (FRASER, 2012 p. 1).

Neste aspecto torna-se imperioso um repensar de como se dá a delimitação das fronteiras indenitárias dos indígenas no Brasil, considerando que na atualidade o “bom selvagem” (Jean Jacques

5 Entendemos a horizontalização das hierarquias como uma forma de exercício de *poder em todo lugar*, que dinamiza relações e constrói um novo referencial de gestão democrática.

Rousseau), já não vive mais isolado, mas participa de uma luta contínua de busca de reconhecimento nacional por seus direitos, sua cultura e sua identidade. Nesse processo, há que se reconhecer que, se por um lado os indígenas interagem com o Estado-nação por outro, essa interação ainda é bastante conflituosa, no sentido de que há sempre uma tendência (constituída pelos grupos de poder) ao não reconhecimento daqueles direitos constitucionalmente instituídos. Isto gera uma luta de desiguais onde o imperialismo ressurgiu, de forma violenta, principalmente quando se trata de concessão de direitos a propriedades latifundiária. O próprio significado à propriedade materializa-se com vários sentidos.

José de Souza Martins (1988), em sua obra “Não há terra para plantar neste verão”, verifica-se que a terra para o homem branco expressa uma relação cartorial, de exploração. Para o indígena a terra é, sobretudo, o lugar da ancestralidade, dos seus antepassados, lugar de saúde e felicidade, lugar de vida!

Historicamente, temos observado que a resposta da nação, ainda que incipiente, tem se manifestado na forma dos direitos sociais como educação, saúde, assistência, saneamento, etc. Esses têm, via de regra, constituídos a base de oferta compensatória das políticas públicas. A inclusão social do indígena, neste aspecto, guarda ainda a força do personalismo estatal e não da conquista. A plena cidadania do índio depende de sua integração e articulação com a sociedade nacional e do reconhecimento, mesmo que precário, dos valores morais e costumes por eles adotados.

A Constituição de 1988, no Título VIII – Da Ordem Social, Capítulo VIII – Dos Índios, dá um novo tratamento aos povos indígenas ao reconhecer sua identidade cultural e assegurar o direito de permanecerem como índios outorgando-lhes o usufruto das terras que tradicionalmente ocupam, cabendo ao Estado zelar pelo reconhecimento desses direitos. A tutela do Estado, neste caso, passa da tutela da pessoa para a tutela dos direitos, conforme enfatiza a Constituição Federal de 1988 em seu Art. 231,

São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las proteger e fazer respeitar todos os seus bens.

Sabe-se que a cidadania do indígena passa pelo exercício do reconhecimento e integração do índio, seus valores e culturas à sociedade nacional. Neste sentido, não se discute o esforço da Constituição Federal para proteger os direitos e interesses desses povos, no entanto, é importante ressaltar que desde 1973 os índios vivem sob a égide da Lei 6.001/1973, que dispõe sobre o Estatuto do Índio cujos princípios e definições ali esboçados, tidos como ultrapassados, necessitam ser revistos à luz das exigências dos novos tempos. A esse respeito é mister lembrar que, o Governo Federal entregou ao Congresso Nacional, em junho de 1994, o Projeto de Lei que regula os direitos coletivos especiais dos indígenas e das suas organizações sociais, bem como as responsabilidades dos poderes públicos na sua proteção. Este projeto se arrasta há mais de uma década e conforme coloca Castro (2008) em entrevista cedida ao Portal Aprendiz, afirma que

Antes de seguir para o Senado, em dezembro do mesmo ano, após as eleições presidenciais, parlamentares entraram com um recurso para que o projeto fosse submetido ao plenário da Câmara. Desde então, encontra-se paralisado. A revisão do Estatuto do Índio é uma das principais demandas dos povos indígenas hoje no Brasil, ao lado da demarcação das suas terras (disponível em <http://aprendiz.uol.com.br/content/tiuetriueb.mmp>).

O objetivo da nova proposta de Estatuto é garantir a proteção dos índios brasileiros a partir do reconhecimento do seu diferencial cultural, de seus anseios e necessidades básicas como saúde, educação, acesso à terra, sendo esta última uma das principais lutas que os indígenas vêm enfrentando nos últimos quinhentos anos desde que se iniciou o processo de expropriação de suas terras

pelos colonizadores. Sabe-se que para os povos indígenas a terra é muito mais do que simples meio de subsistência, ela representa o suporte da vida social e está diretamente ligada ao sistema de crenças e conhecimento. Ela é um recurso sociocultural, afetivo e laboral.

Então, como falar de cidadania indígena? Direitos indígenas? Igualdade e equidade étnica, quando as fronteiras da cidadania indígena ainda demonstram sinais de fragilidade? Onde seus direitos básicos ainda compõem um mosaico ultrapassado de contornos mal definidos cujo desenho necessita de ajustes diante das necessidades dos novos tempos. Um exemplo disso é o artigo 4º do Estatuto do Índio de 1973 que classifica os índios segundo seu grau de integração à sociedade:

I - Isolados- Quando vivem em grupos desconhecidos ou de que se possuem poucos e vagos informes através de contatos eventuais com elementos da comunhão nacional;

II - Em vias de integração - Quando, em contato intermitente ou permanente com grupos estranhos, conservem menor ou maior parte das condições de sua vida nativa, mas aceitam algumas práticas e modos de existência comuns aos demais setores da comunhão nacional;

III - Integrados- Quando incorporados à comunhão nacional e reconhecidos no pleno exercício dos direitos civis, ainda que conservem usos, costumes e tradições característicos da sua cultura (MAGALHÃES, 2005, p.29/30).

Embora a FUNAI, trabalhe com estas categorias de classificação, principalmente a primeira para circunscrever alguns povos indígenas que desde a época do descobrimento mantiveram-se “afastados” de todas as transformações ocorridas no país, sabe-se que, o Século XXI inaugura uma nova era para a sociedade global/local, conectando tudo a todos, gerando novas demandas, necessidades e exigências independentes do território que ocupam. Neste sentido, não há porque rotular os indígenas em “integrados” e “desintegrados” à sociedade, pois em alguma medida as relações

inter étnicas se processam. É o que Santos (2006), enfatiza ao referir-se a cultura das sociedades indígenas

As sociedades indígenas encontram-se em interação constante com a sociedade nacional, passam a participar de processos sociais comuns, a partilhar de uma mesma história. Neste processo suas culturas mudam de conteúdo e de significado. Elas podem ser marcas de resistência à sociedade que as quer subjugar, tomar suas terras, colocá-las sob controle. Ao mesmo tempo, é inevitável que incorporem novos conhecimentos para que possam melhor resistir, que suas culturas se transformem para que as sociedades sobrevivam (SANTOS, 2006, p.46).

De acordo com o autor, estamos diante de um processo social concreto onde as relações Inter étnicas se conformam a partir de uma dinâmica na qual o jogo de interesses dá o tom do processo: ora subjugando, vulnerabilizando, ora promovendo, articulando, emancipando. O produto final de tudo isto, se consubstancia em novas formas de ser, sentir e agir dos novos sujeitos que aos poucos vão resignificando aquilo que lhe é peculiar e ao mesmo tempo, pelo próprio instinto de sobrevivência, novas estratégias de convivência aparecem como forma de garantir espaços e oportunidades de vida.

A dimensão global/ local e a trajetória do direito à saúde

De acordo com o Censo Demográfico de 2010, podemos identificar que a população indígena está presente nos 26 estados da federação e no Distrito Federal, totalizando 817.963 índios, falando mais de 180 línguas. A distribuição espacial desses indígenas por região do país, segundo IBGE/2010, se dá da seguinte forma: norte(29,07%), nordeste (23,21%), região centro-oeste (14,22%), região sudeste (21,96%) e região sul (11,54%). Esses índios, vivem hoje em 611 terras indígenas das quais apenas 64% são regularizadas, o que ocupa 12% do território nacional. Totalizando 220 povos, vivendo em 4.774 aldeias. Diante destas informações, pergunta-se: como os indígenas têm vivenciado as grandes mudanças e

transformações por que passa a sociedade brasileira, em era de globalização? Como tem se dado a participação e/ou envolvimento do indígena com a pós-modernidade? Como os serviços de saúde pública tem tratado a saúde dos povos indígenas? E por fim, como, os profissionais de saúde que atuam no contexto indígena, estão vivenciando, em suas práticas, essas mudanças?

Diante das indagações, é possível observar que todo esse cenário reverbera de forma significativa no padrão de saúde do índio e, em especial na política de saúde indígena que também vem passando por rápidas transformações, procurando se adaptar às exigências dos novos tempos. Nessa passagem, o que nos chama a atenção é, até que ponto está sendo discutido e considerado o lugar (não lugar) do índio na organização política e administrativa do Estado brasileiro e que mudanças que vêm ocorrendo na política de saúde indígena brasileira nos últimos 20 anos. Assim, podemos ver através de um breve resgate histórico que na década de 80 a 90, aconteceram as primeiras iniciativas para a criação de um sistema de saúde indígena (1985) por ocasião da realização do primeiro encontro de saúde indígena realizado naquele ano se identificou registros de denúncia e precariedade da saúde indígena e da falta de assistência.

No ano seguinte, em março de 1986, com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, surge a proposta de criação do SUS vinculado ao Ministério da Saúde e a realização da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde dos Povos Indígenas. Esse evento foi concretizado ainda no final do referido ano no período de 26 a 29 de novembro, cuja principal proposta era a “Gestão da Saúde Indígena pelo Ministério da Saúde, com a criação de um único órgão e participação dos indígenas na formulação da política”. Até então, a saúde indígena era desenvolvida pela FUNAI. Tal propósito foi consolidado mais tarde com a aprovação da Constituição Federal (1988), das leis nº. 8.080/90 e 8.142/90. Em 1991, cria-se o primeiro Departamento de Saúde Indígena – o DSEI Yanomami, em Roraima, através do Decreto nº 23/91 e neste mesmo ano registra-se ainda, a criação da Comissão Interinstitucional de Saúde Indígena – CISI, do

Conselho Nacional de Saúde da COSAI – Coordenação de Saúde do Índio na Fundação Nacional de Saúde - FUNASA. Em 1992, através da IX Conferência Nacional de Saúde, são denunciadas as péssimas condições de saúde em que se encontram os povos indígenas.

Em outubro de 1993, foi realizada a II Conferência Nacional de Proteção à Saúde dos Povos Indígenas, onde foram discutidos a participação paritária de delegados indígenas e não indígenas e a definição de modelo assistencial, tendo como base os DSEI's com autonomia administrativa (Port. Nº 57/93). Em 1994, a FUNAI reassume a competência de gestora da saúde indígena através do Decreto nº 1.141/94. Neste ano, surge o projeto de Lei de autoria do então deputado e médico sanitário Sérgio Arouca (já falecido), propondo a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Mais tarde, em 1997, a Procuradoria Geral da República, diante de denúncias da situação crítica da saúde indígena, determina ao Ministério da Saúde que assuma a saúde indígena. Em 23/09/1999 é aprovada a Lei nº 9.836, conhecida como “Lei Arouca” que cria o subsistema de Saúde Indígena no contexto do Sistema Único de Saúde – (SASI/SUS). Com a referida lei, dentre outras medidas, transferiu as ações de saúde indígena para a estrutura do Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde - FUNASA. Dentro dessa proposta, o DSEI passa a ser o gestor da saúde indígena estando ligado diretamente ao recém-criado Departamento de Saúde Indígena DESAI.

A FUNASA conduz a Política de Saúde Indígena até março de 2010, quando através da Medida Provisória 483/10, convertida na Lei nº 12.314/10/08/2010 que autoriza a criação, no Ministério da Saúde, da Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI, que passa a executar as ações da saúde indígena, até então desenvolvidas pela FUNASA.

Este breve resgate histórico nos permite perceber que o lugar do índio na organização política e administrativa brasileira, tem sido perpassado por vários modelos de gestão, nos quais verificasse, não só, diferentes perspectivas de intervenção, mas também, poucos avanços. A cidadania indígena fica, desta forma, a mercê

da estrutura de poder governamental, sem uma entidade forte que dê cumprimento efetivo ao que preconiza a Constituição e que promova o índio ao status de cidadão de direito.

Conclusão

Nancy Fraser (2012), enfatiza que historicamente a luta pela redução das desigualdades se fundamentou na partilha justa da riqueza e que tais lutas têm, na atualidade, o compromisso de atacar as estruturas que produzem as desigualdades entre classes e raças. A grande demanda pelo reconhecimento, pelos direitos de cidadania está fincada, na atualidade, no multiculturalismo cujo enfoque traz uma forte perspectiva de articulação do binômio igualdade-diferença que, no caso do Brasil, ainda repousa, em grande medida, sob o leito dos preceitos constitucionais e quando muito se materializa sob a ótica de ações corretivas que não vislumbram atacar a causa dos problemas, mas antes amenizá-los. E assim, as desigualdades persistem como uma ferrugem que aos poucos consome a base de sua estrutura. Romper com tais perspectivas requer introduzir “soluções transformadoras” (FRASER, 2012) que venham desconstruir modelos ideológicos e culturais arraigados e fazer brotar uma consciência crítica e coletiva diante das alternativas de reconhecimento que se apresentam no interior do processo democrático.

A cidadania indígena vem, há mais de cinco séculos, envolvida numa trama de avanços e retrocessos, em cuja trajetória se contabiliza muitos esforços de organização e luta das diferentes etnias indígenas e respostas pouco efetivas do Estado em se implantar soluções transformadoras que venham legitimar sua cidadania a partir do reconhecimento de seus direitos, principalmente quando o assunto é terra, saúde e educação. Embora as políticas de atenção ao índio, sejam uma realidade observa-se que ainda não foram capazes de produzir mudanças significativas que promovam a qualidade de vida de vida do índio em seus vários matizes.

Pensar as políticas públicas de reconhecimento da condição indígena a partir dos novos tempos, implica, sobretudo em reconhecer que estamos diante de um novo padrão, multicultural, no qual as transformações são tributadas aos novos estilos de vida advindos de um contexto que é pluridimensional, onde o local e o global fornecem uma nova modelagem voltada para novos padrões e valores, antes tidos como inquebráveis e hoje passíveis de mudanças. Nesse processo, percebe-se claramente que as relações inter-étnicas se conformam a partir de um projeto de reconhecimento em cuja dinâmica se materializa um movimento complexo e contraditório, ora subjugando, vulnerabilizando, ora “promovendo”, “articulando” e “emancipando”.

Outro aspecto que pontuamos, nessas reflexões finais, é que estando o indígena envolvido pelas novas relações, quer sejam midiáticas, face-a-face, ou qualquer outro tipo de interação, o produto final de tudo isto aponta para um devir embasado em novas formas de ser, sentir e agir dos “novos” sujeitos. Isto nos coloca diante de uma realidade transcultural e cabe-nos pensar em idealizar e materializar projetos e propostas que contemplem o modo indígena de viver e conviver com os novos tempos, que fortaleça a capacidade criativa, que empodere suas instâncias representativas e que os faça sujeito nesse processo histórico transcultural em que vivem. Nisto consiste o novo padrão de cidadania.

Referências

AVRITZER, L. **Em busca de um padrão de cidadania mundial**. Lua Nova, São Paulo: nº 55-56, 2002, p. 29-55

BAUMAN, Zygmunt. **Tempos líquidos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2007.

_____. **Globalização: as conseqüências humanas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999.

_____. **Ensaio sobre o conceito de cultura.** Rio e Janeiro: Zahar, 2012.

BICALHO, Poliene Soares Santos. **Protagonismo Indígena no Brasil: Movimento, cidadania e direitos (1970-2009).** Brasília: Tese de doutorado. Universidade de Brasília, Instituto de Ciências Humanas, Departamento de História, 2010. 468p.

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

BRASIL. **Relatório final III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Política Nacional de Atenção à saúde dos povos indígenas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BURITY, Joanildo A. Identidades coletivas em transição e a ativação de uma esfera pública não-estatal. In LUBAMBO, Cadia; COÊLHO, Denilson B. MELO, André (org) In **Desenho institucional e participação política: experiências no Brasil contemporâneo.** Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2005.

CANEVACCI, Massimo. Transculturalidade, Interculturalidade e Sincretismo (Tradução Isabela Frade). In **Revista Concinnitas**, ano 10, volume 1, número 14, junho. Instituto de Artes da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: 2009. 141p

CASTRO, Eduardo Viveiros. **Entrevista ao Portal Aprendiz** em 13 de junho de 2008. Disponível em <http://aprendiz.uol.com.br/content/tiuetriueb.mmp>.> acesso em 05 de maio de 2013, 22h10min)

CAVALCANTI, Marilda C., RICARDO, Stela e BORTONI, Maria (Orgs). **Transculturalidade, Linguagem e Educação**. Campinas. São Paulo: Editora Mercado de Letras. 2007. 252p

COIMBRA Jr, Carlos . A e **SANTOS**, Ricardo Ventura. **Perfil epidemiológico da população Indígena no Brasil: Considerações Gerais**. Documento de trabalho 3. Universidade Federal de Rondônia. Escola Nacional de Saúde Pública Rio de Janeiro. Porto Velho março de 2001. 40 p. (PDF).

CASTELLS, Manuel. **O poder da Identidade**. São Paulo: Editora Paz e Terra, 2010

ELIAS, Norbert. **A sociedade dos indivíduos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1994.

FRASER, Nancy. *LUTA DE CLASSES OU RESPEITO ÀS DIFERENÇAS?* Igualdade, identidades e justiça social. Artigo publicado no **Jornal Le Monde Diplomatique Brasil**.(Emcache). 01/06/2012 >Acessível em www.diplomatique.org.br/artigo.php?id=1199.

FUNDAÇÃO NACIONAL DO INDIO. **Modalidade de Terras Indígenas**. Funai. Brasília (DF). Sem data. (Disponível em <http://www.funai.gov.br/index.php/indios-no-brasil/terras-indigenas>)

GANDIN, Luis Armando e HYPOLITO. Dilemas do nosso tempo: Globalização, multiculturalismo e conhecimento (entrevista com Boaventura de Souza Santos). In **Currículo sem Fronteiras**. V.3, n.2, pp5-23, jul/dez 2003. (Acessível em WWW.curriculosemfronteiras.org).

GIDDENS, Anthony. **As conseqüências da modernidade**. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1991. (Biblioteca básica)

IANI, Otávio. **Teorias da Globalização**. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 1995.

LARAIA, Roque de Barros. **Cultura: um conceito antropológico**. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

LAVALLE, A. G. Cidadania, Igualdade e Diferença. In **Lua nova**, São Paulo: nº 59, 2003, p. 75-94.

LIPOVETSK, Giles. **A Sociedade da decepção**. Barueri, São Paulo: Manole, 2007.

MAGALHÃES, Edvard Dias. (Org.). **Legislação Indigenista Brasileira e Normas Correlatas**. 3ª Ed. Brasília: FUNAI/CGDOC, 2005. 700p.

MARSHALL, T.H. **Cidadania, Classe Social e Status**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967.

MARTINS, José de Souza. **Não há terras para plantar neste verão (O cerco das terras indígenas e das terras de trabalho no renascimento político do campo)**. Rio de Janeiro: Vozes, 1988.

OESSELMANN, Dirk J; FERREIRA Fernanda do S. S; GARCIA, Maria L. G. Encontros Transculturais: uma leitura da construção da identidade de jovens na Amazônia Oriental Brasileira. In **Educação**. Ano XXVII, N. 2 (53), P. 225-240, Porto Alegre (RS). PUC/RS, 2004. Disponível em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/viewFile/380/277>.

SANTOS, Boaventura de Sousa. (Org.). **A Globalização e as Ciências Sociais**. 4ª Ed. São Paulo: Cortez, 2011

_____. Texto da palestra proferida durante o painel QUAIS OS LIMITES E POSSIBILIDADES DA CIDADANIA PLANETÁRIA? **Forum**

Mundial Social, Rio Grande do Sul, Eixo III, 2002. Disponível em <<http://www.dhnet.org.br/w3/fsmrn/fsm2002/paineis/boaventura.html>. >acesso em 03/05/2013, as 7h30min.

SANTOS, José Luis dos. **O que é cultura**. São Paulo: Brasiliense, 2006.

STOCK, Bianca Sordi. **Os Povos Indígenas e a Política de Saúde Mental no Brasil**. São Leopoldo (RS): Caderno IHU, UNISINOS, N. 145, 2011.

VIEIRA, Liszt. **Cidadania e globalização**. Rio de Janeiro: Record, 1997.

GESTÃO DO ENSINO NA SAÚDE MENTAL

MANAGEMENT OF TEACHING IN MENTAL HEALTH

Lucia Cristina dos Santos Rosa

Resumo

Com base em relato de experiência, a partir da disciplina de estágio obrigatório supervisionado I e II do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Piauí, desde 1994, objetiva-se processar uma análise da gestão do ensino na saúde mental, a partir do ideário da reforma psiquiátrica, no cerne do Sistema Único de Saúde. A experiência se insere duplamente, tanto no processo de formação profissional para o Sistema Único de Saúde, quanto no cerne do Projeto Ético Político do Serviço Social, havendo convergência de intencionalidades, inclusive na direção da construção de uma nova ordem societária, articulando o quadrilátero da formação, englobando, ensino, gestão, controle social e atenção.

Palavras-chave: Educação universitária; Formação profissional; Reforma Psiquiátrica; Sistema Único de Saúde.

Abstract

Based on an experience report, from the supervised compulsory traineeship I and II of the Social Work Course of the Federal University of Piauí, the objective is to process an analysis of the management of teaching in mental health, based on the idea of psychiatric reform at the heart of the Unified Health System. Experience is

doubly embedded, both in the professional training process for the Unified Health System and in the core of the Social Service Political Ethical Project, with a convergence of intentionality, including in the direction of the construction of a new societal order, articulating the quadrilateral of formation, encompassing, teaching, management, social control and assistance

Keywords: University education; Professional qualification; Psychiatric Reform; Health Unic System.

Contextualização da experiência docente

Sem experiência anterior na docência, originária de exercício profissional em movimentos sociais (na Associação dos Favelados de Piracicaba) e, no polo oposto, Serviço Social da Indústria – SESI, mas, com preparo básico através de um curso de especialização em educação, com concentração na área de ensino, realizado junto ao Centro de Ciências da Educação da Universidade Federal do Piauí, haja vista não haver licenciatura em Serviço Social, ao obter a informação do edital de concurso público para professor efetivo da Universidade Federal do Piauí, através da minha professora no mestrado em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, Ana Elizabete Mota, resolvi me inscrever e, ao ser aprovada, assumi a docência em 27 de outubro de 1989.

A docência constitui uma das atribuições privativas do assistente social, figurando na Lei de Regulamentação do Serviço Social, nº 8.662/1993, no Art. 5º, inciso V – “assumir, no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular” (CRESSRJ, 2005, p. 34). Vale lembrar que, embora possa parecer estranho, há docentes que não se consideram como assistentes sociais no exercício da docência.

O curso de Serviço Social da UFPI, criado em dezembro de 1976, no período do meu ingresso como docente, era vinculado ao Departamento de Ciências Sociais, mas nem tive oportunidade de participar de atividades com esse coletivo, pois em janeiro de 1990 foi criado o Departamento de Serviço Social (Ato da Reitoria nº

055/90, de 08/01/1990, assinado pelo Prof. Anfrísio Neto Lobão Castelo Branco, reitor) e todas as 24 docentes do curso de Serviço Social migraram para esta nova instância administrativa.

Em 19 de julho de 1990, em conjunto com a Prof.^a Antônia Jesuíta de Lima e a Prof.^a Vanda Maria de Sousa Alvarenga, integrei a Comissão de Organização de Seminário de Pesquisa (Portaria 02/90) para identificar linhas de pesquisa para o recém-criado Departamento de Serviço Social – DSS, que trouxe a Prof.^a Ana Maria Quiroga Fausto Neto para coordenar os trabalhos.

Em 1990, Fernando Collor assume a presidência da República e o ideário neoliberal passa a orientar mais explicitamente as políticas governamentais, colidindo com as conquistas da recente democracia brasileira e a Constituição de 1988.

Nesse contexto, foram-me destinadas as disciplinas vinculadas ao estágio obrigatório, sobretudo na política de assistência social e saúde e em matérias “coequivalentes”, como Seminário de Prática I e II, o que contribuiu para um melhor adensamento na realidade teresinense e piauiense, sobretudo em relação ao mercado de trabalho da profissão no plano local.

Vale ressaltar que o serviço público tem período de adaptação e concretização e esse foi se desencadeando notoriamente, no qual passei o período de estágio probatório, que durou 03 anos de acordo com a Lei Nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e no término desse período, ingressei com um pedido de afastamento por 12 meses, o que se consumou através do Ato da Reitoria nº 390/92, datado de 07/02/1992, assinado pelo Prof. Charles Camilo da Silveira – (vice-reitor, no exercício da Reitoria). Esse tempo foi utilizado para a execução da pesquisa do mestrado, sobre a prática do assistente social no Serviço Social da Indústria – SESI, na perspectiva da cidadania, esfera em que atuei como assistente social no período de setembro de 1986 até outubro de 1989.

Ao concluir o mestrado, retorno às minhas atividades docentes e com novo olhar acadêmico, ou seja, com o título de mestre, e assim a minha carreira docente é impulsionada.

Depois de 04 anos atuando como docente no Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Piauí, principalmente a partir do acompanhamento de estagiárias em várias políticas, mas principalmente nas áreas de assistência social e na saúde, observei uma demanda reduzida no estágio na área empresarial no contexto piauiense, dado o parco desenvolvimento do setor secundário no plano local.

Percebi que meus conhecimentos na área de empresas/empresariado pouco auxiliariam na formação profissional no contexto local pela parca absorção de assistentes sociais nesse espaço socioocupacional e pelas crescentes investidas do governo federal em nome do enxugamento da máquina do Estado, na perspectiva do “Estado mínimo”, reduzir custos, eliminando postos de trabalho na área social, além das metamorfoses no processo de trabalho do assistente social nesse espaço, estreitamente vinculado à área de gestão de pessoas, em apoio à administração (IAMAMOTO,1998).

Um novo fato veio alterar meu desconforto nessa área. A colega que atuava como supervisora acadêmica no campo de estágio na saúde mental em um hospital psiquiátrico de referência estadual, o Hospital Areolino de Abreu, Prof.^a Maria Dulce Silva, se aposentou e fui designada para ocupar a lacuna.

O cenário do trabalho docente na saúde mental exigia redirecionamento dos estudos e perspectivas, o que se iniciou autodidaticamente a partir dos contatos com os diferentes serviços e profissionais do Hospital Areolino de Abreu e busca de revisão da literatura pertinente.

A partir do movimento de redemocratização da sociedade brasileira, em fins dos anos 70 do século XX, dinamizou-se o movimento da Reforma Sanitária, e como um capítulo dela, o movimento da reforma psiquiátrica brasileira, cujas controversas origens remetem para as denúncias da indústria da loucura incrementada pelo governo militar, pois, como afirma Resende (1990), o pós 64 representou um “marco divisório entre uma assistência eminentemente destinada ao doente mental indigente e uma nova fase a partir da qual se estendeu a cobertura à massa

de trabalhadores e seus dependentes” (p. 60) no cerne do milagre brasileiro e intensificação do alargamento da exploração dos trabalhadores.

Com os avanços representados pela VIII Conferência Nacional de Saúde, que abarca todo o ideário do Movimento Sanitário e da Reforma Psiquiátrica, e a Constituição Federal de 1988 consolidam-se experiências inovadoras na perspectiva do cuidado comunitário da pessoa com transtorno mental.

A Constituição de 1988 representou um avanço por se apoiar na concepção de Estado democrático de direito e estabelecer na ordem social o conceito de Seguridade Social, fundamentado no tripé saúde, assistência social e previdência social. Com essa base, “os direitos sociais, desvincularam-nos do modelo econômico, como aspecto secundário e derivado do regime do capital, como eram até então, para tornar a seguridade uma política pública, independente da lógica do mercado” (SIMÕES, 2009, p. 99). Postula-se a desvinculação dos direitos sociais da lógica econômica, restrita às relações de trabalho.

Nessa perspectiva, a saúde concebida universalmente como direito de todos e dever do Estado, pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, concebe saúde a partir dos determinantes sociais, como “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” (CRESSMT, 2009, p. 485).

Nesse contexto, a produção do cuidado em liberdade à pessoa com transtorno mental, ou seja, assegurado dos seus direitos civis, é postulado e defendido com o apoio de organismos internacionais, como a Organização Pan-americana da Saúde. Os direitos civis e o direito à cidade ganham destaque.

Em 1990, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde dinamiza a política de reestruturação da assistência em saúde mental, lançando as primeiras portarias que permitem o cuidado da pessoa com transtorno mental em serviços abertos e comunitários e

o controle e redução dos leitos em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004).

A reorientação do modelo assistencial e as mudanças no campo paradigmático em saúde mental são consolidadas, tendo os Centros de Atenção Psicossocial a centralidade do processo.

Observou-se a inexistência de literatura do Serviço Social orientada ao movimento da reforma psiquiátrica na década de 90, porque a categoria estava voltada para a construção do Projeto Ético Político. Alguns textos produzidos por assistentes sociais remetiam ao período anterior ao Movimento de Reconceituação, baseando-se em teorias sistêmicas, terapia de família e no Serviço Social Clínico. Assim, o espectro da perspectiva psicologizante rondava a produção do Serviço Social no campo da saúde mental e como afirma Uchôa (2007) ao apresentar as tendências do ensino da política de saúde na formação profissional do assistente social no Brasil, há um descompasso dessa formação, em parte significativa das unidades de ensino, em relação ao Sistema Único de Saúde, e nele a reforma psiquiátrica. Uma das autoras do Serviço Social mais sintonizadas com a reforma psiquiátrica na década de 80 era Regina Giffoni Marsiglia (1987), ao discutir a cidadania dos loucos no Brasil, sem incursões sobre o exercício profissional do assistente social nessa seara.

Nesse contexto, busquei não me limitar à sala de aula ou ao exercício docente *stricto sensu*, ou seja, convencional, buscando fazer a articulação entre o ensino e o serviço, a docência e a assistência.

Percebi inicialmente que a enfermagem da UFPI promovia um serviço específico no âmbito do Hospital Areolino de Abreu, criando uma enfermagem própria. Estruturalmente, o Serviço Social impunha uma articulação necessária entre a formação e o exercício profissional cotidiano dos assistentes sociais, sobretudo entre o supervisor de campo e o supervisor acadêmico. Dessa parceria, emergiu a organização de eventos sobre o Serviço Social na saúde mental e várias tentativas de pesquisas conjuntas, assim como fomento à reconstrução de planos de trabalho, sistematização de

ações e práticas, até como preservação da memória da profissão nesse espaço socioocupacional.

O convívio com a rotina do hospital psiquiátrico me levou a observar os discursos culpabilizantes e contraditórios em relação à participação ou não participação das famílias na produção e na provisão do cuidado em saúde mental, o que me estimulou a propor e integrar um estudo exploratório, com uma equipe que permitia a integração docente assistencial, composta por Mauro Cesar Passamani (médico), Maria do Rosário Fátima Alves da Costa (assistente social e supervisora de campo) e Josélia Macedo de Carvalho (estagiária de Serviço Social), da então denominada Pré-Internação, do Hospital Areolino de Abreu, um serviço designado para pessoas de primeira internação, gestantes e idosos, que propunha uma ação intensiva para retirar a pessoa da agudização dos sintomas de crise psiquiátrica e mantê-la em regime de internação de curta permanência. Enquanto nos demais serviços os familiares eram considerados negativamente pelos trabalhadores, como aqueles que queriam “depositar”, “transferir” os cuidados da pessoa com transtorno mental para o H.A.A, na Pré-Internação observava-se outra posição da equipe, expresso em falas que remetiam ao fato dos familiares praticamente se internar junto com o “paciente”, o que atrapalharia a rotina da equipe. Tal observação forjou a primeira hipótese, que depois seria aprofundada no doutorado, de que havia uma trajetória das famílias em relação à pessoa com transtorno mental, que se iniciava com intensos investimentos: temporais, financeiros e assistenciais e, com o passar do tempo, constatada a necessidade de reinternações/recidivas, diluição da perspectiva de “cura”, essa disposição ia declinando, fazendo com que cada vez mais buscasse dividir o cuidado com os hospitais/Estado.

A internação psiquiátrica integral tem várias repercussões no cotidiano familiar, dentre elas, aliviar os conflitos envolvendo a pessoa com transtorno mental e a dinâmica familiar e também permitir o descanso do familiar cuidador, no geral concentrado em um único cuidador, que trabalha (culturalmente visto como “ato de amor”) sem as prerrogativas de um trabalho reconhecido

socialmente. A internação, assim, se constitui em esfera de divisão do trabalho de cuidar com o Estado (VASCONCELOS, 1992).

A particularidade dessa clínica circunscreve exatamente o fato da primeira internação psiquiátrica, no geral, ser involuntária, pois, diferente de outras enfermidades, em que a pessoa enferma faz um autodiagnóstico antecipado, a pessoa com transtorno mental é reconhecida e diagnosticada pelo olhar do outro.

Nesse contexto, a internação é cercada por sentimentos contraditórios dos familiares e muito desconhecimento de uma enfermidade percebida como um enigma, comumente associada ao sobrenatural, a questões religiosas, “macumba”, “trabalho feito”, sobretudo por quem tem contato pela primeira vez. Logo, é comum outra pessoa perceber comportamentos ou falas “estranhas”, e processar um primeiro diagnóstico que, no geral não é aceito pela própria pessoa acometida. Assim sendo, a produção do cuidado é percebida como uma imposição (e muitas vezes materializada como violação de direitos civis), o que produz zonas tencionantes, exigindo muita negociação e responsabilidade, conformando uma área complexa de relações e manejo de si e do outro.

O produto do estudo exploratório foi aprovado e apresentado no 8º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, realizado de 02 a 06 de julho de 1995, em Salvador - BA, intitulado “A relação da família com o portador de transtorno psiquiátrico”, tendo por autores, Lucia C. S. Rosa; Mauro Passamani; Maria do Rosário de Fátima Alves Costa e Josélia Macedo Carvalho (tese 53, p. 119 do Caderno de Comunicações).

Iamamoto (1998) analisa que o Serviço social é uma profissão socialmente determinada na história brasileira e na divisão sociotécnica do trabalho. Segundo essa autora, “pensar a profissão é também pensá-la como fruto dos sujeitos que a constroem e a vivenciam. Sujeitos que acumulam saberes, efetuam sistematizações de sua ‘prática’ e contribuem na criação de uma cultura profissional, historicamente circunscrita” (p.58).

Nesse horizonte, creio que a principal marca que caracteriza meu trabalho para a formação profissional se insere nos

deslocamentos que procurei imprimir, ao tentar associar docência e militância, na perspectiva de articulação proposta por Ricardo Ceccim e Laura Feuerwerker (2004), paulatinamente, buscando fazer dialogar o ensino, a gestão, a atenção e o controle social.

Dessa forma, em 2001 integrei o grupo de interesse em criar uma associação de usuários e familiares de saúde mental, composto principalmente por Irlane Abreu, Josélia Carvalho (agora como assistente social do Hospital Dia); Marta Evelin Carvalho – terapeuta ocupacional, assessoradas por Alci Marcus como advogado e Helena, da Associação dos Amigos do Autista – AMA. As reuniões aconteciam aos sábados, no Hospital Dia Dr. Wilson Freitas. Nesse contexto, nasce a Âncora – associação de usuários, familiares e pessoas interessadas na causa da saúde mental. Nome paradigmático, forjado por familiares, em busca de suporte para suas lutas e sofrimentos cotidiano.

Irlane Abreu, um familiar de um usuário da saúde mental, foi a primeira presidente da Âncora, priorizando a atuação com os familiares. Em seguida, Marta Evelin Carvalho, assume a direção da entidade, imprimindo nova direção, em que as próprias pessoas com transtorno mental ganham maior vez e voz.

Marta sempre foi incansável na luta pela pessoa com transtorno mental vocalizar suas próprias necessidades e ocupar o assento dos lugares de mesa de honra, ocupando o protagonismo das matérias da saúde mental.

Nesse sentido, a Âncora se torna, gradativamente, a principal representante local do movimento da luta antimanicomial, na figura e liderança da Marta Evelin Carvalho.

A produção de conhecimento também baliza nossas ações, através da produção de livros e material de preservação da memória dos acontecimentos na saúde mental, até por que descortinamos a perspectiva de que na saúde mental do Piauí, diante de algo inovador, comumente nos deparávamos com falas do tipo “já foi assim”, “já funcionou assim”, sem que encontrássemos documentos de experiências inovadoras na saúde mental. Em breve pesquisa na biblioteca da USP de Ribeirão Preto-SP, identifiquei algumas

dissertações que afirmavam o pioneirismo de algumas ações em saúde mental no Piauí, como a experiência de hospital dia, havendo parca documentação a respeito, assim como descontinuidade nas ações, à mercê das mudanças de gestões e gestores. Nesse sentido, buscava estimular a sistematização de ações por parte dos assistentes sociais, registrando-se vários capítulos de livro. Todavia, as pesquisas no cotidiano assistencial mostraram-se inviáveis, diante do imperativo das demandas do cotidiano de trabalho que tolhia a perspectiva investigativa no dia a dia de trabalho.

O foco da ação na família/familiares cuidadores

A produção do cuidado comunitário, postulado pela Política de Saúde Mental, sob a égide da reforma psiquiátrica, que busca construir uma nova relação entre a sociedade e o louco, intermediada pelo reconhecimento da condição humana e da cidadania deste, implementada pelo Ministério da Saúde desde o início da década de 1990, promove uma multiplicidade de lugares para os grupos familiares, sobretudo para os familiares cuidadores, aquela pessoa que assume o cuidado direto e cotidiano, no geral com intensas repercussões para a vida das mulheres. O risco dos produtos desse processo é a produção do cuidado comunitário se restringir a cuidado familiar, com alto custo mulher.

Como afirma Rotelli (1990), o ideário progressista da reforma psiquiátrica pode ser apropriado por vertentes conservadoras, neoliberais. Destarte, Mioto (1998), ao analisar a família como referência nas políticas públicas, explicita que há duas tendências postas. De um lado, a tendência familista, na perspectiva neoliberal, de Estado mínimo, “apostando na capacidade imanente de cuidado e proteção [...] que as unidades familiares devem assumir (como) principal responsabilidade pelo bem-estar de seus membros” (p. 56). A família torna-se central na produção e provisão de cuidado, sendo as necessidades supridas via mercado e família. Diferentemente, a tendência protetiva advoga que “a capacidade

de cuidado e proteção da família está diretamente relacionada à proteção que lhe é garantida pelas políticas públicas” (p.57).

Em se intensificando o ideário neoliberal nas políticas públicas brasileiras, as famílias com alterações sociodemográficas significativas (redução de tamanho, aumento no número de famílias monoparentais, sob chefia feminina, envelhecimento das chefias, dentre outras) que alteram o desenho das mesmas, na atual conjuntura, tendem a ficar sobrecarregadas com as mudanças em curso na Política de Saúde Mental.

Historicamente a principal resposta do Estado às situações de crise psiquiátrica esteve centrada na internação integral, o que é sobremodo demandado por familiares, até como estratégia de alívio das tensões internas, pelas dificuldades de manejo na produção de um cuidado complexo, que não depende apenas do amor e das obrigações parentais. São necessários vários e diversificados suportes para sustentar o cuidado familiar e comunitário.

Aliás, é sabido que na saúde mental a hierarquia da complexidade na produção do cuidado não está no hospital, historicamente concentrador de alta tecnologia. Concretamente, encontra-se no território socioterritorial (LANCETTI, 2004) da pessoa com transtorno mental e de sua família, haja vista o estigma, que historicamente cercou este segmento ser extensível ao grupo familiar.

Em suma, produzir cuidado em liberdade requer intensos investimentos em prol de produzir cuidado igualmente aos familiares e, sobretudo, aos familiares cuidadores, assegurando conhecimentos qualificados e suportes de várias dimensões. Também implica investir na desconstrução de estigmas sociais, para viabilizar o direito à cidade.

Prosseguindo na carreira acadêmica, fui afastada do trabalho docente de 1996 a 1999, em função do doutorado, endossada pelos Atos da Reitoria nº 669/96, de 02/05/1996; nº 231/1997, de 21/02/1997; nº 275/98, de 23/03/1998, e nº 367/99, de 09/04/1999. Cursei dois doutorados concomitantemente, um no Programa de Pós Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio

de Janeiro (com bolsa de estudo), defendido em junho de 2000 e que redundou no livro: Transtorno mental e o cuidado na família, publicado pela Editora Cortez, de São Paulo, em 2003. E, outro, em Sociologia na Universidade Federal de Pernambuco, defendido em fevereiro de 2001, discutindo as representações construídas pelos familiares sobre a pessoa com transtorno mental.

O desafio de articular ensino, pesquisa, extensão e gestão

A condição de servidor público remete à conjunção de duas relações simultâneas. De um lado, a uma relação, como a de qualquer outro trabalhador, com um contrato de trabalho estabelecido mediante direitos e deveres, na situação singular dos servidores públicos, inscrito no Regime Jurídico Único – Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Conforme o art. 2 da lei supracitada, “servidor é a pessoa legalmente investida em cargo público”, definido no art. 3º como “o conjunto de atribuições e responsabilidades previstas na estrutura organizacional que devem ser cometidas a um servidor”. De outro lado, está investido em uma condição especial, estabelecida pela estabilidade, haja vista ser um “fiscal da sociedade”, também um cidadão, que tem que fiscalizar o bom uso do bem comum/público. Tal condição permite que possa fiscalizar e até mesmo denunciar, por exemplo, desvios na função pública, ou seja, oferece salvaguardas para, em nome do bem comum/público, ser um cidadão a serviço da coletividade.

Não é um mero funcionário público, o que a Constituição Federal de 1988 alterou para “servidor público” por estar a serviço da coletividade, o que expressa valores, compromissos éticos e solidários com o bem e interesse público/comum. Servidor público, portanto, é aquela pessoa que exerce cargos ou atividades que representam funções públicas, atividades típicas da administração pública. Aquela pessoa que simultaneamente presta serviços e age em nome da administração pública (GUIDA, 2014). Consequentemente, tem o “*status* jurídico de agente público” (idem).

Como sumariza Guida (2014), “Estado e agente não se dividem, inclusive são considerados unidade” com “afinidade orgânica” interna “derivada da intimidade da pessoa estatal. Ou seja, o servidor público representa, encarna o Estado em ação. Através de sua ação pode reforçar direitos, ou ao contrário, até por sua omissão, violá-los.

Os princípios que regem a administração pública também singularizam tal condição: eficiência, moralidade, impessoalidade e publicidade, os quais devem nortear, até por dever de ofício, as condutas do servidor público.

Procurei orientar toda minha trajetória profissional e acadêmica com base nesses princípios, não meramente por obrigações legais ou normativas, mas por convicção e por buscar implementar os princípios do Projeto Ético Político que regem a profissão de assistente social calcado no tripé: Código de Ética do Assistente Social; Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social (Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993) e Diretrizes Curriculares para os cursos de Serviço Social, aprovadas em 1996 pela Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social – ABESS.

Os princípios do Serviço Social remetem para:

- Reconhecimento da liberdade como valor ético central [...];
 - Defesa intransigente dos direitos humanos [...];
 - Ampliação e consolidação da cidadania [...];
 - Defesa do aprofundamento da democracia [...];
 - Posicionamento em favor da equidade e justiça social [...];
 - empenho na eliminação de todas as formas de preconceito [...];
 - Garantia do pluralismo [...];
 - Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária [...];
 - Articulação com os movimentos de outras categorias [...];
 - Compromisso com a qualidade dos serviços prestados [...];
 - Exercício do Serviço Social sem ser discriminado [...]
- (CRESSRJ, 2005).

Como é consenso na literatura do Serviço Social, majoritariamente o assistente social tem seu espaço

socioocupacional circunscrito ao serviço público estatal, assim, o “produto” de sua intervenção, que se inscreve no trabalho coletivo, localiza-se no “reconhecimento e satisfação do direito de toda a população” (DOCUMENTO CEBES, 2011, p. 297) expresso na qualidade dos serviços prestados, no fortalecimento e ampliação dos direitos civis, políticos e sociais, difusos, dentre outros.

A docência no ensino superior em serviços da administração pública implica em outras particularidades, ao postular a indissociabilidade ensino, pesquisa e extensão, incluindo, em muitas circunstâncias, a gestão acadêmica. Tais ações são facilitadas pelo regime de trabalho como dedicação exclusiva, apesar de alguns paradoxos que contornam as atividades subjacentes à dedicação exclusiva, a exemplo, da maior valorização institucional das horas aulas dedicadas à graduação ou critérios produtivistas vinculados à pós-graduação, persistindo muitas atividades como “trabalho invisível”.

A indissociabilidade do ensino, da pesquisa e da extensão ocorre concomitante, mas nem sempre de maneira institucionalizada, ou seja, nem sempre há um projeto, um documento submetido às diferentes instâncias universitárias para legitimar ou reconhecer oficialmente tais articulações, até por que a tramitação e a gestão de tal endereçamento remetem, muitas vezes, a uma burocracia que não racionaliza ou redonda em eficiência e efetividade, requerendo no geral, mais trabalho invisível do docente.

Destarte, embora a indissociabilidade ocorra de fato, no plano institucional, concomitante, oficializa-se ou prima-se, em determinadas circunstâncias, focalizar mais em uma dimensão, em detrimento da outra. No geral, as atividades de ensino na graduação são aquelas que preponderam, sendo a mais valorizadas institucionalmente.

Atuação a partir do ensino

Minha experiência de ensino na graduação e pós-graduação tem sido um espaço privilegiado de minha reflexão teórica

constante, sobretudo dos fundamentos do trabalho profissional do Serviço Social, a partir das demandas do Departamento de Serviço Social que me colocava, com minha aquiescência, nas disciplinas vinculadas ao estágio obrigatório; e às disciplinas correlatas a tal atividade, Seminário de Prática I e II e na orientação de trabalhos de conclusão de curso, tendência que persistiu e se manteve predominante na minha trajetória docente, haja vista que, inicialmente, poucos docentes do Departamento de Serviço Social se interessaram em se vincular às disciplinas relacionadas ao exercício profissional direto, supostamente em função de várias questões associadas: baixo estatuto teórico e prestígio conferido ao trabalho profissional na intervenção direta nas políticas sociais e com os usuários dos serviços. Ou seja, as atividades inerentes e correlatas ao estágio obrigatório tiveram um *status* secundário no cerne da formação profissional, ganhando maior importância e visibilidade no escopo do Projeto Ético Político a partir de 2009/2010, quando é lançada a Política Nacional de Estágio.

Ao ministrar aulas na graduação, vejo o quanto é fundamental para minha prática acadêmica, pois é retroalimentada a partir da relação com jovens estudantes, que muitas vezes estão tendo o primeiro contato de suas vidas com conceitos do serviço social, alguns inclusive tendo, através do estágio obrigatório sua primeira experiência no mercado de trabalho. Ministrar aulas, atividade que exige intenso planejamento e produção é, paradoxalmente, um momento de provocação.

As disciplinas Estágio Supervisionado I e II requerem condições de trabalho peculiares e são consideradas pouco favoráveis às condições de supervisor acadêmico, historicamente pareceram pouco atrativas, situação que paulatinamente vem se alterando, sobretudo a partir da Política Nacional de Estágio: trabalho “extramuros” da Universidade, visitas feitas em carro próprio, docente sem seguro de vida e, conseqüentemente, mais exposto a outras incertezas ou vulnerabilidades de um meio de trabalho desconhecido, frente ao qual o docente tem pouca governabilidade. A própria dinâmica da supervisão, que implica intenso mergulho

no cotidiano institucional de outra instituição parceira do ensino, requer oferta de contrapartidas do docente, como palestras, assessorias diretas ou indiretas.

Vale lembrar ainda que, embora os campos de estágio sejam constituídos a partir de um convênio entre a Universidade Federal do Piauí - UFPI e a instituição campo de estágio, no cotidiano tem uma intensa dimensão perpassada pelas relações de “favor”, “questão entre amigos”, típico do “jeitinho” brasileiro (BARBOSA, 1992), haja vista a baixa institucionalidade que as relações ganham no cotidiano, pois muitos problemas do estágio tendem a ser resolvidos personalissimamente entre supervisor acadêmico e de campo. Ilustro, por exemplo, com o período de férias do supervisor de campo, em que, no geral, através de relações informais, outros profissionais continuam a supervisão, sem maiores mediações institucionais. A abertura e/ou garantia de manutenção de um campo de estágio, no geral, são mediadas por boas relações entre o docente supervisor e o supervisor de campo, articulado mais em função do segundo ter sido ex-aluno da Universidade Federal do Piauí, geralmente ex-discente do supervisor acadêmico. Ou mesmo situações sutis em que se observa que os(as) estagiários(as) não foram incorporados ao processo de trabalho do Serviço Social de determinado campo de estágio, observando-se retaliações de alguns dos assistentes sociais que não assumem a condição de supervisores de campo, dentre outras questões. Destaca-se que tais fatos, tem parca repercussão na qualidade do trabalho desenvolvido, através da supervisão de estágio.

Ressalta-se a particularidade do estágio obrigatório em Serviço Social que exige a figura do supervisor de campo, o que permite e até impõe, a priori, a integração ensino e serviço, propiciada pela Lei de Regulamentação da Profissão nº 8.662/1993, que estabelece no inciso VI, do Art. 5º, como atribuição privativa do assistente social “treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social” (CRESSRJ, 2005, p. 34).

Sob outro ângulo, a figura do supervisor acadêmico em Serviço Social foi fortalecida pela Política Nacional de Estágio,

instituída em 2010 pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social; pela Lei Federal nº 11.788/2008 e pela Resolução do Conselho Federal de Serviço Social nº 533/2008.

No Curso de Serviço Social da UFPI, historicamente um grupo exíguo de docentes (em média 5 ou 6 docentes) figurou como supervisor acadêmico, situação que começou a ser alterada a partir de 2010, quando uma nova direção é impressa, na perspectiva de coletivizar tal atividade, tal como ocorreu com as orientações de monografias/trabalho de conclusão de curso. Com um quadro de 17 docentes em 2010, na nova perspectiva, 75% dos docentes tornam-se supervisores acadêmicos.

As atribuições do supervisor acadêmico circunscrevem, conforme a legislação em vigor, ou seja, Resolução 533, art. 7º: “O papel de orientar o estagiário e avaliar seu aprendizado, visando a qualificação do aluno durante o processo de formação e aprendizagem das dimensões técnico-operativas, teórico-metodológicas e ético-políticas da profissão” (CFESS, 2008).

O art. 8º delimita o dever conjunto de supervisor acadêmico e de campo:

- I – Avaliar conjuntamente a pertinência de abertura e encerramento do campo de estágio;
- II – Acordar conjuntamente o início do estágio, a inserção do estudante no campo de estágio bem como o número de estagiários por supervisor de campo, limitado ao número máximo estabelecido no parágrafo único do art. 3º;
- III – Planejar conjuntamente as atividades inerentes ao estágio, estabelecer o cronograma de supervisão sistemática e presencial, que deverá constar no plano de estágio;
- IV – Verificar se o estudante estagiário está devidamente matriculado no semestre correspondente ao estágio curricular obrigatório;
- V- Realizar reuniões de orientação, bem como discutir e formular estratégias para resolver problemas e questões atinentes ao estágio;
- VI – Atestar/reconhecer as horas de estágio realizadas pelo estagiário, bem como emitir avaliação e nota” (CFESS, 2008).

O supervisor acadêmico acompanha indiretamente os estagiários nas instituições campo de estágio, através de visitas institucionais quinzenais, acompanhamento, através de relatórios de processos de trabalho (ou diário de campo), planos de estágio, análise institucional e relatórios, dentre outros documentos.

As ações de supervisão em saúde mental predominaram no Hospital Areolino de Abreu, até 2004, período em que são criados os primeiros centros de atenção psicossocial no Estado do Piauí, com a proposta do cuidado comunitário. O primeiro foi o CAPSi Dr. Martinelli Cavalca, o segundo o CAPSad Dr. Clidenor de Freitas Santos. O terceiro, e primeiro do interior, o CAPS de Uruçuí. Os primeiros CAPS II de Teresina foram criados em 2005, sendo o CAPS II Leste e Norte. Em 2007 tem início os primeiros estágios do Curso de Serviço Social da UFPI em CAPS, sob a gestão da Fundação Municipal de Teresina, primeiro no CAPS II Leste. Em seguida ampliando-se a experiência para o CAPS II Sudeste, CAPS III e em, 2017.2º, no Consultório na Rua, equipamento transferido para a atenção básica.

Entre os equipamentos geridos pelo governo do Estado do Piauí, o CAPSi Dr. Martinelli Cavalca e o Serviço Hospitalar de Referência em Álcool e outras Drogas, do Hospital do Mocaminho, foram priorizados como campos de estágio.

Tais inserções permitiu a experiência ampliada para supervisão institucional de CAPS, com incursões sobre CAPS I Edson Sampaio de União (ROSA; BONA, 2007) e o CAPSi Dr. Martinelli Cavalca (ROSA; COSTA; BASTOS, 2008)

O mergulho como supervisora acadêmica exigiu o acompanhamento do andamento da política municipal e estadual de saúde mental, o que permitiu oferecer balizas para análise das particularidades do movimento da reforma psiquiátrica no âmbito local, o que em 2016 se consumou pela inserção da docente no Grupo condutor estadual da Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Piauí, reconhecido pela Portaria GAB nº 826/2015, de 09 de abril de 2015. No segundo semestre de 2017, através de um projeto de extensão intitulado “Fortalecimento da gestão em

saúde mental piauiense: apoio à produção de Projetos Terapêuticos Institucionais”, coordenei, em conjunto com Lara Emanuelli Neiva de Sousa, um trabalho de apoio aos gestores de serviços de saúde mental do Estado, na construção ou atualização de Projetos Terapêuticos Institucionais. Tal ferramenta de gestão, materializa a missão do serviço e seu processo de trabalho, servindo como bussola para os trabalhadores de saúde mental. Concomitantemente, houve investimentos na preservação da memória dos acontecimentos da reforma psiquiátrica na esfera local (PEREIRA; ROSA; SILVA; MAIA, 2017).

Atuação em pesquisas

As experiências em atividades de pesquisa acadêmica foram diversificadas, envolvendo orientação de monografia de final de curso de graduação, iniciação científica, especialização (*lato sensu*), mestrado e doutorado, além de pesquisas financiadas e as participações e colaborações em pesquisa, como pesquisadora local/colaboradora, como nos levantamentos nacionais domiciliares sobre consumo de drogas no Brasil, coordenados pelo Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas da Universidade Federal de São Paulo – CEBRID-UNIFESP. Percebi que os alunos contribuem efetivamente para sistematizar várias expressões da questão social, em sua relação com alguns elementos do exercício profissional e da vivência de usuários e familiares na saúde mental.

Trabalhos de iniciação científica figuraram também no meu trabalho. De maio de 2006 a julho de 2007, foi desenvolvido o Projeto A prática do Assistente Social em saúde mental no Piauí, no qual orientei as alunas-bolsistas Lívia Batista Feitosa Lima Verde e Milane Ricele R. de Sousa.

De maio de 2007 a julho de 2008, foram desenvolvidos 02 (dois) subprojetos, sendo um intitulado por “A experiência do homem com o transtorno mental”, em que orientei a aluna-bolsista Tahiana Meneses Alves, que concluiu mestrado em Políticas Públicas e em 2015 ingressou no doutorado na Universidade do Minho em

Portugal; e no outro subprojeto, intitulado Perfil sociodemográfico das mulheres com transtorno mental, orientei a aluna-bolsista Teresinha de Jesus Castelo Branco Furtado.

De maio de 2009 a julho de 2010, desenvolvi 02 (dois) projetos, sendo o primeiro projeto intitulado O transtorno mental em criança e adolescente em evidência: a realidade teresinense – referências masculinas na vida de crianças e adolescentes com transtornos mentais em Teresina, no qual orientei a aluna-bolsista Natasha Pollyane Colaço Gonçalves. E o segundo projeto, intitulado O transtorno mental em criança e adolescente em evidência: a realidade teresinense – fatores de risco no desencadeamento de transtornos mentais em crianças e adolescentes de Teresina-PI, em que orientei Amanda Furtado Mascarenhas Lustosa, que concluiu o mestrado em Políticas Públicas e em 2016 ingressou como doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da UFPI.

De agosto de 2010 a julho de 2011, desenvolvi 02 (dois) projetos, sendo o primeiro projeto intitulado Produção acadêmica sobre a reforma psiquiátrica piauiense no âmbito da UFPI: produção acadêmica sobre diferentes práticas profissionais em saúde mental no âmbito da UFPI”, que orientei a aluna-bolsista Carolina Alves Leite, e também desenvolvi o segundo projeto intitulado Produção acadêmica sobre a reforma psiquiátrica piauiense no âmbito da UFPI: produção acadêmica no âmbito da UFPI sobre família(s) no cerne do processo reformista piauiense, que orientei a aluna-bolsista Marília Soares Sandes da Silva.

A participação e a colaboração em pesquisa, além dos trabalhos estritamente relacionados à educação continuada, vinculados à pesquisa do mestrado e doutorado, envolveram engajamentos relacionados à:

- A condição de coordenadora e supervisora do I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil – Estudo envolvendo as 107 maiores cidades do País – 2001 – pesquisa coordenada pelo Prof. Dr. Elisaldo Carlini, da

Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas;

- Supervisora do Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras – 2003 – de outubro a dezembro de 2003 – em Teresina – PI, pesquisa coordenada pelo Prof. Dr. Elisaldo Carlini e Ana Regina Noto, da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas;

- Atividade de consultoria ao Grupo de Pesquisa Saúde Mental e Sociedade em 2010 – do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas – coordenado pela Prof^a Dr^a Rosa Lúcia Predes Trindade.

- Pesquisas financiadas também figuraram no rol das ações, tais como:

- 2001-2002 – Pesquisa financiada pelo Projeto Gestão Compartilhada em Ciência e Tecnologia em Saúde, convênio 1389/2001, firmado entre a FAPEPI e o Ministério da Saúde. Título: “O impacto dos serviços substitutivos em saúde mental no provimento de cuidado doméstico ao portador de transtorno mental”.

- 2001-2002 - Pesquisa financiada no cerne do projeto enxoval para recém-doutores, Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal do Piauí. Título do projeto: “O movimento da reforma psiquiátrica na região Nordeste”.

- 2004-2005 - Edital MS/CNPq/FAPEPI nº 007/2004 – Coordenação do projeto de pesquisa: “Fatores de risco para o uso de álcool e outras drogas na adolescência” – Projeto de pesquisa para o SUS-PI, gestão compartilhada em saúde.

- 2016 – Pesquisa: Gestão da saúde mental no SUS: perfil dos coordenadores de CAPS, da gestão estadual e dos desafios a serem geridos, desenvolvido em conjunto com os membros da Gerência de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do Estado

do Piauí – Lara Emanuelli Neiva de Sousa e Gisele Martins do Nascimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reconstrução da experiência docente a partir da intervenção na área da saúde mental do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Piauí, em 30 anos de atividade, possibilitou mostrar as mudanças na própria natureza do trabalho acadêmico, inicialmente mais pautado no ensino, mas, que, no decorrer do tempo, vai sendo exigido a se somar à gestão, à assistência, através da supervisão e do controle social, via militância. Logo, de uma condição de mero transmissor de conhecimentos, muitos dos quais produzidos em outros territórios, com a institucionalização do Sistema Único de Saúde/Reforma psiquiátrica, os docentes são exigidos a imergir na própria dinâmica societal, pluralizando suas inserções. Infelizmente, isso se dá priorizando a capital, o espaço urbano, o que limita a visão de totalidade, em termos do território piauiense.

Acompanhar todo processo de mudança no modelo assistencial no contexto local e contribuir com a discussão do processo assim como a preservação de sua memória, também foi um diferencial, retirando a produção do conhecimento dos “muros da Universidade”. Um aspecto que apareceu, no decorrer da trajetória docente, foram os afastamentos, usufruídos para realização de mestrado e doutorado, o que mostra o governo federal investindo na formação de seus “recursos” humanos, realidade que tem sido paulatinamente alterada, pois muitos docentes, no geral, já ingressam como doutores, o que implica em menor custo para o órgão empregador.

Espera-se com este registro ter contribuído com as novas gerações, para que preservem trajetórias e funções associadas e ampliem o espírito do serviço público, através da docência.

Referências

BRASIL. **Legislação em saúde mental 1990-2004**. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. Physis: **Rev Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 14(1): 41-65, 2004.

CRESSRJ. Assistente social: ética e direitos. Coletânea de leis e resoluções. 4ª ed. Rio de Janeiro: CRESSRJ, 2005.

GUIDA, D. L. **A responsabilidade dos servidores públicos numa análise das teorias publicistas da responsabilidade civil do Estado**. Âmbito jurídico, Rio Grande, XVII, n. 127, ago, 2014.

HOUAISS. **Pequeno dicionário Houaiss da língua portuguesa**. São Paulo: Moderna, 2015.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 1998.

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

MARSIGLIA, R.G. **Saúde mental e cidadania**. São Paulo: Mandacaru, 1987.

MIOTO, Regina Célia Tomaso. **A família como referência nas políticas públicas: dilemas e tendências**. P. 51-66. In: TRAD, L. Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001 – Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Suíça: Organização Mundial da Saúde; 2001.

PEREIRA, S.L.B; ROSA, L.C.S.; SILVA, E.K.B.; MAIA, J.B.D. **A política de saúde mental no Piauí sob a égide da Raps.** Teresina: EDUFPI, 2017.

RESENDE, H. “Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica” In: **TUNDIS, S.; COSTA, N. Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil.** Petropolis: Vozes, 1990

ROSA, L.C.S.; BONA, M. E. C. (Org.) **União em saúde mental.** Teresina: EDUFPI, 2007.

_____; COSTA, M.E.; BASTOS, R.C. S. (Org.) **CAPSi: Reconstruindo experiências no Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil Dr. Martinelli Cavalca.** Teresina: EDUFPI, 2008.

ROTELLI, F. et al. **Desinstitucionalização.** São Paulo: Hucitec, 1990.

SIMÕES, C. **Curso de Direito do Serviço Social.** 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2009.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível.** Rio de Janeiro: Te Corá: Instituto Franco Basaglia, 1999.

VASCONCELOS, E.M. **Do hospício à comunidade: mudança sim, negligência não.** Belo Horizonte: Segrac, 1992.

POLÍTICA SOCIAL, GESTÃO PÚBLICA E A RELAÇÃO DE PARCERIAS: UM DESAFIO CONTEMPORÂNEO

SOCIAL POLICY, PUBLIC MANAGEMENT AND THE RELATIONSHIP OF PARTNERSHIPS A CONTEMPORARY CHALLENGE

Marfisa Martins Mota de Moura

Mauricéia Ligia Neves da Costa Carneiro

Resumo

O presente artigo trata da discussão de como as políticas sociais, a partir do enfoque da gestão pública, tem se desenhado para corroborar na construção de parcerias. Para o desenvolvimento desta temática se faz necessário recorrer ao entendimento das características que apresentam o Estado moderno apontando a situação de crise, como assinala alguns autores, e as estratégias que vêm sendo utilizadas pelo Estado para que as parcerias se configurem na relação com a sociedade civil. É uma análise teórico-conceitual sobre a gestão das políticas sociais a partir da construção de parcerias, entendendo-a como um fenômeno recente que vem se consolidando na sociedade contemporânea, destacando-se suas características, como também, os desafios que estão postos para sua implementação.

Palavras chaves: Políticas Sociais. Gestão Social Pública. Parcerias.

Abstract

The present article deals with the discussion of how social policies, based on the public management approach, have been

designed to corroborate in the construction of partnerships. For the development of this theme it is necessary to resort to the understanding of the characteristics that present the modern State pointing to the crisis situation, as some authors point out, and the strategies that are being used by the State so that the partnerships are configured in the relationship with civil society. It is a theoretical-conceptual analysis on the management of social policies from the construction of partnerships. I understand it as a recent phenomenon that has been consolidating in contemporary society, highlighting its characteristics, as well as the challenges that are set for implementation.

Key words: Social Policies. Public Social Management. Partnerships.

Introdução

O debate sobre as políticas sociais constitui um objeto de estudo sempre presente quando nos propomos a discutir as estratégias públicas de enfrentamento às demandas da sociedade. No presente artigo, temos o objetivo de agregar a esta reflexão o processo em que as políticas sociais percorrem para se efetivarem seguindo uma racionalização que busca interfaces com diversos atores da sociedade e suas respectivas instituições. Nesse sentido, vislumbram-se diferentes mecanismos que o poder público organiza em conjunto com esses atores para realizar a gestão dos insumos responsáveis pela efetivação de serviços, programa e projetos sociais.

Arelada a essa discussão, apresentamos também, as reflexões sobre uma estratégia relevante advinda do novo contexto político-administrativo que surge com o Marco Legal da Constituição Federal de 1988. Essa estratégia denomina-se como parceria, entendida como uma ação de cogestão, em que gestores diversos: público, privado, comunitário participam da implementação de provisões relevantes para a produção de bens e serviços sociais.

Políticas Sociais: uma abordagem conceitual

Fazer referências às políticas sociais, enquanto fenômenos que caracterizam a ação estatal, sem discutir o papel do Estado é um equívoco, pois elas, são expressões deste na promoção do bem-estar da sociedade. Portanto, as discussões sobre o papel e funções do Estado, hoje, devem levar em consideração a crise de

um modelo de gestão que se desencadeia em meados dos anos de 1970, especialmente nos países que tiveram o Estado de Bem-Estar consolidado - (welfarestate), como também, a capacidade interventiva do Estado na regulação da economia e na ordenação da sociedade civil.

Nos países em desenvolvimento, essa crise foi assumida, como uma crise da burocracia pública e da excessiva ação estatal na execução dos serviços sociais, considerando a existência de um estado provedor, fato que não condiz com a realidade social.

Para Kliksberg (1997), a pobreza latino-americana está associada a outros fatores tais como: severas insuficiências em termos de gestão das políticas econômicas e sociais, marginalização sistemática do capital humano e do capital social e iniquidade e ausência de uma gestão social adequada.

No meio desse contexto, as políticas sociais vão sofrendo influências significativas, as relações entre Estado e sociedade civil ganharam novas dimensões. Percebe-se, que neste sentido, os atores interpenetram-se fazendo ressurgir, de acordo com Habermas(1984), uma esfera de relações semi-públicas, estas possuem características próprias e adquirem espaços cada vez mais significativo na gestão das políticas sociais, podendo inferir para as denominadas parcerias.

No que diz respeito aos aspectos internos da execução das políticas sociais, as análises enfocam os conflitos existentes no processo de elaboração e execução em que é evidente os papéis dos atores que fazem parte desse processo. Cohen e Franco (2000) destacam os políticos, os burocratas e os técnicos como sendo esses atores que em certas circunstâncias podem ter relações conflitivas comprometendo o processo de implementação das políticas necessitando assim, imprimir uma relação de interação para que o resultado das ações possibilite um impacto eficiente, cumprindo com o objetivo final que é o atendimento às demandas sociais.

A política social é de responsabilidade primordial do Estado, é importante que ele crie condições para que se produzam atos que ampliem a participação dos cidadãos, desburocratizando a

implementação , favorecendo a cogestão, implantando sistemas que possibilitem um contínuo amadurecimento e organização da sociedade civil para fazer parte do seu processo de gestão.

Com uma outra conotação, Calucci (2000) assinala que as políticas sociais não são aquelas ações elaboradas no plano técnico, mas as que decorrem do processo de implementação gerencial. Segundo esse autor, a defasagem pode ser muito ampla entre a política elaborada e o resultado pós-gerencial. No sentido de reforçar essa reflexão, Kliksberg(1997) assinala que são políticas cuja dinâmica costuma ser turbulenta e fortemente influenciada por grupos de interesses que procuram manipular e desviar seus objetivos. Portanto, existem compreensões diversas sobre o conceito de políticas sociais, porém, independe dessa constatação, o primordial é privilegiar uma execução gerencial de qualidade que viabilize ações inovadoras capazes de alterar o quadro de vulnerabilidade da população.

Segundo Carvalho(1998), as políticas sociais não são apenas canais das necessidades e demandas dos cidadãos, mas também, respostas a elas. Devido à complexidade das questões sociais essas intervenções, a cada dia, exigem novas estratégias de ação que desafiam os arcaicos modelos de gestão centralizados e hierarquizados, necessitando adaptar-se ao processo de modernização do Estado.

Neste movimento de adaptação, Villa lobos (2000) enfatiza que as políticas sociais no contexto contemporâneo, precisam seguir três indicativos. O primeiro, diz respeito às estratégias de intervenção que necessitam ser mais promotoras e geradoras de capital social. O segundo, está relacionado à concepção do sujeito beneficiário que deve passar de beneficiário outorgado pelo Estado para cidadão com direitos e obrigações e, por último, a modernização dos princípios institucionais de gestão que estão relacionados à participação do cidadão na elaboração, gestão e avaliação dos programas sociais, como também, a articulação com órgãos não-governamentais especificando as responsabilidades de cada parte.

Diante do exposto, pode-se destacar que o formato das políticas sociais está passando por uma reelaboração que vem apresentando alternativa interessante para o modo de pensar, e executar e assim cumprir o seu papel como estratégia garantidora de direitos aos cidadãos a partir de uma gestão social fundamentada em uma intenção e uma ação.

Gestão Social Pública

A gestão social pública está, fundamentalmente, ancorada nas transformações que vem ocorrendo na esfera pública. O processo de reforma do Estado, a redefinição do papel dos movimentos sociais, o qual Sherrer-Warren (2005), denomina como a invenção democrática dos movimentos sociais, como também, as mudanças nos padrões sócio-culturais nas relações sociais, desencadeiam um certo grau de incertezas entre os indivíduos e as organizações sociais.

Esse contexto define a busca de novas formas de gerir a “coisa pública”, isto é, o bem público, entendido como conjunto de bens de propriedade do Estado com utilização direta ou indireta da coletividade.

Partindo desta proposição, a rede se apresenta como uma dessas novas formas de gerir o bem público, como um mecanismo estratégico significativo para a implementação de ações públicas onde paulatinamente, novos atores vão fazendo parte: Estado, sociedade civil, empresas, comunidade e cidadãos. Segundo Carvalho (1998) a noção de gestão social em rede, se caracteriza como sinergia, convergente e movente, interconecta a diversos tipos de serviços similares e complementares. É uma gestão que exige vínculos horizontais e, portanto, está ancorada em princípios democráticos e na participação ampla, negociada e prepositiva.

Contrastando com o antigo conceito baseado em relações hierárquicas e dependentes, esta nova concepção destaca o aspecto da inter-relação e complementaridade, porém se faz importante destacar que somente esses atributos não são suficientes para consolidar e garantir processualidade a existência da rede como

uma alternativa para condução de novos padrões para gestão social pública, é necessário apontar a importância de mecanismos tecnológicos, normativo e valorativo no âmbito sociocultural, isto é, à necessidade da existência de uma sinergia entre os componentes da rede no que diz respeito a expectativas e valores culturais que são imprescindíveis para a sua construção

Na implementação das políticas sociais, a estratégia de rede, tem adquirido uma expressiva relevância, pois tem possibilitado a construção de inovadoras experiências caracterizadas pela articulação entre a esfera pública e privada propiciando o surgimento dos serviços com características do setor privado, porém qualificando-se como públicos.

As parcerias ganham significativa relevância no modo de pensar e executar a ação pública, mesmo dentro das esferas administrativa que possibilita um trabalho intersetorial ou transectorial, viabilizando um atendimento mais integral e integrado, deslocando serviços isolados para uma gestão articulada, potencializando a capacidade de dar respostas às demandas sociais.

Com esse desenho da política social não há espaço para ações tuteladas o que implica numa participação substantiva dos sujeitos da ação, valorizando suas identidades, trajetórias, demandas e projetos.

A presença do território, como construção histórica, sociabilidade, dinâmica dos atores, também vem se incorporando as discussões sobre políticas sociais na perspectiva de um trabalho em rede, apesar de ser um dos grandes desafios hoje, pois na dinâmica da implantação dessas políticas, o espaço como base física, ainda é considerado sem levar em conta as relações que se manifestam cotidianamente.

O conceito de território acompanha o novo paradigma da gestão pública que tem a descentralização e a intersetorialidade como referências e pré-requisitos para o seu entendimento. Em contraposição ao estabelecimento de metas setoriais, a partir de necessidades genéricas, busca-se identificar os problemas concretos

e, por meio das potencialidades locais, propor soluções. Entender as políticas sociais nesse contexto, significa superar as velhas práticas que se construíram historicamente pautadas na fragmentação e na segmentação de ações.

Esta proposta de implementação de políticas sociais por meio do trabalho em rede, sem dúvida, se apresenta como uma mola impulsionadora de alternativas de enfrentamento das questões sociais. É notório os inúmeros determinantes que influenciam essa proposta (político, econômico social, relacional), porém, é uma nova estratégia que está surgindo como resposta às mudanças que vem ocorrendo em todos os níveis na sociedade contemporânea, perseguindo a construção de novas possibilidades que garantam o desenvolvimento de uma sociedade baseada em princípios democráticos e emancipadores.

A Construção de Parcerias no contexto das Políticas Sociais: implicações no processo democrático da gestão social pública

Ao empreender reflexões sobre a construção de parcerias no âmbito da gestão pública toma-se como ponto de partida, os anos de 1980 e 1990 do século XX, por entender que esse período possibilita a realização das mediações acerca dos elementos estruturais e conjunturais que caracterizam a emergência de um processo de redemocratização das relações entre o Estado e a sociedade, e a busca da superação do autoritarismo e patrimonialismo característicos da gestão pública na realidade brasileira.

Destaca-se que, no processo de gestão das condições de vida dos homens em seus diferentes contextos, tanto o Estado como a sociedade tem protagonizado participações ativas frente à realidade. Esses aspectos denotam que a relação entre Estado e sociedade apresenta nos seus liames um forte tensionamento no bojo de seus interesses (MOTA,2017). Assim, no cenário das alterações constitucionais, expressivamente demarcado pelo período pós-Constituição Federal de 1988, tem-se como referência a Carta Magna, o processo de redemocratização brasileiro pautado

em princípios de participação, de descentralização e de controle social, dando um novo formato à organização da gestão pública no novo viés constitucional.

Essa perspectiva aponta para a construção da gestão pública assentada na atuação conjunta do Estado e da sociedade civil, tendo como enfoque uma perspectiva pública, a garantia e efetivação de direitos sociais, objetivando maior qualidade de vida para a população. O referido quadro remete para uma “nova” institucionalidade na forma da gestão, que passa a fazer parte do cenário político brasileiro (MOTA, 2017, pág. 54).

Neste processo, onde se evidencia a construção dessas novas relações, torna-se fundamental a participação dos atores sociais e coletivos, tanto do poder público quanto dos organismos da sociedade civil, através dos mecanismos e espaços de decisões, como conferências, fóruns, conselhos gestores, comitês, proporcionando o exercício do protagonismo dos sujeitos, da transparência das ações e do controle social sobre as políticas sociais.

Neste intuito, ressalta-se uma nova configuração de uma esfera pública que se manifesta com maior visibilidade e transparência, expressando a interpenetração do Estado e da sociedade civil envolvendo, portanto, uma dimensão renovada do público e do privado, configurando-se numa perspectiva dialética da relação entre Estado e sociedade, pois é no âmbito dessa relação que se fundamenta o significado enquanto entes político.

Assim, compreende-se o Estado como categoria teórica, que constitui-se em organização política da sociedade (BOBBIO, 2002). Portanto, Estado e sociedade apresentam-se como categorias de grande complexidade fazendo-se necessário suas inserções no processo sócio, histórico, político e cultural brasileiro para que a relação estabelecida entre elas seja desvendada.

Desta feita, salienta-se que a relação entre Estado e Sociedade não se constitui de forma linear, mas expressa as lutas históricas entre as forças políticas representadas tanto pelo Estado, como pela mobilização da Sociedade Civil, particularmente no contexto

das lutas pela democracia nos anos de 1980 que desencadeou a nova Constituição Cidadã, como afirma Costa:

[...] à luta pela democracia suscitaram o desejo de construir um novo patamar de relações sociais. Foi nesse clima de anseio pela igualdade que se colocaram os trabalhos de redação da nova ordem normativa para o Estado democrático brasileiro (COSTA, 2006, p. 141).

Do exposto, evidencia-se que a Carta Magna de 1988, instituiu um Estado de Direito, com um conjunto de responsabilidades sociais (COSTA, 2006), tanto para o Estado quanto para a sociedade civil com destaque para as prerrogativas de direito que requer a modernização do Estado apontando para a proposta de municipalização, com a descentralização do poder e o reconhecimento de direitos sociais. No entanto, essa carta legal insere-se em um contexto de disseminação da ofensiva neoliberal que preconiza a menor intervenção do Estado na regulação econômica e social, exigindo-se um processo de reformas para atender as orientações do Consenso de Washington.

Desta feita, ressalta-se que, instalada a necessidade de reforma do Estado, este passa por significativas alterações na sua relação com a Sociedade, implicando um novo pacto no âmbito das relações públicas e privadas, com a construção de um novo paradigma de gestão pública. Entende-se que as políticas públicas devem ser

[...] realizadas por meio de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas” (BRASIL, 1993, p. 64).

Desse modo, é no bojo dessas reformas do Estado que se encontram as condições para a implantação e implementação de mecanismos de gestão das políticas públicas que ampliam e regulam a relação entre Estado e Sociedade, no âmbito da gestão pública.

Posto isto, salienta-se que a partir dessas alterações que perpassam o Estado brasileiro foi necessário que os governos imprimissem um novo desenho às políticas públicas, mesmo seguindo orientações que reduzissem sua participação na gestão do bem público, considerava-se também, a busca de melhoria das condições de vida dos brasileiros(as), cidadãos de direitos. Nesse quadro, ao público apresenta-se como possibilidades sociais de universalização dos direitos e da democracia como algo coletivo, valorizando a participação da sociedade no processo de produção e oferta de bens e serviços.

Neste bojo, conforme Dagnino (2002), o protagonismo dos organismos da sociedade civil refletem o desejo pela participação na cena pública de forma ativa, expressando uma nova compreensão de cidadania ativa, sujeitos ativos e de direitos. Assim, compreende-se sociedade civil como:

[...] como palco de um pluralismo de organismos coletivos ditos “privados” (associações e organizações, sindicatos, partidos, atividades culturais, meios de comunicação, etc.) é a nova configuração da dinâmica social, na qual se precisava a política e sua relação com as esferas da vida social e elaborar novos termos da hegemonia (DURIGUETO, 2007, p. 55).

Nestes termos, para Dagnino (2002), tem-se um movimento das organizações da sociedade civil pela participação no âmbito da gestão, com contornos que expressam caráter público, evidenciando uma atuação conjunta entre Estado e Sociedade que estão sendo construídas na esteira das diversidades e dos conflitos inerentes às mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais que permeiam a realidade brasileira. Entretanto, destaca-se que essa relação configura-se arraigada pelo contraditório movimento conservador ainda presente na gestão pública brasileira (MOTA, 2017).

Portanto, tem-se a necessidade de construção e consolidação de uma nova cultura de gestão pública pelos diferentes atores institucionais e pela sociedade organizada, como forma de garantir

maior expansão da participação e decisão dos sujeitos junto às políticas públicas. Em suma, torna-se fundamental que os referidos atores institucionais e a sociedade tenham capacidade técnica e política para gerir a perspectiva participativa como ferramenta proativa na gestão pública, visando o alcance da efetivação dos direitos sociais.

É sob essa perspectiva, que a relação entre Estado e sociedade civil, absorve novos pressupostos pautados nas concepções de democracia, descentralização, participação, cidadania, voltada para a ampliação, abertura e dinamicidade do Estado, ou seja, comprometido com os interesses públicos.

Posto isso, averigua-se que o modelo de gestão, ressalta a relação público e privado, territorialidade, intersetorialidade, complementariedade de ações, transparência, dentre outros, como mecanismos que proporcionam a proximidade das relações entre o Estado e a sociedade, favorecendo a participação e o controle social. No entanto, faz-se necessário refletir sobre o caráter público e privado intrínseco na gestão das políticas públicas, tendo em vista a não reprodução do conservadorismo das práticas pública e privada que insiste em se fazer presente na gestão.

Assim, ainda, averigua-se uma redefinição de atuação conjunta entre Estado e Sociedade, conforme Mestriner (2005), que aponta para aquela que não desobriga o Estado das suas responsabilidades pelos direitos de seguridade e não retira da sociedade autonomia e possibilidades de práticas democráticas. Nesta perspectiva, Castell (1999), aponta a discussão do Estado-Rede que tem como diretriz o compartilhamento da soberania da autoridade por meio de um rede de instituições que articula cotidianamente as tomadas de decisões, buscando assegurar a descentralização de ações e a coordenação de um complexo conjunto de atores que compõem a esfera pública (BONFIM, 2009).

Com isto, cada vez mais, o Estado é chamado a intervir na realidade, especialmente, junto à problemática social, que remete a uma relação de compartilhamento de responsabilidades entre o Estado e a sociedade civil. Assim, há necessidade da democratização

da gestão pública como um reforço da cidadania, constituindo-se em fator de democratização da gestão como um todo e proximidade das relações.

Assim, institui-se no ano de 2016, um normativo legal com o marco regulatório que padroniza a relação com as organizações da sociedade civil, mediado pela relação de parcerias, em conformidade com a Lei nº 13. 019/2014, portanto, consolidando um novo marco que exprime as novas relações entre o poder público e a sociedade civil, na atualidade.

Do exposto, destaca-se que esta nova regulação exprime os interesses quanto a transparência e monitoramento das parcerias público -privado para o alcance dos objetivos da gestão pública. No entanto, denota-se, ainda, que esta relação não se caracteriza como campo homogêneo de interesses, mas, por um lado, como um campo com expressões contraditórias com múltiplos interesses e, por outro, como espaço de negociação e atuação conjunta no contexto da gestão social pública.

Sendo assim, faz-se importante destacar algumas premissas para o exercício da parceria, quando busca-se implementar políticas sociais ancoradas em uma gestão social que defenda e garanta a provisão de bens e serviços imprescindíveis para o alcance de resultados de acordo com as demandas sociais.

De acordo com Lotta (2017), a primeira premissa, é o estabelecimento de diretrizes claras e fundamentadas nas funções dos órgãos parceiros. Segundo, construção de sistemas de planejamento e monitoramento regulados e coordenados que possibilitem parcerias mais duradouras. Terceiro, é necessário encontrar um equilíbrio entre mecanismos de rede, de hierarquia e de mercado, que gerem uma capacidade suficiente de integração e continuidade das políticas sem, por outro lado, engessá-las, e finalmente, o compromisso de gestores que se responsabilizem por mobilizar a sociedade e construir canais efetivos de envolvimento social.

Por fim, essas diretrizes somente impactam na construção de parcerias se o Estado buscar estratégias para garantir a sua atuação,

investindo cada vez mais na sua capacidade de negociação e gestão dos atores não estatais, estabelecendo por meio de canais de participação, espaços próprios de regulamentação, monitoramento de resultados que possibilitem a efetividade das políticas sociais e induza a participação da sociedade primando pela transparência e responsabilidade pelo bem público.

Considerações Finais

Com base nas reflexões realizadas, pode-se assinalar que as políticas sociais são expressões do modelo de gestão estatal e por isso seguem diretrizes fundamentadas em determinado contexto social, político e econômico, podendo adquirir características diversificadas.

A sociedade contemporânea vive um processo em que a ordem do dia é o debate sobre a reforma do Estado e suas consequências na vida dos indivíduos. Nesse sentido, se faz necessário apreender as diversas características que o novo modelo de Estado apresenta fundamentado na concepção do Estado-Rede defendida por Castells.

Pautado nessa premissa, não é possível discutir a execução e implementação das políticas sociais sem vislumbrar alternativas baseadas nos aspectos referentes à redefinição do papel do Estado na condução da gestão social. Nesse contexto, é possível destacar a gestão em rede com sendo uma alternativa viável para o atendimento às demandas sociais.

Novos atores entram em cena, sociedade civil, empresas e comunidades, que, por meio do princípio da parceria e da formação de sinergias, se tornam corresponsáveis pela prestação de serviços sociais estabelecendo uma complementaridade nas ações. A complexidade cada vez maior da questão social exige um Estado que, sem deixar de cumprir suas responsabilidades enquanto gestor público, seja capaz de mobilizar recursos existentes na sociedade.

Esses recursos, identificados na sociedade, se transformam em partes imprescindível para a efetivação de ações integradas,

de modo a potencializar seus efeitos e chances de sucesso no atendimento às demandas e superar políticas sociais com efeitos ineficazes fundamentados em superposição e isolamento das ações.

Dessa forma, desenvolver um modelo de gestão social pública pautado numa concepção de rede gestonária de parcerias, é um desafio porém, atualmente apresenta-se como uma proposta que vem se desenhando paulatinamente. Ainda não é possível afirmar sua consolidação, devido à recente apreensão de considerá-la como uma estratégia de gestão social pública, mas diante da complexidade que a questão social se apresenta, essa ferramenta pode alterar o padrão de gestão das ações sociais na busca de garantir um desenvolvimento social que possibilite um atendimento condizente com as reais demandas da sociedade.

Referência

BOBBIO, N. **Ensaio sobre Gramsci e o conceito de sociedade civil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

BONFIM, M.L.N.da.C. **A estratégia do Trabalho em rede no SUAS/CRAS-Teresina-PI: uma experiência em movimento**. Tese de Doutorado em Serviço Social. PUC/SP. São Paulo, 2009.

BRASIL. **Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS)**. Brasília, 1993.

CARVALHO, M do Carmo Brant. **Introdução à temática da gestão social**. In: Gestão de Projetos Sociais. SP, IEE/PUC.1998

COLUCCI FILHO, A. **A Gestão de políticas sociais: a necessidade de um Estado “Rede”**. In: Caderno de Administração, SP, EDUC, 2002

COSTA, L. C. da. **Os impasses do estado capitalista: uma análise sobre a reforma do Estado no Brasil**. Ponta Grossa: UEPG; São Paulo: Cortez, 2006.

DAGNINO, E. (Org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

DURIGUETO, M. L. **Sociedade civil e democracia: um debate necessário**. São Paulo: Cortez, 2007.

LOOTTA, Gabriela Spanghero **Redes e parcerias em políticas sociais: novos arranjos institucionais de coprodução de serviços nos municípios brasileiros** – Brasília: Enap, 2017.

HABERMAS, Jürgen. **Mudança estrutural da esfera pública: investigações quanto a uma categoria da sociedade burguesa**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

KLIKSBERG, B. **O desafio da exclusão: para uma gestão social eficiente**. SP, FUNDAP. 1997.

MESTRINER, M. L. **O Estado entre a filantropia e a Assistência Social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

MOURA, Marfisa Martins Mota de. **O público e o privado no Sistema Único de Assistência Social e a atuação da Ação Social Arquidiocesana em Teresina – Piauí**. 2017. 166 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2017.

SHERRER-WARREN, Ilse **Redes e Movimentos Sociais**. São Paulo Loyola, 2005.

VILLA LOBOS, V.S. **O Estado de bem – estar social na América Latina: necessidades de redefinição**. Cadernos Adenauer I: Pobreza e pouca social. SP, Fundação Konrad Adenauer 2000

PARTE 3

DO RELATO DE EXPERIÊNCIAS À DIMENSÃO CONCEITUAL DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS

“Só não erra nunca quem nunca fez nada”

William Connor Magee

GESTÃO DO APOIO INSTITUCIONAL NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

MANAGEMENT OF INSTITUTIONAL SUPPORT IN THE SCHOOL HEALTH PROGRAM

Márcia Alcioneide da Silva

Resumo

O artigo trata de relato de experiência sobre o trabalho desenvolvido na Secretaria Estadual de Saúde, pela área técnica da Gerência de Atenção Básica, na condução do apoio institucional aos municípios, para a implementação das ações do Programa Saúde na Escola-PSE. O artigo apoia-se no trabalho estratégico para sensibilização e mobilização de Gestores de Saúde e de Educação municipais sobre a importância das ações do programa para o cuidado em saúde dos educandos, bem como o apoio necessário aos responsáveis, inseridos nos Grupos de Trabalho Intersetoriais – GTIs Municipais, para monitoramento da implementação das ações pactuadas no Termo de Compromisso assinado no processo de adesão ao PSE, pelos Gestores da Saúde e da Educação e realizadas precipuamente, pelas equipes de saúde e profissionais da educação, no âmbito escolar.

Palavras chaves: Formação, Trabalho em equipe e Intersetorialidade.

Abstract

The article deals with experience report about the work developed in the State Health Department, by the technical area of the Primary Care Management, in the conduction of the institutional support to the municipalities, for the implementation of the actions of the Health Program in the School-PSE.

The article is based on the strategic work to sensitize and mobilize municipal Health and Education Managers about the importance of the program actions for the health care of the students, as well as the necessary support to the responsible ones, inserted in the Intersectoral Working Groups - Municipal GTIs, to monitor the implementation of the actions agreed in the Commitment Term signed in the process of adherence to the PSE, by the Health and Education Managers and carried out precipitously, by the health teams and education professionals, in the school environment.

Key words: Training, Teamwork and Intersectoriality.

Introdução

“Não há docência sem discência, as duas se explicam e seus sujeitos, apesar das diferenças, não se reduzem à condição de objeto, um do outro. Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender”.

Paulo Freire

As demandas em saúde que se apresentam nos dias atuais para os profissionais do setor saúde demonstram a necessidade incessante de busca e aprimoramento dos conhecimentos utilizando-os em prol da melhoria das suas condições de saúde e da qualidade de vida da população, através de ações de promoção da saúde. Esta busca por aprimorar o conhecimento e qualificar o serviço tem sido encontrada por estes, através de processos de capacitação que, segundo Davini (2009) é uma das estratégias mais usadas para enfrentar os problemas de desenvolvimento dos serviços de saúde. A autora enfatiza e defende que este processo, além de objetivar melhorar o desempenho dos recursos humanos, contribui para o desenvolvimento de novas competências, podendo entre outras coisas, ser capaz de provocar mudança institucional, no saber fazer na saúde e que a mesma obtenha sustentabilidade.

Apesar de enfatizar esta necessidade, a autora acredita que nem sempre as capacitações conseguem alcançar os objetivos propostos, ou ações esperadas. Os modelos de capacitações, utilizados em algumas organizações, se reduz a definição de métodos ou técnicas de trabalho, que possam ser utilizadas pelos profissionais para mudar a realidade.

Este modelo não representa um processo de qualificação que altere a realidade, apenas com a transmissão de conhecimentos e técnicas, sua defesa parte de um novo processo de Educação Permanente em Saúde, baseado na mudança de práticas dos profissionais, a partir da problematização do saber constituído, provocando uma reflexão sobre a prática, construindo conhecimentos e alternativas de realização da ação.

Em algumas situações cotidianas, para a operacionalização de ações de promoção da saúde, faltam habilidade e criatividade destes profissionais para o trabalho educativo, mais precisamente junto aos educandos, no desenvolvimento de ações coletivas do Programa Saúde na Escola (PSE), fato este apontado nos estudos de Carvalho (2015), partindo de uma análise feita do trabalho dos profissionais da saúde a partir da entrada da saúde no espaço Escolar, através de ações do PSE. Em algumas das escolas por ele observadas, as ações até se alinham com a perspectiva da promoção da saúde, mas para isto, há a necessidade de um profissional envolvido no processo permanente de formação em ato, o qual possibilita a atuação dos profissionais de saúde, de maneira pedagógica, articulada a outros saberes, visando assim, a promoção da saúde das mais diversas formas.

Vários são os espaços para a realização de ações em saúde, especialmente aquelas ligadas à promoção da saúde, tão caras para as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), nos municípios. A Escola é um desses espaços, utilizada

“não apenas como um espaço de produção das relações sociais e dos valores dominantes, mas também um espaço de confronto, de resistência em que é possível trazer à luz projetos inovadores alternativos” (CARNONELL, 2002, p 18).

O trabalho educativo em saúde, vivenciado na escola, tem avançado através da adoção de novas concepções teóricas de educação e da saúde, incorporando práticas e consolidando a parceria entre os Ministérios da Saúde e Educação. A disseminação da proposta das escolas como espaço de desenvolvimento de ações

de promoção à saúde potencializa a ação educativa em saúde em espaços institucionais (BRASIL, 2006).

Os profissionais de saúde, uma boa parte deles, apresentam certa dificuldade na realização desta ação pedagógica com as famílias, alguns profissionais de saúde focam a ação assistencial e esquecem que também é uma oportunidade de ação pedagógica. (CARVALHO, 2016).

Segundo a mesma autora, a Saúde e educação são constantemente evocadas quando a questão gira em torno das condições de vida. A interação entre elas, independentemente de onde ocorre – escola ou serviço de saúde – constitui um caminho importante para a conquista da qualidade de vida. No entanto, esse é um caminho desafiador, frente às demandas que as escolas enfrentam.

Esta constatação sobre a dificuldade que os profissionais vivenciam quando realizam ações pedagógicas nas escolas, também é a preocupação da Coordenação Estadual do Programa Saúde na Escola (PSE), reconhecida, a partir da ação de monitoramento realizado pelo Grupo de Trabalho Intersetorial Estadual-GTI E. A constatação foi a ausência de integração da Saúde com a Educação, os profissionais da educação se ressentem da falta de capacidade técnica, para abordar determinados assuntos em saúde, com a comunidade escolar e a saúde por sua vez, desconhece o Projeto Político Pedagógico das Escolas, gerando assim, a necessidade de uma maior articulação entre esses dois eixos, para que ações importantes sejam trabalhadas pela saúde e que estejam contempladas no calendário anual da educação.

Esta constatação também é uma realidade no Estado do Piauí, e a coordenação do PSE, inserida na Gerência de Atenção Básica, da Secretaria Estadual de Saúde vem buscando uma forma de potencializar os conhecimentos dos profissionais de saúde e de Educação envolvidos na operacionalização das ações pactuadas no Programa Saúde na Escola, pela via da Educação Permanente em Saúde, para dar mais efetividade ao trabalho destes junto aos educandos da rede básica de ensino. Uma educação permanente

pensada diferentemente do modelo escolar e sim, segundo Cecim (2005), com definição pedagógica para o processo educativo, que coloca o cotidiano do trabalho em saúde em análise, resignificando sua atuação profissional, integrando-a a ação educativa.

Sabemos que apenas a operacionalização deste componente, por parte do Estado não garante a eficácia do PSE, mas possibilita um novo olhar para a execução das ações, numa tentativa de operacionalizar o programa seguindo seu elemento básico, a intersetorialidade.

Desenvolver esta ação de cunho formador, pautado na Educação Permanente em Saúde, com vistas à reelaboração de práticas profissionais que visem alterações significativas nas práticas dos educandos da rede básica de ensino, com o apoio da Gestão Estadual pode ser o caminho para a eficácia das ações educativas do PSE.

O Objetivo deste artigo é o de descrever a atuação da Gestão Estadual, por meio do grupo normatizado em Portaria, intitulado de Grupo de Trabalho Intersetorial Estadual –GTI E, no exercício de apoio para a qualificação, para a execução das ações, no fomento à participação dos profissionais da saúde e da educação nesse mister de fortalecimento da relação, entre as redes de saúde e de educação, além de reforçar a prevenção e promoção à saúde dos alunos da rede pública de ensino, vislumbrando a construção de uma cultura de paz e de boas práticas nas Escolas.

A atuação do GTI, também ocorreu junto a parceiros de outras políticas públicas no trabalho de alinhamento conceitual e de operacionalização para execução das ações do PSE, numa proposta mais pedagógica e que possa resignificar o trabalho dos profissionais envolvidos. Desta forma, o seu **Objetivo Geral é:** Viabilizar a Educação Permanente em Saúde no âmbito do PSE, para os profissionais de saúde e de educação, dos municípios piauienses responsáveis pela condução do Programa. E seus **Objetivos Específicos, são:**

- Sensibilizar a Gestão municipal na viabilização da participação de profissionais de saúde e de educação envolvidos na operacionalização do Programa Saúde na Escola, em ações de qualificação, de responsabilidade do Estado.
- Promover diálogo com a Secretaria Estadual de Educação e Cultura-SEDUC, a fim de contribuir no processo de organização da formação dos atores envolvidos no PSE;
- Reorientar os Gestores Municipais para reorganização dos seus Grupos de Trabalho Intersectoriais (GTI M) **do Programa Saúde na Escola;**
- Promover espaços de compartilhamento das dificuldades do cotidiano.

Contextualizando o Programa Saúde na Escola e sua operacionalização no âmbito da Saúde Estadual

O Programa Saúde na Escola foi instituído em 2007 por meio de decreto presidencial, dos Ministérios da Saúde e da Educação, incorporando a deliberação de uma Política intersectorial entre esses ministérios, na perspectiva de ações de atenção integral à saúde de estudantes da educação básica pública brasileira (educação infantil, ensino fundamental e médio, educação profissional e tecnológica e educação de jovens e adultos), no espaço das escolas e/ou unidades básicas de saúde (UBS) do Sistema Único de Saúde (SUS), realizadas pelas equipes de Saúde da Família (ESF), fundamentais para que o programa seja implementado.

O PSE preconiza o desenvolvimento de ações de saúde na escola mediante práticas de promoção da saúde, prevenção de doenças e acompanhamento das condições clínicas dos educandos, contribuindo para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação.

A seguir apresentamos uma breve trajetória cronológica de adesões ao PSE no Estado do Piauí.

Em 2008: PORTARIA Nº 1.861, DE 4 DE SETEMBRO DE 2008

- Municípios priorizados com IDEB menor ou igual a 2,69 nos anos iniciais e 100% de cobertura da ESF e que possuam escolas participantes do Programa Mais Educação, com uma adesão finalizada de 69 municípios.

Em 2009: PORTARIA Nº 3.146, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2009

- Municípios com IDEB, no ano de 2007, menor ou igual a 3,1 nos anos iniciais do ensino fundamental; 70% ou mais de cobertura populacional por Equipes Saúde da Família, com uma adesão finalizada de 72 municípios.

Em 2010: PORTARIA Nº- 3.696, DE 25 DE NOVEMBRO DE 2010

- Municípios com IDEB, no ano de 2009, menor ou igual a 4,5 e que tenham 70% ou mais de cobertura populacional por Equipes de Saúde da Família. Fechou-se esse ano com 153 municípios com adesão finalizada

A partir do ano de 2011, mudou-se a forma da gestão e funcionamento do PSE nos municípios, tendo em vista a fragilidade dos sistemas de monitoramento das ações do referido programa, dentre outras razões. O repasse que era realizado de uma única vez, neste período passou a ser repassado somente 70%, os outros 30% restantes quando atingidos os 70% das metas pactuadas e informarem as ações realizadas no período de 12 meses via SIMEC, o Sistema Integrado de Planejamento, Orçamento e finanças do Ministério da Educação.

O ano de 2013 foi marcado pela universalização do Programa Saúde na Escola (PSE) e ampliação das ações de promoção e atenção à saúde e de prevenção, para a Educação Infantil (Creches e Pré-escolas). Todos os municípios brasileiros puderam aderir ao PSE, independente do valor do IDEB.

O processo de adesão de 2014/2015, foi finalizado em Junho de 2014, tendo 217 municípios no Piauí, aderidos ao

Programa, porém, para acompanhamento do calendário escolar, a Coordenação Nacional do PSE ajustou o período de realização das ações para o ano de 2015, de acordo com o ciclo escolar, tendo o mês de Novembro como prazo para inserção das informações nos sistemas de monitoramento SIMEC e e-SUS, para fazer jus aos repasses financeiros, da Semana Saúde na Escola como também das ações pactuados no termo de compromisso e realizadas nas escolas.

No ano de 2017 as ações do Programa foram implementadas em 222 municípios piauienses, habilitados em Portaria específica, com regras e critérios de adesão ao Programa, por Estados, Distrito Federal e Municípios, dispondo sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações.

No entanto, no decorrer da implementação do PSE, desde a sua instituição, vimos alguns avanços e retrocessos, no que se refere a promoção da saúde, fato este ocasionado também, pela ausência de integração entre Saúde e Educação. O PSE esteve estruturado em 3 componentes: um percurso inicial na avaliação das condições de saúde da população e de suas necessidades, perpassando pela execução de estratégias socioeducativas de prevenção e promoção à saúde e finalizando com o processo de formação, dedicado às ações de formação de professores e profissionais de saúde para o desenvolvimento das ações do PSE.

Este processo de formação continua sendo, até o momento, de responsabilidade das 3 esferas de governo e ao longo dos anos foi visto pouco movimento, a nível Federal, Estadual ou Municipal que trabalhasse a Educação Permanente dos profissionais, na perspectiva de fomentar o planejamento das ações de forma intersetorial.

O Ministério da Saúde, para aprimorar o conhecimento dos profissionais da área de saúde gratuitamente, ofertou, por meio da Universidade Aberta do SUS (UNASUS), uma rede de instituições de ensino que oferece educação continuada *on-line*. A plataforma disponibilizou cursos autoinstrucionais a qualquer trabalhador da área, além de programas de especialização, aperfeiçoamento,

extensão e atualização a profissionais do SUS. Todos os cursos são gratuitos, e realizados à distância, mas sem muita relação com o PSE.

Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (SESAPI), por meio da Gerência de Atenção Básica, com a responsabilidade de prestar apoio institucional aos representantes dos GTI's municipais promoveu, de maneira conjunta com o GTI Federal, nos anos de 2010 e 2012, oficinas de qualificação e alinhamento sobre o PSE para a operacionalização das ações. Nos anos de 2014 a 2018, devido a algumas dificuldades e prioridades por parte do Estado, foram realizadas ações de qualificação, em parceria com outras áreas técnicas da SESAPI e da SEDUC, trabalhando temáticas específicas do programa, para profissionais da saúde e da educação dos municípios aderidos ao Programa.

Sabemos que apenas a operacionalização deste componente, por parte do Estado não garante a eficácia do PSE, mas possibilita um novo olhar para a execução das ações, uma tentativa de operacionalizar o programa seguindo seu elemento básico, a intersetorialidade.

Emerson Mehry afirma que o trabalhador **de saúde e de educação** não são sujeitos passivos, eles participam do processo de construção do conhecimento, sendo também autores e produtores do conhecimento, na medida em que se depara com a realidade e está o desafia a produzir respostas, soluções a problemas do cotidiano do seu trabalho.

O PSE, originalmente concebido como um programa capaz de reunir condições singulares para suprimir vulnerabilidades que colocavam em risco a saúde dos educandos, e, por conseguinte o processo de ensino e de aprendizagem, veio ao longo dos 9 anos de existência, contribuindo para a de ações de prevenção, promoção e de atenção à saúde, ações estas, muitas vezes com o envolvimento também dos profissionais da educação, a partir de um alinhamento prévio organizado pelos gestores municipais de saúde e de educação.

Com problemas que dificultaram a eficácia da proposta do programa, como divisão entre ações essenciais e optativas, que

canalizavam o esforço nas primeiras negligenciando as demais; baixo desempenho dos municípios no alcance de metas; a pactuação por nível de ensino, que segregava educandos nas escolas pactuadas; formato nada flexível para inserir ações mais próximas das demandas locais; negligência do componente 3 e ausência de iniciativas nacionais para a formação continuada dos profissionais, houve um repensar.

Com a reestruturação do PSE, o mesmo passou a ter um ciclo de 24 meses, com repasse de recurso financeiro anual; a participação dos municípios implicou na pactuação obrigatória de todas as ações por parte dos municípios; o que não foi mais necessário foi o desenvolvimento de todas as ações com todos os estudantes/escolas.

Em abril de 2017, a Portaria que trata da reestruturação e adesão do Programa, foi assinada pelos Ministros da Saúde e da Educação. Isto posto, entendemos a adesão como um processo de pactuação de compromissos a serem firmados entre os secretários municipais de saúde e educação e com os Ministérios da Saúde e da Educação.

Dentro deste primeiro ciclo ocorreu o monitoramento por parte do Estado e do Governo Federal, para continuidade e repasse de incentivos financeiros para o ciclo seguinte. Para o município fazer jus ao recebimento de recurso financeiro, o qual auxilia na execução das ações, era preciso seguir alguns regramentos e coube ao Estado, por meio de uma Coordenação, encampada pela Saúde e pela Educação, intitulada, seguindo a normativa do programa, Grupo de Trabalho Intersetorial Estadual, o GTI E, o apoio aos Gestores e profissionais indicados para coordenar o processo de execução das ações no município.

Pretende-se aqui descrever o processo de trabalho deste grupo, apresentando as potencialidades e fragilidades encontradas no decorrer do processo de apoio e monitoramento aos municípios na execução das ações e alimentação de sistemas de informação.

Gestão no Programa

A Coordenação do PSE se dá através do Grupo de Trabalho Intersetorial – GTI, para garantir a gestão compartilhada, na construção tanto do planejamento quanto na execução das ações realizadas coletivamente.

O trabalho no GTI, pressupõe, dessa forma, interação com troca de saberes, de poderes e de afetos entre profissionais da Saúde, da Educação, Educandos, Comunidade e demais atores sociais envolvidos.

Este Grupo é composto, obrigatoriamente e minimamente, por representantes das secretarias de Saúde e de Educação e, facultativamente, por outros parceiros locais representantes de políticas e movimentos sociais.

O GTI, em cada esfera de governo possui competências, tendo a responsabilidade de realizar o apoio institucional e ser mobilizador do PSE nos municípios do seu território para a construção de espaços coletivos, de trocas e aprendizagens contínuas, provocando o aumento da capacidade de analisar e de intervir nos processos, cabendo a ele, segundo Portaria 1.055, de 25 de abril de 2017 e Caderno do Gestor- 2015, aqui destacados e alcançados pela Gestão Estadual do Programa:

- I. Definir as estratégias específicas de cooperação entre estado e municípios para o planejamento e a implementação das ações no âmbito municipal.
- II. Articular a rede de Saúde para gestão do cuidado dos educandos identificados pelas ações do PSE com necessidades de saúde.
- III. Subsidiar o planejamento integrado das ações do PSE nos municípios entre o SUS e a rede de educação pública básica.
- IV. Subsidiar a formulação das propostas de educação permanente dos profissionais de Saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE.
- V. Apoiar os gestores municipais na articulação, no planejamento e na implementação das ações do PSE.
- VI. Auxiliar os municípios no processo de assinatura do Termo de Compromisso.

- VII. Pactuar, nas Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) do Sistema Único de Saúde, encaminhamentos e deliberações no âmbito do PSE, conforme fluxo de adesão.
- VIII. Contribuir com os ministérios no monitoramento e na avaliação do programa e
- IX. Identificar experiências exitosas e promover o intercâmbio das tecnologias produzidas entre os municípios do PSE, em parceria com o GTI-F.

Dentre estas atribuições afetas ao GTI Estadual, que foi realizado ao longo destes 9 anos de programa no apoio para que as ações pudessem ser implementadas, ocorreram oficinas de qualificação técnica, com a participação do Ministério da Saúde e da Educação, em um processo de alinhamento conceitual e prático de implementação de ações do PSE, levando em consideração as dificuldades vivenciadas pelos profissionais na execução de ações de promoção de saúde e de aproximações sucessivas da intenção de intersectorialidade.

Esta atividade contou com a participação de municípios trazendo experiências exitosas para a realização de atividades na escola e extra muros, com estratégias para colaboração produtiva entre os profissionais da saúde e da educação, com o apoio da Gestão municipal, imprescindível para o sucesso do trabalho dos profissionais.

Outra atribuição do GTI realizada foi o monitoramento *in loco*, em parceria com áreas técnicas, como a coordenação da saúde da criança e do adolescente, no desenvolvimento de ações de programas que se inter-relacionam com o PSE (Estratégia NutriSUS, Programa Bolsa Família e Vigilância Ambiental). Estes monitoramentos serviram de apoio técnico para dirimir dúvidas e até sensibilização de gestores quanto as potencialidades das ações do PSE para o desenvolvimento e aprendizagem dos alunos.

Com as dificuldades que se apresentaram à Gestão Estadual para a continuidade do acompanhamento e apoio técnico aos municípios, foram criadas estratégias, como a utilização tecnologias da informação, com criação de grupos de *whatsapp*, *email*, *facebook*,

parcerias com o COSEMS, assessoria de comunicação da Secretaria de Saúde e de Educação para divulgação de informes e boletins periódicos, além de trabalhar de forma colaborativa com a Universidade Estadual do Piauí, para realização de seminário voltado para o conhecimento sobre Zika vírus.

Situação atual do GTI no Estado

Em 2019, a Gestão estadual está reorganizando a composição do GTI, sendo que, para isto, o diálogo com representantes da Educação é fundamental, como também com a Assistência Social para recomposição do GTI Estadual e em paralelo tem elaborado Plano de Trabalho para apoio aos municípios, para adesão ao ciclo do 2019/2020 e apoio técnico para o planejamento das ações, bem como a alimentação dos sistemas de informação da atenção básica, com as ações realizadas.

No que diz respeito ao acompanhamento e apoio aos municípios, a Gestão Estadual atuou de maneira mais tímida e se utilizou de outros meios tecnológicos, como envio de informes e boletins por meio de e-mails, contatos telefônicos, de postagens no portal da Secretaria Estadual, de entrevistas em TVs enfatizando a importância do programa e das ações a serem executadas, criação de grupo de *whatsapp*, dentre outros.

Sobre a Gestão Intersetorial entre os profissionais da Saúde e da Educação

Abrir a escola para os projetos de Saúde abrangendo educandos, educadores e comunidade determinam os passos em busca dos saberes educacionais, pois encontram boa relação entre os grupos envolvidos, a valorização humana e a compreensão da importância da relação entre Educação e Saúde.

Segundo o caderno do Gestor (2015), a escola contemplada pelo PSE deve funcionar de modo que as atividades em Saúde a serem desenvolvidas façam parte do projeto político-pedagógico escolar,

atendendo às expectativas dos professores e, principalmente, dos educandos.

As temáticas a serem trabalhadas pelo PSE devem ser debatidas em sala de aula pelos professores, assessorados/orientados pelo pessoal da Saúde ou diretamente por profissionais de Saúde previamente agendados e com o apoio dos professores.

Essa preparação dos educandos no cotidiano da escola pode implicar a participação juvenil, desde o agendamento e a organização das atividades até mesmo durante a realização delas.

Em relação às atividades de Educação em Saúde, a comunidade escolar analisa, de acordo com a sua competência e a pertinência, a dinâmica do ambiente escolar, considerando sua estrutura, condições, coerência pedagógica e necessidades da escola ou dos educandos. Se necessário, submete-as ao conselho pedagógico.

Portanto, estratégias pedagógicas podem ser sugeridas ou enriquecidas tanto pelos profissionais de Saúde quanto pelos de Educação, para que sejam analisadas pelo setor da Educação e estejam coerentes com os fundamentos e os pressupostos de aprendizagem adotados e aceitos, caracterizando ação conjunta, de maneira que sejam respeitadas as competências próprias de cada setor, assim como suas estratégias de atuação no que concerne sua área técnica por excelência.

Trazendo para a realidade do Piauí, o planejamento das ações nos municípios não envolveu os educandos, partiu tão somente das equipes. Esta vem sendo uma tentativa do trabalho da Gestão Estadual para que sejam consideradas no planejamento as necessidades das Escolas, que as equipes de saúde se apropriem do conteúdo do Projeto Político Pedagógico das Escolas, a fim de que as ações respeitem o calendário escolar e os profissionais da educação conheçam e reconheçam mais a proposta do PSE.

O Serviço Social no PSE

Uma tentativa de descrever a experiência vivenciada na gestão estadual do programa, no processo de apoio institucional

aos municípios envolvidos na adesão e na execução das ações do PSE, foi buscada no Código de Ética do/a Assistente Social(2012) e nos Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (2014). Este último descreve o objetivo do profissional de Serviço Social na saúde e nos faz ver que trilhamos o caminho certo, pois há o reconhecimento da compreensão que se deve ter sobre os determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença. Essa compreensão se estende também sobre as questões objetivas das equipes de saúde e equipes da educação para a realização das ações, que muitas vezes não contam com o apoio do gestor municipal que não compreende o potencial rico e produtivo que o espaço escolar, segundo Costa (2014), possibilita a realização da saúde, a ampliação de capacidades, desenvolvimento de habilidades pessoais para a tomada de decisões saudáveis.

O que podemos aqui relatar sobre esta experiência, à luz do Código de Ética do Assistente Social é o estímulo ao trabalho intersetorial visando realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais, voltado para a promoção de saúde de forma articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde, além disto nos foi possível a identificação de vulnerabilidades e potencialidades para proposição estratégica de novas ações corresponsabilizando trabalhadores da saúde e da educação para o trabalho de educação em saúde junto aos educandos da rede pública municipal e estadual. O diálogo com a Educação Estadual para promover encontros formativos com coordenadores de ensino, aproximando-os dos objetivos do programa foi fundamental para organização do trabalho de promoção de saúde por meio de ações assistenciais e de cuidado.

Por fim, o trabalho aqui desenvolvido na Gestão Estadual do programa atingiu os objetivos propostos, promovendo a sensibilização de gestores municipais que indicaram seus representantes e possibilitaram a participação destes em encontros para alinhamento técnico para a condução das ações, no entanto

ainda há dificuldade de entendimento sobre a utilização de recursos financeiros, de acordo com o número de educandos contidos no Termo de Adesão e os meios com que os gestores das secretarias de educação e saúde prestarão contas dos recursos recebidos.

É sabido que ainda há desafios a serem enfrentados, um deles é ainda a resistência de alguns trabalhadores da saúde que ainda pensam a ação da saúde desvinculadas dos propósitos da promoção da saúde, e de profissionais da educação que não compreendem que a intersetorialidade é efetiva na implementação de ações e soluções para o território evitando duplicidade de ações e otimizando os recursos.

O desafio maior será o de investir na ação intersetorial como uma ação efetiva em promoção da saúde, em que os sujeitos individuais e coletivos se aproximam da participação do poder de decisão na construção coletiva do Programa Saúde na Escola.

Referências

ALMEIDA, Flávia Andrade e QUARESMA, Adilene Gonçalves. **Intersetorialidade como Elemento da Efetivação do PSE: experiências do grupo de trabalho intersetorial do município de Contagem(MG)**.Disponível em; <http://www.convibra.com.br/dwpasp?id=9739&ev=77>

ALMEIDA, Flávia Andrade. **Práticas intersetoriais do programa de saúde na escola: um estudo sobre as ações e interações dos atores sociais envolvidos** . Belo Horizonte, 2013.(Centro Universitário UNA)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica: Portaria nº. 2488, de 21 de outubro de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011 .

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9)

_____: Ministério da Saúde. Programa Saúde na Escola. **Decreto nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____, CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL: **Código de Ética do/a Assistente Social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. – 10ª ed. rev. e atual. – Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

CARVALHO, Fábio Fortunato Brasil. **A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 25 [4]: 1207-1227, 2015

CECCIM, Ricardo Burg: **Educação Permanente em Saúde: Desafio ambicioso e necessário**. Interface-Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.

CFESS: **Código de Ética do/a Assistente Social**. Lei 8.662/93 e regulamentação da profissão. - 10ª. ed. rev. e atual. - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [2012].

CFESS: **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília-DF, 2014.

DAVINI, Maria Cristina: **Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde**. PNEP/MS, 2009, p 39 a 58.

FERREIRA. Izabel do Roclo costa. **Percepções de gestores locais sobre a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola**. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.2014.

FIGUEIREDO. T.A.A et al: **A saúde na escola: um breve resgate histórico**: In Ciência & Saúde Coletiva, 15(2):397-402, 2010.

MACHADO, M.F.A.S et al: **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual**. Ciência e Saúde Coletiva, 12(2):335-342.

O SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO DA SEGURIDADE SOCIAL: PROVOCAÇÕES SOBRE O FAZER PROFISSIONAL NO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE TERESINA (IPMT)

SOCIAL SERVICE IN THE FRAMEWORK OF SOCIAL SECURITY: PROVOCATIONS ABOUT DOING PROFESSIONAL AT THE TERESINA MUNICIPAL SOCIAL SECURITY INSTITUTE (IPMT)

Francisca Odete de Melo

Resumo

Este artigo trata do relato de uma experiência profissional vivenciada em um Instituto de Previdência Municipal – IPMT com o objetivo de apresentar os diferentes espaços de atuação do profissional assistente social no âmbito de um Regime Próprio de Previdência Social. A partir daí suscitar algumas provocações de como esse “fazer profissional” foi se formatando e se consolidando ao longo de 26 anos dentro de um contexto institucional em que a forma como a gestão concebe a profissão, a Assistência Social, a Saúde e a Previdência, é determinante no processo de valorização e reconhecimento profissional do Assistente Social.

Palavras chaves: Serviço Social, Previdência Social. Servidores Públicos. Regimes Próprios de Previdência Social.

Abstract

This article deals with the report of a professional experience lived in an Institute of Municipal Social Security - IPMT with the objective of presenting the different areas of performance of the professional of the Social Worker within the scope of a Social Security System. From then on, it provoked some provocations of how this “doing professional” was being shaped and consolidated over the course of 26 years within an institutional context in which the way management conceives the profession, Social Assistance, Health and Welfare, it is decisive in the process of valuing and recognizing the social worker.

Keys Word: Social Work, Social Security. Public Servants. Own Social Security Schemes.

Apresentação

Pensar a prática do Serviço Social no âmbito da Seguridade Social nos remete a um leque amplo de espaços profissionais com distintas especificidades. Estender essa discussão para o contexto dos Regimes Próprios de Previdência Social (RPPS), não é sem dúvida, algo tão simples, acrescido ao fato de que esse diálogo ainda não se faz tão presente na agenda do Serviço Social neste campo de atuação, onde observamos uma produção teórica acanhada e reduzidos fóruns de debates até então sobre a referida temática.

Trata-se de um relato com base em uma experiência vivenciada no período de 1993 a 2019. Propõe-se então, apresentar algumas percepções que essa vivência possibilitou. Os cenários e os espaços de atuação profissional foram sendo modificados seguindo a dinâmica da realidade institucional.

Nesse sentido, não será uma descrição cronológica da trajetória do Serviço Social no IPMT, mas trazer algumas reflexões que foram sendo formatadas ao longo desse percurso objetivando contribuir para o debate em torno da atuação do Serviço Social nos Regimes Próprios de Previdência Social.

A Seguridade Social, provavelmente seja uma das políticas que mais enfrenta os efeitos perversos da crise do capital ao pensarmos na violação dos direitos no que se refere à Saúde, Previdência e Assistência Social, considerando o desrespeito pelo qual tem passado os cidadãos beneficiários dessas políticas.

Embora a atuação do assistente social no âmbito do IPMT não aconteça especificamente junto ao servidor prestes a se aposentar,

mas junto a todos os servidores municipais que procuram os diversos serviços do instituto, se faz pertinente pontuar algumas reflexões em torno da aposentadoria, dada à natureza do IPMT, qual seja, trata-se de um Instituto de Previdência, como também, pelos desdobramentos provocados por tal processo, que de algum modo reverbera em outros aspectos da vida dos servidores municipais, podendo se constituir em demandas para o Serviço Social.

A crise previdenciária a qual estamos presenciando, mostra um cenário angustiante não só para aqueles prestes a se aposentar, mas para os cidadãos brasileiros de um modo geral. As incertezas aliadas às questões pessoais e/ou partidárias que se colocam acima dos interesses da nação acabam não trazendo nenhuma perspectiva de mudanças que objetivem melhorar a vida das pessoas.

Para piorar o caos instalado, a Reforma da Previdência via PEC 287 quando propõe segundo Fattorelli no artigo “A Máscara do déficit da Previdência” (2017), o desmembramento da Previdência da Seguridade Social que engloba Saúde, Previdência e Assistência Social, viola um direito constitucional, obtido através de lutas históricas. Assistimos então um desmonte da Seguridade Social como Política Pública, que de certa forma, já acontece desde seu nascedouro, na medida em que, a Previdência é tratada como um sistema.

Na lógica neoliberal do governo Bolsonaro, na qual o mercado regula tudo, com a Previdência não poderia ser diferente. Adotar um regime de Capitalização em substituição ao de Repartição é penalizar os mais pobres e favorecer àqueles com mais posses que podem custear suas aposentadorias individualmente.

Porém, quando se olha a Reforma da Previdência como moeda de troca entre a classe política, a empresarial e a judiciária, aí se justifica a presença de um Estado forte para que a reforma seja aprovada pela Câmara e o Senado Federal. Nesse momento a presença do mercado não é necessária? A proposta neoliberal não deveria estar presente em todas as instâncias?

A reforma vai de encontro à questão da proteção social. Ou melhor, ela passa a não existir. Um país que alardeia uma expectativa

de vida alta, como esta será mantida com uma parcela considerável da população aposentando-se com proventos mensais de R\$ 400,00 do BPC (Benefício de Prestação Continuada)? O que dizer do trabalhador rural e das mulheres que se quiserem uma aposentadoria integral terão que aumentar o tempo de contribuição?

Assim, no tocante à questão da Previdência, a rapidez e o volume das mudanças na legislação previdenciária é algo preocupante, tendo em vista as repercussões na vida dos seus beneficiários. A cada nova alteração proposta, que na sua maioria não traz benefícios, muito ao contrário, traz mais restrições, ampliam-se prazos e contribuições, estabelecem tetos reduzidos, complicam a feitura dos cálculos dos proventos, enfim, aposentar-se pode ser sinônimo de pesadelo.

As mudanças estruturais acabam trazendo alterações psicológicas aos indivíduos prestes a se aposentar e por não terem preparação emocional para o enfrentamento dessa nova etapa de suas vidas, acabam apresentando problemas de saúde que poderiam ser minimizados ou até reduzidos se houvesse, por exemplo, um programa de preparação para aposentadoria na instituição.

Na verdade enfrentar um processo de aposentadoria torna-se uma “*via crucis*” para boa parte dos brasileiros, obviamente guardando as devidas exceções. Nesse sentido, creio que precisamos dialogar sobre alguns mitos referentes à aposentadoria. O primeiro é que, requerer uma aposentadoria na maioria das vezes não é um processo tranquilo, pois até obtê-la, há um desgaste muito grande, expressado na demora na tramitação, excesso de papelório, descumprimento de prazos, informações desconstruídas, erros na feitura dos cálculos, etc.

Um segundo mito diz respeito à linguagem jurídica, identificada como um dificultador em um processo de aposentadoria. As constantes alterações da legislação previdenciária, aliada aos desdobramentos mencionados anteriormente, terminam repercutindo na linguagem jurídica adotada. Talvez possamos apontá-la como sinalizador que interfere na questão da acessibilidade para garantia dos direitos sociais,

haja vista que o uso de uma linguagem técnica carregada de muitas informações, dificulta seu entendimento para o cidadão comum, comprometendo a comunicação entre o beneficiário e o profissional que acompanha o processo. Assim, o cidadão diante da falta de opções por não estar devidamente esclarecido/informado, acaba “aceitando” o que lhe é oferecido sem questionar.

Outro aspecto que chama atenção refere-se à promessa de uma “aposentadoria feliz”, expressão escutada com frequência nos discursos acerca da aposentadoria. É como se a referida frase quisesse significar que essa nova etapa seria para usufruir de forma tranquila os frutos de um trabalho de muitos anos. Mas, esse mito cai por terra quando relacionamos, por exemplo, essa felicidade ao parco valor dos proventos recebidos (realidade da maioria dos aposentados brasileiros) e as elevadas despesas às quais o (a) aposentado (a) passa a ter nessa nova fase.

Aliado a essas questões apontadas acima no tocante à aposentadoria, soma-se o fato do sentido que nossa cultura dá ao envelhecimento, qual seja, um forte preconceito que se apresenta sob a forma de não valorização da pessoa idosa.

Dito de outra forma, no modelo de sociedade neoliberal, a pessoa idosa torna-se “improdutiva” para o sistema ao aposentar-se. Em que pese todo o discurso de valorização do idoso presente na legislação pertinente (Estatuto do Idoso, BPC, etc.) e nas políticas públicas adotadas, a lacuna entre o discurso e a operacionalização dos conceitos de valorização, ainda é muito grande.

Não invalidamos as conquistas obtidas referentes à questão do envelhecimento no nosso país, todavia, precisamos analisá-lo como questão social e cultural que precisa de diferentes olhares numa perspectiva multi e interdisciplinar.

É provável que esse conceito de improdutividade acabe permeando ações e atitudes cotidianas não só no mundo do trabalho, mas no mundo da vida. A partir dessa percepção, dissemina-se que um indivíduo não estando mais “servindo para produzir”, sua participação é vista como residual e limitada, logo sem muita importância.

Então aposentar-se passa a ser sinônimo de idoso e, por sua vez, pessoa improdutiva que não poderá dar lucro, muito ao contrário, representa custos. Então nessa lógica mercadológica, as relações vão sendo construídas, bem como, os preconceitos em torno da questão da aposentadoria.

Diante de um cenário tão complexo da Seguridade Social, um leque ainda mais ampliado de demandas se configura com a Reforma da Previdência, levando os assistentes sociais a repensar o seu “que fazer” em meio a um cenário que se apresenta em um contexto de mudanças diárias exigindo além de criatividade, conhecimentos de várias áreas, afim de dar conta dessas demandas expressas na atual conjuntura.

Assim, a qualificação profissional continuada se faz mister para o desvendamento da realidade e uma análise para além das demandas aparentes e imediatas. A apropriação do conhecimento e a postura investigativa promove a articulação das competências ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa, podendo ser manifestada através de documentos do Serviço Social capaz de alterar a realidade (KUCK, 2014)

[...] o produto final do Processo de Conhecimento a partir do objeto desvendado, garantirá a indicação de estratégias de enfrentamento dos processos de desigualdade social que os usuários do Serviço Social enfrentam em seu cotidiano de vida (TURCK, 2006, p 04).

Ampliar o *zoom* sobre as demandas pontuais permitirá ao profissional de Serviço Social, estabelecer uma interlocução institucional e os direitos dos usuários, podendo a partir daí, identificar os encaminhamentos e estratégias, não se limitando meramente a uma prática automática normativa.

O objetivo desse artigo é contribuir para provocar o diálogo e compartilhar algumas inquietações e reflexões sobre nossa vivência profissional no Instituto de Previdência dos Servidores do Município de Teresina – PIAUÍ (IPMT).

Recorte de um fazer profissional

Os cenários que se configuram na década de 90 apresentam uma tendência crescente de criação de novos institutos municipais, provavelmente incentivados pela ideia já não tão recente, do fortalecimento dos municípios enquanto “*locus*” de operacionalização das Políticas Sociais.

Quer dizer, o discurso da descentralização pressupõe a perspectiva de que é preciso tornar a cidade mais próxima do cidadão, ou seja, pensar na operacionalização das políticas de modo a oferecer resultados mais céleres. Espera-se que o fluxo das respostas às demandas, desde o acesso até à finalização seja mais enxuto e resoluto.

Em se tratando de Previdência Social a máxima “o tempo é ouro” é bastante pertinente a esse contexto, sobretudo no que se refere à concessão dos benefícios de aposentadorias e pensões que requerem procedimentos burocráticos e comprovação documental, nem sempre fáceis de obtenção. Infelizmente a legislação dos RPPS não faz referência a um prazo mínimo a ser cumprido pelos institutos para a concessão do benefício. É provável então, que tal fato possa influenciar o desfecho do processo, na liberação dos mesmos.

Obviamente que paralelo a essa preocupação com a celeridade em atender as demandas, os gestores municipais veem nos RPPS mais uma forma de captação de recursos financeiros, mediante os investimentos que a arrecadação desses regimes pode trazer, bem como a compensação previdenciária, sem contar ainda, no fortalecimento da autonomia municipal (Art. 4º da Lei 2.969/2001 e Art.15 2.970/2001 e Lei 9.796/1999).

Outro ganho para o município é poder administrar diretamente o controle da capacidade laborativa dos recursos humanos da prefeitura e dos afastamentos do trabalho de seus servidores, beneficiários do sistema previdenciário.

O IPMT foi criado pela Lei Municipal 2.062/91 como uma Autarquia vinculada à Secretaria Municipal de Administração – SEMA, com a “finalidade de gerir o sistema de Previdência, Saúde

e Assistência Social dos servidores da Prefeitura Municipal de Teresina”. Para tanto, o Poder Executivo de Teresina passa a ser o gestor de um Fundo de Previdência que deu origem ao instituto que será mantido através do recolhimento das arrecadações antes feitas pelo INSS (MELO, 1995). Esta lei foi revogada pela Lei 2.969/2001 atualmente em vigor.

Quando foi criado o IPMT e na sua estrutura inicial o Departamento de Serviço Social, as competências do departamento, de acordo com o Regimento Interno do instituto, priorizavam a execução de projetos voltados para concessão de empréstimos nas áreas da Saúde, Habitação e Educação, embora o Regimento fizesse referência também, a outros aspectos como “... cuidar da orientação aos beneficiários quanto os seus direitos e deveres para com a Previdência Social do IPMT” (IPMT, 1991).

Realçamos o fato de que quando chegamos para assumir o Departamento de Serviço Social, o Regimento Interno já havia sido elaborado e não temos conhecimento de que outras Assistentes Sociais tenham participado da sua elaboração. A importância dessa informação se faz no sentido de que a redação do texto relativo às competências do Serviço Social no IPMT poderia estar articulada de forma mais objetiva com as diretrizes do Projeto Ético Político do Serviço Social. Além disso, é provável que a ausência do profissional da área, no momento da definição das competências do setor, possa repercutir na maneira como o gestor vai direcionar as ações desenvolvidas pelo Serviço Social.

O IPMT foi idealizado na lógica do modelo racionalizador, organizado sob a forma de Seguro Social. Dessa forma, pressupõe-se que a prestação dos benefícios sociais deve ser assegurada a todos os beneficiários em todas as áreas, já que a manutenção do instituto é custeada pelo conjunto de segurados e pelos órgãos empregadores.

Entretanto, talvez pela natureza legal pela qual fora criado, a forma de investimento do instituto nas áreas da Previdência, Saúde e Assistência Social difere qualitativamente e quantitativamente. Assim, enquanto era garantida a concessão dos benefícios na

área da Previdência e Assistência à Saúde a todos os segurados e dependentes, a Assistência Social não recebia o mesmo tratamento.

O caráter residual da Assistência Social fica claro no parágrafo 2º do Art. 48 da Lei 2.062/91.

“Deduzidas as importâncias destinadas ao pagamento dos benefícios e serviços e demais despesas normais e prioritárias do IPMT, parte da renda poderá “uma única vez em cada ano” ser aplicada em percentual estabelecido pelo Conselho de Administração com homologação do Chefe do Poder Executivo em programas de Assistência Social”.

Esse texto legal pode ser visto como um instrumento capaz de fornecer elementos que identifiquem como a Assistência Social foi se configurando na Organização, formatando a visão dos gestores sobre o setor, influenciando, portanto, na definição dos benefícios sociais, dos itens que o compõem, dos grupos a serem beneficiados e, conseqüentemente dos recursos a serem alocados.

Convém mencionar, que o artigo mencionado anteriormente, teve sua redação alterada em conformidade com a Lei Municipal 2.313/94 a qual define um percentual a ser aplicado na Assistência Social , parte da receita poderá ser aplicada em programas de assistência social, não podendo ultrapassar o limite de 0,7% de sua receita.

A leitura dessa nova redação permite apreender comparando-se à redação original, o grau de importância de como a Assistência Social é vista por aqueles que elaboram as leis, pois, embora estabelecido um percentual dos recursos destinados à Assistência Social, esse reduzido valor ainda assim, só poderia ser utilizado “uma única vez em cada ano”. O texto não deixa dúvida do caráter residual, paternalista e benevolente concedido à Assistência Social.

Quer dizer, reflete o desconhecimento do que vem a ser assistência dentro de uma concepção adotada pela Constituição Federal, a qual é compartilhada por este relato. A Assistência Social é um direito de cidadania, fruto de conquistas populares, não uma dádiva, submetida a critérios subjetivos e/ou favoritismos.

A materialização dessa maneira de conceber a Assistência Social pelos gestores ocorre também, quando definem a forma de aplicação do percentual de 0,7%, que

deverá ser aplicado em “concessões financeiras”, definidas pela organização com aquelas “ajudas” que deveriam ser liberadas aos beneficiários em situações de extrema carência. [...] As concessões são vistas como um investimento sem retorno financeiro para o instituto” (MELO, 1995).

MELO, 1995, aponta que talvez em função dessa lei que limita consideravelmente os recursos destinados à assistência social diante do elevado número de beneficiários que se encontravam em situação de carência os gestores se preocuparam em elaborar outro documento, aprovado pelo Conselho de Administração, o qual define um percentual para a Assistência Social e discrimina a distribuição de como os recursos devem ser alocados conforme as diferentes receitas e despesas do IPMT.

“Reserva Técnica”.....	10%
Despesas Administrativas.....	10%
Despesas de Pessoal.....	12,3%
Convênios e Credenciamento.....	60% até dez/94
A partir de jan/95.....	50%
Concessões Financeiras.....	0,7%
Assistência Social.....	7%”

A Lei 2.062/91 diz ainda, que a Assistência Social poderá ser prestada sob a forma de Empréstimo-Educação, empréstimo para fins habitacionais e empréstimo para atendimento à saúde. Conforme dados da monografia de MELO, (1995), o IPMT adotou a modalidade de empréstimo para habitação e saúde feita ao servidor, no qual há um retorno financeiro do capital aplicado. No que se refere à educação, o fardamento escolar e o material escolar eram doados para servidores de baixa renda.

Percebe-se no Quadro acima, a diferença que os gestores fazem com relação aos conceitos de “concessão financeira” e

“assistência social”, pois no primeiro as concessões eram utilizadas como “ajudas”, para os beneficiários em situação de extrema carência, portanto sem retorno do investimento. A Assistência Social era oferecida na modalidade de empréstimo, no qual servidores requerentes pagavam pelos serviços disponibilizados. Portanto um investimento do instituto com retorno garantido.

O critério financeiro é utilizado pela gestão para diferenciar Concessão da Assistência Social. O mesmo critério também é usado para definir os usuários dos dois benefícios, já que a baixa renda é o indicador primeiro que poderá permitir à acessibilidade.

Os critérios de acesso a quaisquer das modalidades eram estabelecidos nas normatizações (MELO, 1995), tendo em vista que nem todos os servidores poderiam ter acesso mediante a quantidade de recursos disponíveis e a elevada demanda dos serviços requeridos.

Dentre as concessões havia o Projeto de Fardamento e Material Escolar para filhos de servidores de baixa renda, outras concessões quando se tratava de algum serviço de saúde não coberto pelo IPMT e o servidor não tinha condições de arcar com as despesas e a distribuição de cestas básicas para todos os servidores no período da Semana Santa.

A Reforma da Previdência de 1997 (Lei 8.717) estabeleceu que os RPPS somente poderiam utilizar os recursos previdenciários para custear os benefícios previdenciários. Os desdobramentos provocados pela utilização dos recursos arrecadados alterou significativamente a estrutura do IPMT. Assim, para continuar prestando assistência à saúde, o Instituto propôs a criação de outros dois descontos para arcar com as despesas de saúde, ambos opcionais. Através da Lei 5.140/2018 criou o FAS (Fundo de Assistência à Saúde) mantido pelos servidores a fim de custear os dois planos, um ambulatorial, o IPMT- Saúde e outro hospitalar, o PLANTE (Plano de Saúde Especial dos Servidores do Município de Teresina - Lei 2.480/96).

A partir de então os empréstimos foram suspensos, como também as concessões financeiras, pois o orçamento do instituto não poderia conter uma rubrica destinada à Assistência Social

já que a legislação não fazia referência a esta. Além disso, houve mudança de gestão e os novos gestores tinham linhas de atuação diferentes, e, obviamente outros projetos para desenvolver. Dentre as várias alterações propostas pela Lei 8.717/97, a ausência de uma dotação orçamentária no IPMT para a Assistência Social reveste-se de importância para o Serviço Social na instituição, pois reforça ainda mais o caráter residual com que a assistência é vista e fragiliza a profissão e os profissionais de Serviço Social.

Talvez uma das repercussões desse fato tenha sido a transformação do Departamento em Núcleo, significando, na nomenclatura administrativa, uma redução de autonomia e representatividade. Dito de outra forma, o *status* da profissão foi afetado institucionalmente, trazendo perdas não só financeiras, mas profissionais, além de perdas para os beneficiários dos serviços. E em um momento posterior, o Núcleo deixou de existir e as Assistentes Sociais passaram a ocupar diferentes espaços onde a instituição demandava seus serviços.

Nessa nova estrutura organizacional, os projetos apresentados pelo Serviço Social esbarravam sempre na questão dos recursos, pois, com a extinção do Departamento/Núcleo de Serviço Social no organograma, se tinha a justificativa de que não havia uma previsão de despesas no orçamento para o investimento nesses projetos, então como garantir sua execução? Acredito que a aposta na criatividade e compromisso profissional foi algo muito presente na rotina das Assistentes Sociais do IPMT, caso contrário, inviabilizaria toda sua intervenção.

O fato também da extinção do Departamento, onde as competências não mais se apresentaram formalmente, acabaram levando Serviço Social a atender demandas de certa forma pulverizadas em várias áreas. A inexistência de um “*lôcus*” de atuação específico com definição de atribuições influencia a identificação do Serviço Social na instituição além de contribuir para que os profissionais não tenham se preocupado, por exemplo, com a elaboração de um Plano Básico de Ação que norteasse suas atividades.

Para além dessas observações acima, temos que considerar que a constituição do Serviço Social no âmbito dos Regimes Próprios de Previdência (RPPS), e no caso específico do IPMT, foi se configurando a partir de algumas especificidades. Uma destas diz respeito ao tipo de beneficiário atendido no Instituto: servidores da Prefeitura Municipal de Teresina (PMT). Mesmo adotando as normativas do Regime Geral de Previdência Social (RGPS) referente à concessão de benefícios previdenciários (aposentadorias e pensões), as demandas colocadas para o Serviço Social no IPMT, não estão diretamente voltadas unicamente à concessão desses benefícios.

Atualmente o organograma inicial não se faz mais presente, opera-se com um Organograma informal que se adequa de acordo com os cargos criados e o Serviço Social já não faz parte da atual estrutura organizacional, como detentor de um setor específico, embora os Assistentes Sociais continuem no quadro funcional do Instituto. (Lei Complementar 4.528/2014 cria o Quadro Permanente dos Servidores do IPMT).

Dito de outra forma, a inexistência de uma normatização formal mediante um documento que registre atribuições e competências do Serviço Social de acordo com os serviços oferecidos pelo instituto e previstos no Código de Ética da profissão e nos Parâmetros da Saúde, Previdência e Assistência Social, repercute no agir profissional das Assistentes Sociais.

Provavelmente, a existência de uma documentação dessa natureza conferiria maior estabilidade à profissão dentro do Instituto. Todavia, para além das formalidades, deve-se considerar também, que a discussão acontece em outra dimensão, voltada para um movimento muito mais amplo no mundo do trabalho, vivenciado por todas as profissões, onde a precarização e flexibilização das relações de trabalho afeta o exercício profissional. Obviamente que a forma como a gestão concebe a profissão e a concepção da Assistência Social, Saúde e Previdência, é determinante no processo de valorização e reconhecimento profissional, é por assim dizer, o “conjunto da obra” que deve ser considerado.

O que essas alterações no organograma significaram para a profissão e seus profissionais? Ter um setor específico do Serviço Social na estrutura organizacional é determinante para a profissão ser reconhecida institucionalmente? Talvez a inexistência desse setor seja um dos fatores que justifica o fato de que a execução das atividades profissionais dos Assistentes Sociais ocorre de forma fragmentada sem seguir um Plano de Ação do Serviço Social na instituição.

Por outro lado, será que não precisamos ampliar nosso olhar para perceber qual o peso real que atribuímos às formalidades burocráticas? Identificar quais os ganhos e as perdas obtidas a partir das alterações operadas? Se as intervenções propostas refletem de alguma forma essas mudanças?

Registrar essas percepções reveste-se de importância para entendermos os desdobramentos que tais fatos provocam na forma de atuação dos Assistentes Sociais no Instituto. Quer dizer, ao longo de 26 anos de existência, o Serviço Social no IPMT foi ganhando formatações diferentes conforme as alterações ocorridas no contexto institucional e no seu entorno.

A atuação do Assistente Social no IPMT se dá em diversas áreas, tais como: Assessoria, Gestão, Assistência à Saúde, Perícia Médica, Planejamento, Pesquisa, etc. A percepção dessa atuação nas mais variadas áreas nos leva dentre outras ponderações, a fazer inicialmente, algumas provocações em torno do amplo sentido que é dado à palavra **social** na instituição, dada a influência que esse termo repercute no nosso fazer profissional.

A impressão é a de que o termo “social” de um modo geral, independente da área, ganha significado distinto a depender do contexto em que se insere. Estendendo essa pergunta para o contexto do IPMT, observamos que o “social” é percebido como algo que abarca tudo o mais que as outras profissões envolvidas não conseguem resolver ou demandas que segundo estas, não estão no seu escopo de atuação. Quer dizer, pelo entendimento que cada profissional que compõe a equipe tem sobre seu objeto de trabalho.

Será que essa forma de olhar dos outros profissionais, não revela a necessidade de uma percepção sobre o entendimento de que as questões que hoje se colocam precisam ser enfrentadas sob um ponto de vista multi e interdisciplinar? O que não significa que quando não consigo dar resolutividade porque está fora de minha área de atuação, transfiro a demanda para o profissional de Serviço Social, pois aí já se configura um problema social. O “social” então parece ser definido de forma indistinta, por cada profissional, passando a impressão de que qualquer profissional decide o que é o “social” e a partir daí, definindo as demandas do Assistente Social.

Uma abordagem interdisciplinar de um problema pressupõe o entendimento de que para enfrenta-lo com resolutividade é preciso perceber que vários e distintos fatores estão implicados. Ou seja, as diferentes áreas envolvidas precisam dialogar entendendo aonde vai à atuação de cada um, para no final prestar um atendimento com eficiência e eficácia.

Esse sentido amplo do social pode nos remeter à reflexão de que o fato de querer dar visibilidade ao que faz o Serviço Social, nos leve a querer estender nossos espaços de atuação profissional o que pode provocar por outro lado, a perda da dimensão das especificidades da profissão.

Talvez isso possa ser um indicativo que o Assistente Social precise ter clareza de seu papel a fim de identificar diferentes possibilidades que podem surgir para a profissão, em espaços que requerem um trabalho multiprofissional, porém sem perder de vista sua identidade profissional e as atribuições asseguradas no Código de Ética dos Assistentes Sociais.

Outro questionamento é sobre o modo como esses caminhos estão sendo construídos. O fato de o IPMT não ter formalmente uma política social definida no planejamento de suas ações e, conseqüentemente a ausência de um setor no organograma responsável pela execução das ações dessa política, que deveria ser assumido pelo Serviço Social, influencia nos caminhos que o Serviço Social vem buscando na instituição.

A proposta é identificar o que está subjacente nesse “*modus operandi*” do Serviço Social no citado instituto. Entender como a formatação dessa experiência profissional do Assistente Social foi acontecendo conforme o cenário previdenciário municipal ia evoluindo desde sua implantação e consolidação.

Nesse contexto da Seguridade Social versus fazer profissional, indaga-se: **Qual a correlação de forças presente? Quais aspectos influenciaram nos avanços e recuos? Qual o significado da pesquisa/ investigação para profissão? Qual a contribuição do Serviço Social na produção do conhecimento? Na produção de informações em saúde? No planejamento e gestão? Enfim, o que essa experiência representa para o Serviço Social?**

A diversidade de espaços para atuação do profissional de Serviço Social identificadas nessa breve exposição apresenta um campo muito vasto de possibilidades que guardam especificidades distintas que precisam ser observadas no fazer do Assistente Social, procurando aprimorar as lacunas que a formação profissional não consegue suprir, tendo em vista que o desvendamento da realidade é dinâmico e complexo, se fazendo e refazendo, portanto, a cada contexto.

Então, a proposta é mostrar as diferentes áreas de intervenção do Serviço Social no IPMT no decorrer de um percurso histórico, independente do momento em que ocorreram. Quer dizer, algumas áreas de atuação já não se constituem mais espaços profissionais, sejam porque foram substituídas, sejam porque deixaram de fazer parte das demandas institucionais.

Na área da Previdência, o Serviço Social está presente no serviço de Perícia Médica, com uma atuação voltada para o servidor periciado, seja realizando visitas domiciliares, emitindo pareceres e laudos sociais, que subsidiarão os médicos peritos na emissão de seus laudos, seja realizando entrevista pré-admissional.

Outro projeto nessa área elaborado e coordenado pelo Serviço Social foi o do “Recadastramento dos Aposentados e Pensionistas da PMT”. Recentemente elaboramos o projeto da “Prova de Vida”, uma versão atualizada do anterior, já que a finalidade é a mesma,

a atualização dos dados cadastrais dos servidores aposentados e pensionistas da PMT. Sua execução está sendo feita pela equipe da Gerência de Previdência.

Na Saúde a atuação profissional do Assistente Social ocorreu no trabalho de visitação aos usuários internados pelo PLANTE (Plano de Saúde Especial dos Servidores do Município de Teresina, voltado para as internações hospitalares) durante o período da internação, para avaliar o nível de satisfação com os serviços oferecidos e a qualidade do atendimento prestado no hospital, bem como, no próprio PLANTE no momento do agendamento da internação.

Havia também o monitoramento da qualidade dos serviços prestados pela rede credenciada pelo IPMT-Saúde (Plano de Saúde voltado para o atendimento ambulatorial), através de visitas periódicas feitas a estes estabelecimentos. Ainda nessa área, faz atendimento ao beneficiário que procura o instituto em busca de informações, esclarecimentos, encaminhamentos sobre os Planos de Saúde e previdência, serviço que chamamos de “Escuta Qualificada”.

Na área da Promoção da Saúde o Serviço Social elaborou e executou vários projetos: o pioneiro foi o da Colônia de Férias onde a ideia é investir em um espaço de lazer e entretenimento para os servidores e seus dependentes, evidenciando a importância da promoção da saúde para uma vida mais saudável e com qualidade. Atualmente esse projeto ainda se mantém, porém sem a participação do Serviço Social.

Na Colônia de Férias em Luís Correa – PI foram realizados alguns SPAs, onde a participação da Assistente Social ocorreu na elaboração do projeto, supervisão e acompanhamento de algumas edições dos SPAs e elaboração de um artigo apresentado em um Congresso de Serviço Social em Águas de Lindóia – São Paulo sobre a experiência do Serviço Social participar de um evento dessa natureza, fazendo parte da equipe multiprofissional.

Posteriormente implantou-se o Projeto “Viva Melhor sua Idade”, voltado para os aposentados e pensionistas da Prefeitura

Municipal de Teresina com uma proposta de desenvolver ações que contribuíssem para um envelhecimento saudável. O Projeto “Acolher” direcionado aos servidores recém-admitidos nos concursos realizados pela PMT, com o objetivo de dar as boas vindas e repassar informações básicas do funcionamento do Instituto com foco especial na perícia médica e nos direitos e obrigações do servidor público municipal.

Na perícia também foi desenvolvido através da assessoria da diretoria de Previdência Social, Projeto “Sexta Interativa” que foi uma das atividades da Campanha “Atrito Zero na Perícia Médica”. A ideia da campanha era atingir o Público Interno (colaboradores do instituto) e o Público Externo (servidores da PMT).

Porém, somente conseguimos executar ações para os colaboradores com a finalidade de tornar o ambiente da Perícia Médica mais acolhedor e humanizado, mediante a melhoria no nível de satisfação pessoal e profissional assegurando ao Instituto, melhor qualidade nos serviços oferecidos.

A participação da assistente social na produção de uma Cartilha sobre os Direitos Previdenciários constituiu-se em uma importante atuação, revelando-se como mais um espaço possível de intervenção.

Atualmente ainda nesta área da promoção da saúde, está sendo desenvolvido o Projeto “Mulheres em Movimento” direcionado para as colaboradoras do Instituto, objetivando possibilitar a estas, o acesso a atividades sócio/culturais/lazer como forma de compensar o desgaste físico/emocional ocasionado pelas tensões diárias do labor profissional.

Na área da gestão, tivemos atuação em algumas gerências, como a da Assistência à Saúde, Previdência e atualmente no PLANTE, guardando especificidades próprias da gestão que muitas vezes conflita com o exercício da profissão dada à natureza do Serviço Social no que se refere à questão dos direitos sociais.

Constatamos a existência de uma demanda que embora não esteja formalmente instituída, é identificada quando os colaboradores buscam o profissional de Serviço Social para

atender solicitações internas, seja para servir como mediador, fazer encaminhamentos, articular com outras instituições, seja para organizar eventos, campanhas educativas, datas comemorativas (Câncer de Mama, Doação de Sangue, Semana do Servidor, Vacinação, etc.), produção de material educativo, dentre outros.

O IPMT também se constitui em campo de estágio de aluno (a)s dos cursos de Serviço Social, Direito, Contabilidade e Administração. Assim, a Assistente Social faz a supervisão dos estagiários (a)s de Serviço Social, no PLANTE e Perícia Médica.

A pesquisa social constitui-se um dos eixos da formação profissional do Assistente Social. Quando nos propomos dialogar sobre as diferentes possibilidades que podem se descortinar para o Assistente Social em um determinado campo, estamos exercitando uma postura investigativa, que nos motiva a descobrir esses múltiplos espaços que muitas vezes podem parecer à primeira vista, inexistentes e até invisíveis, quando falamos, por exemplo, na atuação do Assistente Social em um RPPS.

Nesse sentido, o investimento na pesquisa social pode ser visto como uma forma de mostrar que para além da “prática pela prática”, o fazer profissional do Assistente Social dada sua natureza dialética, é uma práxis que acompanha as transformações históricas, sócio, políticas, econômicas e culturais.

A participação do Serviço Social na pesquisa iniciou com a elaboração e execução de alguns projetos: Em 1995 com a elaboração da Monografia “O Funcionamento do Programa de Benefícios Sociais dos Servidores Municipais do IPMT”. Depois o Projeto do “Nível de Satisfação dos Beneficiários da Assistência à Saúde”, produto de uma Dissertação de Mestrado em 2010 e na produção de um artigo para o Congresso de Saúde Coletiva; Projeto “Perfil Epidemiológico dos Servidores Periciados”, o qual resultou também na elaboração de um artigo para o CBAS de 2016. Posteriormente, realizamos um projeto para avaliar o nível de satisfação dos usuários da Perícia Médica.

A ideia do projeto do Perfil surgiu quando, observando a Perícia Médica, sentimos a necessidade de desenvolver algum

trabalho nesse ambiente por percebê-lo com muitas fragilidades que precisariam ser senão sanadas pelo menos amenizadas afim de melhorar a prestação dos serviços oferecidos. Aliado ao fato de ser um setor de extrema importância para o IPMT, já que todos os afastamentos do trabalho motivados especialmente por doenças são avaliados pela Perícia Médica.

Nessa época, embora existisse o Serviço Social na Perícia Médica, ainda não havia um trabalho sistematizado com um planejamento definido. As atividades iam sendo desenvolvidas de maneira meio dispersas, conforme as demandas identificadas e algumas vezes até fugindo das atribuições do Assistente Social, como por exemplo, realizando atividades burocráticas com o argumento de estar “contribuindo com a instituição”. Mas essas lacunas estavam presentes não somente no Serviço Social, mas em toda Perícia Médica.

Então, percebia-se que dentre essas lacunas, tínhamos a própria organização dos processos de trabalho, do ambiente físico, incluindo mobiliário, mas também, delimitação dos espaços físicos de atendimento de acordo com os profissionais, *layout* do ambiente, organização dos fichários, prontuários, fluxo de atendimento, manual de padronização das atividades periciais, enfim, muito teria que se fazer para que as mudanças ocorressem e pudessem resultar em melhorias dos serviços oferecidos.

A paixão pela pesquisa e pela profissão acabou nos levando a “arregaçar as mangas” e partir para o trabalho árduo da investigação, pois acreditávamos que somente quando temos dados concretos sistematizados de uma realidade, é que podemos propor uma intervenção eficiente.

Sabíamos que seria uma proposta ousada, principalmente porque não poderíamos contar com uma equipe formada para execução de um projeto de pesquisa, já que o Instituto não tinha recursos humanos suficientes para esta ação e também porque pesquisa não é prioridade institucional. Um dos receios era não conseguir adesão da equipe de colaboradores da Perícia Médica, pois se trata de um ambiente onde a questão dos direitos e deveres

dos servidores é vivenciada de forma muito conflituosa, o que influencia os processos de trabalho das pessoas envolvidas, além do intenso volume de atividades diárias inerentes ao setor.

Felizmente esse receio não foi confirmado, pois a receptividade da gestão, o acolhimento e o envolvimento que tivemos da equipe, colocando-se disponível aceitando fazer um trabalho a mais, foi o que tornou possível propor uma pesquisa e sua realização.

A ideia da Pesquisa: O Perfil Epidemiológico do Servidor Periciado tinha a pretensão inicial de apenas mostrar a partir de uma série histórica (período de um (um) ano), o comportamento das perícias médicas realizadas no IPMT. Por que e para quê? Por que observamos que no setor da Perícia Médica havia muitos dados que poderiam ser transformados em informações essenciais para o planejamento das ações do instituto, porém estavam registrados de forma dispersa, com registros inacabados, etc.

Respondendo o “Para quê”, foi percebido que a partir do momento em que sistematizássemos os dados existentes, poderíamos identificar os principais gargalos da Perícia e contribuir para melhorar seu funcionamento. Além disso, pretendia-se também mostrar que a pesquisa é um campo fértil para suscitar múltiplas intervenções do Assistente Social.

Todavia, à medida que a investigação foi se desenvolvendo e as variáveis inicialmente desenhadas no projeto de pesquisa aparecendo, fomos descobrindo outros “achados” que iam se completando às variáveis definidas e suscitando outros questionamentos que deram margem a proposição de diversos projetos de intervenção importantes para o aprimoramento do funcionamento da Perícia Médica.

Costumo dizer que o IPMT teve uma Perícia Médica antes da pesquisa e outra depois, pois as mudanças foram significativas, além de permitir mostrar um leque de possibilidades e espaços de atuação para o Assistente Social. Obviamente que embora esses espaços fossem apresentados, era necessário interesse da gestão em reconhecê-los e colocá-los na agenda do instituto.

Elencando algumas mudanças, começo pelo Serviço Social. Passamos a ter uma sala para realizar os atendimentos dos servidores periciados. Criamos e modificamos os instrumentais do Serviço Social (Formulário da Entrevista Admissional, de Visita Domiciliar e Institucional, Encaminhamento do Perito para o Assistente Social, relatório mensal dos atendimentos realizados, dentre outros). As estagiárias passaram a ter uma atuação mais dinâmica e participativa, provavelmente por sentirem-se mais motivadas e identificadas com a profissão. A existência de um espaço físico definido para os atendimentos, possibilita uma referência e credibilidade profissional.

Isso foi sendo percebido pelo envolvimento delas na pesquisa, na produção de material educativo, proposição de projetos de TCC na área da perícia, ou seja, a Perícia Médica passa a ser reconhecida como um espaço de atuação profissional necessário e importante.

Enfim, acreditamos que as mudanças mais significativas ocorreram no relacionamento das profissionais com a equipe da Perícia Médica. Quer dizer, a especificidade do fazer profissional do Assistente Social passou a ser identificada de forma mais clara. Dito de outro modo, as demandas para o Serviço Social passaram a se dar de maneira mais direcionada. O Assistente Social estava na Perícia Médica para contribuir com atividades pertinentes à sua atribuição/competência e não mais para realizar qualquer atividade.

Outro ganho verificado e o Serviço Social teve participação fundamental, foram as alterações nos processos de trabalho do pessoal administrativo onde organizamos as rotinas estabelecendo fluxos de atendimento e distribuição mais racional das atribuições de cada um.

Vale mencionar que a elaboração de um Manual da Perícia Médica foi uma dentre as várias recomendações sugeridas no Relatório da Pesquisa do Perfil, onde a Assistente Social foi uma das responsáveis.

Reafirmo, o quão inspirador é o processo de investigação, mostrando-nos a complexidade da realidade e a infinidade de

possibilidades de atuação possíveis para o Serviço Social apresentar propostas de intervenção.

Não basta identificar possibilidades, mas é preciso entender a correlação de forças, o contexto institucional, enfim, considerar o estado da arte presente, cuja influência é preponderante no fazer profissional do Assistente Social.

Outra reflexão que essa investigação nos revelou foi identificar as lacunas internas do Serviço Social na Perícia Médica e quais as saídas para preenchê-las. Uma seria perceber que a demarcação dos espaços pode ser uma forma de garantia da manutenção de uma profissão em um mundo do trabalho tão competitivo, ainda mais em um campo onde somos consideradas como área meio.

Creio que isso também, nos remete a repensar a existência da coesão entre os Assistentes Sociais do instituto para desenvolver as ações institucionais. É preciso que haja certas articulações entre os profissionais, necessárias para obtenção de conquistas profissionais importantes e manutenção das existentes.

Além de fortalecer a categoria, mostrar essa coesão do grupo especialmente em momentos de embates e enfrentamentos, é necessário sob o ponto de vista ético/corporativo em um ambiente que requer postura firme de profissionais “meio”.

A crise a qual o mundo vivencia atualmente, com taxas de desemprego alarmante, afeta a todos. Muitas vezes a ocupação em cargos de gestão pode influenciar no envolvimento ou não do Assistente Social em determinadas ações que exigem um enfrentamento. Isso ocorre não só com o profissional de Serviço Social, mas qualquer profissional pode se deparar com situações dessa natureza.

Entretanto, creio ser pertinente pensar na correlação de forças existente no momento, no contexto político, enfim, a ideia é não se colocar em uma posição de engessamento que não permita fazer uma análise mais racional da situação. Sabemos que concretamente não é fácil a adoção dessa postura. Descrivê-la, distanciando-se dos fatos, pode parecer fácil, mas não é.

Porém, não se trata deste tipo de leitura, mas chamar à atenção para a ocorrência dessa situação que não é tão rara de ocorrer, e, muitas vezes não percebemos o quanto isso nos afeta profissionalmente e deixamos de obter ganhos futuros, perdas de espaços e, conseqüentemente, perdas importantes para os usuários dos serviços.

A atualização profissional aliada ao questionamento das demandas institucionais, do acompanhar o movimento da realidade social e das mudanças operadas que se apresentam cotidianamente, vai permitir o exercício de uma prática comprometida com alterações significativas para os usuários, bem como, mostrar a necessidade da inserção da profissão no mercado de trabalho.

É necessário dar um *zoom* para perceber as particularidades das situações colocadas pelos usuários e proceder a uma análise mais aprofundada considerando o momento histórico e as interferências que ocorrerão no caminho.

Mediante a apropriação do conhecimento crítico e de uma postura investigativa é que o profissional consegue fazer a articulação das competências ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa que se materializam quando a realidade é transformada. Turck, 2006 citada por KUCK, 2004 afirma que

O produto final do processo de conhecimento, a partir do objeto desvendado garantirá a indicação de estratégias de enfrentamento aos processos de desigualdade social que os usuários do serviço social enfrentam em seu cotidiano de vida.

Entendo que o desafio posto para as Assistentes Sociais no contexto dos RPPS, é qualificar a intervenção profissional e extrapolar as diretrizes institucionais no sentido de estabelecer articulações que permitam o alcance dos direitos sociais além dos previdenciários, contribuindo para construção de uma sociedade mais igualitária.

Referências

BEHRING, E.R. **Brasil em contra reforma** – desconstrução do Estado e Perda de Direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BOSCHETTI, Ivanete. Implicações da reforma da previdência na sociedade brasileira. **Revista Psicologia e Sociedade**. v. 15 nº 1 Belo Horizonte. Jan/jun. 2003.

BRASIL, Constituição Federal, 1998.

_____, **Decreto Nº 3.048 de 06 de maio de 1999**. Aprova o regulamento da previdência social e dá outras providências. Brasília, DF, out. 2019. Disponível em: planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm.

_____, **Emenda Constitucional Nº 20 de 15 de dezembro de 1998**. Modifica o sistema de previdência social, estabelece normas de transição e dá outras providências. Brasília, DF. Disponível em: planalto.gov.br/ccivil03/constituicao/emendas/emc/emc20.htm.

_____, **Emenda Constitucional Nº 103 de 12 de novembro de 2019**. Altera o sistema de previdência social e estabelece regras de transição e disposição transitórias. Brasília, DF. Disponível em: planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc103.htm.

_____, **Lei 2.062 de 18 de julho de 1991**. Institui o Regime Próprio de Previdência e Assistência Social dos Servidores do Município de Teresina, PI.

_____, **Lei 8.213 de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre os Planos de Benefícios de Previdência Social e dá outras providências.

_____, **Lei 8.212 de 24 de julho de 1994**. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui o Plano de Custeio e dá outras providências.

_____, **Lei 2.138 de 21 de julho de 1992**. Dispõe sobre o Estatuto dos Servidores do Município de Teresina, PI.

_____, **Lei 2.313 de 1994**. Dá nova redação ao inciso III art. 11 e § 2º do art. 48 da Lei 2.062 de 18 de julho de 1992. Institui o Regime Próprio de Previdência e Assistência Social dos Servidores do Município de Teresina, PI.

_____, **Lei 2.357 de 1995**. Dá nova redação ao § 2º do art. 48 da Lei 2.062 de 18 de julho de 1991 que institui o Regime Próprio de Previdência e Assistência Social dos Servidores do Município de Teresina, PI.

_____, **Lei 9.796 de 05 de maio de 1999**. Dispõe sobre a compensação financeira entre o Regime Geral de Previdência Social e os Regimes Próprios de Previdência Social dos servidores da União, Estados, Distrito Federal e dos Municípios nos casos de contagem recíproca de tempo de contribuição para efeito de aposentadoria e dá outras providências.

_____, **Lei 2.480 de 1996**. Dispõe sobre a criação do PLANTE – Plano de Saúde Suplementar dos Servidores do Município de Teresina.

_____, **Lei 8.717 de 27 de novembro de 1998**. Dispõe sobre as regras gerais para a organização e o funcionamento dos Regimes Próprios de Previdência Social dos Servidores Públicos da União, Estados, do Distrito Federal e Municípios, dos Militares dos Estados, do Distrito Federal e dá outras providências. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis.

_____, **Lei 2.970 de 12 de janeiro de 2001.** Institui o Plano de Custeio do Regime Próprio de Previdência Social dos Servidores Municipais de Teresina e dá outras providências.

_____, **Lei 2.971 de 16 de janeiro de 2001.** Altera a Lei nº 2.138, de 21 de julho de 1992, que dispõe sobre o Estatuto dos Servidores Públicos do Município de Teresina e dá outras providências.

_____, **Lei 4.72, de 7 de novembro de 2013.** Altera e acrescenta dispositivos na lei nº 2.970, de 12 de janeiro de 2001, que “institui o Plano de Custeio do Regime Próprio de Previdência Social dos Servidores Municipais de Teresina”, com modificações posteriores, em especial pela lei nº 4.214, de 6 de janeiro de 2012, e dá outras providências.

_____, **Lei 4.528 de 18 de março de 2014.** Cria o Quadro Permanente de Servidores do Instituto de Previdência dos Servidores do Município de Teresina – IPMT e dá outras providências.

COORDENAÇÃO DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: RELATO DE UMA ASSISTENTE SOCIAL NA GESTÃO ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL

COORDINATION OF PSYCHOSOCIAL CARE CENTERS: REPORT OF A SOCIAL ASSISTANT IN STATE MENTAL HEALTH MANAGEMENT

*Maria do Rosário Nunes Carvalho Costa
Lucia Cristina dos Santos Rosa*

Resumo

A experiência na Coordenação de Centros de Atenção Psicossocial, uma instância gestora da Gerência Estadual de Saúde Mental da Secretária de Saúde Mental do Estado do Piauí, no período de 2009 a 2019, orientada pelas mudanças no modelo assistencial, ensejou a reflexão a partir da condição de assistente social, pautada em análise documental, bibliográfica e na vivência. O foco das ações voltam-se para o processo de assessoramento, qualificação e formação para a atuação na Rede de Atenção Psicossocial.

Palavras-chave: Saúde mental. Serviço Social. Gestão do SUS.

Abstract

The experience in the Coordination of Psychosocial Care Centers, a managing body of the State Management of Mental Health of

the Secretary of Mental Health of the State of Piauí, from 2009 to 2019, guided by changes in the care model, led to reflection from the condition. social worker, based on documentary and bibliographical analysis and experience. The focus of the actions turned to the process of counseling, qualification and training for acting in the Psychosocial Care Network.

Keywords: mental health. Social Worker. Sus management.

A reforma psiquiátrica no Estado do Piauí

A reforma psiquiátrica, como um conjunto de transformações no modelo assistencial, de uma forma manicomial, excludente, para uma ação orientada pela cidadania e cuidado na comunidade, inicia-se no Brasil como política pública orientadora das ações em saúde mental, sob a égide do Ministério da Saúde, em 1990, quando as primeiras portarias permitem a reorientação financeira, de parte dos recursos destinados a leitos em hospitais psiquiátricos, para a criação de serviços extra hospitalares. Tal ação é conjugada com outra, que tem por foco as avaliações dos hospitais psiquiátricos, na perspectiva de redução no número de leitos nesses equipamentos e descentralização da atenção, até então concentrada nas capitais de cada estado, para os municípios, ou seja, mais próximo do local de moradia da pessoa com transtorno mental. Esse processo desenvolve-se desigualmente no território nacional, figurando o Piauí tardiamente no processo, em função de intensas resistências dos gestores municipais locais em descentralizar as ações. O marco principal do processo no Piauí é estabelecido em 2005, quando é construído um Plano Estadual de Saúde Mental orientado para a reforma psiquiátrica, com a difusão dos estímulos financeiros, a partir a política indutora do governo federal, para a criação de Centros de Atenção Psicossocial - CAPS. Nesse contexto, uma assistente social, Edna Castelo Branco responde pela Gerência de Atenção à Saúde Mental e dispara o processo com a intensificação de ações junto aos prefeitos e secretários de saúde para que invistam em novas modalidades de ação em saúde mental. Tal processo tem continuidade e maior

densidade nas gestões seguintes. A Coordenação/Gerência de Atenção à Saúde Mental, até 2005, era gerida comumente por um psiquiatra ou psicólogo, ou seja, profissionais do campo *psi*. É com a Constituição Federal de 1988, com o reforço do trabalho em equipe, que outras profissões passam a ter chance de mostrar outras competências, como a gestão de serviços. Nesse contexto, assistentes sociais também passam a ocupar postos de gestão de unidades de saúde ou de setores específicos.

A Gerência de Atenção à Saúde Mental – GASM, tem como competências: propor e participar da formulação de política de saúde mental no âmbito do estado, compatibilizando-a com as diretrizes do Ministério da Saúde, visando promover a atenção integral para pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; promover e coordenar a operacionalização da Política de Saúde Mental do Estado; elaborar, normatizar, supervisionar, acompanhar e analisar as ações em Saúde Mental dos serviços do Sistema Único de Saúde - SUS, conveniados e contratados; elaborar e manter atualizados os manuais de rotina e protocolos clínicos das atividades referentes à assistência a pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; propor e aplicar indicadores de saúde mental e garantir uma rede de serviços de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção à saúde para atender as pessoas com demandas decorrentes do consumo de crack, álcool e outra drogas.

Em Janeiro de 2009 a Gerência de Atenção à Saúde Mental - GASM da Secretaria de Estado da Saúde do Piauí teve nova composição de seus gestores (gerência e coordenação) tendo permanecido: supervisão, três profissionais de saúde mental, uma estagiária de serviço social e uma auxiliar administrativa, ou seja, um número reduzido de recursos humanos, sendo apenas 2 servidoras efetivas/concursadas. A equipe da GASM em 2019 contou com os seguintes integrantes: Gisele Martins do Nascimento/ Virgínia Pinheiro; Maria do Rosário Nunes Carvalho Costa; Erica Amanda dos Santos Soares; Lara Emanuelli Neiva de Sousa; Maria do Rosário

Barbosa da Silva Sousa; Maria Solange Silva Barbosa; Eliane Melo de Sales e Maria da Conceição Pintos da Silva.

Nesse contexto, Maria do Rosário Nunes Carvalho Costa é nomeada na função de coordenadora de Centros de Atenção Psicossocial, com a missão de acompanhar e monitorar o processo de implantação e consolidação dos CAPS pelo estado do Piauí, na perspectiva de supervisionar as ações na direção do cuidado comunitário e em rede, haja vista, como avalia Antonio Lancetti (2008), haver duas tendências de dinamização de CAPS. Uma voltada para a burocratização do serviço que, como discute o autor, reproduz o modelo manicomial, voltado para ações repetitivas e para dentro do serviço. De outra forma, há os CAPS denominado por Lancetti (2008) como turbinado, ou seja, aquele que materializa nas ações cotidianas a proposta da reforma psiquiátrica, atuando no território de vida da pessoa com transtorno mental, articulando outras possibilidades de e para reinventar a existência sofrimento. Ressalta-se que a experiência em tela, relatada, abrangendo o período 2009-2018, contou com a nomeação de 4 gestoras, todas psicólogas, sendo que uma permaneceu em duas gestões intercaladas.

Em 2009 o Piauí contava com um número de vinte e sete CAPS distribuídos nos onze territórios de desenvolvimento da saúde, anteriormente, designados de macrorregiões de Saúde. Ou seja, contava com um número significativo de equipamentos, distribuídos desigualmente pelas regiões, a serem monitorados direta e indiretamente, com uma equipe e recursos financeiros limitados. Os CAPS são enfatizados por que se tornaram o carro chefe do processo de mudança no modelo assistencial.

A partir de 2011, com a implantação da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, o Estado do Piauí, deu um salto quantitativo, passando a contar com trinta e sete CAPS, um Hospital Psiquiátrico (Areolino de Abreu), um Serviço Hospitalar de Referência em álcool e drogas (Hospital do Mocambinho), três Hospitais Dia (Picos, Parnaíba e Teresina), Hospitais Gerais para atendimento das urgências e emergências em saúde mental (Hospital da Primavera –

zona norte, Hospital do Satélite – zona leste, Hospital do Promorar – zona sul – Teresina), vinte e dois leitos psiquiátricos em Hospital Geral sendo: seis leitos em Campo Maior, três em Floriano, quatro em São Pedro, quatro em Piracuruca, três em Simplício Mendes e dois em Valença. Vale lembrar que em maio de 2010, foi fechado o Sanatório Meduna.

Em 2019, a Rede de Atenção em Saúde Mental – RAPS no Piauí, é composta por 44 CAPS I no interior do estado; 06 CAPS II; 05 CAPS ad II; 01 CAPSi em Paulistana; 02 CAPS ad III Regional (Parnaíba e Floriano). Na capital conta com 04 CAPS II; 1 CAPS ad; 1 CAPS III; 2 CAPSi, sendo um sob gestão estadual e outro municipal; 04 serviços residenciais terapêuticos sob gestão estadual e duas sob gestões municipais (União e Teresina). Na atenção de urgências e emergências conta com o Hospital Areolino de Abreu com 160 leitos; 10 unidades integradas de saúde municipais de Teresina, com ambulatório de psiquiatria. Na atenção hospitalar: 10 leitos para internação masculino e feminino para atendimento em desintoxicação em álcool e outras drogas no Hospital do Mocambinho; 08 leitos de atenção psicossocial na Maternidade Dona Evangelina Rosa; 09 leitos na Casa de Saúde e Maternidade São José em São Raimundo Nonato e 04 leitos no Hospital Regional Mariana Pires em Paulistana. Uma Unidade de Acolhimento Adulto (UAA) em Floriano.

Ou seja, o Piauí conta com uma RAPS diversificada e consolidada, apesar de precarizada, desde 2016, quando é barrada a criação de novos serviços, sendo alterado o indicador de avaliação da saúde mental, que passa a ser balizado por ações de matriciamento.

Como estratégia, estabeleceu-se a implementação de ações via qualificação das equipes, dos equipamentos de serviços de saúde mental, em municípios sede das macrorregiões e supervisão com visitas diretas aos serviços. As supervisões, compreendidas como acompanhamento no sentido de qualificação e oferecimento de suporte à gestão dos serviços em implantação e implementação, voltada para os novos processos de trabalho, visava o trabalho no

território, baseada no cuidado cidadão da pessoa com transtorno mental e articulação intersectorial, para se alcançar uma atenção integral. Esses direcionamentos, convergem com o Projeto Ético Político do Serviço Social e com os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2010), sobretudo frente aos eixos: ações de articulação com as equipes de saúde; de mobilização, participação e controle social e assessoria, qualificação e formação. Ressalta-se que todo trabalho é desenvolvido em equipe, ou seja, articulado com outras profissões, figurando o assistente social como um dos profissionais a contribuir no processo, potencializando tanto suas atribuições quanto competências legais.

As ações e seus resultados

Para ilustrar o rol de ações anualmente implementadas, serão enfatizadas as ações de 2009 e 2010.

Uma das primeiras ações da GASM, em 2009, foi colocar em prática o que era previsto no Convênio 2538/2007 celebrado entre Ministério da Saúde e a Secretaria de Estado da Saúde do Piauí - SESAPI, que objetivou promover a qualificação de profissionais de saúde mental, NASF, Estratégia de Saúde da Família e Hospitais Gerais de seis sedes de território (Teresina, Parnaíba, Floriano, Picos, Bom Jesus e São Raimundo Nonato). Convém ressaltar que o recurso deste convênio era de 300.000,00 (trezentos mil reais) e estava depositado na conta da SESAPI desde o ano de 2007, com término de vigência para início de junho de 2009.

A primeira medida tomada foi a solicitação de prorrogação do convênio junto ao Ministério da Saúde, considerando que o prazo estava expirando e o recurso deveria ser devolvido ao Ministério da Saúde. Posteriormente realizou-se mobilização dos gestores municipais, dos profissionais de saúde e de técnicos do Ministério da Saúde para colaborarem como facilitadores do processo de qualificação para a primeira turma.

A programação da qualificação em saúde mental compreendeu três módulos de 20 horas/aula cada, mais 60 horas/aula de ensino

à distância, perfazendo um total de 120 horas/aula de qualificação. A programação do primeiro módulo compreendia apoio matricial, saúde da família e Projeto Terapêutico Singular. No segundo módulo o enfoque esteve centrado na temática: saúde mental no hospital geral e noções de psicopatologia; o terceiro módulo privilegiou a discussão de casos clínicos e abordagem diagnóstica do uso de medicamentos.

No período de junho a setembro de 2009 realizou-se a qualificação em saúde mental nos municípios que compreende os territórios de desenvolvimento Entre Rios e Cocais, Teresina e Piri-piri. A programação inicial era para o território de Parnaíba, contudo a programação coincidiu com o episódio do rompimento da Barragem de Algodões no município de Cocal, que provocou o rompimento da estrada de acesso a Parnaíba. Convém ressaltar que a mudança de local não trouxe prejuízo para a realização da qualificação. Nesses dois territórios foram qualificados 184 profissionais de saúde.

Em setembro de 2009, o Piauí sediou e a GASM coordenou o ciclo de cursos de capacitação em Incubação de Empreendimentos Solidários Saúde Mental-Curso Nordeste III, tendo como público alvo usuários, familiares e profissionais de saúde mental dos municípios com CAPS que desenvolviam projetos de geração de renda. Participaram desse evento 5 (cinco) representantes de CAPS do estado do Maranhão e 44 (quarenta e quatro) representantes de CAPS do Piauí, sendo: usuários, familiares e profissionais dos municípios que desenvolvem projetos de geração de renda: Luís Correia, Teresina, União, São Raimundo Nonato, Uruçuí, Batalha, Guadalupe, Piri-piri, Água Branca, Parnaíba e Floriano.

As discussões tinham por base a Lei Federal nº 9.867 de 10 de novembro de 1999, que dispõe sobre a criação e funcionamento de Cooperativas Sociais, visando a inserção social das pessoas que estão em desvantagem no mercado econômico, por meio do trabalho e combate ao estigma.

As experiências de geração de renda no estado eram e persistem como muito incipientes e precisam de esforços conjuntos

de todos, da sociedade, do estado e dos municípios, para garantir sua sustentabilidade, e funcionar de maneira mais eficaz no sentido de promover a inclusão social dos usuários dos serviços de saúde mental, com a reinserção social dessas pessoas, melhoria nas suas condições de vida e a melhoria também da efetividade do seu projeto terapêutico, haja vista que a inclusão nesses projetos é muito positiva, e eficaz para a autonomia e o poder contratual das pessoas com transtornos mentais, a empoderando diante da família e da sociedade em geral, haja vista a identidade ser alterada positivamente, agregando a condição de trabalhador.

O Ministério da Saúde através da Política Nacional de Saúde Mental orientada para a atenção psicossocial teve como horizonte, três eixos como indicadores de mudança na forma de cuidado: o morar (ou seja, a qualidade da moradia com a preservação do poder contratual, ou seja, poder sobre o território de vida); o trocar identidade, da identidade estigmatizada, negatizada, para outras positivadas, tais como: a de trabalhador, poeta, cantor, dentre outras, e geração de valores que a sociedade valora, ou seja, produção de emprego e renda.

Tais indicadores foram propiciados pelos novos lugares de produzir cuidado, tais como: os CAPS, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), Atenção Básica, NASF, Ambulatórios, leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais, Centros de Convivência, entre outros espaços do território.

Nesta perspectiva, a inclusão social pelo trabalho configurou-se como uma estratégia do Governo Federal para a reabilitação psicossocial de pessoas com transtorno mental como também daquelas que sofrem com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

A proposta de inclusão social pelo trabalho em saúde mental fez parte de uma parceria da Secretaria Nacional de Economia Solidária, do Ministério do Trabalho e Emprego com a Coordenação Nacional de Saúde Mental/DAPE/SAS/MS.

A GASM estimulou municípios com CAPS a enviar projetos de geração de emprego e renda, conforme editais de seleção

do Ministério da Saúde a fim de que esses serviços pudessem desenvolver ações mais efetivas na recuperação e reinserção social dos seus usuários, através de oficinas que além de substituir o tratamento convencional, também produzissem riqueza, valores de troca, que alterassem a relação dos usuários com sua família e com a sociedade.

Em outubro de 2009, a GASM em parceria com serviços de saúde mental (CAPS, HAA, associações de usuários), realizou o Festival Encontros e Loucuras com o objetivo de incentivar as artes plásticas, a escultura, a literatura, o artesanato como recurso terapêutico proporcionando a pessoa com transtorno mental o desenvolvimento de suas habilidades e sua inclusão social. O evento reuniu 11(onze) municípios com CAPS, com a programação seguinte: exposição e venda de produtos confeccionados por usuários, lançamento do concurso Arte Insana nas categorias: artes plásticas, artesanato e literatura do qual participaram usuários e familiares; apresentação de show de humor e banda musical com artistas locais.

No período compreendido entre outubro a dezembro de 2009, realizou-se a Qualificação em Saúde Mental, do convênio 2538/2010, no Território de Desenvolvimento de Saúde, Tabuleiros dos Rios Piauí e Itaueira e Vale do Guaribas, sediado nos municípios de Floriano e Picos, qualificando 98 (noventa e oito) profissionais de saúde de 17 (dezesete) municípios desses territórios.

Considerando a necessidade de estabelecer diretrizes para a regulação da porta de entrada para internações psiquiátricas em hospital geral e oferecer atendimento resolutivo e com qualidade a fim de evitar internação hospitalar em hospital psiquiátrico, permitindo que o usuário retorne ao convívio social em pouco tempo, realizou-se nos dias 02 e 03 de março de 2010 uma reunião ampliada da qual participaram 16 (dezesseis) gestores municipais de saúde de municípios com CAPS e uma qualificação em saúde mental em hospital geral, realizada no auditório da Secretaria de Administração do estado do Piauí, da qual participaram 24 profissionais de saúde.

Em relação à assistência a pessoas com transtorno mental em hospital geral, seguiu-se a portaria ministerial nº 224 de 29 de janeiro de 1992, que estabelece diretrizes e normas para atendimento hospitalar em saúde mental e dispõe sobre a organização dos serviços, a diversidade de métodos e técnicas terapêuticas, a garantia de continuidade assistencial, a multiprofissionalidade e a participação social.

Em relação ao atendimento em regime de internação em hospital geral objetiva oferecer uma retaguarda hospitalar para os casos em que a internação se faça necessária, após esgotar todas as possibilidades de atendimento em unidades extra hospitalares e de urgência (BRASIL, 2004, 243).

No período de 04 a 05 de março de 2010 realizou-se do II Encontro Estadual de Coordenadores de CAPS do estado do Piauí, que teve por objetivos: propiciar a troca de experiências de gestão nos CAPS, através da exposição dos aspectos facilitadores e dificultadores desses serviços, avaliar os processos de trabalho nos CAPS e identificar indicadores qualitativos dos serviços bem como, realizar o planejamento anual. Desse encontro participaram 36 (trinta e seis) profissionais entre coordenadores e profissionais, representantes de 30 (trinta) CAPS.

Concomitante a realização de cursos de qualificação foram realizadas supervisões aos CAPS do estado. As supervisões realizadas por técnicos da Gerência de Atenção à Saúde Mental compreendem três modalidades: supervisões de serviços que já estão habilitados e em funcionamento; supervisões para implantação de serviços e supervisões por solicitação do Ministério Público para averiguação de irregularidades nos CAPS e orientações para redirecionamento dos serviços.

No período de fevereiro de 2009 a junho de 2010, foram realizadas: vinte e duas supervisões de serviços com o objetivo de observar o funcionamento, a estrutura física, recursos humanos, atividades desenvolvidas, insumos e materiais, metodologia de trabalho, estratégias, articulação intersetorial.

Foram realizadas onze supervisões para implantação de serviço com vista a constatação do cumprimento da Portaria n° 336/2002, no que se refere assistência prestada ao usuário do CAPS e atividades, recursos humanos no que se refere a equipe mínima para atuação no CAPS. Ocorreram também duas supervisões para averiguação de denúncia de irregularidades no funcionamento de CAPS, nos municípios de Altos e Cocal da Estação, solicitadas pelo Ministério Público do Estado.

As visitas diretas, realizadas no rol das ações de supervisão, permitiram identificar os aspectos que mais vulnerabilizam os serviços de saúde mental e, conseqüentemente, tendem a comprometer a direção do processo de mudança assistencial, dentre os quais, destacam-se:

- a) a intensa rotatividade de profissionais, por não serem concursados; reorganização constante dos serviços em decorrência das mudanças dos profissionais e não cumprimento da carga horária por alguns profissionais, muitos residentes em outras cidades. Estas três situações apontavam para a fragilidade do vínculo trabalhista, que comumente levava a conseqüências danosas como: falta de compromisso com os serviços e seus usuários, com ações rotineiras e repetitivas, centradas na enfermidade e na ação medicamentosa;
- b) fragilidades no processo de trabalho como: não definição do técnico de referência como mais um suporte do cuidado; dificuldade de acesso de usuários aos serviços, principalmente em municípios de grande extensão territorial, onde a zona rural fica distante e o descumprimento de contrapartidas entre municípios consorciados para a implantação do CAPS, sobrecarregando o gestor que sediava o equipamento. Estas situações tendiam a colocar em xeque a credibilidade dos usuários e familiares em relação a eficiência do CAPS como serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico, até por que a

atenção a crise, no geral, continuava a ser remetida para a capital, leia-se Hospital Areolino de Abreu;

c) a inadequação do espaço físico, falta de equipamentos como linha telefônica, internet; escassez de recursos materiais para terapias considerando a necessidade de atendimento de diferentes tipos de demandas de CAPS I (crianças, adolescentes adultos idosos, ad), dificuldade de aquisição de gêneros alimentícios (problemas com licitação). Essas situações se constituem em obstáculo para o atendimento dos casos de usuários intensivos em muitos CAPS.

d) a falta de articulação com a Atenção Básica mostrou-se uma das grandes fragilidades destes serviços, uma vez que os CAPS, conforme a Portaria 336/2002, devem articular e ordenar a rede. O descumprimento desta prerrogativa leva a centralização dos serviços, pouca inserção nos territórios e na comunidade; manutenção da cultura de ambulatorização, na qual os serviços funcionam centrados na figura do médico e na distribuição de consultas e medicamentos.

Esta realidade encontra eco na resistência de alguns profissionais em realizar trabalhos multiprofissional e de grupo e conseqüentemente dificultando a construção do projeto terapêutico como ferramenta de cuidado e consolidação do técnico de referência, que é o profissional que se responsabiliza pela gestão dos projetos terapêuticos de um número de usuários cotidianamente, facilitando o vínculo entre estes, como também, aumentando o poder de decisão na organização do cuidado.

As supervisões também mostraram a falta de suporte para as internações no próprio território nos momentos de crise, por resistência dos próprios profissionais do hospital em receber esses usuários, pela falta de sensibilidade e capacitação específica; a escassez e mesmo a falta de medicação para evitar e conter as crises; a resistência de familiares na responsabilização com o cuidado, até pelo despreparo e falta de retaguarda, reforçando a fragilidade na adesão ao tratamento e por vezes a necessidade de internações

em hospitais psiquiátricos. Em relação à família, observa-se que diferentemente da internação psiquiátrica, onde os familiares pouco participam do projeto terapêutico do usuário, nos CAPS, há necessidade de parcerias, pois serviços e familiares estão convivendo diariamente com o usuário.

Apesar desse panorama, ficou também evidenciado que alguns serviços conseguiam ser turbinados, seguindo a direção da reforma psiquiátrica que exige dos trabalhadores em saúde mental uma grande inventividade, ousadia e criatividade, de modo a ser construído um lugar social novo para essas pessoas para as quais só existia a institucionalização.

Logo, há que se destacar também os aspectos valorosos encontrados em muitos CAPS durante as supervisões: profissionais do CAPS residindo no município; reuniões semanais acontecendo para estudo de casos compartilhados: realização de assembleias com usuários e familiares, o que fomentava o controle social; visitas domiciliares realizadas por mais de um profissional da equipe; casos que não chegam ao serviço recebendo atendimento domiciliar; experiências exitosas de CAPS itinerante, onde a equipe multiprofissional se desloca para atender aos usuários de outros municípios que não podem se deslocar até o serviço; realização de busca ativa de usuários faltosos; implantação progressiva do projeto terapêutico singular e do técnico de referência. São situações e iniciativas que oferecem maior suporte e sustentação aos serviços de saúde mental.

Considerando que os CAPS do estado são serviços recentes e que a cada mudança na gestão municipal, a maioria, tem descontinuidade de gestão e de equipe, é salutar reconhecer que há profissionais de saúde mental que trabalham numa perspectiva de (des) construção do cuidado tutelado e construção de novas experiências com pessoas com transtorno mental, o que sinaliza para avanços que tem contribuído na efetivação da reforma psiquiátrica no estado do Piauí.

Outros avanços estão em sintonia com a aprovação pelo Ministério da Saúde dos projetos de supervisão clínica, contemplando

os municípios de Teresina CAPS i, Parnaíba CAPS ad, Batalha CAPS I; Uruçuí CAPS I, Campo Maior CAPS I, União CAPS I e Água Branca CAPS I; realização do Curso de Qualificação em Saúde Mental para profissionais de CAPS, Estratégia Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Hospital Geral; criação de quatro Associações de Usuários de Saúde Mental, uma em Teresina (ANCORA), uma em União (LIBERDADE), uma em Água Branca (NAVI) e uma em Parnaíba (Fenix). Estes três aspectos fortalecem as ações e são necessários para profissionais e usuários agirem e tomarem decisões no campo da saúde mental no estado.

A implantação de projetos de geração de renda desenvolvidos em 11 (onze) CAPS do estado encontra-se, também, entre os aspectos positivos deste processo, como também a implantação de leitos psiquiátricos em hospital geral conforme Portaria Ministerial nº 224 de janeiro de 1992, que disponibiliza até 10% dos leitos da clínica geral para internação de até 72 horas. Municípios como: Piracuruca, Floriano, Campo Maior, Simplício Mendes, Valença, São Pedro, União, Oeiras e Água Branca, já tem garantido esse suporte com o hospital geral, para serem utilizados, conforme o projeto terapêutico, nos momentos de crise do usuário.

O objeto das qualificações da GASM visa primordialmente contribuir para a efetivação da reforma psiquiátrica no estado do Piauí, esclarecendo quanto ao processo de trabalho das equipes dos CAPS; a necessidade de intensificação das ações com a Atenção Básica fomentando capacitações; desenvolvimento de ações intersetoriais (Educação, Assistência Social, Secretaria de Cultura, Promotorias Públicas, Serviços Privados e outros) e a indispensável implantação de projeto terapêutico singular e técnico de referência.

Outra ação importante incentivada para efetivação nestes serviços é a construção do processo de mapeamento dos casos de cárcere privado domiciliar, de longa permanência, de pessoas com transtorno mental. No sentido de desenvolver estratégias de intervenção, estes casos são acompanhados pelas equipes dos CAPS, Atenção Básica, NASF, de cada município que o fato foi

identificado, em que realizam-se visitas domiciliares, orientação sobre a medicação, discute-se possibilidades de retirada gradativa do cárcere com acompanhamento do familiar estimulando a reinserção familiar e social.

Em relação às famílias de usuários, tem-se observado, nos momentos de contato com estes, que grande parte desconhece os mecanismos para a sua participação na condução do projeto terapêutico do seu familiar. Sabe-se que no tratamento convencional de usuários com transtorno mental, a família é afastada do cuidado. O CAPS tem a função de estimular as famílias a participarem de atividades de grupo que visem criar laços de solidariedade entre seus membros participantes, para discutirem problemas comuns, enfrentarem situações difíceis e receberem orientação sobre o diagnóstico e participação no projeto terapêutico.

A implementação da Política de Saúde Mental, recomendada pelo Ministério da Saúde desde 1990, no estado do Piauí, apesar dos avanços evidenciados no período de 2005 a 2019, ainda apresenta muitos desafios e impasses na organização e redefinição de uma rede de saúde mental mais articulada intersetorialmente e mais humanizada, que favoreça a autonomia e o exercício da cidadania das pessoas com transtorno mental.

Nesse sentido ficaram evidenciadas as necessidades seguintes:

- ✓ Reorganizar o processo de trabalho, de forma que este desloque seu eixo central do médico para a equipe multiprofissional, equipe de acolhimento que se encarregue da escuta do usuário, se comprometendo a atuar no território, contribuindo para reinventar sua vida, a partir do paradigma da cidadania;
- ✓ Garantir cumprimento da portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002, no que se refere à medicação e alimentação para os usuários;
- ✓ Garantir suporte dos leitos de internação nos hospitais gerais com o objetivo de evitar internações em hospital psiquiátrico, permitindo que o usuário retorne ao convívio social em curto espaço de tempo;

- ✓ Desenvolver processo de construção de gestão compartilhada, criando uma proposta de intervenção pedagógica terapêutica, que fomente a participação social, tanto nas assembleias quanto na construção dos Projetos Terapêuticos Singulares;
- ✓ Estimular a organização de usuários e familiares na formação de associações, objetivando geração de emprego, renda e autonomia;
- ✓ Demandas como auditorias do Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde - DENASUS e solicitações do Ministério Público, a GASM acompanha e supervisiona situações de irregularidades apontados nos CAPS por estes órgãos, emitindo relatórios de vistorias *in loco* realizados por técnicos desta gerência;
- ✓ Em relação à ampliação da rede e acesso ao tratamento dos usuários de saúde mental, a GASM orienta os municípios com demanda para CAPS a implantar serviços e encaminha projetos para o Ministério das Saúde ;
- ✓ Descentralizar a atenção à crise do Hospital Areolino de Abreu, ainda é um desafio;
- ✓ Instituir regulação de leitos psiquiátricos em Teresina;
- ✓ Repensar a particularidade das cidades do sul do estado, que contam com um vazio assistencial e são muito distantes da capital.

As ações realizadas em 2009 e 2010 tiveram continuidade, como rotina, nos anos posteriores, mas, outras atividades foram desenvolvidas como inusitadas, sendo destacadas a seguir. O ano 2011, que teve como marco a Portaria 3088, de 23/12/11 que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial-RAPS, se orientou para a ampliação e diversificação de oferta de serviços e melhor organização dessa rede temática no estado. Nos dias 28 e 29 de setembro de 2011 ocorreu o III Encontro de Coordenadores de CAPS do estado, tendo por eixo as ações de matriciamento. Nesse ano foi submetido e aprovado um projeto de Escolas de Supervisores clínico institucional para o Estado, no valor de R\$ 150.000,00, que não se efetivou.

Em 2012, uma inovação foi a institucionalização do primeiro Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial. Nesse ano, o município de Teresina implanta um Serviço Residencial Terapêutico.

Também são aprovados pela Comissão Intergestora Bipartite, os projetos técnicos para habilitação dos CAPSad III Regionais, em Floriano e Parnaíba. Os hospitais dias são metamorfoseados em CAPS II. Ainda em 2012 ocorreu o I Fórum estadual de saúde mental, Álcool e drogas, com representantes do Ministério da Saúde e da ABORDA. Paralelamente, houve a construção do Plano Estadual de Enfrentamento ao crack e outras drogas, no cerne do Programa crack é possível vencer. O ano 2012 teve por principal carro chefe a construção da matriz diagnóstica para o desenho da rede de saúde mental dos 11 territórios de desenvolvimento do estado. Houve perspectiva de criação de um CAPS AD III pela gestão de Teresina, o que não se efetivou. Nesse ano houve gestões para alterar a realidade dos denominados “loucos infratores”, localizados na Colônia Agrícola Major Cesar, no Hospital Valter Alencar, sem sucesso, para além de reuniões de sensibilização.

Em 2014 houve expansão no número de CAPS pelo estado, havendo privilegiamento de CAPS ad II, em Bom Jesus, Paulistana e Valença, e CAPSi em Paulistana. Esse ano é coroado ainda com o cadastramento de 02 Equipes de Acompanhamento e Monitoramento de Pessoa com transtorno mental em conflito com a lei – EAP. Realiza-se de 11 a 12 de setembro de 2014 o I Fórum Estadual de Prevenção ao suicídio seguido do Curso de Prevenção, Posvenção e Manejo do comportamento suicida.

Em 2015 houve reestruturação do Grupo Condutor da Raps,. Efetivou-se a metamorfose do Hospital Dia de Picos para CAPS II. Houve readequação do Plano Estadual da RAPS, haja vista a orientação do Ministério da Saúde que não mais seriam criados novos serviços de saúde mental, tendo que ser qualificados os existentes.

Em 2015, uma vitória da GASM foi a desanexação do CAPSi Dr. Martinelli Cavalca, sob gestão estadual do Hospital Areolino de Abreu, tendo uma sede própria no Bairro Buenos Aires, com reativação do CNPJ do serviço e sua total independência do Hospital Areolino de Abreu.

O ano 2016 teve como principal característica, a intensificação de intercâmbios da saúde mental com a atenção básica, através de monitoramento e oficinas pedagógicas.

As principais ações em 2017 se voltaram para o matriciamento pelos CAPS das equipes da atenção básica. Houve monitoramento e supervisão de 100% dos serviços de saúde mental do estado, sendo 85% da rede hospitalar monitorada. Houve ampliação da RAPS no estado com a criação de um Serviço Residencial Terapêutico para atender os egressos do sistema prisional Valter Alencar. Houve orientação para atualização e construção dos Projetos Terapêuticos Institucionais de todos os serviços da RAPS, sobretudo os CAPS. A equipe da GASM participou do III Fórum Internacional de Novas Abordagens em Saúde Mental, no Rio de Janeiro. A GASM constrói o Plano Estadual de Prevenção ao Suicídio, antecipando-se às exigências do Ministério da Saúde. Figurando como pioneiro no país, sendo contemplado com a Portaria MS/GM nº 1.315 de maio de 2018, com R\$ 250.000,99 para desenvolvimento de projetos de promoção da saúde, vigilância e atenção integral à saúde, direcionados para a prevenção ao suicídio.

O ano 2018 teve por eixo o fortalecimento das ações de matriciamento em saúde mental na atenção básica. Houve fortalecimento do processo de desinstitucionalização. A atenção Integral às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei teve maior amadurecimento.

Em 2019, houve maior investimento na consolidação do CAPSi sob gestão estadual; ações de formação em prevenção do suicídio tiveram investimentos. Houve capacitação da equipe do CAPSad de Oeiras.

O assistente social, como membro da equipe da GASM, na condição de coordenação dos CAPS do estado, gera informações estratégicas sobre esses equipamentos, que permitem avaliar suas ações em sintonia com as diretrizes da reforma psiquiátrica, assim como identifica necessidades. Promove a circulação das informações no interior da equipe, articulando equipes e facilitando processos de troca. Colabora no processo de planejamento da

ações, assim como na sistematização e registro, o que permite preservar a memória e a prestação de contas.

Considerações finais

A formação como assistente social permitiu uma visão de totalidade do processo de reforma psiquiátrica em curso no estado do Piauí, possibilitando o trabalho colaborativo e coletivo em equipe, sobretudo com profissionais da psicologia, enfermagem e do próprio serviço social. A estratégia dos processos formativos permitiu atingir um número maior de pessoas em menor tempo, o que também possibilitou otimizar recursos financeiros e articular pessoas. Todo processo visou a garantia da prestação de serviços de melhor qualidade para os usuários e familiares, o que é um dos princípios do Código de Ética do Assistente social.

Referências

AMARANTE, P. D. de. C. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994

_____. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

AROUCA, S. **A Reforma Sanitária Brasileira**. Radis, FIOCRUZ, Tema 11, ano IV, 1988.

BRASIL. **Conferência Nacional de Saúde, VII. Anais**, Brasília: MS, 1980.

_____. **Conferência Nacional de Saúde Mental, II, Anais**. Brasília: MS, 1992.

_____. **Conferência Nacional de Saúde, III, Anais**. Brasília: MS, 2001.

_____. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Legislação em saúde mental. 1990-2004.** 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

CFESS. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde.** Brasília: CFESS, 2010.

GERSCHMAN, S. **A democracia inclusiva: um estudo da reforma sanitária brasileira.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

LANCETTI, A. **Clinica Peripatética.** 3ª Ed. São Paulo: HCITEC, 2008.

LIMA, Maria Edileuza da Conceição. **Plantão de Serviço Social no Hospital Areolino de Abreu: resignificando a prática.** Teresina: EDUFPI, 2008.

LUZ, M. T. Notas sobre as Políticas de Saúde no Brasil de Transição Democrática anos 80. **Revista de Saúde Coletiva.** V. 1, n.1, Rio de Janeiro, 1991.

ROSA, L.C.S. **Transtorno mental e o cuidado na família.** São Paulo: Cortez, 2003.

ROSA, L.C.S. BASTOS, Rita de Cássia Soares; COSTA, Maria Ester. (Org.). **Reconstruindo Experiência no Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil Martinelli Cavalca.** Teresina: EDUFPI, 2008. 136 p.

ROSA, L. C.S.. **O Nordeste na reforma psiquiátrica.** Teresina: EDUFPI, 2006.

TERESINA. Município. **Lei Municipal Nº 2.987 de 17 de Maio de 2001.**

TENORIO, Fernando. **Questões para uma atualização da agenda da Reforma Psiquiátrica**. NUPPSAM/IPUB/UFRJ, Rio Janeiro, 2007.

VELOSO, Lorena C.P.; CARLOS, Karolyna P.T. **A Nova Política de Saúde Mental no Estado do Piauí: Mudanças e Perspectivas**. Teresina: EDUFPI, 2009.

ME CONVIDARAM PARA UM FUTEBOL, MAS ERA SAÚDE DO HOMEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM SAÚDE COM HOMENS EM TERESINA-PIAUI

I WAS INVITED TO A FOOTBALL, BUT IT WAS THE HEALTH OF MAN: REPORT OF HEALTH EXPERIENCE WITH MEN IN TERESINA-PIAUI

*Elaine Ferreira do Nascimento
Liana Maria Ibiapina do Monte*

Resumo

De um modo geral, os homens procuram pouco os serviços de saúde numa perspectiva preventiva, mesmo após a criação e a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) pelo Ministério da Saúde no ano de 2009. Com toda essa adoção pouco mudou o comportamento dos usuários homens da saúde pública. A relação que os homens mantêm com os serviços de saúde se dá numa perspectiva emergencial e episódica, ou seja, procuram apenas quando a sua situação de saúde está bem agravada. O objetivo do texto foi relatar uma experiência de intervenção de grupos educativos com homens em um centro de juventude da cidade de Teresina-PI. A abordagem metodológica utilizada foi trabalho em grupo, em que foram feitos convites aos pais para uma partida de futebol, totalizando 25 homens. Os temas

abordados foram Cuidar de Si e dos Outros; Sexualidade Masculina; Promoção da Saúde e Prevenção e Acesso aos serviços de saúde. A conclusão é que as atividades grupais foram consideradas como uma das melhores formas para se desenvolver ações de educação em saúde com homens.

Palavras-chave: Masculinidades. Promoção da saúde. Acesso aos serviços de saúde. PNAISH. Relato de experiência.

Abstract

In general, men seek little health services in a preventive perspective, even after the creation and implementation of the National Policy for Integral Attention to Men's Health (PNAISH) by the Ministry of Health in 2009. With all this adoption little has changed the behavior of male public health users. The relationship that men maintain with health services takes place in an emergency and episodic perspective, that is, they seek only when their health situation is well aggravated. The objective of the text was to report an experience of intervention of educational groups with men in a youth center in the city of Teresina-PI. The methodological approach used was group work, in which invitations were made to the parents for a soccer match, totaling 25 men. The topics covered were Caring for You and Others; Male Sexuality; Health Promotion and Prevention and Access to health services. The conclusion is that group activities were considered as one of the best ways to develop health education actions with men.

Keywords: Masculinities. Health promotion. Access to health services. PNAISH. Experience report.

Introdução

O futebol é o esporte mais popular do mundo. No Brasil, o futebol se constituiu historicamente como lócus de afirmação de nacionalidade através da articulação de elementos e símbolos. No caso brasileiro, contexto no qual o futebol foi historicamente associado ao público masculino, a construção e reforço do nacionalismo é permeada por vetores de masculinidade, articulados através de aspectos como virilidade, força, agressividade, disputa, enfrentamento, agilidade e disposição física. O futebol também tem a função social de promover aproximações e fortalecer laços de amizade e companheirismo entre os homens, seria a casa da confraria masculina. Assim, nada mais comum e “natural” do que uma pelada de final de semana com e entre os amigos. Realizar uma atividade física ocasional não é exatamente cuidar da saúde, principalmente quando se refere aos homens.

Nesse sentido é de conhecimento geral a baixa procura dos homens pelos serviços de saúde numa perspectiva preventiva. Diversos estudos (Silveira, 2017; Scussel, Machado, 2017; Silva et al, 2013, Gomes; Nascimento; Araújo, 2007, Gomes, Nascimento, 2006) têm se debruçado sobre esse fenômeno. Assim, um conjunto expressivo de pesquisadores(as) e profissionais de saúde depara-se cotidianamente com a pouca frequência por parte da população masculina em buscar os serviços de saúde na atenção básica e também a resistência dos homens às ações ofertadas de saúde. Temos como exemplo a pequena adesão à campanha nacional, *Novembro Azul*, dirigida aos homens sobre a importância da

prevenção e do diagnóstico precoce do câncer de próstata (Gomes, Rebello; Araújo; Nascimento, 2008).

Apesar da Saúde do Homem ser palco de discussão na esfera nacional nos últimos anos, em especial após a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) pelo Ministério da Saúde no ano de 2009, ainda assim não mudou o comportamento dos usuários homens da saúde pública. Ou seja, os homens se mantêm distantes dos serviços de saúde. Os homens continuam a se relacionar de forma emergencial e episódica com os serviços de saúde, procurando-os quando a sua situação de saúde está bem agravada.

Desta forma, buscando se apropriar desta questão cultural e paixão nacional que é o futebol masculino, este capítulo objetiva relatar a experiência da atuação do Serviço Social na implantação de grupos educativos com homens em um centro da juventude da Congregação Santa Cabrini mantido em parceria com a Secretaria de Assistência Social da prefeitura de Teresina. Os grupos foram realizados no ano de 2018, sendo utilizadas como estratégia o encontro dos pais para o futebol. Estes ocorreram em número de cinco encontros, em que foram discutidos assuntos referentes ao Cuidado e Prevenção em saúde, Acesso ao Sistema de Saúde e Sexualidade Masculina. Ao término desta experiência foi possível compreender a percepção dos homens em relação ao cuidado à saúde, favorecendo a efetivação da PNAISH, promovendo melhorias na qualidade de vida da população masculina.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência de uma intervenção do curso de serviço social da UniFapi junto a homens que tem filhos atendidos pelo Centro da Juventude Congregação Santa Cabrini em parceria com a prefeitura de Teresina-PI. Os grupos foram realizados no ano de 2018, sendo utilizada como estratégia o encontro dos pais para o futebol. Estes ocorreram em número de cinco, em que foram discutidos assuntos referentes ao Cuidado e Prevenção em saúde, Acesso ao Sistema de Saúde e Sexualidade Masculina.

A abordagem foi trabalho em grupo, os pais foram convidados para uma partida de futebol, ao término os homens foram convidados para lanche e lhes foi explicado que se faria uma roda de conversa com profissionais do gênero masculino da enfermagem e do serviço social, que discutiriam informações sobre saúde e autocuidado. Houve adesão em 100% do universo dos homens presentes, um total de 25 homens. Os temas abordados foram Cuidar de Si e dos Outros; Sexualidade Masculina; Promoção da Saúde e Prevenção e Acesso aos serviços de saúde, todos articulados à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).

Mesmo sendo uma prática assistencial e não se tratar de uma pesquisa, no intuito de assegurar uma condução ética durante as atividades, respeitaram-se os direitos dos sujeitos envolvidos, de acordo com os princípios da Resolução 510/16, do Conselho Nacional de Saúde, em que foi apresentado ao público o objetivo do trabalho, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo-lhes o sigilo e anonimato. Os cinco encontros do grupo ocorreram no Centro da Juventude da Congregação Santa Cabrini, sendo que o número de participantes variou de 20 a 27 por encontro, com idades entre 25 e 45 anos, com duração de aproximadamente 40 minutos.

A escolha das temáticas a serem abordadas, após o primeiro encontro partiu da necessidade apresentada pelos participantes optou-se por desenvolver metodologias ativas e reflexivas. Desse modo, as discussões foram planejadas com dinâmicas participativas, estimulando a interação entre os sujeitos entre si e com os temas. Dentre as metodologias e atividades desenvolvidas destacam-se a construção de painéis, dinâmicas e rodas de conversa.

Resultados e discussão dos grupos de homens

Num primeiro momento, logo após a abordagem os homens ficaram resistentes e até desconfortáveis, uma vez que o processo de socialização masculina não passa pela verbalização de suas questões de intimidade (Nascimento e Gomes, 2009). A intimidade ou a

privacidade pode caracterizar aspectos que remetem a significados contraditórios, aquilo que é revelado pode comprometer uma dada imagem que se busca preservar, ou seja, falar da sua intimidade, medos, dores objetivas e subjetivas pode trazer implicações no que comumente é considerado marcas identitárias da masculinidade, ser viril, forte, provedor, nunca adoecer, essas são algumas delas e quanto mais distante dessa imagem mais sanções os homens podem sofrer.

Essa resistência foi desconstruída com muito diálogo pelos profissionais e na explicação acerca dos objetivos da intervenção, que a conversa seria sobre saúde para o melhor desempenho deles e que então era fundamental esse diálogo. Ainda no primeiro encontro foi uma relação de muita escuta por parte dos homens. Foi a partir do segundo encontro que os homens se sentiram mais à vontade para dialogar primeiro com os profissionais e depois entre si. As principais questões apontadas por eles sobre a pouca participação dos homens aos serviços de saúde como usuários foram, os serviços de saúde são muito infantilizados ou feminilizados, deram como exemplos as cores das tintas, os desenhos etc. A lógica do mercado de trabalho não permite que os homens se atrasem na entrada do trabalho por uma consulta preventiva e a própria associação da concepção deles que se conseguem trabalhar então está tudo bem, aquela dor que por ventura estão sentindo vai passar sozinha, não é algo que precisa ser investigado.

Outra questão colocada foi que para os homens cuidarem da sua saúde precisam do incentivo da esposa/companheira (Gomes; Nascimento; Araújo, 2007), são elas que irão agendar as consultas e levá-los aos serviços de saúde, do contrário as consultas até são agendadas, mas os homens por algum motivo acabam por não irem. Esse conjunto de informações surgem a partir do segundo encontro, o que aponta um nível de confiança dos homens na proposta que foi apresentada e que também era necessário um tempo para as relações se consolidarem minimamente. Então falar sobre sexualidades e cuidados em saúde se tornou possível para esse grupo de homens que tiveram a oportunidade de se expressarem em

um espaço menos formal. As categorias que seguem fortalecem o que homens trouxeram nos encontros.

A Saúde do Homem como uma questão contemporânea

Nos últimos anos, a política de saúde do homem vem se destacando, na procura de mudar o ponto de vista de que o homem não adocece. Com base em argumentos da própria história, a população masculina enxerga o cuidado à saúde como algo que não é peculiar à masculinidade. A falta de informação sobre o autocuidado, a ideia de invulnerabilidade e, por consequência, a falta de procura pelo serviço de saúde aumentam ainda mais os índices de morbimortalidade dessa população (Silveira, 2017).

Os indivíduos do sexo masculino, em geral, sofrem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres e também morrem mais cedo do que elas. No entanto, apesar das taxas masculinas representarem um peso significativo nos perfis de morbimortalidade, observa-se que a presença de homens nos serviços de atenção primária à saúde é significativamente menor do que a das mulheres (Silva et al, 2013).

O adiamento na busca por atendimento em saúde tem como reflexo o agravamento das doenças, fazendo com que um maior número de homens adentre nos serviços de saúde pelas emergências e pela atenção especializada. Como consequência disso, além de prognósticos menos favoráveis para aqueles que buscam tardiamente tratamento, é um maior custo para o Sistema Único de Saúde (SUS), com internações e maior número de procedimentos de alta complexidade (Scussel, Machado, 2017).

No Brasil, é bastante disseminada a ideia de que a atenção primária à saúde se constitui de serviços destinados quase que exclusivamente a mulheres, crianças e idosos, e muitas são as suposições e justificativas para a pouca presença masculina nos serviços de atenção primária à saúde. Dessa forma, a inclusão dos homens em ações de saúde é desafiadora, por estes não reconhecerem a importância do cuidado e a valorização do corpo

no sentido da saúde como questões sociais do homem (Carvalho, 2015).

A partir dos aspectos apontados acima, um conjunto de esforços tem sido produzidos na busca de mudança desse cenário, tendo como atores sociais e políticos importantes o governo e os movimentos sociais que tem buscado incentivar o desenvolvimento de ações de mobilização da população masculina para os serviços de saúde, bem como, estimular o desenvolvimento de propostas de formação dos profissionais e gestores para o acolhimento e inclusão dos homens nas pautas assistenciais das instituições de saúde (Martins, Modena, 2015).

O Ministério da Saúde, através da Portaria MS nº 1944/ 2009, instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) que tem o objetivo de promover ações voltadas ao homem, a fim de melhorar as condições da população masculina do Brasil e ampliar o acesso dos homens à atenção primária. Esta política visa educar, planejar, traçar estratégias e oferecer promoção, prevenção, tratamento e reabilitação voltada à saúde do homem (Lima *et al*, 2016; Nascimento et al, 2019).

As políticas públicas voltadas para os homens esbarram em questões culturais, de gestão, de organização dos serviços e despreparo profissional para a sua implementação. Promover a reflexão destes, levando em conta as diferentes masculinidades, é um aspecto fundamental para o sucesso da PNAISH.

Portanto, compreender as barreiras socioculturais e institucionais é importante para a proposição estratégica de medidas que venham a promover o acesso dos homens aos serviços de saúde, a fim de resguardar a prevenção e a promoção como eixos necessários e fundamentais de intervenção, o que transforma essa política de grande importância no contexto da saúde masculina. Desse modo, o estudo objetivou discutir e investigar os desafios e entraves encontrados pela PNAISH para a inserção do homem nas redes de atenção primária à saúde.

A vulnerabilidade relaciona-se a indivíduos e/ou grupos populacionais que estão mais expostos a determinados agravos,

como exemplo a hipertensão arterial, diabete mellitus, a fatores de risco como alcoolismo, tabagismo, sedentarismo, entre outros; ou ainda, que vivem em condições de vulnerabilidade social, como famílias em situação de pobreza extrema, as quais apresentem a violência como forma de manifestação nas suas relações interpessoais e com a sociedade, como por exemplo, as gangs juvenis, nos casos de violência doméstica, entre outros (Neto; Castro, 2008).

Ao longo da historiografia das relações de gênero, as concepções de masculinidades foram construídas em divergência ao que era natural e socialmente posto ao campo feminino, e com isso, essas construções têm se oposto ao modelo de cuidado de si. Aos meninos, e mais tarde aos jovens, a busca pelos serviços de saúde sempre foram um complicador, já que de certa forma, esse tipo de comportamento pode ferir “o ser forte” da integridade masculina.

Essa iconografia de virilidade imposta socialmente, e que reflete no cuidado com o corpo e na busca por assistência em saúde, pode deixar o jovem em situação de maior vulnerabilidade, trazendo consigo mais fatores de riscos associados ao adoecimento.

Ayres *et al* (2003) traz uma discussão sobre o conceito de vulnerabilidade frente as práticas em saúde, destacando-o como construto e construtor de uma visão mais reflexiva que tem se formado sobre a Saúde Coletiva e suas diferentes variáveis de suscetibilidade ao adoecimento, desde as fragilidades orgânicas até a adequação dos serviços de saúde, perpassando por sintomas sociais, culturais, comportamentais e políticos. Trocando em miúdos, no que diz respeito ao HIV e à Aids, a vulnerabilidade é entendida como o conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau e modo de exposição ao HIV ou adoecimento pelo mesmo e, de modo indissociável, ao maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger de ambos.

A vulnerabilidade é, portanto, um movimento que pode aumentar a chance de exposição do usuário à doença através de cenários individuais, coletivos e contextuais, e que reverberam em maior suscetibilidade ao adoecimento. Com isso, Ayres *et al* (2003) destacam três eixos que se interligam à vulnerabilidade.

O componente individual por meio do nível de conhecimento e informações dos sujeitos sobre o processo saúde-doença, bem como seus fatores de riscos e de proteção. O componente social como o poder de transformação e mudanças práticas no cotidiano dos usuários. E o componente coletivo, que se refere ao compromisso e qualidade dos serviços ofertados.

Ancorando-se no conceito de vulnerabilidade, especificamente quanto ao componente individual, destaca-se que a disseminação de informações, a propulsão à reflexão, e o debate sobre a saúde masculina é algo relativamente novo no campo da Saúde Coletiva, e que só recentemente têm tomado larga proporção. Fato este que esteve diretamente relacionado com a lógica que vinha operando os serviços de saúde, com foco especialmente para a assistência materno-infantil, conforme apontou o estudo de Machin *et al* (2010).

Seguindo a lógica da relação entre sexualidades masculinas, se apresenta o componente social do afastamento dos homens no que tange ao cuidado de si. Esse contexto dialoga com a condição da própria identidade masculina, construída em moldes patriarcais e que (re)produz em maiores ou menores proporções reflexos no processo saúde-doença-cuidado. Destacam-se também os estereótipos (forte, viril, protetor e corajoso) que são atrelados à criança do sexo masculino desde a sua infância, e que estão presente até hoje no imaginário social e que reforça essa crença como princípio ordenador e normatizador da sociedade, sejam nos homens usuários dos serviços de saúde ou nos próprios profissionais que os atendem ou deveriam atender (Schraiber; Gomes; Couto, 2005).

E, então, ainda há uma manutenção seja velada ou explícita dessa posição masculina (dominação), e que se fortalece pela identidade de herói atribuída aos homens. Tal construto representa uma dificuldade do jovem em procurar os serviços de saúde, já que simbolicamente eles foram educados para amparar, proteger e prover.

E, por conseguinte, o componente coletivo dessa rede de acesso aos serviços de saúde, tem funcionado em moldes tradicionalistas e por vezes excludente, engendrando segregações, disparidades e reforçando concepções do próprio senso comum.

No trabalho realizado por Gomes e Nascimento (2006), que buscou analisar a produção bibliográfica sobre a relação homem-saúde no campo da Saúde Coletiva, tomou-se como nota de conclusão duas questões atinentes: (a) modelos hegemônicos de masculinidade podem dificultar a adoção de hábitos de vida mais saudáveis; e (b) o homem, quando influenciado por ideologias hegemônicas de gênero, pode colocar em risco tanto a saúde da mulher quanto a sua própria.

Já na revisão de literatura mais atual realizada por Pereira *et al* (2014), percebeu-se que essas ideologias de gênero têm gerado ainda mais segregações na saúde do homem. No estudo realizado, concluiu-se que o foco dessa atenção especializada tem se ancorado: (a) no campo da oncologia do câncer de próstata, assim como nas questões de gênero e sexualidade, seguido pelo interesse nas questões que envolvem as infecções sexualmente transmissíveis-ISTs e disfunções sexuais, mortalidade masculina, violência, saúde cardiovascular e doenças renais; e (b) há um silenciamento na discussão de temas como os cuidados da juventude com a saúde, o envelhecimento masculino e a participação masculina nos aspectos da reprodução.

Diante disso, a integralidade que se busca na saúde não se detém apenas aos aspectos biológicos e individuais da saúde do homem, mas abrange também aspectos políticos, históricos e sociais da saúde desses sujeitos, isto é, os diferentes determinantes sociais em saúde. Nesse sentido, é importante que todos os atores envolvidos no cuidado estejam atentos ao reconhecimento desses fatores e sua influência nas práticas em saúde.

Segue assim a necessidade da amplitude das questões relativas à saúde do homem, e que se extrapolem ao que visivelmente é dito, que integre as questões de masculinidades, as sexualidades, a

diversidade étnica-racial, que seja efetiva e eficaz as demandas dos meninos, dos jovens e dos homens em suas pluralidades.

Frente a essas questões, muitas vezes quando o homem é vítima de algum acontecimento mais trágico, logo se amparam nos dados da expectativa de vida masculina, os comportamentos de riscos da categoria, às propensões do homem, e, no entanto, “tais estatísticas corroborariam com a afirmação de que o verdadeiro sexo frágil é o homem e não a mulher, além de evidenciarem o peso do fardo que as prescrições sociais impõem ao gênero masculino” (Oliveira, 2000, p.90).

As diferentes concepções de masculinidades que convergem a um modelo contrário a feminilidade, distanciam os homens jovens em sua tomada de decisão frente a comportamentos como o de autocuidado, e essa imagem social e simbólica implicada com a própria identidade masculina pode gerar uma falsa ideia do “ser forte” e trazer um efeito rebote com muito mais riscos e vulnerabilidades. O que implica dizer que os homens aprendem que cuidar da sua saúde os aproximaria de ser mulher, e isto é algo que não pode acontecer, em seus processos de amadurecimento esse homem para se reconhecer e ser legitimado como homem afasta-se do autocuidado por um lado e pelo outro os serviços de saúde acabam reforçando essa lógica (Nascimento et al, 2019).

Portanto, é preciso reconhecer os homens jovens são construtores e frutos de uma cultura antagônica e assimétrica (dominação-subordinação) e que a mesma gera efeitos nos comportamentos de saúde dos sujeitos, nos funcionamentos dos serviços, na participação e no controle social.

Os homens como protagonistas das ações em saúde

Gomes, Nascimento e Araújo (2007) afirmam que o homem é visto como invulnerável, forte e viril, sendo essas características abaladas pela procura dos serviços de saúde e que demonstram sinais de fraqueza, medo e insegurança. Essa pouca demanda masculina na atenção primária contribui para que os homens desenvolvam

patologias passíveis de prevenção e tratamento eficiente quando diagnosticadas precocemente, porém com o diagnóstico tardio têm mal prognósticos.

A população masculina geralmente é acometida por condições severas e crônicas de saúde, tendo índice de mortalidade pelas mesmas causas maior que as mulheres (Gomes; Nascimento; Araújo, 2007), pois a população masculina não se reconhece como alvo do atendimento de programas de saúde, devido às ações preventivas serem dirigidas quase que exclusivamente para mulheres (Scharaiber; Gomes; Couto, 2005).

Ainda nos estudos realizados por Gomes, Nascimento e Araújo (2007), percebeu-se que os serviços de saúde têm uma deficiência em absorver a demanda apresentada pelos homens, proporcionada pela organização dos serviços que não estimula o acesso destes homens e, pelo fato das próprias campanhas de saúde pública não se voltarem para este segmento da população. Assim, percebe-se a necessidade de mudanças nas estratégias dos serviços de saúde e no enfoque relacionado ao gênero masculino.

Segundo o INCA (2008), entre as patologias exclusivas do homem, o câncer de próstata é o alvo das políticas públicas tendo altas taxas de incidência e mortalidade, o que faz deste câncer, o segundo mais comum entre a população masculina, sendo superado apenas pelo câncer de pele não-melanoma.

Outros estudos produzidos por Gomes *et al* (2008) recomendam ações que sensibilizem os homens sobre a possibilidade da detecção precoce da neoplasia, além de esclarecer sobre as formas existentes de detecção, incentivando a procura pela atenção primária. De acordo com Vieira *et al* (2008), os exames de prevenção do câncer de próstata são disponíveis gratuitamente na rede pública de saúde, mas a demanda é baixa, devido às barreiras construídas no imaginário masculino que os impedem a realizar tais exames.

Do mesmo modo, as políticas públicas necessitam ser adequadas às diferentes realidades socioculturais, facilitando o acesso aos serviços de saúde de qualidade que contemplem as necessidades dos homens jovens nas suas diversidades.

Há um preconceito em relação ao gênero masculino, pois a saúde do homem ao longo dos anos foi pouco discutida e abordada, implicando ao mesmo de não ser assistido e de não se cuidar. Sendo necessário que os serviços de saúde considerem e enfrentem esta situação identificando as necessidades de saúde dos homens e intervindo com ações preventivas e de promoção à saúde (Figueiredo, 2005).

Quando nos voltamos para pensar em homens e serviços de saúde, percebemos um hiato, uma vez que esses homens não estão mais sobre influência direta de mulheres, suas mães e há muito este vínculo foi perdido. A relação dos homens com os serviços de saúde é de modo geral mediados pelas mulheres e porque há um forte investimento por parte do Estado na saúde infantil, sem distinção de sexo. Com a entrada dos homens na adolescência e na vida adulta essa relação vai ficando fragmentada.

A influência da socialização na construção de identidade masculina no contexto laboral e sua influência no processo saúde-doença têm representado um desafio no âmbito da atenção primária à saúde, uma vez que, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) estão organizadas para o funcionamento em horários incompatíveis com a jornada laboral do homem (SILVA E SILVA, 2013).

Sendo assim, é necessário estruturar os serviços de saúde em termos de organização e processo de trabalho, a fim de atender à especificidade dessa população, oferecendo fácil acesso aos serviços, readequando os horários de funcionamento para favorecer uma assistência de qualidade e inclusiva (Moreira, Fontes, Barboza, 2014).

Várias pesquisas vêm destacando a insatisfação com o tempo de espera para se conseguir atendimento. Essa demora tanto se relaciona ao longo período de espera nas filas para a efetivação do atendimento quanto diz respeito ao longo intervalo entre a marcação de atendimento e a resolutividade do problema que gerou a busca (Solano *et al*, 2017).

Emergem como outro fator de distanciamento do homem dos serviços em questão as dificuldades com o funcionamento da

rede, que se mostra pouco resolutiva. A formação de filas de espera contribui para a evasão dos usuários, uma vez que essa não deveria ser a realidade dos serviços da atenção primária e muito menos de unidades com equipes que trabalham na perspectiva da Estratégia da Saúde da Família (ESF) (Souza *et al*, 2015).

Ainda que isso possa se constituir, em muitos casos, uma barreira importante, há de se destacar que grande parte das mulheres, de todas as categorias socioeconômicas, faz hoje parte da força produtiva, inserida no mercado de trabalho formal, e nem por isso deixam de procurar os serviços de saúde. No entanto, vale ressaltar que o mercado de trabalho se comporta de forma diferenciada em relação a prevenção e cuidados em saúde no caso das mulheres (Martins, Malamut, 2013).

Considerações Finais

Ao término desta prática, ressalta-se que as atividades grupais podem ser consideradas como uma das melhores formas para se desenvolver ações de educação em saúde, pois este processo valoriza a aproximação das pessoas, sendo utilizado para sensibilizar os homens para a importância do cuidado e para fortalecer o vínculo entre estes sujeitos e os profissionais de saúde, favorecendo assim, a inserção dos homens nos serviços de atenção básica.

Por conseguinte, pode-se dizer que o objetivo de implantar grupos educativos com homens em espaços não formais de saúde, estimula que os homens podem se fortalecer e se empoderar para compreender que os serviços de saúde também são seus espaços. Ainda, destaca-se a importância de se conhecer a diversidade masculina, para que assim, seja prestada uma assistência qualificada e condizente, para que os homens se sintam acolhidos e facilitem o acesso destes às ações e aos serviços de saúde oferecidos.

Finalizando, fica o desejo de que outras ações sejam desenvolvidas com homens, enriquecendo a atuação da(o) assistente social na temática saúde do homem e, por conseguinte, contribuindo para a efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde

do Homem, proporcionando melhorias na qualidade de vida da população masculina em nosso país.

Referências

AYRES, J. R.C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-140.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - princípios e diretrizes. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: . Acesso em: jan. 2012

GOMES, R.; REBELLO, L. E. F. S; ARAUJO, F.C; NASCIMENTO, E.F. A prevenção do câncer de próstata: uma revisão da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 235-246, jan./fev. 2008.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F.; ARAUJO, F.C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.23, n.3, p. 565-574, mar. 2007.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 901-911, May 2006.

MARTINS, AM; GAZZINELLI, AP; SCHALL, VT; MODENA, CM. Relações de Gênero e a Atuação de Psicólogos na Oncologia : Subsídios para a Saúde Masculina. *Psico*. 2014;45(1):7-14.

MARTINS, AM; MALAMUT, BS. Análise do discurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Saúde e Soc.** 2013;22(2):429-440.

MOREIRA, MA; CARVALHO, CN. Atenção Integral à Saúde do Homem: Estratégias utilizadas por Enfermeiras (os) nas Unidades de Saúde da Família do interior da Bahia the interior of Bahia. **Saúde e Transform Soc.** 2016;7(3):121-132.

MOREIRA, RLSF; FONTES, WD; BARBOZA, TM. Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros. **Esc Anna Nery Rev Enfermagem.** 2014;18(4):615-621.

MOURA, EC; SANTOS, W; NEVES, ACM; GOMES, R; SCHWARZ, E. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Cien Saude Colet.** 2013;19:429-438.

NASCIMENTO, EF; GOMES, R. Iniciação sexual masculina: conversas íntimas para fóruns privados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1101-1110, 2009.

SCHRAIBER L. B.; GOMES R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**; 10(2):7-17. São Paulo, 2005.

SCUSSEL, M.R.R., MACHADO, D.M. Política nacional de assistência integral à saúde do homem: uma revisão integrativa. **Rev Família, Ciclos Vida e Saúde no Context Soc.** 2017;5(2):235-244.

SILVA, NA; SILVA, AS; SILVA, ARV; ARAÚJO, TME; REBOUÇAS, CBA; NOGUEIRA, LT. A avaliação da atenção primária a saúde na perspectiva da população masculina. **Rev Bras Enferm.** 2018;71(2):255-263.

SILVEIRA. C.L.G, MELO, V.F.C., BARRETO, A.J.R. Atenção à saúde do homem na atenção primária em saúde: uma revisão integrativa. **Rev Enferm UFPE online.** 2017;11(3):1528-1535.

SOLANO, LC; BEZERRA, MAC; MEDEIROS, RS; CARLOS, EF; CARVALHO, FPB; MIRANDA, FAN. O acesso do homem ao serviço de saúde na atenção primária. **Rev Pesqui Cuid é Fundam.** 2017;9(2):302-308.

SOUZA, LGS; MEIRELES, AA; TAVARES, KMC; MENANDRO, MCS. Intervenções Psicossociais para Promoção da Saúde do Homem em Unidade de Saúde da Família. **Psicol Ciência e Profissão.** 2015; 35 (3): 932-945.

PARTICULARIDADES DA ATUAÇÃO DA/ DO ASSISTENTE SOCIAL NA GESTÃO DA SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO PIAUIENSE: O CASO DE ÁGUA BRANCA E UNIÃO - PI

THE PARTICULARITIES OF THE SOCIAL ASSISTANT'S PERFORMANCE IN MENTAL HEALTH MANAGEMENT IN THE PIAUIENS CONTEXT: THE CASE OF ÁGUA BRANCA - PI AND UNIÃO - PI

Thaís de Andrade Alves Guimarães

Lucia Cristina dos Santos Rosa

Resumo

A experiência na área de gestão, coordenada por uma assistente social, em dois Centros de Atenção Psicossocial do tipo I, no município de Água Branca (2010 a 2013) e União (2017 a 2018), é foco da análise desse texto. Para construção do trabalho, adotou-se a revisão de literatura e análise de documentos institucionais, sobretudo, diagnósticos situacionais e relatórios anuais de gestão. Desse modo, inicia-se situando historicamente os projetos em disputa: de um lado, o projeto da Reforma Sanitária, que luta pela coletivização de direitos, na direção da universalidade da atenção; de outro, o projeto privatista, que procura impor a lógica do mercado na implementação das políticas sociais para atender aos pobres, transformando direitos em mercadorias e benesses, a lógica do caráter público versus a lógica privada das relações de mercado e de favor (GUIMARÃES; ROSA, 2019). Em seguida, é abordado

sobre os consórcios intermunicipais na gestão municipal em saúde, característica emblemática principalmente no município de Água Branca. Na sequência, faremos uma contextualização das realidades municipais, inserindo a saúde mental no território. E, por fim, destacam-se os principais desafios e dilemas postos na atuação da/do assistente social na gestão que mobilizaram a atenção no período em tela com o objetivo de assegurar a preservação da memória institucional em uma conjuntura que requer ações de resistência, em prol da defesa do Sistema Único de Saúde e da cidadania da pessoa com transtorno mental na perspectiva do cuidar em liberdade.

Palavras-chave: Saúde Mental; Serviço Social; Reforma Psiquiátrica.

Abstract

The experience in management, coordinated by a social worker, in two Type I Psychosocial Care Centers, in the municipality of Água Branca (2010-2013) and União (2017-2018), is the focus of the analysis of this text. To this end, it begins by historically situating the projects in dispute: on the one hand, the Sanitary Reform project, which fights for the collectivization of rights, towards the universality of care; on the other, the privatist project, which seeks to impose the logic of the market in the implementation of social policies to serve the poor, transforming rights into goods and benefits, the logic of public character versus the private logic of market and favor relations (GUIMARÃES; ROSA, 2019). Then, it discusses the inter-municipal consortia in municipal health management, an emblematic feature mainly in the city of Água Branca. Next, we will make a contextualization of municipal realities, inserting mental health in the territory. Finally, we highlight the main challenges and dilemmas posed in the performance of the social worker in management that mobilized the attention in the period in order to ensure the preservation of institutional memory in a conjuncture that requires actions of resistance, for the defense of the Unified Health System and citizenship of people with mental disorders from the perspective of caring in freedom.

Keywords: Mental Health. Social Service. Psychiatric Reform.

Introdução

Bravo e Matos (2004), sinalizam que no período da ditadura militar, (1964/1974), a política de saúde desenvolveu-se com base no privilegiamento do setor privado – *Projeto Privatista* que se caracterizou pela extensão da cobertura previdenciária, foco na prática médica curativa orientada para a burocratização do setor e a diferenciação de atendimento à clientela. Ademais, possui sua perspectiva ancorada nas regras de mercado e fundamentada na exploração da doença como sua principal fonte de lucros, através de sua relação com o complexo financeiro industrial médico, hospitalar, farmacêutico e de insumos. A população era explorada por meio da compra direta de consultas, procedimentos e exames, ou utilização de planos e convênios privados.

Com a redemocratização da sociedade brasileira e fruto das lutas sociais, a Constituição Federal de 1988, produziu-se um avanço bastante significativo no Sistema de Proteção Social vigente. Esta Carta Constitucional, amplia os direitos sociais, a concepção da Seguridade Social ancorada no tripé: saúde, assistência social e previdência social, possibilitando uma maior universalização do acesso e cobertura de programas sociais. Nesse contexto, observa-se na CF/88 que houve uma ruptura na política de saúde, ao afirmar em seu art. 196 que “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

A saúde foi uma das áreas que mais progrediu devido a institucionalização de uma das proposições do *Projeto de Reforma Sanitária* - a criação do Sistema Único de Saúde - SUS, que foi materializada pela Lei Orgânica da Saúde - LOS, através da Lei 8.080/90 e complementada pela 8.142/90 que instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde, instâncias de Controle Social (CFESS, 2014). Desse modo, a institucionalização do SUS é considerada como a reforma mais exitosa no âmbito social devido a sua natureza democrática e universal que se encontra em constante tensão com o ideário neoliberal.

No que tange aos alicerces dessa concepção, destacam-se:

a democratização do acesso, a universalização das ações; a melhoria da qualidade dos serviços, com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações; a democratização das informações e transparência no uso de recursos e ações do governo; a descentralização com controle social democrático; a interdisciplinaridade nas ações (CFESS, 2014, p.17).

Essa configuração proporcionou o fortalecimento do trabalho em equipe, os determinantes sociais como definição de saúde e o estabelecimento da gestão compartilhada, assim, outros atores passam a ter acesso e a participar da tomada de decisão. Logo, abre-se espaços para profissionais não médicos assumirem a gestão de serviços públicos de saúde.

Nesse contexto, como assistente social formada em 2009 pelo Instituto Camillo Filho fui convidada a ser gestora do CAPS de Água Branca - PI, e mais recente do CAPS de União - PI. Vale destacar que ambos dispositivos foram contemplados com a Supervisão Clínica Institucional da Profa. Dra. Lucia Rosa, uma sumidade nacional na área da saúde mental com relevantes contribuições nesta temática.

Dessa forma, o presente texto tem por objetivo enfatizar as particularidades da atuação da/do assistente social na gestão da saúde mental no contexto piauiense. Tem por base o relato de

experiência, no período de 2010 a 2013 em Água Branca - PI e de 2017 a 2018 em União - PI.

Gestão municipal em saúde através de consórcios intermunicipais

No Brasil a gestão dos serviços públicos teve como principal característica a centralização de poder no governo federal, reforçado no mandonismo local, no clientelismo, personalismo/coronelismo e no patrimonialismo, que não permitiu a distinção entre esfera pública e privada no país.

Na área da saúde a centralização da política de saúde conformou uma modalidade assistencial que acompanhava o perfil dominante de gestão, pois se baseou no modelo hospitalocêntrico, medicocêntrico, curativo e concentrador de equipamentos, bens e serviços de saúde nas capitais dos estados brasileiros.

Estas características estimularam que os gestores municipais implementassem a “ambulâncioterapia” como principal forma de atender a seus eleitores enfermos, ou seja, pela aquisição de ambulâncias para os municípios, se transferia as pessoas adoecidas para a atenção nas capitais, sobretudo as que requisitassem atenção de média e alta complexidade, o que sobrecarregou historicamente estes municípios e seus serviços, fato ainda corriqueiro na contemporaneidade.

Dessa maneira, muitos municípios contam com poucos recursos e equipamentos na área da saúde, nem sempre tendo uma política municipal de saúde claramente delineada ou incrementada.

A partir da Constituição Federal de 1988 e particularmente com a instituição do Sistema Único de Saúde todo arcabouço legal, assistencial, administrativo e normativo dos serviços de saúde é exigido a mudar. A saúde passa a ser entendida como um direito de todos e um dever do Estado, sendo universalizada, rompendo assim com a cidadania ocupacional, que foi gestada nos anos 20 do século passado, formatada pela assistência curativa, acessada pela via previdenciária, ou seja, contributiva, restrita aos trabalhadores

com vínculos formais de trabalho e que pagavam a Previdência Social.

Uma concepção ampliada de saúde é consolidada, concebida a partir dos determinantes sociais do processo saúde doença, implicando investimentos em alimentação, moradia, saneamento, meio ambiente, renda, educação, transporte, ou seja, qualidade de vida em geral, acompanhada de um novo estilo de gestão da coisa pública.

Mas, as mudanças ocorrem de maneira lenta, não seguindo o ritmo da produção e dos preceitos legais, havendo a necessidade de alterações mais densas envolvendo, sobretudo, toda a cultura organizacional e política que conformou o sistema público do país e sua dinâmica social, sintetizada no conceito “jeitinho brasileiro” (DAMATTA, 1991).

Muito embora um dos princípios organizativos do SUS seja a regionalização e hierarquização, que se materializa na organização e oferta de serviços em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados, segundo critérios epidemiológicos e fundamentados no conhecimento do território e das necessidades dos usuários do sistema, sob comando único, ainda há resistências de diversos atores em adotar essa lógica. Observa-se, por exemplo, as dificuldades na realidade piauiense em municipalizar alguns serviços, haja vista que segundo o SUS, quem os executa são os municípios, destarte, o Estado ainda gere vários equipamentos. Isso se refletiu inclusive no fato do Piauí ser o último estado a aderir ao Sistema Único de Saúde.

Pela própria localização geográfica do Piauí, no meio norte do país, região de articulação e transição entre o Nordeste e a Amazônia, se localizando geograficamente em um entroncamento rodoviário, observa-se as tensões entre os gestores, sobretudo da área da saúde, do Estado do Piauí e Maranhão. Por exemplo, por ocasião das conferências municipais de saúde mental - intersetorial em 2011 houve um mal-estar envolvendo representantes da gestão do Estado do Maranhão e Piauí. Na Conferência Municipal de Saúde

Mental de Timon-MA¹ presenciou-se a representante da Gerência de Saúde Mental do Piauí enfatizando no debate a importância dos serviços de saúde mental daquele município e Estado efetivamente funcionarem e tomarem para si a responsabilidade pelos habitantes dos respectivos municípios, haja vista o intenso fluxo de maranhenses para os serviços de Teresina, a capital do Piauí, bem como para outros municípios piauiense.

Diante de tal abordagem o representante da Coordenação de saúde mental do Estado do Maranhão² respondeu que o “SUS é universal”. Realmente um dos principais princípios do SUS é a universalidade, todavia, os recursos não são universais. São alocados, principalmente, em função do porte populacional de cada esfera de governo. A partir da consolidação do SUS, quando uma pessoa residia em um município ou Estado e procurava atenção em serviços de saúde em outra localidade, passou a haver a possibilidade de acionamento da câmara de compensação, uma forma de repasse de recursos orçamentários de um município/Estado a outro, o que na prática, não se efetivou.

Com o processo de descentralização política e administrativa em curso, a crescente transferência de responsabilidades e recursos do governo federal e estadual para os municípios tem sido a tônica, o que tem permitido aos cidadãos obterem o cuidado à sua saúde o mais próximo possível de seu local de residência, bem como o repasse orçamentário fundo a fundo, sem a interveniência de outros entes da federação.

Com a implantação do Cartão Nacional de Saúde³, conhecido como Cartão SUS, previsto na Norma Operacional Básica, aventa-se a possibilidade de maior estruturação e integração de sistemas de informação e melhor organização da gestão, com o

- 1 Informação obtida em debate de mesa redonda, por ocasião da Conferência Municipal de saúde mental de Timon - MA em 2011.
- 2 Informação obtida em debate de mesa redonda, por ocasião da Conferência Municipal de saúde mental de Timon - MA em 2011.
- 3 Disponível em: <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/cartao-nacional-de-saude/sobre-o-programa/693-acoes-e-programas/40031-cartao-nacional-de-saude> Acesso em: Nov. 2019.

acompanhamento e monitoramento dos fluxos dos usuários no interior do sistema de saúde e formulação da política de saúde, em cada esfera de governo, com base real nas necessidades dos seus usuários (Ministério da Saúde, data não indicada no site).

A Lei nº 8.080 de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes” prevê no Capítulo III – da organização, da direção e da gestão, no art. 10 que “os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam”, denominados na mesma lei como consórcios administrativos intermunicipais (RAMOS, 2008, p.75).

Segundo o Ministério da Saúde (1997)⁴, o consórcio é conceituado como um instrumento de gestão, um meio de potencializar a atenção à saúde das populações e de articulação entre os sistemas municipais; “meio eficiente para o alcance de outra meta prioritária que é a habilitação de municípios às condições de gestão descentralizada, especialmente a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde” (p. 5). Juridicamente é entendida como “a união ou associação de dois ou mais de dois entes da mesma natureza” (p.7).

Desse modo, é uma ferramenta de gestão que fortalece parcerias, otimiza recursos que, cada vez mais frequentemente, são escassos, oportuniza trocas, servindo para fomentar a cidadania plena e favorecendo a junção dos recursos disponíveis nos municípios para alcance dos objetivos comuns e da resolução de problemas que já que tal instrumento estava previsto na Constituição de 1937 (Art. 29), mas, foi a partir da década de 80, com a consolidação da democracia e do processo de descentralização no país que se efetivou e ganhou potência como “busca de soluções de problemas comuns para os municípios” (IDEM, p.7).

Logo, como parte do processo de descentralização, se insere na Regionalização, que se configura a partir de recortes territoriais e espaços geográficos próximos, que apresentam similaridades em

4 Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_14.pdf. Acesso em: Julho 2019.

termos de “identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados” (BRASIL, 2006). Para existir, depende da pactuação entre gestores municipais. Para a gestão do processo existe as Comissões Intergestores Regional – CIR, que se configura como espaço de decisão, definição e de pactuação das redes regionalizadas de atenção à saúde.

Em termos legais e até mesmo administrativos o consórcio, embora não seja um instrumento recente, ainda figura como peça inovadora exigindo a gestão de conflitos, sobretudo, partidários, interesses diversos, de ordem político-ideológica e toda uma mudança na cultura político administrativa, sendo um dispositivo que requer permanentemente negociações e lidar com adversidades e diferenças de variadas ordens. Ou seja, constitui uma estratégia de gestão em processo de construção e enfrentamento de desafios, que o município de Água Branca vem vivenciando desde 2005/6 e o de União que atendeu durante um tempo as pessoas do município de Lagoa Alegre até a pactuação deste com o CAPS do município de José de Freitas quando foi implantado.

Contextualizando a gestão na saúde mental nos municípios de Água Branca e União

Para compreender a experiência de gestão em um CAPS I é fundamental se conhecer o território em que o dispositivo se desenvolve, com suas particularidades, para que os avanços e desafios sejam situados e datados, haja vista que se alteram a cada conjuntura, momento em que vive o país e a política de saúde. Vale ressaltar que este relato de experiência é marcado pelo período de 2010 a 2013 em Água Branca e de 2017 a 2018 em União.

O caso de Água Branca

Localizada na microrregião do Médio Parnaíba do Estado do Piauí, distante 108,4 km da capital, é considerada uma cidade de

pequeno porte, por abrigar 16.451 pessoas, conforme critérios e dados do IBGE, 2010. Suas origens remontam a 1877, a partir da experiência de um grupo de irmãos que, fugindo da seca cearense, se instalaram em uma localidade denominada Lagoa da Vida, ligada inicialmente aos municípios de Regeneração e depois a São Pedro do Piauí.

Em 1954 foi elevada à condição de município, a partir de desmembramento de São Pedro do Piauí, ganhou o nome de Água Branca por ter muita água, destinada para a lavoura. Mas, atualmente tem por principal base econômica o comércio, ou seja, o setor terciário. Tem uma densidade demográfica de 169,53hab., com 10,7% da população ocupada; 46,4% com rendimento nominal mensal per capita de meio salário mínimo, (IBGE, 2017).

O município está situado, para fins da política de saúde estadual, no Território Entre Rios. Passa a contar com um Centro de Atenção Psicossocial, porte I, a partir de projeto elaborado por Lorena Vilarinho, sendo implantado em 2006, na gestão do prefeito “Zito”, instituído a partir de um consórcio, ou seja parceria com os municípios de Barro Duro, Lagoinha do Piauí, Olho D’Água, Hugo Napoleão, Passagem Franca, São Miguel da Baixa Grande, tornando-se serviço de base de um território com 38.985 habitantes que fazem parte do módulo assistencial, entretanto, funcionando de maneira precária enquanto tal, por não haver contrapartida dos demais municípios.

O município de Água Branca – PI até o ano de 2005 tinha como única fonte de assistência à saúde mental o encaminhamento das pessoas com transtorno mental para a internação em Hospitais Psiquiátricos (Areolino de Abreu e Sanatório Meduna) da capital do Estado.

Em fevereiro de 2006, é implantado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial, que recebe o nome Manoel Cardoso da Silva, homenageado por ser pai e fiel cuidador do filho, Antônio Cardoso de Lima, que tinha retardo mental. Esse é um dado peculiar ao município, pois historicamente, vários estudos mostram que o cuidado esteve atrelado à figura feminina, em função do que foi

instituído na divisão sexual do trabalho, estabelecido a partir da emergência da sociedade moderna. Logo, homenagear um homem cuidador, sem dúvida, destaca outra particularidade no município, haja vista que, comumente, os CAPS levam nomes de ex usuários dos serviços ou ex trabalhadores ou profissionais que contribuíram com os avanços do processo reformista na realidade brasileira ou local.

O serviço passa a funcionar provisoriamente no centro da cidade em sede alugada. Seus primeiros três meses são mantidos com recursos próprios da Prefeitura e da Secretaria Municipal de Saúde.

Em 01 de julho de 2007, o CAPS ganha sede própria e é transferido para o bairro São Luís, localizando-se dentro do complexo de saúde da cidade e ocupando espaço ao lado da Secretaria Municipal de Saúde, Centro de Fisioterapia, Centro de Especialidades Odontológicas e Posto de Saúde Luce Leide Vilarinho. Após 04 anos, em 2011, o CAPS recebe outra sede nova no mesmo local, mais ampla, com auditório, maior número de salas para atendimentos individuais e em grupos, refeitório com a capacidade adequada, além de uma área ao ar livre.

O CAPS possuía na época cerca de 2.000 usuários cadastrados, a procedência espontânea correspondia a forma predominante de entrada da maioria dos usuários no serviço. As psicopatologias mais frequentes eram de transtornos de ansiedade, seguida de transtornos esquizotípicos e delirantes, retardo mental e transtornos do humor, (Diagnóstico Situacional, 2011).

O município de Água Branca - PI possui Gestão Plena em Saúde, situação privilegiada comparada ao cenário regional, ampliando as oportunidades para práticas de atendimento em saúde por equipe multiprofissional. A equipe do CAPS era composta por médico psiquiatra, enfermeira, psicólogo, terapeuta ocupacional e assistente social totalizando 06 (seis) profissionais de nível superior, e técnico de enfermagem, artesão, recepcionista, cozinheira, serviços gerais, motorista (que tinha um excelente manejo com os usuários, conhecendo suas histórias de vida, o que

se somava ao processo de trabalho), sendo 06 (seis) profissionais de apoio, sendo assim, este dispositivo era capaz de oferecer uma resposta efetiva às demandas de saúde mental dos municípios que compõem o módulo assistencial.

A Rede de Atenção Psicossocial - RAPS de saúde de Água Branca estava constituída de 07 equipes de Estratégia de Saúde da Família - ESF, sendo 06 na zona urbana e 01 na zona rural, 02 Leitos de saúde mental no Hospital Geral, 01 Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, 01 Núcleo de Atenção à Saúde da Família - NASF, 01 Comunidade Terapêutica (Casa Vida Verdadeira) e 01 Associação de Usuários e Familiares de Saúde Mental denominada NAVI, nome criado pelo usuário do CAPS Adriano Araújo Rosa e aprovado em assembleia que acrosticamente define a Associação da seguinte maneira Numa Alegria Vive o Inconsciente. (Relatório de Gestão, 2012).

O CAPS I têm como principal desafio oferecer atenção em saúde mental a todos os segmentos da saúde mental, desde crianças e adolescentes, consumidores de substâncias psicoativas até pessoas em situação de agudização de seu quadro clínico, sendo o equipamento que recebe menor valor do governo federal com o agravante da ausência do co-financiamento por parte do Estado.

Nesse sentido, o município responde por todas as falhas e ausências das demais instâncias de gestão, no geral tendo que arcar com parcela significativa em termos de medicamentos e sendo um consórcio com municípios que não oferecem contrapartida, é ainda mais sobrecarregado. Mas, um aspecto importante, foi contar com o apoio irrestrito da secretaria de saúde da época, Margareth Pimentel Lopes, também assistente social e primeira dama, situação ímpar que facilitava a priorização da saúde mental, até pela proximidade entre os serviços, concentrados no Centro de Referência da Saúde, um espaço novo e próprio da gestão municipal.

Como o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS I de Água Branca surge em um momento de “boom” na criação dos CAPS pelo Estado do Piauí, havendo parca experiência dos profissionais com esse equipamento e com o cuidar em Liberdade, o principal desafio

era oferecer atenção em momento de crise, a partir de uma equipe em que muitos profissionais eram recém-formados, sem experiência na atenção à crise. De outro lado, formar e qualificar a equipe saúde da família, ou seja, a atenção básica para acolher e cuidar desse segmento na comunidade, haja vista muitos considerarem fora das ações programáticas desse nível de atenção, portanto, um trabalho a mais, e não inerente a seu fazer.

O ano de 2009 foi considerado o período de maior desenvolvimento das ações do CAPS de Água Branca, merecendo destaque a capacitação em saúde mental organizada pela equipe do serviço para toda a equipe de atenção básica, do Hospital Geral da cidade e dos municípios circunvizinhos e marcando logo após esta capacitação o início das ações de matriciamento na atenção básica.

Ademais, a melhor integração das equipes do CAPS e do Hospital Municipal Dirceu Mendes Arcoverde permitiu o favorecimento e a garantia da internação de usuários de saúde mental no Hospital Geral da cidade, quando necessária, evitando consideravelmente as internações em Hospitais Psiquiátricos de Teresina.

Os usuários de saúde mental de Água Branca ganharam maior visibilidade e participação nas decisões do serviço e, nesse mesmo ano, participaram em julho, do I TECAPS (Torneio entre CAPS), realizado em Piri-piri-PI. Em setembro de 2009, um grupo de 12 (doze) usuários participou da capacitação de Grupos de Ajuda e Suporte Mútuo, realizado em Teresina, pelo Dr. Eduardo Vasconcelos e, em agosto, organizaram com a equipe do CAPS uma Oficina de Mobilização Social, com a participação dos usuários da Âncora (Associação de usuários de Teresina), que desencadeou a formação de Associação de Usuários de Saúde Mental de Água Branca, NAVI.

Um fator importante ainda era que alguns membros da equipe estavam articulados com o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial e buscava dinamizar ações em prol do fomento ao protagonismo de usuários e familiares, como sujeitos no processo de mudança em geral, e assistencial em particular.

O ano de 2009 finda com a colocação do CAPS de Água Branca em destaque no cenário nacional, pela aprovação de dois projetos de geração de trabalho e renda na área de saúde mental intitulados: *Loucos em Cantos e Cultivando Cidadania*, os respectivos projetos beneficiam 60 pessoas entre familiares e usuários e desenvolvem atividades de coral e de cultivo de hortaliças e plantas medicinais (Relatório de Gestão, 2009).

Em 31 de março de 2010, foi realizado a I Conferência Municipal de Saúde Mental, com o tema *Saúde Mental, direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios*. O encontro reuniu profissionais, usuários, representantes de entidades em torno de discussões sobre a política nacional de saúde mental, a situação atual e aplicação do conceito de intersetorialidade no atendimento aos usuários no Brasil, este momento **foi um marco** na história de Água Branca, (Relatório de Gestão, 2010).

Desse modo, foram implementados processos formativos, contou-se, com a experiência de Supervisão Clínico Institucional com a Profa. Dra. Lucia Rosa, de docente da Universidade Federal do Piauí, constituindo em um instrumento de integração e qualificação das equipes que trabalham em serviços de saúde mental visando alcançar uma boa prática clínica, articulada a melhor utilização dos recursos humanos e institucionais existentes nas equipes, nos serviços e no território envolvido. A supervisão teve como principal eixo a perspectiva de alinhamento conceitual da equipe, bem como o trabalho articulado com os equipamentos da rede socioassistencial, sendo dinamizada sobretudo, através de reuniões com a equipe de saúde mental e ações de formação em saúde mental.

Em 19 de julho de 2011 ocorreu o I Fórum Intersetorial de Saúde Mental, com o tema Consolidando a Rede de Atenção Psicossocial, no Auditório do Centro de Referência de Assistência Social – CRAS. A construção e o desenvolvimento deste Fórum em Saúde Mental surgiram da necessidade em aumentar a complexidade de informações a respeito do atendimento ao usuário com transtorno mental em todos os níveis da saúde, no intuito de melhorar a qualidade da assistência oferecida, (Relatório de Gestão, 2011).

Em comemoração do dia 18 de maio, dia da luta antimanicomial, realizou-se em Água Branca, o II Encontro de formação política, no período de 25 a 27 de maio de 2012, com o lema: “Nós podemos muito, nós podemos mais”, com o objetivo de tornar usuários e familiares sujeitos ativos da história e incentivar a participação de usuários e familiares na luta antimanicomial, realizado com apoio da Âncora, da Navi – Associações de usuários de saúde mental e do CAPS, sendo todo custeado pela Prefeitura Municipal. Teve a participação de 100 representantes oriundos de 10 cidades do estado do Piauí, entre elas: Luzilândia, Parnaíba, Buriti dos Lopes, Teresina, Água Branca, São Pedro, Amarante, Floriano, União e Esperantina. Este Encontro teve como objetivos discutir e avaliar a realidade da assistência em Saúde Mental do Estado e estimular a prática política dos usuários e familiares de saúde mental para o exercício da cidadania e do controle social (Relatório Final do II EFP).

Desse modo, é importante destacar os aspectos propulsores de aspecto dos avanços da prestação de assistência em saúde mental, remete aos investimentos e preocupação da coordenação do CAPS em gerar informações qualificadas sobre os usuários do serviço, bem como sobre a organização do serviço, sistematizada em formulários e escalas bem pactuadas. A juventude da equipe também se traduziu na forma com que inovações e novas propostas são assimiladas e geridas com agilidade, na elucidação de ideias em pronta operacionalização de ação e resultados de produzir práticas inclusivas e inovadoras.

O caso de União

Localizada na microrregião Teresina, distante 59 km da capital, abriga 42.654 pessoas, conforme dados do IBGE (2010). O município ganhou status de vila pela resolução provincial nº 362 em 1853, com território desmembrado de Campo Maior, sendo considerada cidade em dezembro de 1889 pelo decreto estadual nº 1. Tem uma densidade demográfica de 36,35 hab², com 11,6% da população ocupada; 52,8% com rendimento nominal mensal per

capita de meio salário mínimo. Vale destacar que parte significativa de sua população reside na zona rural, sobrevivendo da economia/agricultura de subsistência. A economia do município gira em torno predominantemente das atividades agrícolas, mas, tem um movimentado setor de comércio, (IBGE, 2017).

O município está situado no Território Entre Rios, para fins da política de saúde estadual e teve o CAPS I inaugurado na Gestão do Prefeito Gervásio Costa Filho em novembro de 2004 e funcionou até dezembro deste mesmo ano, com a mudança de gestor em 2005, o CAPS passou quatro meses fechado e somente no final do mês de abril foi reaberto. O serviço funcionou por cinco meses tendo todas as suas despesas custeadas pela Prefeitura Municipal de União, pois somente em agosto de 2005 foi credenciado junto ao Ministério da Saúde, passando a receber os recursos federais para o seu custeio.

O CAPS de União historicamente manteve uma posição de destaque na Rede de Atenção Psicossocial do Piauí e do Brasil, pelo vanguardismo e liderança da Coordenadora e Terapeuta Ocupacional Marta Evelin em muitas ações e aprovação de projetos junto ao Ministério da Saúde, destacando-se: Projeto Helicônia - inserção de 12 pessoas com transtornos mentais, destinado ao plantio, cultivo e venda de flores tropicais - 2006. (ROSA; FIGUEIREDO NETO; CARVALHO; MELO, 2009); 2006/7 - Supervisão clínico institucional, a partir de Edital do Ministério da Saúde, conforme a Portaria 1.174; Coral dos Amigos através de incentivo do MS; Criação de Associação Liberdade (de usuários e familiares da saúde mental). Em novembro de 2007 foi iniciado as ações do matriciamento na área de saúde mental, com um projeto piloto na Unidade de Básica de Saúde (UBS) David Caldas e em janeiro de 2008 se expandiu para todas as UBS da zona rural, totalizando 11 e até a presente data ainda são realizadas. (CARVALHO, et.al, 2011).

Essas ações se fortaleceram com a supervisão institucional no CAPS de União, ao encargo de Lucia Rosa, que redundou na organização do livro União em Saúde Mental, (ROSA; CARVALHO, 2007) através do qual estimulou a equipe a sistematizar e refletir sobre a experiência, deixando suas marcas na história. Além dos processos formativos, fomentando o alinhamento teórico metodológico e ético político com a reforma psiquiátrica, houve

mapeamento da rede de serviços socioassistenciais e ação conjunta com a coordenação, na perspectiva de qualificar as equipes de atenção básica para o cuidado em saúde mental, haja vista o intenso encaminhamento para o CAPS e o despreparo desse nível de atenção, haja vista a saúde mental não ser incluída explicitamente como atividade programática das equipes saúde da família.

Dando um salto temporal, em janeiro de 2017, por indicação exclusivamente técnica, assumo a gestão do CAPS de União, a convite do Prefeito Dr. Paulo Henrique e Dra. Anne Costa, secretária de saúde. Nesse momento, foi realizado um diagnóstico situacional do serviço e apontado os principais problemas que estavam em desacordo com a Portaria 336/02 GM que regulamenta e dispõe sobre o papel estratégico dos CAPS na Reforma da Assistência Psiquiátrica, além das respectivas possibilidades de ajustes.

As demandas giraram em torno do desfalque da Equipe Técnica, pois existia apenas uma enfermeira e uma psicóloga, ademais, o CAPS funcionava apenas no turno da manhã, sendo realizado um revezamento entre as profissionais. A partir de março, a carga horária dos profissionais aumentou fazendo-os cumprir de acordo com o contrato de trabalho e foi reativado o registro eletrônico. Vale ressaltar que foi concedido um reajuste salarial para os membros da Equipe.

De modo geral, as atividades desenvolvidas do CAPS limitavam-se apenas a dispensação de medicação, triagens e atendimentos psicológicos. Então, deu-se retomamos às atividades em Grupos Coletivo, Familiar e Assembleia. Foi solicitado também, para melhorar o processo de trabalho, internet e carro modelo Dobló para ficar à disposição do serviço e melhorias na infraestrutura. O CAPS encontrava-se com pendências junto à Gestão Estadual - DUCARA/SESAPI no que diz respeito ao Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde - RAAS, Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado - BPA/I e Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado - BPA/C, possibilitando a qualquer momento a suspensão do recurso financeiro mensal, (Diagnóstico Situacional, 2017).

Até junho 2018, o CAPS possuía mais de 3.000 pessoas cadastradas, dos quais aproximadamente 2.000 estavam ativos. Contava com uma equipe multiprofissional constituída por

médico psiquiatra, enfermeira, terapeuta ocupacional, técnica de enfermagem, assistente social e psicóloga. Além destes, tinha a auxiliar de serviços gerais, motorista e dois vigias, totalizando 10 profissionais.

O CAPS oferecia diferentes tipos de atividades terapêuticas, algumas são realizadas em grupo, outras são individuais, destinadas às famílias e comunitárias, dispensação de 22 tipos de medicação psicotrópicas sob prescrição, com objetivo de fortalecer a autonomia e empoderamento dos usuários para que possam produzir novos processos de vida dentro de suas possibilidades, além de evitar a internação psiquiátrica.

As características sociodemográficas dos usuários referente ao sexo: maioria feminino, faixa etária: adultos, em relação ao nível de escolaridade: ensino fundamental incompleto. Aproximadamente a metade da população usuária nunca trabalhou e aqueles que tiveram experiência no mercado de trabalho é no comércio e/ou na roça. A maioria conta com algum benefício sócio assistencial, predominando o Programa Bolsa Família - PBF, alguns contam com o Benefício de Prestação Continuada - BPC/LOAS e Passe Livre Interestadual. As 05 (cinco) psicopatologias mais frequentes eram: esquizofrenia, seguida de transtorno de ajustamento/adaptação, transtorno de ansiedade e depressão, bem como transtornos secundários relacionados ao consumo de álcool e outras drogas, respectivamente.

Durante esse período, várias ações foram realizadas e outras contavam com a participação dos usuários de União, podemos destacar as ações em alusão ao dia Nacional da Luta Antimanicomial, Dia Mundial de Saúde Mental, campanhas Janeiro Branco, Setembro Amarelo entre outras articuladas com a atenção básica local que contou com a participação dos usuários nessas e em outras atividades de mobilização em praça pública, participação em mostra de cinema de direitos humanos, eventos organizados pelas Universidades públicas e particulares em Teresina, sessões solenes tanto na Assembleia Legislativa do Estado como na Câmara Legislativa Federal em Brasília, participação dos usuários em mesas de debates e apresentação de Trabalhos em Congressos Nacionais

e Regionais de Saúde Mental, sobretudo com foco na participação política dos usuários e familiares, (Relatório de Gestão, 2017).

Nesse ínterim, foi-se investido bastante em processos formativos para as Equipes na Atenção Básica (ESF e NASF), profissionais do Hospital Geral (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) e da Residência Terapêutica, além de sensibilização nas escolas do município. Os temas abrangiam desde o manejo do cuidado em saúde mental na atenção básica até a atenção à crise no Hospital Geral, acolhimento e cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas, questões relacionadas ao suicídio e ao matriciamento em saúde mental, entre outros.

A Rede de Atenção Psicossocial – RAPS de União era constituída de 16 UBS (07 Urbana e 09 Rural); 03 Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF I; 01 CAPS I; 01 SAMU 192 - Suporte Básico; 02 Leitos de saúde mental em Hospital Geral; 01 Serviço Residencial Terapêutico - SRT I, contendo 03 beneficiários do Programa de Volta para Casa e o fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares se dava através das assembleias trimestrais, associação Liberdade e participação de eventos de formação política em saúde mental.

Qualquer avaliação implica um “juízo de valor”. É fundamental tal processamento, inclusive na dimensão auto avaliativa tendo em vista fornecer subsídios no ato da prestação de contas e análise geral do pleno cumprimento do Plano de trabalho, tendo em vista inclusive fornecer elementos na perspectiva de análise do bom emprego do recurso público e qualidade dos serviços prestados à população unionense, premissa que norteia todo o nosso processo de trabalho, (ROSA; GUIMARÃES, 2017).

Sabemos também que no processo de trabalho, obstáculos são inerentes ao andamento das ações. Alguns de pequena monta, facilmente contornáveis ou elimináveis, outros que ganham tamanha dimensão que obstam o fluxo das atividades, dificultando à consecução de objetivos e assim, impedindo a viabilização da finalidade das ações. As dificuldades e barreiras apesar de criarem limites, servem também como termômetro para visualizar a força da equipe em superá-los e operacionalizar os resultados esperados, (ROSA; GUIMARÃES, 2017).

POTENCIALIDADES	FRAGILIDADES
<p>Autonomia dada a esta coordenação para organizar o processo de trabalho e escolha dos membros da Equipe, naquele momento o município não havia possibilidade de realização de concurso público, mas no ano seguinte houve um processo seletivo; - Apoio, retaguarda e acessibilidade da Secretaria Municipal de Saúde para o bom andamento de todas as nossas atividades e valorização dos eventos promovidos pelo CAPS; - Liberação do suprimento de fundo para o CAPS mensal no valor; - Equipe disponível mesmo fora do horário de trabalho; - Execução das atividades planejadas em Reunião de Equipe; - Aquisição de Carro, telefone, impressora foram disponibilizados para desenvolvimento das atividades; Atualização de todos os instrumentos do serviço e do Projeto Terapêutico Institucional; - Adesão dos usuários ao serviço, trazendo à tona a aprovação do Estatuto da Associação Liberdade e posteriormente a sua legalização, a mesma era composta pelos usuários e familiares de saúde mental para fortalecimento do controle social.</p>	<p>Ambiente físico inadequado para as instalações do CAPS, não obedecia a Portaria MS/GM nº 615/13;- A ausência do apoio, orientação e supervisão de Farmacêutico contrariando as orientações da Portaria 344/98 e da Lei 5.991/73; - Demora por parte dos fornecedores na entrega dos pedidos solicitados (medicação, material de expediente, limpeza e alimentício) e na maioria das vezes chegavam incompletos; - Maior empenho dos profissionais da Atenção Básica no Matriciamento de Saúde Mental; - Centralização da Medicação Psicotrópica no CAPS; - Ausência de Centros de Convivência e Cultura na Atenção Básica em Saúde para que os usuários transitem em outros pontos da RAPS; - Aumento dos casos de Saúde Mental e Álcool e Drogas, tornando a Equipe “pequena” para prestar assistência qualificada a tantas demandas; - Ausência de uma política de remuneração dos profissionais de saúde, associada ao desempenho, com base na qualidade da assistência e na informação contínua dos processos assistenciais; - Necessidade de implantação de iniciativas de geração de trabalho e renda, além de outras estratégias de reabilitação psicossocial como a criação de cooperativas e empreendimentos solidários; - Necessidade de implantação de Prontuário Eletrônico para registrar os dados clínicos dos usuários para acompanhamento em todos os serviços de saúde, servindo de base para a produção e análise de dados, como forma de subsidiar os processos de planejamento.</p>

Fonte: *Relatório de Gestão do CAPS de União (2017)*.

Assim, segue a **avaliação geral** com os aspectos positivos e alguns entraves do nosso serviço para que pudéssemos melhorar cada vez mais a atenção psicossocial de União:

A atuação da/do assistente social na gestão municipal de saúde mental

A gestão de políticas públicas, de modo geral, remete à forma como a “coisa”, o bem público, coletivo, é administrado. A gestão de ações públicas remete às respostas e às “necessidades sociais que têm origem na sociedade e são incorporadas e processadas pelo Estado em suas diferentes esferas de poder federal, estadual e municipal” (RAICHELIS; WANDERLEY, 2004, p. 6). Implica o ciclo da política pública, englobando a formulação, implementação e gestão, que configuram “linhas de ação coletiva que concretizam direitos sociais” (IDEM; IBIDEM, p. 06). Implica relação de reciprocidade entre o Estado e a sociedade, com a primazia do primeiro, na condução e implementação das políticas públicas. Requer igualmente uma interpenetração entre as esferas pública e privada, o que historicamente tem redundado em crescente publicização do privado e privatização do público, materializada na apropriação privada dos recursos públicos.

A gestão de políticas públicas ganha particularidade em cada país, conformada a partir da configuração do Estado nação em cada país. Na América Latina os autores mostram que houve uma combinação, simbiose, entre o estatal e o privado, que impediu a emergência de uma esfera pública.

Nesse continente houve uma centralização do poder político, que obstaculizou a consolidação da esfera pública, entendida como “um movimento de publicização das ações públicas na direção da construção de uma nova institucionalidade que implica a criação de espaço públicos”, arena em que interesses públicos se explicitem e sejam confrontados. O público é uma construção social, “um resultado a ser alcançado na luta política democrática” (RAICHELIS; WANDERLEY, 2004, p.10).

No Brasil a esfera pública se configurou de maneira singular, articulando elementos tradicionais e modernos, através da dominação oligárquica, que baseou suas ações no favor e no clientelismo, conformando os usuários dos serviços de saúde como

devedores de gratidão, o que tem dificultado sua condição de sujeitos de direitos.

A partir da Constituição de 1988, uma nova possibilidade de reconstrução da esfera pública é acenada, com outras perspectivas de gestão da política pública, a partir da descentralização das ações; do controle social; perspectiva reformista em geral, no cerne de uma proposta de redesenho do Estado brasileiro, com a multiplicação de atores, com sua conseqüente heterogeneidade de interesses e expressão, no espaço público. Raichellis e Wanderley (2004) destacam as inovações dos conselhos gestores, na sua dimensão de construção de “uma nova institucionalidade nas práticas de gestão que pode articular a ação da sociedade civil e do Estado.

Esse contexto histórico, de criação e implementação do Sistema Único de Saúde permitiu inovações no processo gestor. A assunção e valorização do trabalho em equipe também permitiu inovações, ao alçar profissionais não médicos a outras possibilidades, tais como na gestão direta de serviços de saúde.

Por outro lado, a formação profissional do assistente social também qualificou para tanto, haja vista, historicamente, os projetos pedagógicos incluírem disciplinas de planejamento e administração em sua estrutura curricular, somadas à visão de totalidade social, que passa a presidir o Projeto Ético Político, desde a década de 1990.

Vale ressaltar que as/os assistentes sociais da área da saúde operam tanto no atendimento direto aos usuários quanto na mobilização, participação e controle social; além disso, na parte de planejamento e gestão, assessoria, pesquisa, qualificação e formação profissional. A Lei de Regulamentação da Profissão e as Diretrizes Curriculares da ABEPSS caracterizam como demandas transversais ao trabalho profissional em que ocorre, segundo Miotto e Nogueira (2006), três processos dialeticamente articulados: processos político-organizativos, processos de planejamento e gestão e processos socioassistenciais.

Quando uma/um assistente social assume a gestão de serviços de saúde mental, é importante destacar que mesmo como técnico,

qualquer profissional, em alguma medida, desenvolve a gestão, gestão de si, de seu processo de trabalho. Agora, assumir a condição administrativa, de um equipamento de saúde, envolve uma gama enorme de conhecimentos e articulações, para não correr o risco de “esvaziamento da reflexão profissional, e crise de identidade quanto à profissão” (IAMAMOTO, 2002), pois segundo a autora, os profissionais ao assumirem a gestão propende a confundir o objeto de trabalho e as atribuições do assistente social. Inclusive o risco é também não compreender que a ação como gestor é derivado da condição de assistente social, ou seja, é um assistente social na gestão, podendo diluir sua identidade profissional.

Nas experiências em tela, ocorreu exatamente o contrário, a condição de assistente social potencializou o exercício gestor, sendo ativada toda potência fornecida pela formação generalista, embora orientada pelas políticas específicas da saúde, fundamentadas no Sistema Único de Saúde - SUS.

Assim, foi necessário o domínio do processo de trabalho, para gerir uma equipe, com suas diferentes concepções de clínica e compromissos com o SUS. Conhecimento do orçamento público e forma singular de operar, como as licitações, sobretudo envolvendo a aquisição de medicamentos. Requer ainda, espírito de liderança, pois além da liderança da equipe *stricto sensu*, no cerne do SUS, é exigido a gestão da Rede de Atenção Psicossocial, com todo desafio de descentralizar a atenção em saúde mental do CAPS, na direção da Atenção Básica, do Hospital Geral, dentre outros. Impõe a articulação com outras políticas sociais, para multiplicar a identidade da pessoa com transtorno mental, o incluindo em outros direitos, tais como: geração de renda, educação, assistência social, dentre outros.

Orientada pelo princípio da gestão compartilhada, buscou-se envolver os trabalhadores no processo gestor, desde o psiquiatra até o motorista e cozinheira do CAPS. Também os usuários e familiares, foram envolvidos, via controle social e participação em assembleias.

Considerações finais

A descentralização das políticas sociais convocou as/os Assistentes Sociais no desempenho nas áreas de planejamento e gestão de programas, projetos e equipes de modo a fortalecer as ações em favor da classe trabalhadora, dos usuários, familiares buscando melhorar a qualidade dos serviços prestados, bem como possibilitar a efetividade dos direitos socialmente garantidos, em direção ao nosso projeto ético-político profissional.

Desse modo, a gestão das políticas de saúde precisa ser compartilhada e solidária, com outros arranjos que intensifiquem a criatividade, negociações, a ampliação da cidadania e intersectorialidade entre as diferentes políticas públicas, objetivando o aprofundamento dos direitos conquistados, como uma forma inovadora de administrar, gerir conflitos, interesses diversos e mudar a cultura político administrativa.

Uma gestão responsável dos serviços de saúde mental possibilita a construção de um novo lugar social para as pessoas com sofrimento psíquico, visando alcançar uma boa prática clínica, articulando a melhor utilização dos recursos humanos e institucionais existentes nas equipes, nos serviços e no território envolvido.

Esta experiência permitiu a aproximação com questões administrativas, uniu o ato de cuidar com o ato de planejar, organizar, implementar, avaliar, facilitou a compreensão das necessidades da gestão tentando alinhar com as de quem cuida e de quem é cuidado, assim como, potencializou os saberes do campo do Serviço Social, mostrando que a/o assistente social não está apenas vinculada/o à execução terminal das políticas sociais, mas inserido na esfera do planejamento, gestão e avaliação, sendo um profissional propositivo, criativo e crítico diante às demandas que emergem das expressões da questão social.

Referências

ÁGUA BRANCA. **Diagnóstico Situacional do CAPS de Água Branca**. Água Branca: CAPS, 2011.

_____. **Relatório de Gestão do CAPS I de Água Branca**. Água Branca: CAPS, 2009.

_____. **Relatório de Gestão do CAPS I de Água Branca**. Água Branca: CAPS, 2010.

_____. **Relatório de Gestão do CAPS I de Água Branca**. Água Branca: CAPS, 2011.

_____. **Relatório de Gestão do CAPS I de Água Branca**. Água Branca: CAPS, 2012.

_____. **Relatório Final do II Encontro de Formação Política - EFP** para usuários e familiares de saúde mental do Estado do Piauí. Água Branca, 2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988, 292 p.

_____. O consórcio e a gestão municipal em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_14.pdf. Acesso em: Julho 2019.

_____. **Diretrizes operacionais Pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 336** de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento público em saúde mental, isto é, pacientes com

transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo.

_____. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

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

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Reforma Sanitária e Projeto Ético Político do Serviço Social: Elementos para o Debate. In: **Saúde e Serviço Social** BRAVO, M. I. S, et al (Orgs). São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

CARVALHO, Marta, et al. Ações de matriciamento de saúde mental na atenção básica no município de União: um caminho em construção. In: ROSA, Lucia, et al. **Política e ações de saúde mental no Piauí: 2000 a 2010**. Teresina: EDUFPI, 2011. p. 41-54.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Reimpressão: Brasília, 2014.

DAMATTA, R. **A casa & a rua**. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

GUIMARÃES, T. A. A; ROSA, L. C. S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. *O Social em Questão* 2019, (44), 111-138. Acesso: de http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_44_art5.pdf. Em Nov. 2019

IAMAMOTO, M. Projeto Profissional, Espaços Ocupacionais e Trabalho do Assistente Social na Atualidade. **Atribuições Privativas do(a) Assistente Social em questão**. Brasília: CFESS, 2002.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Panorama**. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/agua-branca/panorama> . Acesso em: 20 de out. 2019.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Panorama**. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/uniao/panorama> . Acesso em: 20 de out. 2019.

MINISTERIO DA SAÚDE. **Cartão Nacional de Saúde**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/cartao-nacional-de-saude/sobre-o-programa/693-acoes-e-programas/40031-cartao-nacional-de-saude> Acesso em: 11 de nov. 2019.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde. In: MOTA, A. E.; BRAVO, M. I. S.; UCHÔA, R.;

NOGUEIRA, V.; MARSIGLIA, R.; GOMES, L; TEIXEIRA, M. (Org.). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

RAICHELIS, R.; WANDERLEY, L. Desafios de uma gestão pública. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo SP, v.25, n.78, p.5-32, jul. 2004.

RAMOS, I.A. **A responsabilidade civil dos estabelecimentos de saúde**. Rio de Janeiro: Lamparina, 2008.

ROSA, L.C.S.; BONA, M.E.C (Org.). **União em saúde mental**. Teresina: EDUFPI, 2007.

ROSA, L.C.S; FIGUEIREDO NETO; MV; CARVALHO, MEB; MELO, TMFS. **Os desafios e os limites da inclusão da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho: uma proposta de estudo**. P. 56-73. In: LIMA, SO; BARROS JR, FO; ARAÚJO, VPS (Org) Trabalho e desigualdades. Rio de Janeiro: Booklink, 2009.

ROSA, L. C. S.; GUIMARÃES, T. A. A. **Relatório final da 2ª edição CRR-UFPI**. Teresina, 2017.

UNIÃO. **Diagnóstico Situacional do CAPS de União**. União: CAPS, 2017.

_____. **Relatório de Gestão do CAPS de União**. União: CAPS, 2017.

SOBRE AS ORGANIZADORAS

Leidimar Barbosa de Alencar

Assistente Social e Administradora formada pela UFPI, mestre em Gestão de Tecnologia e Inovação em Saúde pelo Instituto Sório-Libanês de Ensino e Pesquisa – IEP/HSL. Facilitadora em Metodologias Ativas. É servidora da Secretaria de Estado da Saúde do Piauí onde atua como assessora técnica em gestão em saúde. Exerce atividade docente na área de Administração em IES de Teresina.



Lucia Cristina dos Santos Rosa

Assistente Social. Docente titular do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí. Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Raimunda Nonato da Cruz Oliveira (Danda)

Assistente Social formada pela UFPI, mestre em Serviço Social pela PUC/SP, e Doutora em Políticas Públicas/UFPI. É servidora do Ministério da Saúde/FUNASA onde atua como gestora de política de saúde ambiental. Exerceu atividade docente por 15 anos junto a IES de Teresina.



SOBRE AS AUTORAS

Andréa Nunes Mendes de Carvalho

Assistente Social e Bacharel em Direito. Especialista em Saúde Pública pela Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP; em Vigilância em Saúde pelo Hospital Sírio Libanês – IEP/HSL; em Gestão de Políticas de Saúde Informadas por Evidências pelo Hospital Sírio Libanês – IEP/HSL; Capacitação em Atenção Integral à Saúde das Mulheres – UNASUS/UFSC. Trabalha como Assistente Social da Secretaria de Saúde do Estado do Piauí – SESAPI / Coordenação Estadual de Atenção à Saúde da Mulher. Teresina – Piauí. E-mail: andreanunes10@hotmail.com Curriculum lattes - <http://lattes.cnpq.br/6581882058444393>

Elaine Ferreira do Nascimento

Pesquisadora em Saúde Pública. Coordenadora Adjunta da Fiocruz Piauí. Docente permanente do PPGPP-UFPI. Possui Graduação em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense (1997), Mestrado em Ciências pelo Instituto Fernandes Figueira/ Fundação Oswaldo Cruz (2002) e Doutorado em Ciências pelo Instituto Fernandes Figueira /Fundação Oswaldo Cruz (2007). Tem experiência em pesquisa na área de Saúde Pública, com ênfase em Ciências Sociais Aplicadas, atuando principalmente nos seguintes temas: gênero, violência contra a mulher e feminicídio, sexualidades masculinas, serviço social, juventude, políticas públicas, questão racial, mortalidade materno-infantil, avaliação de serviços de saúde, doenças negligenciadas, saúde e violência da população

LGBTQI+, determinantes sociais de saúde, Infecções Sexualmente Transmissíveis. REGISTRADA NA ORCID ID sob o nº 0000-0002-1632-9148 - negraelaine@gmail.com

Francisca Odete de Melo

Assistente social. Mestrado em Ciências da Saúde pela UFPI e Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana. Exercendo o cargo de assessora da Diretoria de Previdência Social do Instituto de Previdência Social - IPMT da Prefeitura Municipal de Teresina - PMT. Docente no curso de serviço social/tutora da FIOCRUZ/elaboração e execução de Projetos. E-mail odetemelo26@hotmail.com

Jackeline Marcela de Moraes Soares

Graduada em Serviço Social pela Universidade federal do Piauí (UFPI) e Letras Espanhol pela Universidade Estadual do Piauí (UESPI). Assistente Social da Secretaria Municipal de Saúde de Luís Correia.

Leidimar Barbosa de Alencar

Assistente Social e Administradora formada pela UFPI, mestre em Gestão de Tecnologia e Inovação em Saúde pelo Instituto Sírío-Libanês de Ensino e Pesquisa – IEP/HSL. Facilitadora em Metodologias Ativas. É servidora da Secretaria de Estado da Saúde do Piauí onde atua como assessora técnica em gestão em saúde. Exerce atividade docente na área de Administração em IES de Teresina.

Liana Maria Ibiapina do Monte

Possui graduação em Serviço Social pela Faculdade Ademar Rosado (2005), mestrado em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (2011) e doutorado em Ciências da Educação - Universidad Internacional Tres Fronteras (2018). Atuou como professora mestre do Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão, bem como coordenadora do curso de bacharelado

em serviço social do Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão até 2019. Atualmente é professora curso de serviço social da Faculdade do Piauí, AESPI/FAPI. Pesquisadora em Saúde Pública da Fiocruz Piauí. Atua nos seguintes temas: serviço social, saúde, práticas profissionais, gravidez na adolescência, saúde mental e gestão em políticas públicas. Possui habilidades em projetos sociais e de gestão na área da saúde e sociojurídica. lianaibiapina@yahoo.com.br

Luana de Meneses Mourão

Graduada em Administração pela Faculdade Maurício de Nassau e Serviço Social pela Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Lucia Cristina dos Santos Rosa

Assistente Social. Docente titular do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí. Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Maria do Rosário Nunes Carvalho Costa

Assistente Social. Especialista em Educação em Saúde para preceptores do SUS pelo IEP/Hospital Sírio-Libanês. Coordenadora de CAPS do Estado do Piauí/SESAPI. E-mail: rosarionunes@hotmail.com

Marfisa Martins Mota de Moura

Assistente Social da Secretaria Municipal de Cidadania, Assistência Social e Políticas Integradas (SEMCASPI) da Prefeitura Municipal de Teresina, atuando enquanto Assessora Técnica do Gabinete do Secretário. Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Piauí (UFPI), Especialista em Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes, LACRI/USP e em Gestão das Cidades pela Fundação Getúlio Vargas (FGV); Mestrado em Políticas Públicas – UFPI; Doutorado em Serviço Social- UFPE/PE; Docente do curso de

Serviço Social e da Pós-graduação em Família e Políticas Públicas do Centro Universitário Santo Agostinho (UNIFSA).

Marcia Alcioneide da Silva

Assistente Social. Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde; Micropolítica da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Servidora Pública da Secretaria de Estado da Saúde do Piauí. Coordenadora Estadual do Programa Saúde na Escola (PSE), Tutora no processo da Planificação das Redes de Atenção à Saúde – PlanificaSUS (Ministério da Saúde/Albert Einstein/CONASS).

Mauricéia Ligia Neves da Costa Carneiro

Assistente Social da Prefeitura Municipal de Teresina-Secretaria Municipal da Cidadania e Assistência Social (SEMCASPI), atualmente exerce a função de Secretaria Executiva do SUAS. Graduada em Serviço Social-UFPI, Especialista em Administração e Recursos Humanos.Mestrado em Serviço Social- UFRJ e Doutorado em Serviço Social- PUC/SP.Docente de curso de Pós-graduação em Gestão Social.

Raimunda Nonato da Cruz Oliveira (Danda)

Assistente Social formada pela UFPI, mestre em Serviço Social pela PUC/SP, e Doutora em Políticas Públicas/UFPI. É servidora do Ministério da Saúde/FUNASA onde atua como gestora de política de saúde ambiental. Exerceu atividade docente por 15 anos junto a IES de Teresina.

Sara Victória Oliveira Teles

Sara Victória Oliveira Teles. Formada em Direito pelo Instituto Camillo Filho, Teresina - Piauí. Pós-graduanda em Licitações e Contratos pela Escola Superior de Advocacia do Piauí

Thaís de Andrade Alves Guimarães

Assistente Social da Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFOB); Doutoranda em Políticas Públicas pela Universidade Federal do

Piauí (UFPI); Mestra em Prevenção e Assistência a Usuários de Álcool e Outras Drogas pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre/ Universidade Federal do Rio Grande do Sul (HCPA/UFRGS). Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3667-1813>. Experiência nas seguintes áreas: Políticas Públicas; Políticas de Saúde; Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas; Planejamento e Gestão de Serviços Públicos; Controle e Participação Social; Elaboração de Programas e Projetos Sociais e Assistência Estudantil.

Nesta primeira edição Serviço Social e Gestão em Saúde: desafios e oportunidades apresenta ao público um tema ainda pouco explorado no âmbito das ações dos (as) assistentes sociais. A participação desta categoria profissional é uma amostra da diversidade de intervenção e inserção no espaço interdisciplinar indo, desde a análise da situação social, planejamento, produção de informações estratégicas até a implantação, implementação, monitoramento e avaliação de políticas, programas e projetos.

O conteúdo dos textos apresentados pelas suas respectivas autoras incorpora uma dimensão mais ampla, como as Redes de Atenção à Saúde (RAS), a parceria público-privada, além de transitar por temas, esferas e segmentos bem específicos, como: educação, a saúde mental, a previdência, a questão ambiental, a população indígena, a saúde do homem e a violência sexual, a partir da realidade da política de saúde e em especial da particularidade piauiense. Traz, ainda, nuances e elementos teóricos e práticos fundamentais para o contexto local, regional e nacional.

É um convite à reflexão, mas também, uma provocação sobre as possibilidades e a potência materializada no trabalho em equipe e na oportunidade trazida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), para ir além das competências e atribuições privativas de cada fazer profissional. Nos tempos atuais, esta coletânea de textos, torna-se uma obra imprescindível para a leitura de realidades vivenciadas e aqui registradas, além de um retrato das ações profissionais na defesa da eficácia do SUS e do universo que se abriu na direção da integralidade da atenção à saúde e na construção da cidadania plena.

ISBN: 978-65-5904-019-3



9 786559 040193